

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



**“ESTIMO AS MELHORAS” – EFICÁCIA E COOPERAÇÃO NO CONTEXTO DOS
CUIDADOS DE SAÚDE**

Nome do autor

Maria Leonor Themudo de Abreu

Nº de aluno

12567

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Social e das Organizações

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**ESTIMO AS MELHORAS – EFICÁCIA E COOPERAÇÃO NO CONTEXTO DOS
CUIDADOS DE SAÚDE**

Maria Leonor Themudo de Abreu

Dissertação orientada por Mestre Pedro Almeida

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Social e das Organizações

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Doutor Pedro Almeida, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia social e das Organizações conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado no Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Antes de mais quero agradecer a Deus o dom da Vida. Dom da alegria.

Quero agradecer do fundo do coração aos meus pais, por tudo. É um privilégio ser filha de duas pessoas tão especiais. Aos meus irmãos por basicamente serem parte da minha essência. Sou feita de um bocadinho de cada um de vocês. Ao Frederico por me ter ensinado a dar mais valor ao que tenho, ao que sou e ao que poderei vir a ser, por me ter ensinado a lutar e por acreditar comigo que juntos somos mais fortes.

Quero ainda agradecer à minha família a viver em Lisboa por me ter acolhido com tanta ternura e por terem estado sempre tão presentes.

Aos amigos que encontrei na capital, obrigada por terem tomado conta da “pronúncia do Norte”. Vivemos e partilhámos momentos únicos e cuidámos uns dos outros como mães, pais e irmãos. Somos muito à frente.

Não posso deixar de agradecer ao Professor Pedro Almeida pelo apoio, o incentivo e a coragem de ter aceitado orientar o meu trabalho e ter mantido o entusiasmo ao longo deste tempo.

Este trabalho teria sido impossível de realizar sem o apoio do Doutor Pedro Teixeira Bastos que simplesmente abriu as portas trancadas pelo caminho, e sem a colaboração fantástica de um Serviço de Cirurgia Torácica muito especial. Obrigada por tanto.

Ao João Lameiras, muito obrigada por ter tornado o que é complicado em simples com tanta naturalidade.

E ainda um agradecimento especial às oito meninas que tornaram os últimos dois anos de frequência no ISPA tão animados e produtivos.

Resumo

Esta investigação tem como objectivo estudar o impacto e as possíveis relações entre cooperação, eficácia colectiva e auto-eficácia em equipas de cuidados de saúde.

Constatou-se a existência de relações positivas entre quase todas as dimensões das variáveis. Foram ainda observadas diferenças significativas entre os participantes com altos níveis de cooperação e os participantes com baixos níveis de cooperação face à cooperação e também relativamente à auto-eficácia, sendo que os primeiros apresentaram valores médios superiores. Por fim, tendo em conta o grupo da Unidade dos Cuidados Intensivos e a Unidade dos Cuidados Intermédios (CI) e o grupo do Internamento e Bloco Operatório (IB) verificaram-se diferenças significativas para a cooperação e a eficácia colectiva, nas quais o primeiro grupo apresentou valores médios superiores relativamente ao segundo grupo.

Palavras-chave: cuidados de saúde, equipas, cooperação, eficácia colectiva, auto-eficácia.

Abstract

This investigation has the objective of studying the impact and the possible relation between cooperation, collective efficacy and self-efficacy in healthcare teams.

The existence of positive relations in almost all dimensions of the variables was evidenced.

It was also observed considerable differences between the participants with high levels of cooperation and the ones with low level of cooperation against the cooperation and also regarding the self-efficacy, being the first ones with higher average values.

Lastly, taking into account the group of the Intensive Care Unit and the Intermediary Care Unit (CI) and the group of internment and surgery bloc (IB), it was evidenced considerable differences also for cooperation and collective efficacy, in which the first group showed higher average values when compared with the second group.

Keywords: Health care, teams, cooperation, collective efficacy, self-efficacy.

Índice

Introdução	1
<i>Equipas</i>	2
<i>Equipas de Cuidados de Saúde</i>	7
<i>Auto-Eficácia</i>	10
<i>Eficácia Colectiva</i>	15
<i>Cooperação</i>	19
Método	27
<i>Amostra</i>	27
<i>Instrumentos</i>	27
<i>Procedimento</i>	33
Resultados	35
<i>Estatística descritiva</i>	35
<i>Fidelidade</i>	36
<i>Sensibilidade</i>	38
<i>Estudo da relação entre Cooperação, Eficácia Colectiva e Auto-Eficácia</i>	39
<i>Estudo das diferenças entre as Unidades de Cuidados Intensivos e</i>	42

*Intermédios vs Internamento e Unidade do Bloco Operatório
relativamente à Cooperação e à Eficácia Colectiva*

<i>Estudo das diferenças entre as participantes com diferentes níveis de cooperação relativamente à auto-eficácia e à eficácia colectiva</i>	45
<i>Discussão</i>	55
<i>Referências</i>	59

Lista de Tabelas

Tabela 1: Itens dos factores da eficácia colectiva.	29
Tabela 2: distribuição dos itens pelas sub-escalas de cooperação.	32
Tabela 3: Estatística descritiva da variável cooperação.	35
Tabela 4: Estatística descritiva da variável auto-eficácia.	35
Tabela 5: Estatística descritiva da variável eficácia colectiva.	36
Tabela 6: Alpha de Cronbach das sub-escalas da cooperação.	37
Tabela 7: Alpha de Cronbach das sub-escalas da eficácia colectiva.	37
Tabela 8: Teste Kolmogorov-Smirnov para a variável cooperação.	38
Tabela 9: Teste Kolmogorov-Smirnov para a variável auto-eficácia.	38
Tabela 10: Teste Kolmogorov-Smirnov para a variável eficácia colectiva.	39
Tabela 11: Matriz de correlações entre Cooperação (Condicionada, Incondicionada e Chefia) e Auto-Eficácia.	
Tabela 12: Matriz de correlações entre Cooperação (Condicionada, Incondicionada e Chefia) e Eficácia Colectiva (Capacidade, Esforço, Persistência, Preparação, União).	41
Tabela 13: Matriz de correlações entre Auto-eficácia e Eficácia Colectiva (Capacidade, Esforço, Persistência, Preparação, União).	41

Tabela 14: Estatística descritiva da comparação dos grupos CI e IB relativamente à cooperação (condicionada, incondicionada, chefia).	42
Tabela 15: Valores do Teste de Levene e do Teste t de Student para a Cooperação (Condicionada, Incondicionada, Chefia).	43
Tabela 16: Estatística descritiva da comparação dos grupos CI e IB relativamente à eficácia colectiva (capacidade, esforço, persistência, preparação, união).	44
Tabela 17: Valores do Teste de Levene e do Teste t de Student para a Eficácia Colectiva (Capacidade, Esforço, Persistência, Preparação, União).	44
Tabela 18: Diferenças nos valores entre grupos alta cooperação condicionada e baixa cooperação condicionada relativamente à eficácia colectiva.	46
Tabela 19: Valores dos testes de Levene e t de Student para a eficácia colectiva relativamente à dimensão condicionada.	47
Tabela 20: Diferenças nos valores entre grupos alta cooperação incondicionada e baixa cooperação incondicionada relativamente à eficácia colectiva.	48
Tabela 21: Valores dos testes de Levene e t de Student para a eficácia colectiva relativamente à dimensão incondicionada.	49
Tabela 22: Diferenças nos valores entre grupos alta cooperação com a chefia e baixa cooperação com a chefia relativamente à eficácia colectiva.	50
Tabela 23: Valores dos testes de Levene e t de Student para a eficácia colectiva relativamente à dimensão cooperação com a chefia.	51
Tabela 24: Diferenças nos valores entre os grupos alta cooperação	51

condicionada e baixa cooperação condicionada relativamente à auto-eficácia.

Tabela 25: Valores dos testes de Levene e t de Student para a auto-eficácia relativamente à dimensão cooperação condicionada. 52

Tabela 26: Diferenças nos valores entre os grupos alta cooperação incondicionada e baixa cooperação condicionada relativamente à auto-eficácia. 52

Tabela 27: Valores dos testes de Levene e t de Student para a auto-eficácia relativamente à dimensão cooperação incondicionada. 53

Tabela 28: Diferenças nos valores entre os grupos alta cooperação com a chefia e baixa cooperação com a chefia relativamente à auto-eficácia. 53

Tabela 29: Valores dos testes de Levene e t de Student para a auto-eficácia relativamente à dimensão cooperação com a chefia. 54

Lista de Figuras

Quadro 1: Modelo Input-Processo-Output; adaptado de Gil, Rico, Sánchez-Manzanares, 2008.	3
Quadro 2: Comparação das perspectivas tradicional e crítica da psicologia da saúde.	8
Fig. 1: Modelo conceptual de cooperação (Rabbie, 1995).	23
Fig. 2: Processos intragrupos e inter-grupos (Carron & Hausenblas, 1998).	25

Lista de Anexos

Anexo A: Questionário de auto-eficácia

Anexo B: Questionário de Eficácia Colectiva em Equipas (Contexto Organizacional)

Anexo C: Questionário de Cooperação em Equipas (Contexto organizacional)

Introdução

A história tem mostrado repetidamente que o desempenho de uma equipa é um fenómeno fugaz, dinâmico e complexo (Salas, Stagl, Burke & Goodwin, 2007). Os indivíduos cujos grupos desenvolvem uma estratégia inicial de cooperação e que mantêm um entendimento elevado de eficácia colectiva percebida defrontam a sua decisão de maneira cooperativa. (Taberero, Arenas, Briones, 2007).

Robert Auman e Thomas Schelling receberam em 2005 o Prémio Nobel da Economia devido à sua contribuição para a análise de situações de conflito e cooperação a partir da Teoria de Jogos. Estes autores, afirmam que, para que uma sociedade prospere, é necessário um comportamento de cooperação, acrescentando que a Psicologia deve contribuir com mais conhecimento e investigação sobre a forma como as pessoas conseguem construir equilíbrio. (Taberero et al., 2007).

Também Nadler e Tushman (1999) consideram que a gestão eficaz das equipas é uma das competências chave que as organizações devem assumir no século XXI. (Taberero et al., 2007).

No âmbito da investigação sobre equipas, e neste caso específico da investigação sobre cooperação e eficácia colectiva, uma das áreas sociais em que menos se tem investido em Portugal é a área dos cuidados de saúde (Teixeira, Cima, & Cruz, 1999). Mais, a área de investigação da psicologia da saúde que diz respeito à organização e gestão dos serviços de saúde é a mais limitada em Portugal (Teixeira et al, 1999).

Ao falarmos de algumas equipas hospitalares, se não falamos de equipas de alto rendimento, podemos talvez em alguns casos usar as segundas como modelo de funcionamento para as primeiras (Catchpole, De Leval, McEwan, Pigott, Elliott, McQuillan, MacDonald, Goldman, 2007). É a partir desta ideia que ao longo deste estudo procuraremos contribuir para a investigação no campo da organização e gestão dos serviços de saúde.

Por conseguinte teremos em vista dois objectivos. O primeiro é a adaptação de duas escalas, construídas para avaliar a cooperação e a eficácia colectiva em equipas desportivas, para equipas hospitalares. E o segundo é avaliar as relações existentes entre cooperação, eficácia colectiva e auto-eficácia em equipas de saúde.

Equipas

Existe uma infinidade de perspectivas, que foram desenvolvidas durante os últimos 25 anos para definir equipa (Guzzo & Dickson, 1996). No entanto, de entre todas as perspectivas, parece haver algum consenso em torno do tema, quando se diz que existe uma equipa numa organização quando os seus membros (Pina e Cunha, Rêgo, Campos e Cunha, Cabral-Cardoso, 2006):

- a) Se definem como membros da equipa, isto, é, estão motivados para se juntarem ou manterem juntos;
- b) São definidos pelos outros como membros da equipa;
- c) Identificam-se entre si;
- d) Se envolvem frequentemente em interacções;
- e) Fazem parte de um sistema de papéis interligados;
- f) Partilham normas comuns;
- g) Procuram alcançar objectivos comuns e interdependentes;
- h) Sentem que a sua participação contribui para o bem da equipa;
- i) Têm uma percepção colectiva de unidade;
- j) Se mantêm juntos numa confrontação com outros grupos ou indivíduos;
- k) Sentem que partilham um destino comum.

Para além disso, as equipas estão inseridas, por norma, num contexto organizacional/ambiental e existe uma relação recíproca de influência entre os dois que recai sobre os processos em curso e resultados do desempenho de ambas as partes (Salas, Dickinson, Converse & Tannenbaum, 1992).

Esta definição exemplifica equipas de acção que executam alguns dos trabalhos mais críticos na economia global, incluindo a gestão de equipas de emergência, equipas médicas, equipas de comando e controlo militar, equipas da torre de controlo, equipas de submarinos, equipas desportivas, das ciências forenses e equipas de exploração espacial. E também tipifica muitos tipos de equipas que figuram em contextos de negócio mais tradicionais, tais como equipas de análise financeira, de marketing, e equipas de restaurantes (Salas, Stagl, Burke & Goodwin; 2007).

Todos estes exemplos de equipas desempenham as suas funções frequentemente em ambientes com um ritmo de certo modo acelerado, caracterizados por se expandirem rapidamente e por darem espaço com alguma frequência a situações ambíguas, por não darem respostas claras, por existir uma sobrecarga de informação e a pressão dos prazos, e

por existirem severas consequências no caso de se cometerem erros (Orasanu & Salas, 1993). De facto, os ambientes operacionais modernos são caracterizados por uma taxa de aceleração histórica e sem precedentes, com tendência a aumentar a passo com as tecnologias emergentes (Salas et al., 2007; West & Markiewicz, 2004).

As equipas estão presentes ao longo da estrutura organizacional constituindo estruturas ideais para gerir e partilhar o conhecimento, promover o rendimento e melhorar a satisfação dos seus membros. O que é facto é que as equipas nem sempre actuam desta forma pelo que o desafio acaba por ser definir uma forma de integrar eficazmente as contribuições de trabalhadores qualificados e especializados para que se possa realmente acrescentar valor às organizações (Gil, Rico, Sánchez-Manzanares, 2008).

Os estudos clássicos de Steiner (1972), McGrath (1984), e Hackman (1987) expressaram a natureza do desempenho de uma equipa tendo por base o modelo clássico de sistemas no qual os inputs conduzem aos processos, que por sua vez conduzem aos outcomes (Modelo Input-Processos-Output, ou I-P-O) (Ilgen, Hollenberg, Johnson & Jundt, 2005). Este modelo acabou por ser adoptado nos mais variados estudos realizados sobre equipas. O Modelo Input-Processos-Output identifica a composição, a estrutura e os processos das equipas como os antecedentes chave do funcionamento da mesma. O modelo assegura que os factores organizacionais e situacionais influenciam a estrutura da equipa como um todo, afectando as demais variáveis (input, processos, output) (Gil et al., 2008).

Quadro 1 – Modelo Input-Processo-Output; adaptado de Gil, Rico, Sánchez-Manzanares, (2008).

Inputs	<p>Conjunto de recursos da equipa, tanto internos (composição da equipa, estrutura do grupo e desenho da tarefa) como externos (como por exemplo, recompensas da organização e cultura organizacional).</p> <p>Podem ser considerados a vários níveis – recursos dos membros, da equipa, da organização.</p> <p>Podem contribuir para o bom funcionamento da equipa, como podem ser considerados limites para o alcance dos seus objectivos.</p>
Processos	<p>Conjunto de mecanismos psicossociais que permitem aos membros da equipa combinar os recursos disponíveis para a realização do trabalho estipulado pela organização.</p> <p>Permitem a transformação dos inputs em outputs.</p> <p>Exemplos: comunicação, coordenação e tomada de decisões.</p>
Outputs	<p>São os resultados alcançados pela equipa.</p>

	Consideram-se os resultados como o rendimento, objectivamente avaliado, mas também os resultados que ajudam a equipa a manter o seu desempenho ao longo do tempo, como a satisfação e a inovação.
--	---

O quadro apresentado anteriormente sintetiza o que se compreende por Inputs, Processos e Outputs.

Este modelo recebeu críticas importantes principalmente no que diz respeito à sua concepção estática, linear e de um só ciclo.

Nos últimos anos têm surgido novos modelos que tentam reflectir acerca do funcionamento das equipas como sistemas adaptativos complexos que operam em contextos mais amplos. Assim, o modelo CORE (ver McGrath, Arrow & Berdahl, 2000) explica o desenvolvimento das equipas ao longo do tempo, identificando os seus processos mais básicos (construção, operacionalidade, reconstrução e relações externas), tendo em conta as relações com o contexto da equipa (Gil et al., 2008).

Por sua vez, o modelo IMOI (Input-Mediador-Output-Input; Ilgen et al, 2005), assinala o carácter cíclico dos processos de retro-alimentação, em que os outputs da equipa, em determinado momento representam novos inputs para actuações posteriores.

Kozlowski e Ilgen (2006) integram estas ideias num novo modelo que considera as equipas sistemas multi-nível (nível individual, de equipa e organizacional), orientadas para os processos relevantes para a tarefa e que evoluem com o tempo, fazendo com que tanto os processos como a eficácia das equipas constituam fenómenos emergentes (padrões resultantes da interacção regular e repetida entre os membros). O funcionamento das equipas traduz-se assim, em dinâmicas complexas onde intervêm várias variáveis correlacionadas, as quais admitem diferentes alternativas de evolução.

A composição da equipa diz respeito aos atributos dos membros da equipa e à forma como estes se relacionam para formarem equipas interdependentes eficientes. As equipas variam na sua composição, dependendo do tipo de atributo, da distribuição entre os membros da equipa e da sua estabilidade ao longo do tempo (Gil et al., 2008).

Os aspectos relativos à composição da equipa que têm sido alvo de mais estudos são o seu tamanho e as características dos seus membros (Gil et al., 2008).

As investigações indicam que tamanho óptimo de pende de várias contingências (Gil et al., 2008).

Outro aspecto importante diz respeito à estabilidade da composição da equipa, remetendo-se para o aumento ou a diminuição do número de membros e para a integração de novos membros (Gil et al., 2008).

O tempo que um grupo de pessoas trabalha junto como equipa é também um factor que tem suscitado interesse, tanto para o desenvolvimento dos modelos mentais da equipa como para a coordenação da mesma (Gil et al., 2008).

No que diz respeito às características dos membros, propriamente ditas, um tema que tem sido alvo de grande atenção é a homogeneidade/heterogeneidade na composição da equipa. As investigações têm mostrado que os efeitos da heterogeneidade dependem de diversos factores como a autonomia da equipa na realização da sua actividade (Rico, Molleman, Sánchez-Manzanares & Van der Vegt, 2007). Assim, o tipo de diversidade que poderá ser relevante depende da tarefa que a equipa realize. Desta forma, a diversidade em conhecimentos e aptidões é apropriada para momentos em que se realizam tarefas criativas e intelectuais, mas pode também ser um obstáculo no desempenho da equipa ao aumentar o tempo necessário para a integração de conhecimentos e pontos de vista diferentes, ao suscitar problemas de identidade e maus desempenhos devido à formação de subgrupos dentro da equipa (Gil et al., 2008).

Já no que diz respeito às competências, as investigações sobre o tema deixam tirar duas conclusões importantes: as pessoas podem aprender competências para trabalhar em equipa mediante programas de formação apropriados; e as competências para o trabalho em equipa predizem o seu desempenho (Gil et al., 2008).

As equipas necessitam ter diversas competências relacionadas com a aquisição de conhecimento incluindo (Cannon-Bowers, Tannenbaum, Salas & Volpe, 1995): associação de estratégias por objectivos; perfil dos elementos constituintes para trabalhar em equipa; sentido de responsabilidade; partilha modelos de tarefas; missão, objectivos, normas e fontes; relação com a organização mais alargada; dar sequência às diversas tarefas (algoritmo); padrões de interacção dos diferentes papéis desempenhados na equipa; procedimentos para o cumprimento das tarefas; modelos de tarefas concretas; modelos de resolução de problemas concretos; definição dos limites dos fins a atingir; aptidões para trabalhar em grupo.

No que diz respeito às atitudes a ter, as equipas devem ter diversas competências, das quais se pode destacar a orientação de equipa, a eficácia colectiva; visão partilhada; coesão da equipa; relações interpessoais; confiança mútua; orientação colectiva; e a capacidade para acreditar na importância da equipa.

Salas e os seus colaboradores (2007) defenderam que as aptidões necessárias para o funcionamento de uma equipa, podem ser agrupadas em 8 dimensões de maior ordem:

1. Adaptabilidade
2. Consciência situacional partilhada
3. Monitorização do desempenho e feedback
4. Liderança/gestão da equipa
5. Relações interpessoais
6. Coordenação
7. Comunicação
8. Poder de decisão.

Se tivermos em conta as múltiplas funções das equipas, ainda que algumas sejam específicas à razão da sua existência, no geral podemos referir alguns dos objectivos para os quais as mais diversas organizações formam equipas. Em primeiro lugar, as equipas permitem juntar um conjunto complexo de capacidades e competências que muito dificilmente se encontraria numa pessoa só, permitindo assim a organização e estruturação do trabalho; a coordenação e ligação que se cria entre unidades interdependentes numa organização também é um dos objectivos da criação de equipas; a criação de ideias e soluções novas mais ricas; a resolução de problemas que, quer pela sua complexidade quer pela dispersão da informação e das alternativas, dificilmente se conseguiria de forma individual; e por último, o aumento do empenhamento e do envolvimento dos indivíduos em decisões complexas (Pina e Cunha et al., 2006).

No que diz respeito ao tipo de tarefa há dois aspectos fundamentais a salientar: a autonomia das equipas e a interdependência (Gil et al., 2008).

A autonomia refere-se ao grau de capacidade que uma equipa tem para tomar decisões sobre diferentes aspectos do seu trabalho. Um nível baixo de autonomia pressupõe que a equipa tem uma tarefa muito estruturada e definida pela organização. E um nível alto de autonomia, por sua vez implica que os membros de uma equipa tomar muitas decisões sobre o seu trabalho colectivamente (Gil et al., 2008).

A interdependência da tarefa é o grau em que os membros de uma equipa dependem uns dos outros e interactuam entre si para alcançar a meta comum. Para que tarefas interdependentes sejam bem desempenhadas, os processos de coordenação, tanto explícitos como implícitos são fundamentais. Pode-se ainda acrescentar que a interdependência parece estimular a coesão e a confiança entre os membros da equipa (Gil et al., 2008).

Os processos de uma equipa são dinâmicos e na medida em que os membros interagem entre si de forma regular e repetida, geram-se padrões de conduta e estados emergentes, que por sua vez influenciam interações posteriores (Gil et al., 2008).

A lista de processos de equipa é demasiado extensa pelo que se recorre a uma distinção básica entre três tipos de processos: cognitivos, motivacionais/afectivos, e orientados para a acção (ver Kozlowski & Bell, 2003; Koslowski & Ilgen, 2006).

Relativamente aos processos cognitivos, nos últimos anos têm-se realizado estudos sobre processos e crenças compartilhadas que ajudam os membros de uma equipa a antecipar-se e a coordenar eficazmente as suas acções. Entre estes estudos realçam-se os estudos sobre modelos mentais de equipa, sistemas de memória transactiva, aprendizagem grupal, clima da equipa e confiança entre os membros (Gil et al., 2008).

Por sua vez, os processos motivacionais/afectivos mostram como as motivações, sentimentos e emoções dos membros de uma equipa se combinam dentro da equipa e influenciam as suas actuações e resultados. Alguns exemplos destes processos dão a coesão, a eficácia colectiva, os processos emocionais e os conflitos (Gil et al., 2008).

Os principais processos de equipa estudados de entre os processos orientados para a acção destacam-se a comunicação, a cooperação e a coordenação. A investigação tem revelado os aspectos positivos destes processos sobre a execução de outros processos grupais e a eficácia resultante (Gil et al., 2008), pelo que de seguida abordaremos as temáticas da cooperação e também da auto-eficácia e da eficácia colectiva.

Equipas de Cuidados de Saúde

Antes de nos centrarmos no tema das equipas de cuidados de saúde, faremos uma pequena introdução relativamente à aplicação da psicologia nesta área, de modo a contextualizar o melhor possível, o tema das equipas de cuidados de saúde ao longo do estudo.

A psicologia da saúde é a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde (Marks, Muray, Evans & Willig, 2000; Ogden, 2000, cit. por Teixeira, 2004). Dá relevância à promoção e manutenção da saúde e à prevenção da doença, e resulta da confluência das contribuições específicas de diversas áreas do conhecimento psicológico (psicologia clínica, psicologia comunitária, psicologia social, psicobiologia) (Simon, 1993, cit. por Carvalho, 2005).

Naquele que foi considerado o primeiro livro de Psicologia da Saúde e ainda hoje considerado um dos mais brilhantes, os autores criticaram fortemente o modelo biomédico e

propuseram o modelo biopsicossocial, como alternativa conceitual e metodológica (Stone, Cohen & Adler, 1979, cit. por Reis, 1999). Este modelo tornou-se a base onde a Psicologia da saúde se susteve para partir para os seus desenvolvimentos teóricos e metodológicos.

O modelo psicossocial (Engel, 1977, Knowles, 1977; Leigh & Reiser, 1977; Lipowski, 1977; cit. por Reis, 1999) visa ultrapassar o reducionismo do modelo biomédico defendendo que a saúde e a doença não podem ser restritas aos factores biológicos ou orgânicos, pois as dimensões psicológica e social da pessoa são igualmente relevantes. Este modelo psicossocial tem sido assumido como a referência conceptual e metodológica da Psicologia da Saúde (e.g., Bishop, 1994; Friedman & DiMatteo, 1989; Belar, Deardorff & Kelly, 1987; Mattarazzo, Weiss, Herd, Miller & Weiss, 1984; Stone et al., 1979; cit. por Reis, 1999).

O corpo teórico da psicologia da saúde comporta actualmente 2 perspectivas diferentes (Crossley, 2000) a apresentar no próximo quadro:

Quadro 2 – Comparação das perspectivas tradicional e crítica da psicologia da saúde.

Perspectiva Tradicional	Perspectiva Crítica
Modelo biopsicossocial	Modelo fenomenológico-discursivo
Metodologias quantitativas	Metodologias qualitativas de análise de discurso
Investiga: comportamentos saudáveis e comportamentos de risco	Investiga: significações relacionadas com a saúde e com a doença
Focaliza-se nos seus determinantes psicológicos e no seu valor preditivo	Focaliza-se nas experiências psicológicas (subjectivas) da saúde e das doenças

Segundo Teixeira (2004), a perspectiva crítica surgiu face à tendência que a perspectiva tradicional dominante tem para reduzir as questões da saúde e da doença a problemas técnicos de manejo e controlo congruentes com o modelo biomédico e reforçando o individualismo. Procura compreender os significados das experiências da saúde e da doença e ligá-los com os contextos sociais e culturais onde ocorrem, contrariando os processos de objectivação e racionalização que caracterizam a perspectiva tradicional. Permite ainda a necessária visão ecológica e comunitária que visa a compreensão dos comportamentos relacionados com a saúde em função de contextos

sociais e culturais (Teixeira, 2004). Contudo, não podemos dizer que sejam perspectivas que se excluam mutuamente (Crossley, 2000, cit. por Teixeira, 2004).

Trindade e Teixeira (2002) dizem-nos ainda que a área de investigação em Psicologia da Saúde que diz respeito à organização e gestão dos serviços de saúde é a mais limitada em Portugal, ao contrário do que se passa em Espanha, que coloca a tónica no sistema de cuidados de saúde, ou seja, na relação entre os profissionais de saúde e os doentes, nas condições de trabalho e de saúde dos profissionais e nas dimensões psicológicas associadas à humanização dos serviços de saúde e à qualidade dos cuidados.

Infelizmente, têm predominado modelos de psicologia clínica, coexistindo com um certo desinteresse aparente por parte dos psicólogos ligados à psicologia comunitária, psicologia social e das organizações, psicologia ambiental e psicologia educacional por esta área de investigação/intervenção, o que explicará por ventura a centração maior na psicologia da doença (processos de adaptação à doença, psicopatologia associada, entre outros aspectos) e em variáveis exclusivamente individuais.

Foi ao ter em conta o contexto da Psicologia da Saúde em Portugal e por se reconhecer o interesse e a importância literalmente vital das equipas de cuidados de saúde que nos pareceu pertinente debruçar-nos sobre este assunto.

As profissões da arte de curar, são, sem dúvida, as actividades dos homens que mais enobrecem o ser humano. As pessoas que desempenham essas profissões, sacrificam-se, dão a sua bondade, a sua capacidade e a sua capacidade, a sua responsabilidade, a favor do doente (Garay, 2005) Não se trata somente de melhorar a qualidade de vida de outra pessoa, mas muitas das vezes, de salvar a vida de outra pessoa. Nenhuma outra profissão tem tanto a seu cargo a vida (Garay, 2005).

Nos cuidados de saúde as equipas são vistas como uma forma de redesenhar o trabalho e providenciar serviços de qualidade. Manion, Lorimer e Leander (1996) sugerem que a magnitude e a complexidade das mudanças no contexto da saúde são tantas que não há indivíduos, nem sequer líderes que as possam introduzir com sucesso, sem o envolvimento e empenhamento total de todos os envolvidos. As equipas são o ponto de partida para se atingir o potencial dos membros da equipa – potencial esse que irá contribuir de diversos modos para aceitar de modo crescente altos níveis de responsabilidade, e para colher os benefícios quando todos sentirem a confiança que o domínio do seu trabalho traz.

A reestruturação dos serviços de saúde suporta uma interacção colaborativa. Jones, DeBaca e Yarbrough (1997) notam que a colaboração contemporânea é muito diferente das interacções hierárquicas onde prevaleciam as burocracias, do passado. Historicamente, as

interacções inter-profissionais eram autoritárias e dominadas pelos médicos (Fagin, 1992, cit. por McCallin, 2001). No entanto, essas interacções foram sendo alteradas, principalmente nas últimas duas décadas, acabando, hoje por ser dado ênfase ao trabalho de equipa interdisciplinar, com os profissionais da saúde a serem forçados a reconhecer a necessidade de diferentes contribuições profissionais para os cuidados do paciente (McCallin, 2001). O trabalho de equipa passa assim a ser o foco central para a prestação de serviços especializados, tendo os gestores hospitalares de promover interacções colaborativas como chave dos cuidados eficazes e eficientes (Minnen, Berger, Ams, Dubree, Baker & Spinella, 1993, cit. por McCallin, 2001) O trabalho de equipa tornou-se portanto uma estratégia para a mudança (McCallin, 2001).

Desta forma, uma equipa de saúde é integrada por profissionais de diferentes disciplinas que compartilhem problemáticas semelhantes (Neira, 2004; cit. por Peralta, 2006): instituições com dificuldades económico-administrativas, pressões laborais de diversos tipos e magnitude e o contacto com os pacientes na sua realidade biológica, psicológica e social, dentro de um contexto que activa particulares modalidades de comunicação e interdependência. É extremamente importante que os membros de uma equipa de saúde possam mover-se subjectivamente, estabelecendo relações de cooperação, compromisso, confiança e respeito mútuo de modo a favorecer um clima laboral saudável e a proporcionar a empatia, evitando dessa forma a despersonalização (Peralta, 2006). Peralta (2006) acrescenta ainda que o profissional de saúde mobiliza a sua energia e capacidade para desempenhar a sua tarefa, sendo que esta última pode representar uma sobrecarga tanto qualitativa quanto quantitativa, seja pela quantidade de pacientes que deve assistir, como pela complexidade da tarefa a realizar.

A oferta de serviços de saúde requer cooperação, consulta e referências. A cooperação acaba por ter um papel central entre os membros de uma equipa, principalmente entre enfermeiros e médicos, como pré-requisito para cuidados de saúde de alta qualidade. Devido às questões éticas tão complexas, às características específicas do ambiente dos cuidados de saúde, torna-se vital que os membros de uma equipa neste contexto cooperem entre si (Botes, 2000). Contudo, estranhamente as interacções de colaboração e cooperação foram ainda pouco estudadas (Jones, 1997b, cit. por McCallin, 2001).

O mesmo acontece com a eficácia das equipas. Este tem sido um tema muito pouco abordado no seio de equipas de saúde (McCallin, 2001). Apesar de West & Wallace (1991)

terem relacionado a eficácia da equipa com a inovação da mesma, os indicadores de mensuração dos conceitos não eram claros (McCallin, 2001).

As equipas e o trabalho de equipa não são temas novos. Contudo, a investigação sobre equipas e trabalho de equipa em serviços de saúde é escassa (McCallin, 2001).

Cott (1997) observou que existe muita retórica sobre como criar equipas, no entanto, os processos de trabalho de equipa ainda não foram estudados sistematicamente.

Auto-Eficácia

De todas as facetas do auto-conhecimento, provavelmente nenhuma delas diz mais respeito à vida diária de todos nós como as concepções da sua eficácia pessoal. Certas auto-percepções afectam não só os cursos de acção que as pessoas procuram mas também os seus padrões de pensamento, e os estados emocionais que experimentam (Bandura, 1977^a, 1981).

O construto unificado da auto-eficácia começou a ser desenvolvido na década de 70 por Bandura com o intuito de compreender os factores que estão por trás da motivação, em relação à iniciação e à alteração comportamental (Kendall, 1985; cit. por Caro, 1987). Os estudos de Bandura relativamente à auto-eficácia partiram da distinção conceptual (Bandura, 1977) entre expectativas de eficácia ou auto-eficácia – capacidade percebida para executar com êxito um determinado comportamento – e expectativas de resultados – probabilidade percebida de que um comportamento produza determinados resultados.

Como nos diz Klassen (2004), considerando que a auto-estima se preocupa com julgamentos relativos ao próprio valor pessoal, e o auto-conceito refere-se tipicamente a uma composição de auto-imagem adoptada a partir do ponto de vista dos outros, a auto-eficácia está preocupada com julgamentos sobre a “capacidade pessoal”, e está geralmente situada num domínio específico.

Diferentes linhas de investigação têm sido revistas desde então e têm mostrado que o mecanismo de auto-eficácia pode ter um amplo poder explicativo.

Têm sido desenvolvidos variadíssimos estudos sobre a contribuição das crenças de auto-eficácia para o funcionamento humano, incluindo trabalhos relacionados com desempenho, tanto laboratoriais como estudos de campo (Sadri & Robertson, 1993; Stajkovic & Luthans, 1998), desempenho académico e persistência (Multon, Brown, & Lent, 1991), funcionamento da saúde (Holden, 1991), desempenho atlético (Moritz, Feltz, Fahrbach, & Mack, 2000), e eficácia colectiva percebida no funcionamento do grupo

(Sarjetas, Incalcaterra, Joshi, & Beaubien, 2002; Stajkovic & Lee, 2001) (Bandura & Locke, 2003).

Os estudos sobre auto-eficácia permitem-nos descobrir o processo que governa a interacção entre a acção e o conhecimento. Ou seja, como é que, mediante a auto-eficácia (e em forma de pensamentos auto-referentes), o ser humano actua sobre os seus processos motivacionais e a sua conduta (Caro, 1987).

Criado a partir da Teoria Sócio-Cognitiva o construto psicológico de auto-eficácia ocupa-se especificamente da forma como as pessoas acreditam nas suas capacidades para afectar o ambiente e controlar as suas acções de forma a produzirem os resultados desejados (Stajkovic & Luthans, 1998). Stajkovic e Luthans (1998) referem ainda que, a menos que os participantes acreditem que reúnem os recursos comportamentais, cognitivos e motivacionais necessários para executar com sucesso a tarefa em questão, o mais provável é que se detenham nos aspectos mais salientes do projecto, o que os levará a não realizarem o esforço suficiente, e como resultado, irão falhar.

A Teoria Sócio-Cognitiva permitiu grande avanços na área da psicologia mas na também na área do comportamento organizacional. A parte social reconhece as origens sociais da maior parte do pensamento e da acção humana (o que os indivíduos aprendem por fazerem parte de uma sociedade), enquanto a parte cognitiva reconhece a influente contribuição dos processos de pensamento para a motivação, atitudes e acções (Stajkovic & Luthans, 1998). No que diz respeito ao comportamento organizacional, a maior parte do conhecimento e dos comportamentos dos participantes organizacionais é gerado a partir do ambiente organizacional em que eles operam mas por outro lado, os participantes seguem o processo, actuam sobre ele e avaliam a informação de forma diferente dependendo das suas próprias características pessoais (Stajkovic & Luthans, 1998).

Segundo Stajkovic e Luthans (1998), a maioria das teorias de motivação no trabalho de base cognitiva não dá uma explicação totalmente satisfatória uma vez que não especificam uma análise de processo/orientação dos factores que influenciam a relação entre acção humana e resultados ambientais. Estas teorias relacionam funcionalmente vários factores psicológicos à acção mas não especificam os mecanismos subjacentes que podem afectar a força dessas mesmas relações.

A Teoria Sócio-Cognitiva não só clarifica especificamente os factores com que cada acção humana é determinada, como define as várias capacidades humanas através das quais operam os processos para iniciar, executar e manter determinado comportamento (Stajkovic & Luthans, 1998).

Trata-se assim de uma teoria cognitivo-comportamental porque (Caro, 1987):

1 - Situa a conduta como um eixo central e em simultâneo defende a existência de processos de mediação cognitiva.

2 - Denomina a teoria da aprendizagem social como a contiguidade mediadora.

3 - Surge a formulação do determinismo recíproco como fenómeno que explica feitos psicossociais. Neste sentido, personalidade, conduta e ambiente, interactuam conjuntamente (Bandura, 1978b).

4 - Para Bandura, a regulação comportamental provém do controlo estimular, do controlo simbólico interno e do controlo de resultados (Bandura, 1969).

5 - Critica as técnicas comportamentais por não terem em conta o papel dos processos simbólicos nas mudanças de conduta por eles produzidos (Bandura, 1969).

6 - A sua concepção de Auto-Eficácia tenta integrar variáveis cognitivas, interpretativas de pessoas, mas afirmando que a sua consecução só é possível através de procedimentos comportamentais (Bandura, 1977b). As crenças de auto-eficácia servem como mecanismos cognitivos para a mudança comportamental (Franks, 1984).

Antes dos sujeitos seleccionarem as suas escolhas e iniciarem o seu esforço, tendem a pesar, avaliar, e integrar informação acerca das suas capacidades percebidas (Stajkovic & Luthan, 1998).

A auto-eficácia percebida pode ter diversos efeitos no comportamento, padrões de pensamento e no estado emocional, e influencia, especificamente, a escolha de actividades e de ambientes (Bandura, 1981).

Qualquer factor que ajude a determinar escolhas de comportamento pode ter efeitos profundos nos caminhos do desenvolvimento pessoal. O comprometimento activo em actividades contribui para o crescimento de competências. Evitar actividades e ambientes enriquecedores atrasa o desenvolvimento de potencialidades e fortalece auto-percepções negativas relativamente à mudança correctiva (Bandura, 1981).

Os julgamentos de auto-eficácia ajudam ainda a determinar a quantidade de esforço que o sujeito irá despender e quanto tempo irá persistir face a obstáculos ou experiências adversas (Bandura 1981, 1991).

Quando se deparam com dificuldades, as pessoas que têm sérias dúvidas acerca das suas capacidades vão reduzindo os seus esforços ou desistem por completo, enquanto

as pessoas que têm um forte sentido de eficácia exercem grandes esforços para dominarem os desafios (Bandura & Schunk, 1981; Brown & Inouye, 1978; Schunk, 1981; Weinberg, Gould & Jackson, 1979; cit. por Bandura, 1991). Alta perseverança normalmente produz a realização de grandes desempenhos (Bandura, 1991).

Uma avaliação rigorosa das nossas próprias capacidades é reveladora quando se trata de um funcionamento de sucesso. Julgamentos errados relativamente à eficácia pessoal em qualquer direcção têm consequências (Bandura, 1981).

As pessoas que realmente sobrestimam as suas capacidades comprometem-se com actividades que estão claramente fora do seu alcance, o que poderá causar danos irreversíveis. No entanto, as pessoas que subestimam as suas capacidades também terão de assumir custos, até porque quando se deparam com tarefas com fortes questões, as pessoas acabam por dar ênfase a deficiências pessoais e gerar uma angústia debilitante, que cria obstáculos internos para o desempenho efectivo (Bandura 1981).

Os julgamentos acerca da nossa própria eficácia, sendo eles correctos ou não, são baseados em quatro fontes de informação principais: desempenhos realizados, experiências vicárias através da observação do desempenho de outros, persuasão verbal e influências sócias de que possuímos certas capacidades, e por último, estados de alerta fisiológico a partir dos quais julgamos em parte as nossas capacidades e vulnerabilidade (Bandura, 1981, 1995, 1997).

Os desempenhos inactivos são a fonte de informação mais influente de eficácia uma vez que estão baseadas em autênticas experiências de base (Bandura, Adams, Beyer, 1977). O sucesso enaltece as avaliações de eficácia enquanto as falhas repetidas reduzem-nas, especialmente se as falhas acontecerem no início de um curso de acção e não for perceptível a necessidade de esforço ou a existência de circunstâncias externas adversas. Depois a um forte sentido de eficácia ser desenvolvido devido a sucessivos sucessos, será pouco provável que falhas ocasionais tenham muito efeito nos julgamentos das próprias capacidades (Bandura, 1981, 1995, 1997).

As avaliações de eficácia são, em parte, também influenciadas por experiências vicárias. Observar desempenhos de sucesso por parte de outros poderá provocar expectativas de eficácia nos observadores de que possuem também aquelas capacidades para dominar actividades semelhantes (Bandura, 1977, 1981). As pessoas persuadem-se a si próprias de que se os outros conseguem fazer, elas devem ser capazes de conseguir, pelo menos, uma melhoria no desempenho.

Existem algumas condições sob as quais as avaliações de eficácia são especialmente sensíveis à informação vicariante (Bandura, 1977, 1981). No entanto, as influências vicariantes podem produzir mudanças duradouras e significantes através dos efeitos do desempenho. As pessoas convencidas vicariamente da sua ineficácia estão inclinadas para se comportarem de forma ineficaz, o que de facto vai gerar uma evidência comportamental confirmatória de incapacidade (Bandura, 1977). Por outro lado, influências modeladoras que enaltecem a eficácia percebida podem atenuar o impacto de experiências negativas ao sustentar o desempenho face a falhas repetidas (Brown & Inouye, 1978, cit. por Bandura, 1981).

A persuasão verbal é muito usada uma vez que permite uma avaliação rápida e fácil. Embora a persuasão social possa ser limitada relativamente ao seu poder para criar aumentos de auto-eficácia duradouros, pode, no entanto, contribuir para desempenhos de sucesso se a sua avaliação acrescida estiver dentro de limites realísticos (Bandura, 1981).

Por último, os estados emocionais providenciam outra fonte de informação de eficácia uma vez que um elevado estado de alerta normalmente debilita o desempenho o que faz com que seja mais provável que as pessoas estejam à espera de resultados de sucessos quando não quando não se encontram num estado de alerta agressivo do que quando estão tensos e agitados (Bandura, 1981).

No entanto, não deve ser esquecido que é importante fazer a distinção entre a informação que advém de eventos ambientais e a informação processada, ponderada e integrada nos julgamentos de eficácia (Bandura, 1981). O impacto de diferentes experiências nas percepções de eficácia pessoal dependerá da forma como estas são avaliadas cognitivamente. Os processos cognitivos num julgamento de eficácia têm assim, dois aspectos centrais: O primeiro diz respeito aos tipos de pistas utilizadas pelas pessoas como indicadores da eficácia pessoal; o segundo diz respeito às regras de inferência ou heurísticas utilizadas para integrar a informação sobre a eficácia a partir de diferentes fontes nos julgamentos de auto-eficácia (Bandura, 1981).

Os julgamentos de eficácia variam em várias dimensões com implicações importantes no desempenho, sendo que essas dimensões são o nível de dificuldade, a força dos julgamentos e a sua generalização (Bandura, 1991, 1995, 1997).

No que diz respeito ao nível de dificuldade, o julgamento de auto-eficácia de diferentes indivíduos pode ser limitado às tarefas mais simples, extensível a tarefas de dificuldade moderada, ou incluir algumas das mais desafiadoras e exigentes desempenhos (Bandura, 1991, 1995, 1997).

Por sua vez, relativamente à força, Bandura (1991, 1995, 1997) diz-nos que as fracas auto-percepções de eficácia são facilmente anuladas pelas experiências que as negam, enquanto que os indivíduos que possuem fortes expectativas o mais provável é perseverarem nos seus esforços apesar das experiências contrárias.

As auto-percepções de eficácia também diferem em generalidade já que podem abranger vários domínios ou apenas alguns (Bandura, 1991, 1995, 1997).

Na teoria de Bandura (1995, 1997) reconhece-se ainda de forma explícita que as expectativas não são os únicos determinantes da conduta: para que se produza uma boa actuação num determinado âmbito, para além de altas expectativas de eficácia e de resultados, é necessário possuir, no mínimo, as habilidades e recursos materiais necessários.

A teoria da auto-eficácia, estimulou nos últimos anos uma quantidade considerável de estudos empíricos em vários âmbitos da Psicologia da saúde (Villamarín, 1994). No entanto sobre esta temática, predominam mais uma vez modelos da Psicologia Clínica (Teixeira, 2002), pelo que nos propomos a estudar as percepções de auto-eficácia dos técnicos de saúde relativamente às suas funções.

Tendo em conta que no contexto dos cuidados de saúde predominam as equipas, abordaremos para além da auto-eficácia, a temática da percepção de eficácia colectiva, temática que iremos aprofundar de seguida.

Eficácia Colectiva

Na Teoria da Cognição Social, a percepção de auto-eficácia é o alicerce da acção humana, pelo que a investigação dos efeitos da eficácia percebida tem estado centrada no exercício da acção humana (Bandura, 2007). Contudo, a Teoria da Cognição Social ampliou esta concepção à acção colectiva exercida através da partilha do sentido de eficácia (Ballesteros, Nicolás, Caprara, Barbaranelli & Bandura, 2002).

Apesar dos argumentos criados por Bandura (1982) e Gist (1987) relativamente ao facto da eficácia ser aplicada a grupos, só recentemente é que a eficácia colectiva tem vindo a ser investigada (Mulvey & Klein, 1998).

A eficácia colectiva percebida é definida como o quadro de crenças de um grupo nas suas capacidades conjuntas de organizar e executar as acções pretendidas para obter uma resposta exigida (Bandura, 1997; cit. por Ballesteros et al., 2002). A eficácia colectiva envolve a interacção, a coordenação e a sinergia da dinâmica social, sendo por isso uma construção colectiva, mais do que a agregação de percepções individuais (Bandura, 2000,

2001; cit. por Ballesteros et al., 2002). Contudo, em qualquer grupo, apesar da eficácia colectiva se tratar de uma crença do grupo partilhada, ela ainda reflecte as percepções individuais relativamente às capacidades da equipa (Bandura, 1997).

Ainda assim, há fortes razões para crer que o desenvolvimento das crenças de eficácia pode não ser isomórfico aos níveis individual e de equipa.

Embora a auto-eficácia e a eficácia colectiva estejam ambas relacionadas com o desempenho, os antecedentes das percepções de auto-eficácia e eficácia colectiva podem ser diferentes, dependendo do nível de análise e do critério de mensuração do desempenho (Tasa, Taggar, Seijits, 2007). Enquanto os processos de auto-eficácia são conceptualizados ocorrendo principalmente a nível intra-individual através de processos sociais e cognitivos, o desenvolvimento da eficácia colectiva, por outro lado, ocorre principalmente a nível inter-individual (Bandura, 1997).

O facto dos aspectos colectivos terem sido menos estudados, associado ao facto dos estudos sobre a auto-eficácia se terem debruçado essencialmente sobre as suas consequências, hoje sabe-se muito pouco sobre os antecedentes da eficácia colectiva (Walumbwa, Wang, Lawler & Shi, 2004).

Vários autores sugeriram que também os factores que influenciam a evolução da eficácia colectiva podem ser diferentes dos antecedentes da auto-eficácia (Chen & Bliese, 2002; Gibson, 1999; Gully et al., 2002; cit. por Tasa et al., 2007).

A eficácia colectiva provavelmente depende das percepções dos membros do grupo relativamente à eficácia dos outros membros e de decisões, tais como as relativas à organização e estrutura da equipa (Shamir, 1990, cit. por Whyte, 1998). As variáveis adicionais podem ainda incluir as percepções dos membros do grupo de como as capacidades de todos os membros se encaixam como um todo e como os membros interagem uns com os outros (Peterson, Mitchell, Thomas & Burr, 1996; cit. por Whyte, 1998). A influência mais importante nas percepções de eficácia colectiva, contudo, talvez seja as percepções de eficácia do líder (Walumbwa et al., 2004). Os líderes desempenham um papel muito importante na construção social de construtos como a eficácia colectiva (Whyte, 1998).

Já no que diz respeito às influências da eficácia colectiva noutras variáveis, Bandura (1997) sugere que as percepções de eficácia colectiva influenciam o tipo de futuro que se procura atingir, a forma de gerir os recursos, os planos e estratégias a construir, a quantidade de esforço que iremos empenhar no nosso grupo, e ainda influenciam a força com que são encaradas situações em que os esforços colectivos falham na produção de

resultados rápidos ou é encontrada uma oposição forçada, e a vulnerabilidade ao desencorajamento.

O impacto da percepção de eficácia colectiva no funcionamento de um grupo começou a ser verificado empiricamente muito recentemente (Ballesteros et al., 2002). Tal como Ballesteros e os seus colaboradores (2002) fazem referência, alguns desses estudos avaliaram os efeitos da percepção de eficácia colectiva alterados experimentalmente (Durham, Cavaleiro, & Locke, 1997; Earley, 1993, 1994; Greenlees, Graydon, & Maynard, 2000; Hodges & Carron, 1992; Prússia & Kinicki, 1996; Seijts & Latham, 2000). Outras linhas de investigação examinaram os efeitos das crenças de eficácia colectiva em modelos multivariados. Estes últimos estudos abrangem diversos sistemas sociais, incluindo a eficácia colectiva dos sistemas educacionais (Bandura, 1997; Goddard, Hoy, & Hoy, 2000), equipas desportivas (Carron, 1984; Feltz & Lirgg, 1998; Mullen & Cooper, 1994; Spink, 1990), equipas de combate (Bliese & Jex, 1999; Lindsley, Mathieu, Heffner, & Brass, 1994), bairros urbanos (Sampson, Raudenbush, & Earls, 1997), as organizações empresariais (Gibson, 1995; Earley, 1994; Hodges & Carron, 1992; Little & Madigan, 1994), e os sistemas políticos (Pollock, 1983; Seligson, 1980) (Ballesteros et al., 2002).

Existe consenso na literatura no que diz respeito à influência da eficácia colectiva na motivação para o desempenho, num contexto que forneça os níveis adequados de conhecimentos, incentivos, oportunidades e clareza, onde, tal como acontece relativamente às percepções de auto-eficácia, as percepções de eficácia colectiva aparecem como mediadores da relação entre factores de contexto e determinados comportamentos de desempenho (Bandura, 1996, cit. por Pethe, 2002). Pethe (2002) refere que já vários estudos já demonstraram a ligação entre a eficácia colectiva e o desempenho do grupo (e.g. Earley, 1993; Hodges & Caron, 1992; Little & Madigan, 1995; Prussia & Kinicki, 1996; Riggs, Warka, Babasa, Betancourt & Hooker, 1994, cit. por Whyte, 1998; Gully, Incalcaterra, Joshi, & Beaubien, 2002).

Já Whyte (1998) refere outros estudos em que as crenças de eficácia colectiva afectam a fixação de objectivos (Locke & Latham, 1990), a escolha de actividade, a quantidade de esforço dispendido, estratégias analíticas e persistência (Bandura, 1977; Wood & Bandura, 1989).

Whyte (1998) diz-nos que a eficácia colectiva percebida pode, contudo, ser problemática quando se torna demasiado alta, resultando em excesso e em último caso num pobre desempenho. Por outro lado, como Eden (1990) notou, uma falha séria no desempenho – como o desastre da nave espacial Challenger da National Aeronautics and

Space Administration – pode diminuir a eficácia colectiva dos membros de uma organização, o que por sua vez poderá influenciar falhas subsequentes (Myers, Payment & Feltz, 2004).

Bandura recomenda duas abordagens para obter estimativas isoladas da eficácia colectiva de uma equipa dos membros individuais de uma equipa (Myers, Feltz & Short, 2004). A primeira abordagem envolve a avaliação da crença de cada membro da equipa nas suas capacidades pessoais para actuar dentro do grupo (ou seja, auto-eficácia) e posteriormente juntar essas mensurações individuais ao nível da equipa. Há quem se refira a esta estimativa de eficácia colectiva como o agregado de auto-eficácia. A segunda abordagem envolve a avaliação da crença de cada membro da equipa nas capacidades da equipa como um todo e posteriormente juntar essas mensurações individuais ao nível da equipa. Há quem se refira a esta estimativa de eficácia colectiva como o agregado de eficácia colectiva.

Bandura afirmou que o agregado de eficácia colectiva seria mais preditivo do desempenho de uma equipa do que o agregado de auto-eficácia quando a tarefa do grupo é altamente interdependente. Alguns estudos têm comprovado isso mesmo (Feltz & Lirgg, 1998; Myers, Feltz & Short, 2004).

Os dois índices de eficácia colectiva são, pelo menos, moderadamente correlacionados, por diversas razões (Bandura, 2000). Das diversas razões devemos destacar o facto de todos os indivíduos se encontrarem estabelecidos socialmente, e tão dependentes uns dos outros, que na altura de avaliarem a sua eficácia pessoal torna-se fundamental ter em consideração a contribuição interactiva dos membros do grupo às suas capacidades pessoais. Inversamente, no sentido de avaliar a eficácia grupo, os membros consideram a potencial contribuição dos membros-chave para os resultados colectivos (Ballesteros et al., 2002)

Zaccaro, Blair, Peterson, and Zazanis (1995) foram mais explícitos que Bandura ao incorporar os aspectos coordenativos e de integração da eficácia colectiva na sua definição do construto. Eles definiram a eficácia colectiva como sendo “uma sensação de competência colectiva partilhada pelos membros da equipa quando distribuem, coordenam e integram os seus recursos como resposta conjunta de sucesso a questões situacionais específicas (Zaccaro et al., 1995).

Várias definições de eficácia colectiva têm contribuído para múltiplas abordagens para a mensuração do construto (Maddux, 1999). Ultimamente, existem métodos de mensuração ligeiramente diferentes das duas abordagens advogadas por Bandura que incluem uma agregação de eficácia colectiva baseada na definição do construto de Zaccaro

e seus colaboradores (Paskevich, Brawley, Dorsch & Widmeyer, 1999) e medidas avulsas obtidas a partir de discussão de grupo (Gibson, Randel & Earley, 2000).

Contudo, esta última abordagem é problemática. Ao construir a unanimidade acerca da eficácia do grupo através de uma discussão em grupo está-se sujeito à distorção da persuasão social por membros mais poderosos e a outras pressões por conformidade social. Desta forma, um julgamento colectivo de grupo acerca da sua eficácia reflecte principalmente os julgamentos pessoais dos membros com alto estatuto em detrimento dos julgamentos dos membros subordinados. (Earley, 1999).

Este modo de avaliação pode ter efeitos reactivos uma vez que os esforços persuasivos para se chegar a um consenso podem alterar os pontos de vista dos membros de uma equipa. Avaliações que operam através da influência social devem ser evitadas (Ballesteros et al., 2002). Um consenso forçado para se alcançar um único julgamento mascara a variabilidade de crenças de eficácia entre as várias facções dentro de um sistema social.

Relativamente à agregação de eficácia colectiva baseada na definição do construto de Zaccaro e seus colaboradores também não existem provas de que prediz o desempenho significativamente melhor do que qualquer uma das abordagens defendidas por Bandura (Ballesteros et al., 2002).

O estudo da eficácia colectiva ao longo deste trabalho prende-se assim com duas razões: a primeira diz respeito ao facto do desenvolvimento da eficácia colectiva enquanto construto ser relativamente recente, pelo que o seu impacto noutras variáveis deve ser ainda amplamente explorado; a segunda, mas não menos importante, prende-se com o facto desta variável, assim como muitas outras, não ter sido (ou quase não ter sido) estudada no contexto das equipas de saúde, o que nos parece que poderá ser bastante importante.

Cooperação

A maioria das definições de cooperação incidem sobre o processo através do qual os indivíduos, grupos e organizações se juntam, interagem, e constroem relacionamentos psicológicos para alcançarem ganhos ou benefícios mútuos (Smith, Carroll & Ashford, 1995). Ring e Van de Ven (1994) deram à definição de cooperação, uma vertente mais dinâmica, acrescentando a disposição das pessoas para continuarem em relações cooperativas. Foi ainda essencial o contributo dos autores ao considerarem que as relações cooperativas são "mecanismos socialmente planeados para a acção colectiva, que por sua

vez são continuamente formados e reestruturados por acções e interpretações simbólicas das partes envolvidas (Ring e Van de Ven, 1994)

A cooperação tem-se revelado um assunto de interesse para disciplinas tão variadas como a economia, a sociologia, a antropologia, a psicologia e as ciências políticas, bem como do comportamento organizacional, teoria das organizações, e da gestão estratégica (Smith et al, 1995).

O aumento da implementação de equipas de trabalho auto-geridas nas organizações, combinado com a eliminação dos cargos de chefia como resultado da reestruturação organizacional, pôs em evidência a importância da cooperação interpessoal e da eficácia do trabalho de equipa ou mesmo organizacional (Cohen, Ledford, & Spreitzer, 1996; Dunphy & Bryant, 1996, cit. por Jones & George, 1998).

As relações de cooperação podem formais ou informais e podem ainda variar consoante a forma como as partes se ligam umas às outras - se a ligação é vertical a relação dá-se entre indivíduos, equipas e organizações subalternas e superiores; por outro lado, se a relação é horizontal, as partes envolvidas são, por exemplo, trabalhadores a trabalhar numa tarefa comum, num mesmo sector. Assim sendo, as relações de cooperação que envolvam ligações verticais serão diferentes das que envolvem ligações horizontais, principalmente, em função da interdependência (Smith et al., 1995).

Nos últimos anos, diversos autores têm descrito com maior detalhe as relações de cooperação com uma série de variáveis que a antecedem ou são suas consequentes. Alguns estudos apontam para a cooperação como pré-requisito da coordenação e simultaneamente para os factores motivacionais como pré-requisitos da cooperação (Beer, Eisenstat, e Spector (1990), cit. por Smith et al., 1995). Outros estudos revelam que existe uma relação entre a cooperação e um nível de satisfação alta por parte de quem coopera, com relações de trabalho de alta qualidade, com um grande número de soluções aceitáveis e com um desempenho organizacional elevado (Thomas, 1992; cit. por Smith et al., 1995). Outros estudos existem que relacionam a cooperação com o tamanho de um grupo, defendendo que os grupos pequenos são mais capazes de estabelecer e sustentar a cooperação que os maiores (Agrawal, 2002; Dawes, 1980; cit. por Taberner et al., 2007) e têm mais facilidade para gerar eficácia colectiva percebida que acaba por ser determinante na resolução de conflitos e na tomada de decisões cooperativas (Taberner, Arenas & Briones, 2005; cit. por Taberner et al., 2007).

No que diz respeito às equipas de cuidados de saúde, vários autores têm indicado uma clara vantagem em se adaptar um modelo de cooperação interdisciplinar, em

detrimento de um modelo médico multidisciplinar ou uma tradicional forma de cooperação (Crawfor, Price, 2003; Winter, 1995; Körner, Bengel, 2004).

Pretende-se assim adoptar um modelo que ajude a explicar o resultado das interacções no seio da equipa e também a situação cooperação-competição que se dá entre os membros de uma equipa, em detrimento de um plano exclusivamente relacionado com traços de personalidade.

Esta teoria tem-se vindo a aplicar desde as suas primeiras formulações (Deustch, 1949a, 1949b; Thibaut & Kelley, 1959; Davis, 1971; cit. por Garcia-Mas 2001) aos conflitos entre interesses opostos, dando lugar à sua aplicação nos encontros interpessoais ou intergrupais, ainda que, com certas modificações, nos parece possível o seu desenvolvimento em relação à cooperação interpessoal orientada para um objectivo, tal como acontece numa equipa de cuidados de saúde.

Tendo em conta que as equipas não são mais do que grupos de indivíduos com diferentes características e pontos de vista, é provável que surjam situações de conflito. Geralmente são descritos dois tipos de conflitos de equipa: conflito na tarefa e relacionamentos conflituosos (Peterson, Behfar, 2003, De Dreu , Weingart, 2003, cit. por Jünger, Pestinger, Elsner, Krumm and Radbruch, 2007). Baseados numa vasta revisão de literatura, De Dreu and Weingart (2003) dão algumas recomendações sobre como lidar de forma construtiva com conflitos na equipa (Jünger et al., 2007). Aconselham a criação de um clima de cooperação em vez de competição e um ambiente de trabalho caracterizado pela abertura e tolerância relativamente aos diferentes pontos de vista (Jünger et al., 2007). Para além disso, a oportunidade para lidar de forma construtiva com os conflitos dentro da equipa pode ser reforçada ao permitir que se possa atribuir uma causa ao aparecimento dos mesmos (Simons, Peterson, 2000; cit. por Jünger, et al., 2007).

Seguindo esta linha de raciocínio, o modelo de cooperação adoptado tem como ponto de partida a Teoria dos Jogos, mais concretamente, o Dilema do Prisioneiro (Lave, 1960; Nash, 1953; Scodel et al., 1960; Thibaut & Kelley, 1959; Axelrod, 1986) no que diz respeito à tomada de decisão individual e, conseqüentemente, sobre a sua cooperação (ou não) na realização de esforço individual para a execução do bem da equipa (Axelrod, 2000). A extrema simplicidade do Dilema do Prisioneiro tem provado ao longo dos anos ter várias vantagens importantes (Axelrod, 2000). Actualmente, esta teoria está implícita noutra mais geral, a Teoria da Identidade Social (Tajfel & Turner, 1986), fundamentada na experiência de um destino interdependente (Lewin, 1948), tanto real como percebido pelos membros do grupo (Garcia-Mas, 2001).

Um elemento-chave para a compreensão da cooperação / competição é o tipo de interdependência do objectivo encontrada entre as partes envolvidas. Os objectivos das partes podem ser negativamente interdependentes – o êxito de uma das partes está correlacionando com o fracasso da outra. Tais situações tendem a produzir uma relação competitiva com uma orientação “win-lose” (Deutsch, 2000). Por outro lado, os objectivos de ambas as partes podem ser interdependentes de forma positiva – O sucesso de uma das partes está correlacionando com o sucesso da outra, ou o fracasso está relacionado com o fracasso. Tais situações tendem a produzir relações cooperativas em que as partes têm uma orientação win-win (Deutsch, 2000).

Segundo Deutsch (2000) as relações cooperativas revelam uma série de características positivas, incluindo uma comunicação e coordenação mais, atitudes abertas e amigáveis, o sentimento de reciprocidade e uma vontade de aumentar o poder do outro. Por sua vez, os processos competitivos tendem a produzir o inverso, os efeitos negativos como comunicação obstruída, incapacidade de coordenar as actividades, desconfiança e falta de auto-confiança, desejo de reduzir o poder do outro e de o dominar.

Os indivíduos em cooperação, comparativamente com aqueles que competem entre si, trocam recursos, prestam assistência e gerem conflitos de forma construtiva de modo que todos são bem sucedidos (Deutsch, 2000).

Promover uma visão partilhada e uma interacção cooperativa desenvolve assim uma equipa orientada tanto para a produtividade como para as pessoas.

Trata-se de uma tomada de decisões dinâmica fundamentada na interacção repetida entre pessoas que procuram alcançar um objectivo, desportivo neste caso, a partir do interior da equipa (Garcia-Mas, 2001).

Deste modelo, pode-se ainda depreender a capacidade motivadora das tendências cooperativas ou competitivas de cada membro da equipa, já que o processo cognitivo leva necessariamente a uma acção, conduta, tática ou estratégia (Johnson & Johnson, 1985; cit. por Garcia-Mas, 2001).

Rabbie (1995), propôs um modelo global para explicar a cooperação que se aplica a diversas situações e que se encontra representado na Figura 1. O ponto de partida é assim a tomada de decisão acerca da acção que se irá traduzir num comportamento cooperativo ou competitivo. São referidos como factores principais, os factores ambientais, as interacções necessárias para que se reconheçam os resultados de cooperação de acordo com os objectivos pessoais, o conhecimento dos resultados das próprias interacções, e um factor disposicional baseado na tendência de cada membro da equipa cooperar, mais ou

menos, dependendo da situação em que a interacção é produzida. No fundo o modelo defende que um membro da equipa pode mudar a sua tendência a cooperar ou competir em função de algum dos factores todos em conta.

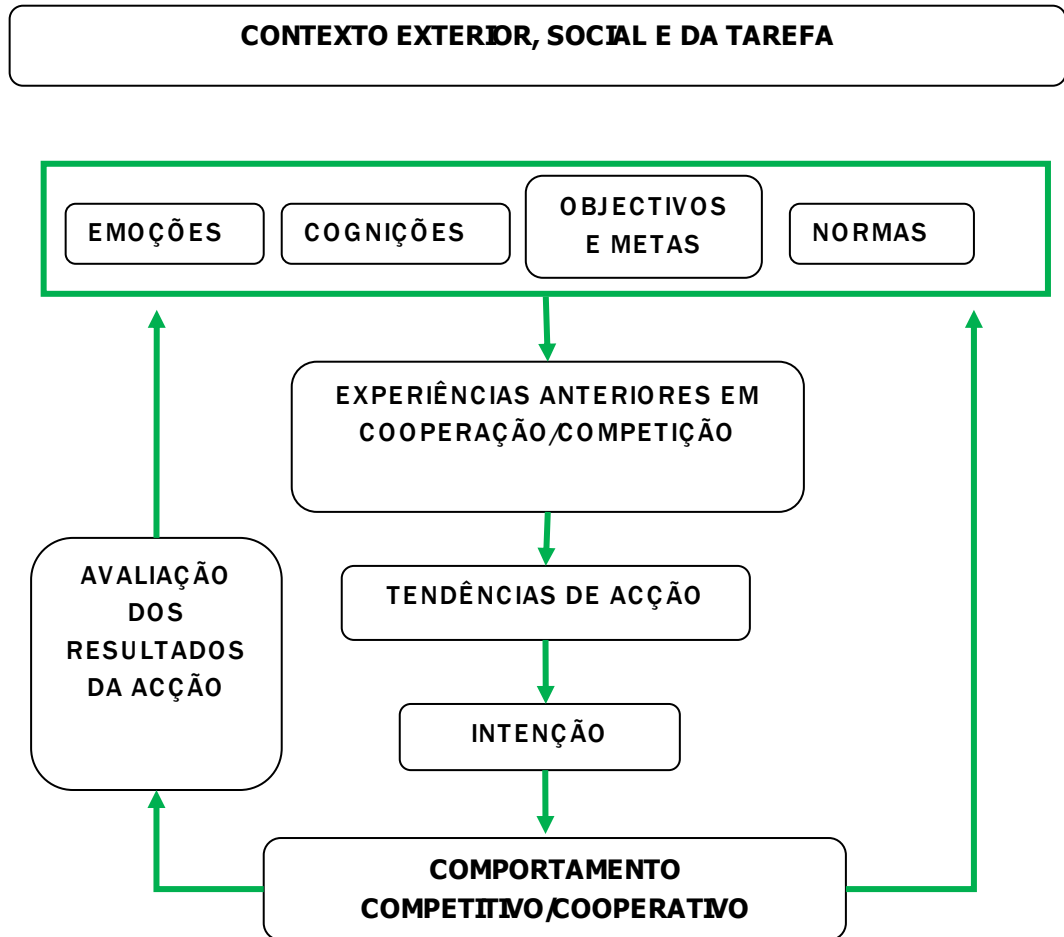


Fig. 1 - Modelo conceptual de cooperação (Rabbie, 1995)

Rabbie (1995) definiu ainda 5 factores, todos eles integráveis no seu modelo, e susceptíveis de serem avaliados, analisados e, eventualmente, formarem parte de um programa de intervenção dirigido a melhorar os níveis de cooperação:

- Comunicação
- Informação sobre as opções escolhidas pelos outros
- Confiança nos outros membros do grupo
- Responsabilidade e valores sociais
- Identidade intragrupo

Relativamente ao comportamento de indivíduos nas situações de cooperação e de competição, Deutsch (1949) referiu ainda as consequências de se adoptarem comportamentos cooperativos ou competitivos e que passamos a enunciar:

1. Indivíduos em situações cooperativas percebem que atingir os seus objectivos é, em parte, consequência das acções dos outros membros da equipa, enquanto indivíduos em situações competitivas percebem que atingir os objectivos individuais é incompatível com a obtenção dos objectivos por parte dos outros membros da equipa.

2. Membros de equipas cooperativas terão mais facilidade que membros de equipas competitivas em valorizar as acções dos outros membros conducentes à obtenção dos objectivos e em oporem-se e rejeitarem acções que comprometam o alcance dos objectivos.

3. Indivíduos em situações cooperativas são mais sensíveis às solicitações dos outros membros da equipa que indivíduos em situações competitivas.

4. Membros de grupos cooperativos ajudam-se mutuamente com maior frequência que os de grupos competitivos.

5. Após um certo período, a coordenação de esforços acontece com mais frequência e mais fluidez em equipas cooperativas do que em equipas competitivas.

6. Em situações de cooperação existe uma maior homogeneidade relativamente às contribuições ou participações do que em situações competitivas.

7. A especialização em determinadas actividades é maior em grupos cooperativos do que nos competitivos.

9. Os participantes numa situação cooperativa estão mais atentos aos sinais dados pelos outros participantes do que os participantes de uma situação competitiva.

10. Existe uma maior aceitação de intercomunicação e maior concordância em equipas cooperativas que nas competitivas.

11. A qualidade do que é produzido, é maior nos grupos cooperativos que nos competitivos.

12. Há maior manifestação de amizade entre membros cooperativos que entre membros competitivos.

13. Os membros de equipas cooperativas avaliam as produções de seus grupos mais favoravelmente que os membros de equipas competitivas.

14. Verifica-se uma maior percentagem de funções colectivas em equipas cooperativas que nas competitivas.

15. Os membros de equipas cooperativas têm a percepção que são mais capazes de produzir efeitos positivos nos seus companheiros que membros de equipas competitivas.

É ainda importante referir a possibilidade de ocorrência de situações de cooperação, não só no seio do grupo mas também entre os diferentes grupos (Carron & Hausenblas, 1998, cit. por Garcia-Mas, 2001). No contexto dos cuidados de saúde, os diferentes serviços tendem a comportar-se de forma independente, exercendo muitas vezes rivalidades quanto à utilização de recursos. Nesse contexto de poder partilhado e disputa entre os grupos para impor as suas orientações, o processo de elaboração de estratégias é emergente, descontínuo, e cada decisão é fruto de um jogo de forças contingente (Mintzberg, 1989; Azevedo, 1993; Braga Neto, 1996, cit. por Azevedo, 2002). Tal como refere Azevedo (2002), as características próprias do seu ambiente profissional tornam o processo de decisão nessas organizações bastante labiríntico e a cooperação um grande desafio.

Carron e Hausenblas (1998) defenderam assim a existência de 4 possíveis combinações de processos que podem ocorrer intra-grupo e intergrupo, representados na figura 2.

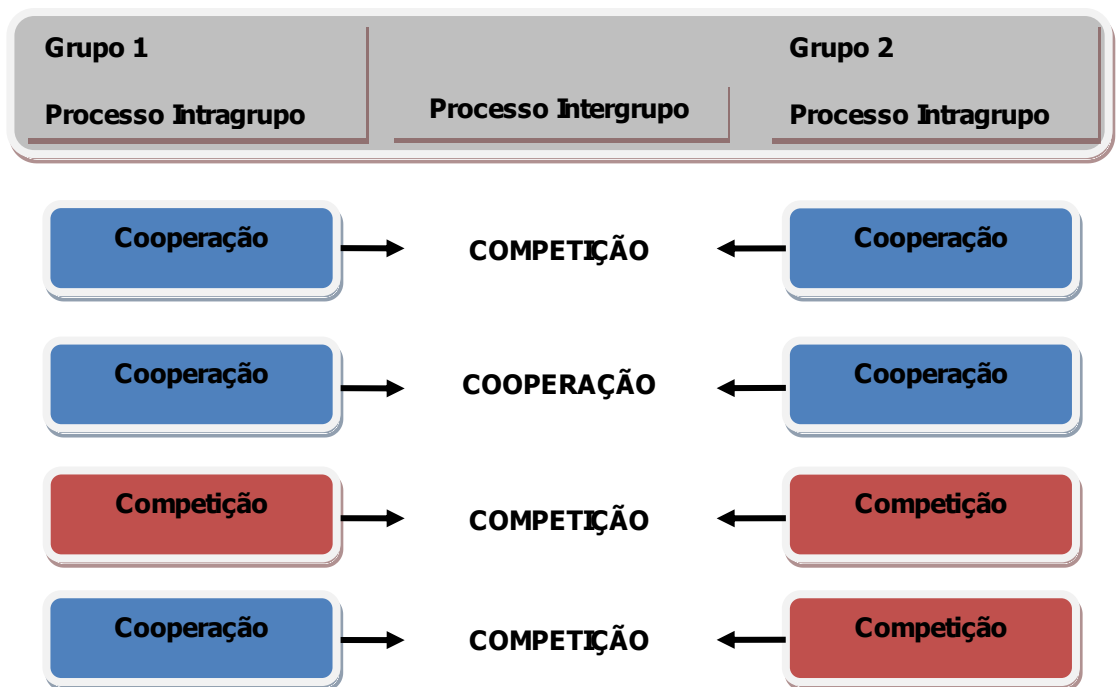


Fig. 2 – Processos intragrupos e inter-grupos (Carron & Hausenblas, 1998).

Tal como tem acontecido na área dos cuidados de saúde, também no desporto, a cooperação não tem sido uma matéria muito estudada. Para além de nas organizações de

saúde, o trabalho profissional ser altamente especializado, complexo e de difícil mensuração, na investigação na área da psicologia da saúde têm predominado modelos de psicologia clínica, coexistindo com um certo desinteresse aparente dos psicólogos ligados à psicologia comunitária, psicologia social e das organizações, psicologia ambiental e psicologia educacional por esta área de investigação/intervenção (Azevedo, 2002; Teixeira, 2002).

No âmbito desportivo, apesar do percurso ainda curto no que diz respeito à cooperação, Garcia-Mas (2001) aborda a questão da cooperação de uma forma que nos parece bastante simples e ao mesmo tempo sem descuidar a complexidade do conceito, dentro da linha de investigação a que temos feito referência, ao ter em conta a cooperação como parte dos processos de grupo mas permitindo também trabalhar sobre os determinantes pessoais, interactivos ou situacionais que afectam directamente membro da equipa (Garcia-Mas, 2001). No seguimento deste estudo, o autor desenvolveu um questionário capaz de avaliar a cooperação para os processos de grupo no âmbito desportivo, hoje designado QCD “Questionário de cooperação desportiva”.

Apesar de estarmos a falar de duas áreas distintas, acreditamos tratar-se de um desafio que poderá trazer benefícios, o desenvolvimento da temática da cooperação nos cuidados de saúde, tendo como ponto de partida o modelo desenvolvido por Garcia-Mas (2001) de cooperação desportiva.

Acreditamos na importância que a psicologia pode ter na saúde através da análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde, potenciando a actuação dos outros técnicos, e melhorando as relações interprofissionais, promovendo uma utilização mais adequada dos serviços e recursos de saúde (Godoy, 1999), participando em actividades de humanização dos serviços e melhoria da qualidade dos cuidados. Achamos ainda que devemos responder ao apelo que tem sido feito, para que haja um maior envolvimento da psicologia organizacional neste contexto, assim como para que haja um desenvolvimento do conhecimento relativo às interacções entre técnicos de saúde e aos processos característicos destas equipas (Teixeira, 2004).

Por estas razões, pretende-se, em primeiro lugar, adaptar instrumentos de mensuração de cooperação, eficácia colectiva e auto-eficácia ao contexto dos cuidados de saúde portugueses. Em segundo lugar, mas não menos importante, pretende-se estudar as relações que possam existir entre cooperação, eficácia colectiva e auto-eficácia em equipas de cuidados de saúde, tanto de forma geral, como de forma a analisar as possíveis relações entre os seus diversos factores. Posteriormente gostaríamos de constatar se existem

diferenças entre grupos de participantes a trabalharem em unidades diferentes assim como entre grupos de participantes com níveis de cooperação altos e baixos.

Muito embora não haja estudos na área sobre estes três construtos, tendo em conta estudos realizados noutras áreas, acreditamos na existência de relações positiva entre as variáveis e de diferenças significativas entre os grupos mencionados. Após o desenvolvimento deste estudo poderemos então constatar se esta hipótese se verifica ou não.

Método

Amostra

A amostra é constituída por 69 sujeitos, enfermeiros, pertencentes a um serviço de cirurgia torácica. Os sujeitos foram divididos em dois grupos:

- Unidades de Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios
- Internamento e Bloco Operatório

A amostra foi recolhida através do modelo de amostragem não-aleatório, isto é, foi utilizado um modelo de amostragem por conveniência, em que os sujeitos escolhidos são os que estão mais facilmente disponíveis (Hill & Hill, 2002). Trata-se de um método que tem sido considerado útil para testar as primeiras versões de um questionário, rápido, barato e fácil (Hill & Hill, 2002).

Todos os participantes tinham habilitações literárias superiores e eram provenientes do distrito do Porto.

Instrumentos

Neste estudo foram utilizados três instrumentos de medição:

Instrumento 1: Questionário de auto-eficácia (Anexo A)

O questionário de Auto-Eficácia foi construído tendo como base a metodologia microanalítica de Bandura, que pretende avaliar a percepção de auto-eficácia dos participantes num determinado processo crítico do seu trabalho.

O questionário é constituído por 11 itens, respondidos numa escala percentilica de 10 percentis que variam entre “Nada Confiante”, representado por 0%, e 100%, representado por 100%. Cada item representam uma tarefa específica de determinado processo – neste caso o processo é a transferência de doentes da Unidade de Cuidados

Intermédios para o Internamento – e estão ordenados, não por grau de dificuldade, como Bandura (2006) propõe, mas por ordem cronológica ao longo do processo. O facto de não se ter adoptado a proposta neste caso específico deve-se à impossibilidade de avaliar e diferenciar o grau de dificuldade das tarefas a que se faz referência no questionário.

Tanto a escolha do processo como a escolha das tarefas chave constituintes do mesmo foram baseadas em entrevistas feitas a enfermeiros do serviço de cirurgia de torácica e no acompanhamento do funcionamento de todas as unidades do serviço ao longo de 15 dias.

Posteriormente foram realizadas novas entrevistas de modo a conferir a compreensibilidade e clareza do instrumento. Não tendo sido encontradas dificuldades por parte dos entrevistados na compreensão dos itens do instrumento, considerámos criado o Questionário de Auto-Eficácia na Transferência de Doentes dos Cuidados Intermédios para o Internamento.

Instrumento dois: Questionário de Eficácia Colectiva em Equipas (Contexto Organizacional) (anexo B)

O Questionário de Eficácia Colectiva em Equipas (Contexto Organizacional) foi adaptado a este contexto a partir do Collective Efficacy Questionnaire for Sports (CEQS) (Short, Sullivan & Feltz, 2001) adaptado à população portuguesa por Francisco (2005).

A versão original do questionário, numa primeira fase foi constituída por 42 itens revelando já cinco factores de eficácia colectiva designados por Capacidade, Esforço, Persistência, Preparação e União. Numa segunda fase foram obtidos 27 itens e na terceira e última fase obtiveram-se 20 itens (Short, Sullivan & Feltz, 2005). Mantiveram-se sempre os 5 factores já designados anteriormente (Short et al., 2005). Trata-se de uma escala multidimensional que, segundo Bandura (2001), será mais apropriada para a eficácia colectiva, e não só terá valor preditivo como também irá fornecer uma maior compreensão das dinâmicas de determinado comportamento (Bandura, 2006).

No que diz respeito à adaptação do questionário à população portuguesa (Francisco, 2005), esta é composta por 30 itens correspondentes aos cinco factores também verificados na versão original – Capacidade, esforço, Persistência, Preparação e União.

Ao adaptarmos o questionário para o contexto organizacional, foram mantidos 30 itens correspondentes aos 5 factores já mencionados, como se pode observar na Tabela 1,

depois de terem sido entrevistados vários membros pertencentes a equipas de saúde que permitiram conferir a compreensibilidade e clareza de todos os itens.

Para todos os itens pede-se aos participantes para terem em conta “qual o grau de confiança que tem de que a sua equipa é capaz de...”, de modo a obter também percepções individuais da confiança que cada membro têm na sua equipa (Short et al., 2005). Os itens são respondidos através de uma escala de Likert de nove pontos que varia entre “Não Confio”, representado por 0, e “Confio Totalmente”, representado por 9.

Tabela 1 – Itens dos factores da eficácia colectiva

Factores	Itens
Capacidade	<p>1. Trabalhar muito melhor que outras equipas.</p> <p>5. Demonstrar mais capacidade do que outras equipas.</p> <p>14. Desempenhar funções de forma mais competente que outras equipas.</p> <p>15. Ter um melhor desempenho que outras equipas de outros hospitais.</p> <p>21. Modificar a estratégia ou plano de trabalho quando necessário.</p> <p>26. Aproveitar as oportunidades de forma eficaz.</p>
Esforço	<p>8. Demonstrar um forte empenho.</p> <p>10. Desempenhar as suas funções com qualidade.</p> <p>16. Mostrar entusiasmo.</p> <p>17. Ultrapassar os factores de distração.</p> <p>22. Dar o máximo.</p> <p>27. Mostrar mais determinação que outras equipas para a qualidade nos cuidados.</p>
Persistência	<p>3. Trabalhar sob pressão (ou seja, ser capaz de trabalhar, mesmo em momentos de muita pressão).</p> <p>7. Não desistir quando há obstáculos.</p> <p>9. Continuar a dar o seu melhor quando nem tudo corre bem.</p> <p>11. Trabalhar bem mesmo sem a presença dos elementos mais experientes.</p>

	<p>23. Adaptar-se às diferentes situações que possam surgir no trabalho.</p> <p>28. Em situações críticas, acreditar até ao fim de que se vai alcançar os objectivos.</p>
Preparação	<p>4. Estar preparada para o trabalho que surgir.</p> <p>12. Estar preparada para a exigência do trabalho do Serviço.</p> <p>18. Preparar-se física e psicologicamente para o trabalho no serviço.</p> <p>19. Planear uma estratégia para ter sucesso.</p> <p>24. Estabelecer objectivos e planear estratégias para os atingir.</p> <p>29. Antecipar as dificuldades e pensar em formas de as ultrapassar.</p>
União	<p>2. Resolver conflitos que possam surgir.</p> <p>6. Manter-se unida.</p> <p>13. Manter uma atitude positiva.</p> <p>20. Comunicar de forma eficaz.</p> <p>25. Trabalhar em conjunto para atingir os objectivos.</p> <p>30. Apoiar os colegas quando as coisas não correm bem.</p>

Instrumento três: Questionário de Cooperação em Equipas (Contexto organizacional) (anexo C)

O Questionário de Cooperação em Equipas (Contexto organizacional) foi adaptado a esta área a partir do questionário de Cooperação Desportiva (QCD) (Garcia-Mas, 2001, 2006). O Questionário de Cooperação Desportiva (QCD) foi desenvolvido a partir dos temas relacionados com o construto da cooperação/competição interpessoal (Garcia-Mas, 2006), presente também neste estudo.

Garcia-Mas define a existência de dois factores básicos que influenciam a cooperação dos atletas:

- Factores disposicionais, isto é, a tendência que o atleta tem para cooperar ou competir; são eles:

- **Cooperação condicionada, quando os atletas cooperam de acordo com os objectivos que querem atingir;**
- **Cooperação incondicionada, quando os atletas cooperam independentemente dos seus objectivos.**
- **Factores situacionais, que podem fazer com que o atleta coopere mais ou menos; estes são:**
 - **Cooperação com o treinador,**
 - **Cooperação com os companheiros de equipa,**
 - **Cooperação fora de campo.**

No entanto, apesar de o questionário desenvolvido por Garcia-Mas (2001, 2006) revelar os cinco factores acima descritos, aquando da adaptação à população portuguesa por Martins (2007) este questionário apenas revelou a existência de três factores: cooperação condicionada, cooperação incondicionada e cooperação com o treinador.

Na adaptação para o contexto organizacional, os factores mantiveram-se apesar de as suas designações terem sido alteradas e os itens adaptados. Na tabela 2 encontram-se a distribuição dos itens adaptados pelas sub-escalas.

Tabela 2 – distribuição dos itens peças sub-escalas de cooperação

Sub-escalas	Itens
<p style="text-align: center;">Cooperação Condicionada</p>	<p style="text-align: center;">4. Quando ajudo o meu chefe, seguindo as suas instruções e esforçando-me no trabalho, espero que ele mo reconheça, promovendo-me ou dando-me incentivos.</p> <p style="text-align: center;">8. Quando com o meu trabalho ou com o meu esforço ajudo algum colega, espero ser reconhecido de alguma forma.</p> <p style="text-align: center;">12. A minha cooperação com os meus colegas e com o meu chefe depende da colaboração que eles me dão a mim.</p>
<p style="text-align: center;">Cooperação Incondicionada</p>	<p style="text-align: center;">1. Se todos nos esforçarmos e nos ajudarmos uns aos outros, a equipa irá melhorar e alcançar os seus objectivos.</p> <p style="text-align: center;">2. Eu colaboro com os meus colegas e com o meu chefe, seja quais forem as circunstâncias do trabalho.</p> <p style="text-align: center;">3. É tão importante cooperar fora como dentro do serviço, embora eu me considere um profissional.</p> <p style="text-align: center;">6. Colaboro com os meus colegas de equipa, ainda que na equipa possa existir alguns colegas que não ajudem.</p> <p style="text-align: center;">10. Esforço-me muito no meu trabalho, ainda que isso signifique competir com algum colega.</p> <p style="text-align: center;">11. Para concretizar os objectivos da equipa, temos de nos ajudar uns aos outros, mesmo em questões pessoais.</p> <p style="text-align: center;">13. Eu colaboro com os meus colegas, mesmo que eles tenham mais capacidades do que eu.</p> <p style="text-align: center;">14. Se todos cooperamos, a equipa fica mais unida, alcança mais e maiores resultados ou tem um melhor desempenho.</p> <p style="text-align: center;">15. Mesmo que ninguém note, coopero espontaneamente com os meus colegas durante o trabalho.</p>
<p style="text-align: center;">Cooperação com a chefia</p>	<p style="text-align: center;">5. Coopero com o chefe, independentemente do lugar que ocupo e dos incentivos que possa receber.</p> <p style="text-align: center;">7. Trabalho conjuntamente com o meu chefe, independentemente do lugar que ocupo e dos incentivos que possa receber.</p> <p style="text-align: center;">9. Sigo sempre as instruções do meu chefe e acato as suas decisões, chegando a sacrificar as minhas ideias acerca do trabalho.</p>

Mais uma vez, após a adaptação do instrumento, foram realizadas entrevistas para verificar a clareza e compreensibilidade do instrumento e, uma vez que não se verificaram

dificuldades por parte dos entrevistados, considerámos criada a versão do Questionário de Cooperação em Equipas (Contexto Organizacional).

Procedimento

Numa fase inicial, a fim de se conhecer um pouco mais dos procedimentos que ocorriam dentro deste serviço específico – Serviço de Cirurgia Torácica – foi observado, durante 15 dias, todo o trajecto que um doente tem de fazer normalmente aquando do seu internamento, de modo a conhecer o máximo de procedimentos regulares em cada Unidade (Internamento, Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intermédios), assim como necessidades, pontos fortes e pontos fracos do Serviço. Para completar este processos foram feitas entrevistas a médicos, enfermeiros e auxiliares sobre a sua opinião relativamente ao ambiente e modo de trabalho.

Desta primeira fase, pudemos constatar que um dos procedimentos críticos era, como já foi referido anteriormente, a transferência dos doentes numa fase pós-operatória da Unidade dos Cuidados Intermédios para Internamento, pelo que utilizámos este processo na avaliação da percepção de auto-eficácia. Tendo em conta que este processo só se aplica aos participantes pertencentes à Unidade de Cuidados Intermédios, a auto-eficácia só foi avaliada nos 31 participantes a trabalhar nesta Unidade.

Para além disso, tendo em conta a intensidade do trabalho realizado neste serviço, tanto do ponto de vista humano como técnico, assim como na maioria dos serviços hospitalares, levou-nos a crer que uma iniciação ao estudo da Eficácia Colectiva e da Cooperação no seio destas equipas, poderá ser interessante e importante.

Numa segunda fase procedeu-se à aplicação dos questionários. A participação no estudo foi inteiramente voluntária.

Para recolher os dados foram necessários 6 momentos de recolha junto do Serviço de Cirurgia Torácica, sempre realizadas pelo mesmo investigador.

A bateria de questionários era constituída por três questionários, no caso dos participantes a trabalhar nos Cuidados Intermédios, e constituída por dois questionários no caso de ser preenchida pelos restantes participantes.

As instruções apresentadas junto à escala pediam a colaboração numa investigação que tinha como objectivo o estudo da percepção de eficácia, assim como da cooperação em membros de equipas de cuidados de saúde. Para o efeito o participante tinha de assinalar o grau de confiança que tinha de que a sua equipa era capaz, no caso da eficácia colectiva, o grau de concordância com as frases que se seguiam, no caso da eficácia colectiva e o grau

de confiança que tinha de ser capaz de executar determinada tarefa, no caso da auto-eficácia.

Resultados

Neste capítulo proceder-se-á à análise dos resultados obtidos e vamos dar início com a análise descritiva de cada uma das escalas.

Estatística descritiva

Na tabela 3 temos os resultados da estatística descritiva para a variável cooperação relativamente à amostra total dos participantes.

Tabela 3 – Estatística descritiva da variável cooperação.

Subescala	N	Média	Desvio- padrão	Mínimo	Máximo
Condicionada	69	8,1739	2,12102	3	14
Incondicionada	69	35,3188	4,40752	27	44
Chefia	69	10,3768	2,42597	3	15

Através da análise da tabela 3, podemos verificar que os scores máximos obtidos através das respostas dos sujeitos estão na subescala incondicionada. Sendo também esta a subescala que possuiu maior média.

Efectuou-se também a estatística descritiva para a escala de auto-eficácia, apresentada na tabela 4, onde podemos observar que a média dos scores obtidos foi relativamente elevada.

Tabela 4 - Estatística descritiva da variável auto-eficácia.

Escala	N	Média	Desvio- padrão	Mínimo	Máximo
--------	---	-------	-------------------	--------	--------

Auto-eficácia	31	88,5923	11,13600	52,73	100
---------------	----	---------	----------	-------	-----

Por último, obteve-se a estatística descritiva para a escala de eficácia colectiva que passamos a apresentar na tabela 5.

Tabela 5 – Estatística descritiva da variável eficácia colectiva.

Subescala	N	Média	Desvio- padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade	68	40,6029	8,70604	22	54
Esforço	68	43,5882	7,35909	24	54
Persistência	68	44,5882	6,90065	27	54
Preparação	68	44,0147	7,18517	28	54
União	68	40,1618	10,16815	10	54

Como podemos observar na tabela... os scores máximos obtidos foram iguais em todas as sub-escalas e os valores médios das sub-escalas variaram simplesmente entre 40,1618 e 44,5882.

Seguidamente, damos início ao estudo das qualidades métricas das escalas em estudo.

Fidelidade

A fidelidade é a qualidade métrica que garante com determinado grau de confiança, a exactidão das medidas efectuadas. Esta qualidade métrica é aqui avaliada ao nível da consistência interna, utilizando-se para tal o alpha de Cronbach. Esta medida pode ser definida como a correlação que se espera obter entre a escala utilizada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens que meçam a mesma característica (Pestana & Gageiro, 2003). Hill & Hill (2002) defendem que nas ciências sociais é possível trabalhar com valores de consistência interna na ordem de 0,6, no entanto, é a partir dos 0,7 que se considera a resposta típica.

No que diz respeito à escala da cooperação, os valores de alpha encontrados na tabela 6 demonstram que somente a sub-escala de cooperação incondicionada apresenta

uma consistência interna aceitável, o que não acontece com as sub-escalas de cooperação condicionada e cooperação com a chefia.

Embora no caso da sub-escala da cooperação condicionada nem a eliminação de itens pudesse tornar a sua consistência interna aceitável, o mesmo não se pode dizer relativamente à sub-escala de cooperação incondicionada, que com a eliminação do item 12 melhoraria a sua consistência interna para 0,728, nem relativamente à sub-escala de cooperação com a chefia que com a eliminação do item 9 melhoraria a sua consistência interna de forma significativa para 0,853. Os níveis de consistência não são assim os melhores, uma vez que não são superiores ao valor de 0,7.

Tabela 6 – Alpha de Cronbach das sub-escalas da cooperação.

Subescala	Alpha de	
	Cronbach	Alpha se itens forem eliminados
Condicionada	0,256	0,387 eliminando o item 12
Incondicionada	0,696	0,728 eliminando o item 12
Chefia	0,568	0,853 eliminando o item 9

Já no caso da escala de eficácia colectiva a situação foi diferente, como podemos comprovar na tabela 7.

Tabela 7 – Alpha de Cronbach das sub-escalas da eficácia colectiva.

Subescala	Alpha de	
	Cronbach	Alpha se itens forem eliminados
Capacidade	0,913	0,921 eliminando o item 21
Esforço	0,908	0,911 eliminando o item 27
Persistência	0,883	0,897 eliminando o item 11
Preparação	0,927	0,928 eliminando o item 12
União	0,934	0,935 eliminando o item 2

Os valores de alpha encontrados (tabela 7) demonstram que as escalas apresentam uma boa consistência interna.

A eliminação de itens para aumentar a consistência interna não parece ser necessária, uma vez que as diferenças apresentadas são pouco significativas.

Assim, os níveis de consistência dos indicadores que contribuem para os factores são bons, uma vez que são todos superiores a 0,7.

Sensibilidade

A sensibilidade define-se como a capacidade que o teste tem em discriminar os sujeitos, segundo o factor que está a ser avaliado. Considera-se que a distribuição dos dados é sensível quando esta se assemelha à distribuição normal.

A aferição da normalidade de uma escala pode ser realizada através do teste Kolmogorov-Smirnov (K-S). Este teste compara as frequências relativas acumuladas com as esperadas, o que se traduz num nível de significância que tem de ser superior a 0,05 para não se rejeitar a hipótese nula da normalidade da distribuição (Maroco, 2003).

Através da tabela 8 podemos verificar que todas as subescalas de cooperação seguem uma distribuição normal, para um nível de significância de 0.05.

Tabela 8 – Teste Kolmogorov-Smirnov para a variável cooperação

	Condicionada	Incondicionada	Chefia
Kolmogorov-Smirnov	1,113	0,933	1,113
<i>p-value</i>	0,168	0,349	0,168

Como podemos observar na tabela 9, escala da auto-eficácia, segue igualmente uma distribuição normal para um nível de significância de 0.05 ($p=0,188$).

Tabela 9 – Teste Kolmogorov-Smirnov para a variável auto-eficácia.

	Auto-eficácia
Kolmogorov-Smirnov	1,087
<i>p-value</i>	0,188

E, por último na tabela 10 podemos observar que todas as sub-escalas da eficácia colectiva seguem também distribuição normal.

Tabela 10 – Teste Kolmogorov-Smirnov para a variável eficácia colectiva.

	Capacidade	Esforço	Persistência	Preparação	União
Kolmogorov-Smirnov	0,859	0,695	0,728	0,722	0,715
<i>p-value</i>	0,451	0,719	0,664	0,674	0,685

Desta forma, tendo em conta que todas as dimensões das variáveis seguem distribuição normal, podemos dizer que a distribuição dos dados é sensível. Para além disso, uma vez que todas as variáveis seguem distribuição normal, os testes a aplicar são testes paramétricos.

Estudo da relação entre Cooperação, Eficácia Colectiva e Auto-Eficácia

A fim de verificar se existe relação entre a cooperação, eficácia colectiva e a auto-eficácia, efectuou-se o estudo das correlações entre as variáveis. Uma vez que as variáveis apresentam distribuição normal, o coeficiente utilizado foi o coeficiente de Pearson, que mede o grau de associação entre duas variáveis medidas numa escala pelo menos intervalar e que provêm ambas de populações com distribuição normal (Maroco & Bispo, 2003). Este coeficiente varia entre os valores -1 e 1. Uma correlação com valor igual a 0 significa que não existe associação linear entre as duas variáveis, uma correlação com valor superior a zero significa que o aumento de uma das variáveis tem associado um aumento linear da outra variável, e uma correlação com valor inferior a 0 significa que o aumento de valor de uma das variáveis tem associada uma redução linear do valor da outra variável (Maroco & Bispo, 2003).

A tabela 11 mostra as correlações existentes entre as três dimensões da cooperação e a auto-eficácia. Somente a dimensão cooperação condicionada apresenta uma correlação positiva ($r = 0.387$; $p = 0.031$) com a variável auto-eficácia, indicando que quanto mais um sujeito coopera de acordo com os objectivos que quer atingir maior é a sua percepção de auto-eficácia.

Tabela 11 – Matriz de correlações entre Cooperação (Condicionada, Incondicionada e Chefia) e Auto-Eficácia.

Escala	Auto-eficácia
Condicionada	0,387*
<i>p-value</i>	0,031
Incondicionada	0,273
<i>p-value</i>	0,137
Chefia	0,185
<i>p-value</i>	0,319

** p≤0.01 *p≤0.05

Por sua vez, no que diz respeito à relação da cooperação com a eficácia colectiva, a situação inverte-se no sentido em que a dimensão cooperação condicionada não se relaciona com nenhuma das dimensões de eficácia colectiva, mas tanto a cooperação incondicionada como a cooperação com a chefia se relacionam positivamente com todas as dimensões da eficácia colectiva, aliás como podemos observar na tabela 12 Isso significa que quanto mais os sujeitos cooperam independentemente dos seus objectivos e com as suas chefias, maior é a percepção de eficácia colectiva, inclusive maior é a crença de existir mais capacidade, de todos estarem a despender mais esforço, a serem mais persistentes, e de que estão mais preparados e unidos enquanto equipa.

Tabela 12 – Matriz de correlações entre Cooperação (Condicionada, Incondicionada e Chefia) e Eficácia Colectiva (Capacidade, Esforço, Persistência, Preparação, União).

Escala	Capacidade	Esforço	Persistência	Preparação	União
Condicionada	0,100	0,019	-0,054	0,025	-0,063
<i>p-value</i>	0,415	0,880	0,658	0,836	0,606
Incondicionada	0,393**	0,483**	0,487**	0,479**	0,331**
<i>p-value</i>	0,001	0,000	0,000	0,000	0,005
Chefia	0,244*	0,411**	0,439**	0,446**	0,332**
<i>p-value</i>	0,043	0,000	0,000	0,000	0,005

** p≤0.01 *p≤0.05

Por último, na tabela 13 podemos observar as relações existentes entre as dimensões da eficácia colectiva com a auto-eficácia.

Tabela 13 – Matriz de correlações entre Auto-eficácia e Eficácia Colectiva (Capacidade, Esforço, Persistência, Preparação, União).

Escala	Capacidade	Esforço	Persistência	Preparação	União
Auto-Eficácia	0,343	0,395*	0,458**	0,469**	0,457**
<i>p-value</i>	0,059	0,028	0,010	0,008	0,010

** p≤0.01 *p≤0.05

Como se pode constatar, existe uma relação positiva entre a percepção de auto-eficácia e a dimensão de esforço ($r = 0,395$; $p = 0,028$), a dimensão da persistência ($r = 0,458$; $p = 0,010$), a dimensão da preparação ($r = 0,469$; $p = 0,008$) e a dimensão da união ($r = 0,457$; $p = 0,010$). Ou seja, existe uma relação positiva entre a percepção de auto-eficácia e todas as dimensões da percepção de eficácia colectiva à excepção da capacidade.

Estudo das diferenças entre as Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios vs Internamento e Unidade do Bloco Operatório relativamente à Cooperação e à Eficácia Colectiva

A fim de analisar possíveis diferenças entre o grupo dos participantes a trabalharem nas Unidades dos Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intermédios, relativamente ao grupo dos participantes a trabalharem no Internamento e no Bloco Operatório, no que diz respeito à cooperação e à eficácia colectiva, uma vez que as variáveis apresentam distribuição normal e se tratam de amostras independentes, recorreremos ao Teste t de Student.

Passamos a designar o primeiro grupo por CI e o segundo por IB de modo a simplificar a descrição seguinte.

Antes de mais, encontram-se na tabela 14 as medidas descritivas dos dados.

Tabela 14 - Estatística descritiva da comparação dos grupos CI e IB relativamente à cooperação (condicionada, incondicionada, chefia).

Subescala	Grupos	N	Média	Desvio- Padrão	Erro- Padrão Amostrais
Condicionada	CI	31	8,0323	1,81629	0,32622
	IB	38	8,2895	2,35851	0,38260
Incondicionada	CI	31	35,8387	4,45044	0,79932
	IB	38	34,8947	4,38541	0,71141
Chefia	CI	31	11,0968	2,03887	0,36619
	IB	38	9,7895	2,58015	0,41856

A partir do Teste de Levene para variâncias iguais podemos observar na tabela 15, logo à partida que não rejeitamos a hipótese de que as variâncias são homogéneas uma vez que para a dimensão Condicionada $p = 0,191$, para a dimensão Incondicionada $p = 0,942$ e para a dimensão Chefia $p = 0,334$ (para $\alpha = 0,05$). Na mesma tabela temos a indicação de que somente em relação à dimensão Cooperação com a chefia existem diferenças significativas entre os grupos uma vez que para esta dimensão da cooperação $p = 0,025$

(para $\alpha = 0,05$). Tendo em conta as duas tabelas (tabela 14 e tabela 15) podemos constatar que o grupo CI apresenta maior média que o grupo IB nesta dimensão.

Tabela 15 - Valores do Teste de Levene e do Teste t de Student para a Cooperação (Condicionada, Incondicionada, Chefia).

	Condicionada	Incondicionada	Chefia
Teste de Levene	1,745	0,005	0,948
<i>p-value</i>	0,191	0,942	0,334
<i>T Student t</i>	-0,498	0,884	2,295
g.l.	67	67	67
<i>p-value</i>	0,620	0,380	0,025

Já no que diz respeito à eficácia colectiva, tendo em conta as duas próximas tabelas (tabela 16 e tabela 17) constatamos que existem diferenças significativas entre o grupo CI e o grupo IB no que diz respeito às dimensões esforço ($p = 0,026$), persistência ($p = 0,002$), preparação ($p = 0,004$) e união ($p = 0,000$) (para $\alpha = 0,05$). Contudo, no caso da dimensão esforço as variâncias não foram consideradas homogéneas.

Tabela 16 – Estatística descritiva da comparação dos grupos CI e IB relativamente à eficácia colectiva (capacidade, esforço, persistência, preparação, união).

Subescala	Grupos	N	Média	Desvio-Padrão	Erro-Padrão Amostrais
Capacidade	CI	31	42,6452	9,50631	1,70738
	IB	38	39,0000	7,61577	1,23544
Esforço	CI	31	45,7742	8,24908	1,48158
	IB	38	41,7105	5,96797	0,96813
Persistência	CI	31	47,2581	6,54201	1,17498
	IB	38	42,3421	6,36832	1,03308
Preparação	CI	31	46,6774	7,05402	1,26694
	IB	38	41,7895	6,49806	1,05412
União	CI	31	44,9032	8,58431	1,54179
	IB	38	36,3158	9,66774	1,56831

Assim, podemos constatar que relativamente às quatro dimensões de eficácia colectiva que apresentam diferenças significativas, é sempre o grupo CI que apresenta maior média para cada uma delas.

Tabela 17 – Valores do Teste de Levene e do Teste t de Student para a Eficácia Colectiva (Capacidade, Esforço, Persistência, Preparação, União).

	Capacidade	Esforço	Persistência	Preparação	União
Teste de Levene	2,729	4,787	0,690	0,685	0,225
<i>p-value</i>	0,103	0,032	0,409	0,411	0,637
<i>T Student t</i>	1,769	2,296	3,151	2,991	3,857
g.l	67	67	67	67	67

<i>p-value</i>	0,081	0,026	0,002	0,004	0,000
----------------	-------	-------	-------	-------	-------

Estudo das diferenças entre as participantes com diferentes níveis de cooperação relativamente à auto-eficácia e à eficácia colectiva

Passamos agora ao estudo das relações possíveis entre participantes com um nível de cooperação alto e os participantes com um nível de cooperação baixo relativamente às variáveis auto-eficácia e eficácia colectiva.

Desta forma, as três subescalas de cooperação foram divididas em dois grupos, alto valor da subescala e baixo valor da subescala. Sendo considerados os participantes com valores iguais ou superiores à mediana como pertencentes ao grupo alto valor da subescala.

Passemos então à averiguação de que os níveis de cooperação alto ou baixo provocam diferenças nas dimensões da eficácia colectiva.

Começamos pela Cooperação Condicionada. Como se pode observar nas tabelas 18 e 19 não se verificaram diferenças nas médias de nenhuma das dimensões da eficácia colectiva entre sujeitos de alta e baixa cooperação condicionada.

Tabela 18 - Diferenças nos valores entre grupos alta cooperação condicionada e baixa cooperação condicionada relativamente à eficácia colectiva.

Subescala	grp_cond	N	Ordem das Médias
Capacidade	alto_coop_cond	28	40,6429
	baixo_coop_cond	41	40,6341
	Total	69	
Esforço	alto_coop_cond	28	43,5714
	baixo_coop_cond	41	43,5122
	Total	69	
Persistência	alto_coop_cond	28	44,0357
	baixo_coop_cond	41	44,9024
	Total	69	
Preparação	alto_coop_cond	28	44,1786
	baixo_coop_cond	41	43,8537
	Total	69	
União	alto_coop_cond	28	39,1786
	baixo_coop_cond	41	40,8537
	Total	69	

Tabela 19 - valores dos testes de Levene e t de Student para a eficácia colectiva relativamente à dimensão condicionada.

	Capacidade	Esforço	Persistência	Preparação	União
Teste de Leven	1,057	1,254	2,324	1,416	0,684
<i>p-value</i>	0,308	0,267	0,132	0,238	0,411
<i>T Student t</i>	0,004	0,033	-0,513	0,184	-0,674
<i>df</i>	67	67	67	67	67
<i>p-value</i>	0,997	0,974	0,610	0,854	0,503

Já no que diz respeito à cooperação incondicionada, a situação é inversa, uma vez que se verificaram diferenças nas médias para todas as dimensões de eficácia colectiva, sempre com valores médios superiores para sujeitos com alta cooperação incondicionada, tal como podemos observar nas tabelas 20 e 21.

Tabela 20 - Diferenças nos valores entre grupos alta cooperação incondicionada e baixa cooperação incondicionada relativamente à eficácia colectiva.

Subescala	grp_incond	N	Ordem das médias
Capacidade	alto_coop_incond	32	44,2188
	baixo_coop_incond	37	37,5405
	Total	69	
Esforço	alto_coop_incond	32	47,2812
	baixo_coop_incond	37	40,2973
	Total	69	
Persistência	alto_coop_incond	32	47,9688
	baixo_coop_incond	37	41,5946
	Total	69	
Preparação	alto_coop_incond	32	47,5625
	baixo_coop_incond	37	40,8919
	Total	69	
União	alto_coop_incond	32	44,0000
	baixo_coop_incond	37	36,8649
	Total	69	

Tabela 21 - valores dos testes de Levene e t de Student para a eficácia colectiva relativamente à dimensão incondicionada.

	Capacidade	Esforço	Persistência	Preparação	União
Teste de Leven	0,023	0,517	0,037	0,538	0,320
<i>p-value</i>	0,880	0,475	0,848	0,466	0,574
<i>T Student t</i>	3,446	4,472	4,323	4,353	3,109
<i>df</i>	67	67	67	67	67
<i>p-value</i>	0,001	0,000	0,000	0,000	0,003

Quanto à sub-escala cooperação com a chefia, voltou-se a verificar que os participantes com alta cooperação com a chefia apresentam valores médios superiores nas diferentes dimensões da eficácia colectiva, à excepção do caso da dimensão capacidade em que não foram verificadas diferenças entre os dois grupos ($t = 1,664$, $p = 0,101$), tal como se pode passar a observar nas tabelas 22 e 23.

Tabela 22 - Diferenças nos valores entre grupos alta cooperação com a chefia e baixa cooperação com a chefia relativamente à eficácia colectiva.

Subescala	grp_chefia	N	Ordem das médias
Capacidade	alto_coop_chefia	22	43,1364
	baixo_coop_chefia	47	39,4681
	Total	69	
Esforço	alto_coop_chefia	22	46,4545
	baixo_coop_chefia	47	42,1702
	Total	69	
Persistência	alto_coop_chefia	22	47,4545
	baixo_coop_chefia	47	43,1915
	Total	69	
Preparação	alto_coop_chefia	22	47,3182
	baixo_coop_chefia	47	42,4255
	Total	69	
União	alto_coop_chefia	22	43,6818
	baixo_coop_chefia	47	38,5319
	Total	69	

Tabela 23 - valores dos testes de Levene e t de Student para a eficácia colectiva relativamente à dimensão cooperação com a chefia.

	Capacidade	Esforço	Persistência	Preparação	União
Teste de Leven	0,001	0,695	0,279	0,550	1,683
<i>p-value</i>	0,969	0,407	0,599	0,461	0,199
<i>T Student t</i>	1,664	2,340	2,498	2,783	2,019
<i>df</i>	67	67	67	67	67
<i>p-value</i>	0,101	0,022	0,015	0,007	0,047

Já quando se tem em conta a auto-eficácia constatamos que os participantes com níveis altos de cooperação, apresentam valores médios superiores relativamente aos participantes com baixos níveis de cooperação, com excepção no que diz respeito à cooperação condicionada.

Ao nos centrarmos nos níveis de cooperação condicionada, constatamos que não se verificam diferenças significativas entre os participantes ($t = 2,026$; $p = 0,052$), com níveis altos e baixos de cooperação condicionada como se pode observar nas tabelas que se seguem (tabela 24 e tabela 25).

Tabela 24 - Diferenças nos valores entre os grupos alta cooperação condicionada e baixa cooperação condicionada relativamente à auto-eficácia

	grp_cond	N	Ordem das médias
Auto-eficácia	alto_coop_cond	10	94,1820
	baixo_coop_cond	21	85,9305
	Total	31	

Tabela 25 - valores dos testes de Levene e t de Student para a auto-eficácia relativamente à dimensão cooperação condicionada.

Auto-eficácia	
Teste de Leven	3,557
<i>p-value</i>	0,069
<i>T Student t</i>	2,026
<i>df</i>	29
<i>p-value</i>	0,052

Face à cooperação incondicionada podemos dizer, tendo em conta as tabelas 26 e 27, apesar de se rejeitar a hipótese das variâncias serem homogêneas, tendo em conta que no teste de Levene $p = 0,012$ (para $\alpha = 0,05$), existe uma diferença significativa entre os participantes com níveis altos e os participantes com níveis baixos de cooperação incondicionada ($t = 2,852$; $p = 0,010$), sendo que os primeiros apresentam valores médios de auto-eficácia superiores.

Tabela 26 - Diferenças nos valores entre os grupos alta cooperação incondicionada e baixa cooperação condicionada relativamente à auto-eficácia.

grp_incond		N	Ordem das médias
Auto-eficácia	alto_coop_incond	16	93,6362
	baixo_coop_incond	15	83,2120
	Total	31	

Tabela 27 - valores dos testes de Levene e t de Student para a auto-eficácia relativamente à dimensão cooperação incondicionada.

Auto-eficácia	
Teste de Leven	7,120
<i>p-value</i>	0,012
<i>T Student t</i>	2,852
<i>df</i>	19,995
<i>p-value</i>	0,010

Por fim, os valores médios de auto-eficácia são significativamente diferentes entre indivíduos com níveis altos de cooperação com a chefia e indivíduos com baixos níveis de cooperação com a chefia ($t = 2,508$; $p = 0,018$). Tal como podemos observar nas próximas tabelas (tabela 28 e 29) os participantes do grupo de alta cooperação com a chefia apresentam valores médios superiores de auto-eficácia.

Tabela 28 - Diferenças nos valores entre os grupos alta cooperação com a chefia e baixa cooperação com a chefia relativamente à auto-eficácia.

grp_chefia		N	Médias
Auto-eficácia	alto_coop_chefia	13	93,6362
	baixo_coop_chefia	18	84,9494
	Total	31	

Tabela 29 - valores dos testes de Levene e t de Student para a auto-eficácia relativamente à dimensão cooperação com a chefia.

Auto-eficácia	
Teste de Leven	4,737
<i>p-value</i>	0,038
<i>T Student t</i>	2,508
<i>df</i>	27,267
<i>p-value</i>	0,018

Discussão

Este estudo foi realizado com o objectivo de contribuir para o aprofundamento do conhecimento das relações existentes entre técnicos de saúde. Para além disso, pretendeu-se responder ao apelo para que fossem adaptados instrumentos de mensuração a estas organizações.

Deparámo-nos com um corpo teórico disperso e bastante reduzido no que diz respeito à abordagem da componente organizacional da psicologia da saúde no contexto dos cuidados de saúde. A escolha da cooperação e da eficácia, tanto individual como colectiva prendeu-se com o facto de nos parecerem dois factores fundamentais para o bom funcionamento destas equipas, conclusão à qual chegámos após a observação possível *in locu* e vastas entrevistas.

Quanto à adaptação dos instrumentos de mensuração da cooperação e da eficácia colectiva, o facto de termos adoptado questionários utilizados na área desportiva, à excepção do questionário da auto-eficácia construído com base na metodologia microanalítica de Bandura, deveu-se unicamente ao facto de, apesar de se tratar de contextos diferentes, os questionários originais pretenderem medir as mesmas variáveis que pretendíamos estudar, com base em modelos que a nós nos pareciam bastante completos, claros e multidimensionais.

No caso do Questionário de Cooperação em Equipas, o modelo que deu origem à sua criação tem como base o conceito de cooperação-competição e poderá permitir uma aproximação de intervenção em função dos factores que afectam a cooperação (Rabbie, 1989), tendo como maior vantagem face a modelos exclusivamente grupais (ou “sociais”) de que se pode levar a cabo de forma individual, trabalhando sobre determinantes pessoais, interactivos ou situacionais que afectam directamente cada profissional (Garcia-Mas, 2001).

No caso do Questionário de Eficácia Colectiva em Equipas (contexto organizacional), adaptação do original Collective Efficacy Questionnaire for Sports (CEQS) (Short, Sullivan & Feltz, 2001), a base para a construção do questionário original vem ao encontro da conceptualização da eficácia colectiva como uma medida multidimensional que nos parece mais apropriada e que por sua vez advém da Teoria da eficácia. Para além disso, de acordo com Bandura (2001) as escalas multidimensionais não só têm um valor preditivo como

providencia uma melhor compreensão relativamente à dinâmica do comportamento. Mais, a medida foi construída de forma a compreender não só o comportamento mas também compreender outros factores determinantes como o esforço e a persistência (Short et al., 2001).

Relativamente às qualidades métricas dos questionários encontradas podemos dizer que no caso do Questionário de Eficácia Colectiva em Equipas, os resultados vão de encontro às nossas expectativas, ou seja, adaptar um instrumento de medida fiel e sensível, adaptado ao contexto em estudo. Já no caso do Questionário de Cooperação em Equipas as qualidades métricas ficaram aquém das expectativas criadas, uma vez que esperávamos alcançar melhor consistência interna. Contudo, sabemos que em futuros estudos, com a eliminação de alguns itens assim como com a reformulação semântica de alguns itens, ambos os questionários poderão melhorar consideravelmente a sua consistência interna. Para além disso não podemos esquecer os problemas que surgem derivados de uma amostra pequena como a nossa, longe de ser a ideal.

Quanto às relações existentes entre as variáveis cooperação, auto-eficácia e eficácia colectiva, os resultados obtidos encontram-se dentro daquilo que era esperado, demonstrando por vezes relações muito encorajadoras, principalmente no que diz respeito ao papel da cooperação condicionada. É interessante como esta se relaciona com a auto-eficácia, construto individual e não se relaciona com a eficácia colectiva, um construto de grupo. Estes resultados vão ao encontro daquilo que já Tabernero e os seus colaboradores (2007) defendiam de que a eficácia colectiva percebida acaba por ser determinante na resolução de conflitos e na tomada de decisões cooperativas (Tabernero, Arenas & Briones, 2005; cit. por Tabernero et al., 2007).

Quanto à relação da auto-eficácia com a eficácia colectiva, a relação encontrada também era esperada uma vez que se verificou a existência de uma relação positiva entre a auto-eficácia e todas as dimensões da eficácia colectiva à excepção da dimensão capacidade. Provavelmente o que acontece é que, tal como Bandura (1997) defendeu, apesar da eficácia colectiva se tratar de uma crença do grupo partilhada, ela ainda reflecte as percepções individuais relativamente às capacidades da equipa, existindo por isso uma relação positiva entre as duas.

No que diz respeito aos resultados relativos à comparação entre diferentes grupos de trabalho – Grupo dos Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios e Grupo do Internamento e Bloco Operatório – os resultados esperados apontavam para que existissem diferenças significativas principalmente devido ao facto da execução profissional numa fase pós-

operatória imediata necessitar de cuidados vários e obrigar a um estado de alerta permanente, o que nos levava a crer que daí pudessem surgir diferenças. Mas por outro lado, não queríamos descuidar o stress de trabalhar no bloco operatório. Constatou-se que tanto relativamente à cooperação como à eficácia colectiva o grupo dos Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios apresentou valores médios superiores que o grupo dos Cuidados Intermédios e Bloco Operatório. Este dado parece bastante interessante, contudo pensamos ser importante estudar as causas destes resultados.

Quanto às diferenças significativas observadas entre os participantes com altos níveis de cooperação e os participantes com baixos níveis de cooperação, tal como já referiu Garcia-Mas (2001) trata-se de um dado, que pode ser dos mais relevantes aquando de um aprofundamento do modelo de cooperação. Existe mais uma vez uma aproximação de um modelo em que o factor fundamental da tomada de decisões unipessoal face à cooperação com os companheiros de equipa, à chefia e aos objectivos comuns parte de factores pessoais, experiências prévias e outros factores dependentes da dinâmica específica de cada contexto.

Contudo, note-se que não foram encontrados estudos sobre estas matérias em contextos de cuidados de saúde, pelo que uma expansão de estudos neste sentido, seria certamente vantajosa. Para além disso, mais uma vez, a amostra reduzida faz com que exista uma ainda maior necessidade de replicar o estudo numa amostra maior. Aliás, o facto das amostras estudadas serem de dimensão reduzida, constitui um problema nos estudos realizados em contextos de saúde em Portugal, já apontado por Teixeira (1999).

Encontrámos ainda alguns problemas do ponto de vista prático, para além daqueles que aqui já foram referidos como a pequena dimensão da amostra e os problemas relativos às qualidades métricas dos questionários aplicados.

O facto da investigação que diz respeito à organização e gestão dos serviços de saúde ser a mais limitada em Portugal, faz com que consequentemente pouco se saiba sobre dinâmicas e tipos de relações existentes entre organizações, organizações e profissionais, profissionais entre si e profissionais e doentes (Teixeira et al., 2002). Este facto, faz com que seja necessário utilizar técnicas como a observação e as entrevistas, extremamente importantes ao longo deste estudo como veículo de conhecimento sobre o verdadeiro funcionamento de uma unidade hospitalar mas que, tendo em conta a dificuldade de um estranho penetrar os serviços hospitalares, fazem com que a investigação seja difícil de executar e extremamente morosa.

É certo que é necessário que haja uma maior colaboração e organização dos psicólogos interessados nesta área (Teixeira, 2002). Mais, é extremamente importante que haja reconhecimento por parte das várias instituições e grupos profissionais ligados à saúde do papel do psicólogo como técnico superior de saúde capaz de se integrar em equipas de saúde e dando contribuições específicas para a obtenção de ganhos para a saúde (Teixeira, 2002). Um dos maiores problemas encontrados ao longo do estudo, foi fazer com que os potenciais participantes entendessem a importância que estudos realizados no âmbito da psicologia podem ter no melhoramento das relações entre profissionais de saúde, entre estes e os utentes e até mesmo no melhoramento do funcionamento dos serviços de saúde. Outras das barreiras encontradas foram mesmo as próprias organizações hospitalares que tendem a ver a uma investigação em psicologia como algo que mais tarde se irá traduzir em avaliações de desempenho com consequências negativas ou que obriguem a modificações indesejadas no funcionamento dessas organizações. Um psicólogo é ainda visto como um “corpo estranho” no seio destes serviços, o que não só cria problemas de colaboração ao longo do estudo como resistências relativamente a resultados.

Todos os técnicos de saúde quer queiram quer não são companheiros dos seus doentes numa altura de inseguranças, dor, dúvidas e medos. Por isso, são obrigados a escolher: serem bons companheiros, ou serem maus companheiros. Mas não têm sequer a hipótese de escolher não serem companheiros, porque faz parte da profissão que um dia escolheram. Isto é o que mais distingue um profissional de saúde de um profissional de outra organização qualquer. Isto é o que distingue um hospital de outra organização qualquer. Isto é o que mais honra e dignifica, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de acção médica.

Há um apelo urgente a ser feito já a alguns anos para a participação activa e para a adopção do conhecimento vindo da psicologia de modo a contribuir para o melhoramento das unidades de saúde, através de formação, de apoio técnico, e da criação de novos mecanismos e técnicas que possam levar ao melhor funcionamento dos micro universos que são os serviços de saúde. A psicologia tem então um papel fundamental na ajuda destes profissionais a serem bons companheiros dos seus doentes e na humanização dos serviços de saúde.

Referências

- Axelrod, R., 2000. On Six Advances in Cooperation Theory. *Analyse & Kritik*, 22, 130-151.
- Azevedo, C. S. (2002). Leadership and intersubjective processes in health public organizations. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2). Consultado em Agosto, 23, 2007, através de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000200014%094
- Ballesteros, R., Nicolás, J., Caprara, G. V., Barbaranelli, C. & Bandura, A. (2002). Determinants and structural relation of personal efficacy to collective efficacy. *Applied Psychology: an International Review*, 51(1), 107-125.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1981). Self-referent thought: a developmental analysis of self-efficacy (1981). In A. Bandura (Ed.), *Social Cognitive development. Frontiers and possible futures* (pp. 200-239), Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Bandura, A. (1991). Self-regulation of motivation through anticipatory and self-regulatory mechanisms. In R. A. Dienstbier (Ed.), *Perspectives on motivation: Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 38, pp. 69-164), Lincoln: University of Nebraska Press.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge, University Press.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy and health behavior. In A. Bandura (Ed.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 160-162), Cambridge: University Press.
- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 75-78.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.). *Self-efficacy beliefs of adolescents*, (Vol. 5., pp. 307-337), Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Bandura, A. (2007). Much ado over a faulty conception of perceived self-efficacy grounded in faulty experimentation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(6), 641-658.
- Bandura, A., & Locke, E. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88, 87-99.
- Bandura, A., Adams, N. E., Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(3), 125-139.
- Botes, A. (2000). An integrated approach to ethical decision-making in the health team. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1076-1082.

- Cannon-Bowers, J. A., Tannenbaum, S. I., Salas, E., & Volpe, C. E. (1995). Defining team competencies and establishing team training requirements. In R. Guzzo & E. Salas (Eds.), *team effectiveness and decision making in organizations* (pp. 333-380), San Francisco: Jossey Bass.
- Caro, I. (1987). Revisión Crítica de la Teoría de la Autoeficacia de A. Bandura. *Boletín de Psicología*, 16, 61-89.
- Catchpole, K. R., De Leval, M. R., McEwan, A.; Pigott, N., Elliott, M. J., McQuillan, A., MacDonald, C., Goldman, A. J. (2007). Patient Handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Paediatric Anaesthesia*, 17(5), 470-478.
- Cott C. (1997). We decide, you carry it out: a social network analysis of multidisciplinary long-term care teams. *Social Science and Medicine*, 45(9), 1411-1421.
- Crossley, M. C. (2000). *Rethinking health psychology*. Maidenhead, BRK, England: Open University Press.
- Cunha, M. P., Rêgo, A., Cunha, R. C., Cabral-Cardoso, C. (2006). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (5ª ed.). Lisboa: Editora RH.
- Deutsch (1949). A theory of cooperation and competition. *Human Relations*, 2, 129-151, 1949.
- Deutsch, M. (2000). Cooperation and Competition. In M. Deutsch & P. T. Coleman (Eds), *The Handbook of Conflict Resolution: Theory and Practice* (pp. 21-40), San Francisco: Jossey-Bas Publishers.
- Earley, P.C. (1999). Playing follow the leader: Status-determining traits in relation to collective efficacy across cultures. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 80, 192-212.
- Feltz, D. L & Lirgg, C. D. (1998). Perceived team and player efficacy in hockey. *Journal of Applied Psychology*, 83(4), 557-564.
- Francisco, (2005). Adaptação à população portuguesa do *Collective Efficacy Questionnaire for Sports (CEQS)* (*Monografia de Licenciatura em Psicologia Social e das Organizações*). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Garay, O. E. (2005). Los Derechos de los Profesionales del Equipo de Salud. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 118, 2-4.
- Garcia-Mas (2006) Un nuevo modelo de cooperación deportiva y su evaluación mediante un cuestionario. *Psicothema*, 18(3), 425-432.
- Garcia-Mas, A. (2001). Cooperación y competición en equipos deportivos. Un estudio preliminar. *Análise Psicológica*, 1 (XIX), 115-130.

- Gibson, C. B., Randel, A., & Earley, P. C. (2000). Understanding group efficacy: An empirical test of multiple assessment methods. *Group & Organization Management*, 25, 67-97.
- Gil, F., Rico, M., Sánchez-Manzanares, M. (2008). Eficacia de equipos de trabajo. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 25-31.
- Godoy, J. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. In M. A. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (p. 39-79), Madrid: editorial Biblioteca Nueva, Psicología Universidad.
- Gully, S. M., Incalcaterra, K. A., Joshi, A. & Beaubien, J. M. (2002). A meta-analysis of team-efficacy, potency, and performance: Interdependence and level of analysis as moderators of observed relationships. *Journal of Applied Psychology*, 87(5), 819-832.
- Guzzo & Dickson (1996). Teams in organizations: Recent research on performance and effectiveness. *Annual Review of Psychology*, 47(1), 307-338.
- Hill & Hill (2002). *Investigação por questionário. (2ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ilgén, D. R., Hollenberg, J. R., Johnson, M. & Jundt, D. (2005). Teams in organizations: From Input-Process-Output Models to IMOI Models. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 517-543.
- Jones, G. R. & George, J. M. (1998). The experience and evolution of trust: implications for cooperation and teamwork. *Academy of Management Review*, 23(3), 531-546.
- Jones, K. R., DeBaca, V. & Yarbrough, M. (1997). Organizational Culture Assessment Before and After Implementing Patient-Focused Care. *Nursing Economics*, 15(2), 73-80.
- Jünger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm, N. & Radbruch, L. (2007). Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative Medicine*, 21, 347-354.
- Klassen R. M. (2004). Optimism and realism: A review of self efficacy from across-cultural perspective. *International Journal of Psychology*, 39 (3), 205-230.
- Kozlowski, S. J. W. & Bell, B. S. (2003). Work groups and teams in organizations. In W. C. Borman, D. R. Ilgen, & R. J. Klimoski (Eds.), *Comprehensive handbook of psychology* (vol. 12, 333-375), New York: Wiley.
- Kozlowski, S. J. W. & Ilgen, D. R. (2006). Enhancing the Effectiveness of Work Groups and Teams. *Psychological Science in the Public Interest*, 7(3), 77-124.
- Maddux, J. E. (1999). The collective construction of collective efficacy: Comment on Paskevich, Brawley, Dorsch, and Widmeyer. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 3, 223-226.
- Manion, J., Lorimer, W. & Leander W. (1996). *Team-Based Health Care Organizations: Blueprint for Success*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, Inc..
- Maroco, J. & Bispo R. (2003) *Estatística aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.

- McCallin, A. (2001). Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 419-428.
- McGrath, J. E., Arrow, H. & Berdahl, J. L. (2000). The study of groups: Past, present, and future. *Personality and Social Psychology Review*, 4(1), 95-105.
- Mulvey, P. W. & Klein, H. J. (1998). The Impact of perceived loafing and collective efficacy on group goal processes and group performance. *Organizational behavior and human decision processes*, 74(1), 62-87.
- Myers, N. D., Feltz, D. L. & Short, S. E. (2004). Collective Efficacy and Team Performance: A Longitudinal Study of Collegiate Football Teams. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 8(2), 126-138.
- Myers, N. D., Payment, C. A. & Feltz, D. L. (2004). Reciprocal Relationships Between Collective Efficacy and Team Performance in Women's Ice Hockey. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 8(3), 182-195.
- Orasanu, J. & Salas, E. (1993). Team decision making in complex environments. In G. P. Klein, J. Orasanu, R. Calderwood, C. Zsombok (Eds), *Decision making in action: Models and methods* (pp. 327-345), Westport, CT, US: Ablex.
- Paskevich, D. M., Brawley, L. R., Dorsch, K. D., & Widmeyer, W. N. (1999). Relationship between collective efficacy and team cohesion: Conceptual and measurement issues. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 3, 210-222.
- Peralta, Y. S. (2006). ¿Están de guardia o están en guardia los trabajadores-de-la-salud? Estudio psicodinámico-exploratorio-descriptivo sobre el Síndrome de Burnout. *Perspectivas en psicología*, 3(1), 61-69.
- Pethe, S. (2002). Collective efficacy: development of a measure. *Decision*, 29(10), 25-38.
- Rabbie, J. M. (1995). Determinantes de la cooperación instrumental Intragrupo. In R. A. Hinde, & J. Groebel (Eds), *Cooperación y conducta prosocial*, Madrid: Visor Aprendizaje.
- Reis, J. (1999). Modelo metateórico da Psicologia da Saúde para o séc. XXI: Interação ou integração biopsicossocial?. *Análise Psicológica*, 3(17), 415-433.
- Rico, R., Molleman, E. Sánchez-Manzanares, M. & Van der Vegt, G. S. (2007). The Effects of Diversity Faultlines and Team Task Autonomy on Decision Quality and Social Integration. *Journal of Management*, 33(1), 111-132.
- Ring P. S. & Van de Ven, A. H. (1994). Developmental processes of cooperative interorganizational relationships." *Academy of Management Review*, 19(1), 90-118.
- Salas, E., Dickinson, T. L., Converse, S. A., & Tannenbaum, S. I. (1992). Toward an understanding of team performance and training. In R. W. Swezey & E. Salas (Eds.). *Teams: Their training and performance* (pp.3-29). Norwood, NJ: Ablex.
- Salas, E., Stagl, K., Burke, C. S. & Goodwin, G. F. (2007) Fostering team effectiveness in organizations: Toward an integrative theoretical framework. In B. Shuart, W. Spaulding, J.

- Poland, J (Eds), *Modeling complex systems* (pp. 145-243), Lincoln, NE, US: University of Nebraska Press.
- Short, S. E., Sullivan, P. & Feltz, D. L. (2005). Development and Preliminary Validation of the Collective Efficacy Questionnaire for Sports. *Measurement In Physical Education And Exercise Science*, 9(3), 181-202.
- Smith, K. G., Carroll, S. J. & Ashford, S. J. (1995). Intra And Interorganizational Cooperation: Toward A Research Agenda. *Academy of Management Journal*, 38(1), 7-23.
- Stagl, K. C., Burke, C. S. & Goodwin, G. F. (2007). Fostering team effectiveness in organizations: Toward na Integrative Theoretical Framework. *Nebraska Symposium on Motivation*, 52, 185-243.
- Stajkovic, A. & Luthans, F. (1998). Social Cognitive Theory and Self-Efficacy: Going beyond traditional motivational and behavioral approaches. *Organizational Dynamics*, 26(4), 62-73.
- Tabernero, C., Arenas, A., Briones, E. (2007). Experiencia previa y eficacia grupal percebida ante dilemas sociales. *Psicología*, 21(1), 83-105.
- Tasa, K., Taggar, S., Seijits, G. H. (2007). The development of collective efficacy in teams: A multilevel and longitudinal perspective. *Journal of Applied Psychology*, 92(1), 17-27.
- Teixeira, J. A. C. (2002). Psicologia da saúde em Portugal: panorâmica breve. *Análise Psicológica*, 20(1), 165-170.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 22(3), 441-448.
- Teixeira, J. A. C., Cima, M. & Cruz, C. S. (1999). Psicologia da saúde em Portugal. *Análise Psicológica*, 17(3), 435-455.
- Trindade I. & Teixeira, J. A. C. (2002) Psicologia em serviços de saúde: intervenção em Centros de Saúde e Hospitais. *Análise Psicológica*, 20(1), 171-174.
- Villamarín, F. (1994). Autoeficacia: investigaciones en Psicologia de la Salud. *Anuario de Psicología*, 61, 9-18.
- Walumbwa, F. O., Wang, P., Lawler J. J. & Shi, K. (2004). The role of collective efficacy in the relations between transformational leadership and work outcomes. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(4), 515-530.
- West, M. A. & Markiewicz, L. (2004). *Building team-based working: A practical guide to organizational transformation*. Malden, MA, US: Blackwell Publishing.
- Whyte, G. (1998). Recasting Jani's Groupthink Model: The Key Role of Collective Efficacy in Decision Fiascoes. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 73(2/3), 185-209.

Zaccaro, S. J., Blair, V., Peterson, C. & Zazanis M. (1995) Collective efficacy. In J. E. Maddux (Ed.), *Self efficacy, adaptation, and adjustment* (pp. 305–328), New York: Plenum.

Anexos

Anexo A: Questionário de Auto-Eficácia

AUTO-EFICÁCIA NA TRANSFERÊNCIA DE DOENTES DA UNIDADE CUIDADOS INTERMÉDIOS PARA O INTERNAMENTO

As questões que se seguem pretendem saber até que ponto se sente capaz de realizar determinadas tarefas adjacentes á transferência de doentes da Unidade de cuidados Intermédios para o Internamento.

A cada uma das tarefas correspondem duas questões: alínea a e alínea b.

Na **alínea a**, correspondente a cada uma das tarefas, é-lhe pedido que responda simplesmente **SIM** ou **NÃO**.

Na **alínea b**, irá encontrar à frente de cada pergunta uma escala que vai de **0 a 100%**. O **0** significa que não se sente **Nada Confiante** na sua capacidade para realizar a tarefa referida na questão. O **100%** significa que se sente **Totalmente Confiante** na sua capacidade para realizar a tarefa referida na questão.

Apesar de só duas das percentagens dizerem o que significam, deve usar todas as percentagens da escala para indicar o seu grau de confiança.

O seu grau de confiança pode variar em função das perguntas.

Pedimos que responda a todas as questões.

Não existem respostas certas ou erradas, interessando-nos apenas a sua opinião. **As suas respostas são confidenciais.**

<p>11. Qual o grau de confiança que tem na sua capacidade para regressar à Unidade de Cuidados Intermédios sem perder tempo e assegurando o retorno de todo o material utilizado para a transferência do doente?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Nada</td> <td colspan="10"></td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Extremamente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Confiante</td> <td colspan="10"></td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Confiante</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">0</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">10</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">20</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">30</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">40</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">50</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">60</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">70</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">80</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">90</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">100</td> <td></td> </tr> </table>	Nada											Extremamente	Confiante											Confiante	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Nada											Extremamente																										
Confiante											Confiante																										
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100																											

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo B: Questionário de Eficácia Colectiva em Equipas (Contexto Organizacional)

EFICÁCIA COLECTIVA

As questões que se seguem pretendem saber qual o **grau de confiança que tem na sua equipa**, relativamente ao desempenho de tarefas. Leia com atenção cada afirmação e leve o tempo que considere necessário para responder.

Para responder vai encontrar à frente de cada pergunta uma escala que vai de **0** a **9**. O **0** significa que não está **Nada Confiante** de que a sua equipa seja capaz de fazer aquilo que é referido na afirmação e o **9** significa que está **Extremamente Confiante** de que a sua equipa é capaz de fazer o que é referido na afirmação.

Apesar de só estes dois pontos dizerem o que significam, deve usar todos os pontos da escala para indicar o seu grau de confiança de que a sua equipa seja capaz de fazer aquilo que é referido em cada afirmação. É normal que o seu grau de confiança varie em função das perguntas. Quanto mais alto o número que assinala mais confiante está de que a sua equipa é capaz de fazer aquilo que é referido na afirmação. Quanto mais baixo for o número que assinala menos confiante está de que a sua equipa é capaz de fazer aquilo que é referido na afirmação.

As suas respostas são confidenciais.

Classifique, relativamente à equipa em que trabalha (A, B, C, D, E ou F), o grau de confiança que tem de que a sua equipa é capaz de:

	Não Confio										Totalmente									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 – Trabalhar muito melhor que outras equipas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2 – Resolver conflitos que possam surgir.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3 – Trabalhar sob pressão (ou seja, ser capaz de trabalhar, mesmo em momentos de muita pressão).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4 – Estar preparada para o trabalho que surgir.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5 – Demonstrar mais capacidade do que outras equipas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6 – Manter-se unida.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7 – Não desistir quando há obstáculos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8 – Demonstrar um forte empenho.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9 – Continuar a dar o seu melhor quando nem tudo corre bem.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10 – Desempenhar as suas funções com qualidade.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11 – Trabalhar bem mesmo sem a presença dos elementos mais experientes.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12 – Estar preparada para a exigência do trabalho do Serviço.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13 – Manter uma atitude positiva.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

14 – Desempenhar funções de forma mais competente que outras equipas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15 – Ter um melhor desempenho que outras equipas de outros hospitais.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16 – Mostrar entusiasmo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17 – Ultrapassar os factores de distração.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18 – Preparar-se física e psicologicamente para o trabalho no serviço.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19 – Planear uma estratégia para ter sucesso.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20 – Comunicar de forma eficaz.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21 – Modificar a estratégia ou plano de trabalho quando necessário.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22 – Dar o máximo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23 – Adaptar-se às diferentes situações que possam surgir no trabalho.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24 – Estabelecer objectivos e planear estratégias para os atingir.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25 – Trabalhar em conjunto para atingir os objectivos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26 – Aproveitar as oportunidades de forma eficaz.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27 – Mostrar mais determinação que outras equipas para a qualidade nos cuidados.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28 – Em situações críticas, acreditar até ao fim de que se vai alcançar os objectivos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29 – Antecipar as dificuldades e pensar em formas de as ultrapassar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30 – Apoiar os colegas quando as coisas não correm bem.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Anexo C: Questionário de Cooperação em Equipas (Contexto organizacional)

	receber.					
6	Colaboro com os meus colegas de equipa, ainda que na equipa possa existir alguns colegas que não ajudem.					
7	Trabalho conjuntamente com o meu chefe, independentemente do lugar que ocupo e dos incentivos que possa receber.					
8	Quando com o meu trabalho ou com o meu esforço ajudo algum colega, espero ser reconhecido de alguma forma.					
9	Sigo sempre as instruções do meu chefe e acato as suas decisões, chegando a sacrificar as minhas ideias acerca do trabalho.					
10	Para concretizar os objectivos da equipa, temos de nos ajudar uns aos outros, mesmo em questões pessoais.					
11	Esforço-me muito no meu trabalho, ainda que isso signifique competir com algum colega.					
12	A minha cooperação com os meus colegas e com o meu chefe depende da colaboração que eles me dão a mim.					

13	Eu colaboro com os meus colegas, mesmo que eles tenham mais capacidades do que eu.					
14	Mesmo que ninguém note, coopero espontaneamente com os meus colegas durante o trabalho.					
15	Se todos cooperamos, a equipa fica mais unida, alcança mais e maiores resultados ou tem um melhor desempenho.					

