



CATÓLICA
LISBON
BUSINESS & ECONOMICS

Relação entre características das equipas autogeridas e perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde

João David Pedro Cabaço

Dissertação apresentada para cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de
Mestre em Gestão Aplicada (*Applied Management*) na Universidade Católica Portuguesa.

Março de 2023

Dissertação escrita sob a supervisão da Professora Doutora Teresa Oliveira

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à minha orientadora Professora Doutora Teresa Oliveira, pelas várias observações pertinentes que realizou à minha tese e por me desafiar continuamente a desenvolver um documento mais robusto e relevante.

Agradeço à minha família pela sua compreensão e apoio durante o desenvolvimento do meu mestrado, dando-me sempre a motivação necessária para continuar a percorrer este caminho e a ambicionar novos objetivos.

Um agradecimento especial à minha namorada que nunca me deixou desanimar e foi sem dúvida um elemento fundamental para conseguir completar este objetivo na minha vida.

Um agradecimento especial aos meus colegas da Winning que me desafiam a ser todos os dias um melhor profissional e colega, ao mesmo tempo que incutem um elevado espírito de entreajuda. Sem o ambiente de trabalho por eles promovido, seria impensável conciliar a minha vida profissional com o desenvolvimento de uma tese de mestrado.

Agradeço a todos os meus colegas do Executive Master e do Mestrado em Gestão Aplicada, que me proporcionaram momentos inesquecíveis.

Resumo

As organizações empresarias têm mais do que nunca de lidar eficazmente com uma envolvente externa que é volátil, incerta, complexa e ambígua. Esta envolvente induz a necessidade de as organizações realizarem alterações na sua estrutura, que analisam com cada vez maior relevância a respetiva agilidade, estando este conceito relacionado com a capacidade de antecipação e de rápida resposta às alterações externas.

O setor da saúde possui uma elevada complexidade e um considerável grau de incerteza, tendo em conta que possui múltiplas varáveis que afetam o seu modo de funcionamento. Vários estudos identificaram certos fatores que aumentam a qualidade da prestação de cuidados de saúde, curiosamente, esses mesmos fatores estão presentes e são potenciados nas equipas autogeridas.

O presente estudo permitiu analisar a prevalência, em equipas constituídas por profissionais de saúde, de comportamentos característicos de equipas autogeridas, nomeadamente: adaptabilidade, processos centrados no doente, responsabilidade partilhada e melhoria contínua. Um segundo objetivo deste estudo consistiu em verificar se a presença destas características impacta de forma significativa na perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde.

A partir da aplicação de dois questionários, verificou-se que os profissionais de saúde, pertencentes à amostra do presente estudo, concordam parcialmente com a presença das seguintes características no decorrer da sua prática profissional: adaptabilidade, processos centrados no doente e responsabilidade partilhada. Foi ainda possível verificar que, para a amostra do presente estudo, as características: processos centrados no doente, responsabilidade partilhada e melhoria contínua, são relevantes para a perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde.

Palavras-chave: Equipas autogeridas, *Agile*, Profissionais de Saúde, Saúde, Adaptabilidade.

Abstract

Companies face nowadays a context known to be volatile, uncertain, complex, and ambiguous. This context induces the necessity of changing the organizational structure of some companies, that give now more relevance to the company's agility, as this concept is related to the anticipation of changes in the environment and the capability to quickly answer to those external alterations.

The health sector operates in a very complex and uncertain environment, taking into account that it is directly affected by several variables. Several studies identified certain factors which increase the quality of the healthcare services provided, curiously, some of those factors are part of and are enhanced in self-managed teams.

This study analyzed the prevalence, in teams composed by health professionals, of behaviors associated with the characteristics of self-managed teams, namely: adaptability, patient-centered processes, shared responsibility, and continuous improvement. A second goal of this paper was to verify whether the presence of these characteristics significantly impacts the perception of effectiveness in healthcare services.

Based on the application of the two questionnaires, it was found that the health professionals belonging to the sample of this study, partially agree with the presence of the following characteristics during their professional practice: adaptability, patient-centered processes, and shared responsibility. It was also possible to verify that, for the sample of this study, the following characteristics: patient-centered processes, shared responsibility and continuous improvement are relevant to the perception of effectiveness in healthcare services, which should be promoted in teams composed by health professionals.

Key words: Self-Managed Teams, Agile, Healthcare Workers, Health, Adaptability.

Lista de figuras

Figura 1 – Fatores que influenciam a implementação de equipas autogeridas (Geerts, Bierbooms, & Cloudt, 2021).	15
Figura 2 - Modelo de fatores que influenciam a adoção de agilidade organizacional em organizações que prestam cuidados de saúde (Patri & Suresh, 2017).	28
Figura 3- Variáveis medidas através da aplicação do questionário e número de questões associadas.	37

Lista de tabelas

Tabela 1 - Benefícios associados às equipas autogeridas.	14
Tabela 2 - Valores obtidos do Alpha de Cronbach para cada um dos comportamentos característicos de equipas autogeridas.....	40
Tabela 3 - Valores obtidos após a realização do teste de comparação das características de equipas autogeridas com o valor 4.	41
Tabela 4 - Valores obtidos após a realização do teste de comparação das características de equipas autogeridas com o valor 5.	42
Tabela 5 - Resultados do teste de Mann-Whitney para amostras independentes, relativamente à perceção da presença de características de equipas autogeridas.	44
Tabela 6 - Resultados do teste de Mann-Whitney para amostras independentes, relativamente às variáveis do questionário “Provider PTE”.	46
Tabela 7 - Resultados do teste T para amostras independentes, relativamente às variáveis comunicação e processos da equipa.	46
Tabela 8 - Resultados da correlação de Pearson entre a perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde e os comportamentos característicos de equipas autogeridas.	47
Tabela 9 - Resultados obtidos da regressão linear do valor PTE Overall a partir dos comportamentos característicos de equipas autogeridas.	48
Tabela 10 - Resultados obtidos relativos à correlação de Pearson entre as variáveis dos dois questionários.....	49

Lista de gráficos

Gráfico 1 - Percentagem de respostas por categoria profissional.	38
Gráfico 2 - Valores médios obtidos para cada comportamento característico de equipas autogeridas, a partir da aplicação dos questionários a médicos e enfermeiros.	38
Gráfico 3 - Valores médios obtidos para as variáveis do questionário Provider PTE, a partir da aplicação dos questionários a médicos e enfermeiros.	39
Gráfico 4 - Valores médios obtidos para cada comportamento característico de equipas autogeridas, distribuídos por categoria profissional.	43
Gráfico 5 - Valores médios obtidos para cada variável do questionário “Provider PTE”, distribuídas por categoria profissional.	45

Índice

Agradecimentos.....	ii
Resumo.....	iii
Abstract	iv
Lista de figuras	v
Lista de tabelas	v
Lista de gráficos	vi
1. Introdução.....	1
1.1. Relevância acadêmica e de gestão.....	2
2. Revisão da Literatura	3
2.1. Estruturas das organizações empresariais.....	3
2.1.1. Estruturas de gestão burocráticas	3
2.1.2. Implementação de equipas autogeridas como resposta à imprevisibilidade existente no contexto.....	4
2.1.3. Comparação entre organizações burocráticas e organizações formadas por equipas autogeridas	20
2.2. Hospitais como sistemas complexos	21
2.2.1. Fatores que promovem o aumento da qualidade na prestação de cuidados de saúde num ecossistema em constante mudança	23
2.2.2. Benefícios das metodologias <i>agile</i> na prestação de cuidados de saúde	26
2.2.3. Implementação de equipas autogeridas na prestação de cuidados de saúde	27
2.2.4. Obstáculos na implementação das equipas autogeridas no setor da saúde	31
2.3. O problema e objeto de estudo	32
2.3.1. Questões de investigação e hipóteses.....	33
3. Metodologia e Recolha de dados	34
3.1. Instrumentos utilizados.....	34
3.1.1. Medição da perceção da ocorrência de comportamentos característicos de equipas autogeridas	34

3.1.2.	Medição da percepção de eficácia na prestação de cuidados de saúde	35
3.2.	Amostra	37
3.3.	Procedimentos	37
4.	Análise de resultados.....	38
4.1.	Percepção da prevalência de comportamentos característicos de equipas autogeridas pelos profissionais de saúde	40
4.2.	Diferenças na percepção da prevalência de comportamentos característicos de equipas autogeridas entre as duas categorias profissionais	42
4.3.	Relação entre comportamentos característicos de equipas autogeridas e percepção de eficácia na prestação de cuidados de saúde	47
5.	Discussão dos resultados.....	51
6.	Principais conclusões	54
7.	Limitações e investigação futura.....	56
8.	Bibliografia.....	58
Anexos.....		72
Anexo I – Agile Manifesto		72
Anexo II – Categorias de profissionais de saúde em Portugal (Saúde, 2022).....		73
Anexo III – Questionário utilizado para a avaliação da percepção de eficácia relativamente aos processos e resultados na prestação de cuidados de saúde (Kilpatrick, Paquette, Bird, Carter, & Tchouaket, 2019).....		74
Anexo IV – Questionário aplicado no presente estudo para avaliar a pertinência dos comportamentos associados a equipas autogeridas		75
Anexo V – Valores obtidos para o teste de normalidade às principais variáveis presentes no estudo.....		77
Anexo VI – Principais resultados das questões relacionadas com a percepção de comportamentos característicos de equipas autogeridas		78

1. Introdução

Atualmente as organizações empresariais desenvolvem as suas operações tendo em conta um envolvimento externo que se encontra em constante mudança. Este mesmo envolvimento é influenciado por um elevado conjunto de variáveis, tais como progressos tecnológicos, mudanças de cariz económico e social e inclusivamente decisões políticas. Estas frequentes alterações impelem as organizações a realizarem alterações nas suas estruturas com o objetivo de as tornar mais ágeis e capazes de responder a um ecossistema com uma elevada volatilidade (Sindhwani, Singh, Iqbal, Prajapati, & Mittal, 2019).

Tendo em conta as alterações que podem ocorrer na envolvente externa, a flexibilidade que uma organização ou equipa possuem é vista como vital para a sua sobrevivência num mercado caracterizado por ser dinâmico e altamente competitivo (Birkinshaw, Hamel, & Mol, 2008). A agilidade está assim associada à capacidade de adaptação de uma empresa/equipa, promovendo uma rápida resposta às alterações que possam ocorrer e indo de encontro às necessidades dos seus clientes (Vaishnavi & Suresh, 2020).

Um dos setores que tem um elevado número de variáveis no ecossistema que impactam diretamente as suas operações é o setor da saúde (Bohmer, 2009). Alguns dos fatores que promovem esta elevada complexidade são as mudanças sociais e demográficas, a evolução da tecnologia associada às ciências médicas e as mudanças na procura por cuidados de saúde por parte da população (Basole & Rouse, 2008).

Para além destas variáveis externas, os sistemas de saúde são ainda dotados de variáveis internas que contribuem para a respetiva imprevisibilidade e complexidade, nomeadamente as equipas serem constituídas por profissionais de saúde com diversas áreas de conhecimento, funcionando como equipas multidisciplinares (Liao, Jimmieson, O'Brien, & Restubog, 2012), e a necessidade de serem passadas informações fiáveis entre todos os membros da equipa para poderem ser tomadas decisões acertadas (Garcia & Lemus, 2013).

Com o objetivo de aumentar a qualidade da prestação de cuidados de saúde (Sindhwani, Singh, Iqbal, Prajapati, & Mittal, 2019) e de melhorar a motivação e colaboração entre os vários elementos das equipas constituídas por profissionais de saúde (Harraf, Wanasika, Tate, & Talbott, 2015), foram desenvolvidos modelos de equipas autogeridas a serem implementados neste setor (Patri & Suresh, 2017).

Alguns dos fatores descritos na literatura como relevantes para a prestação de cuidados de saúde com qualidade, nomeadamente a colaboração e a comunicação entre todos os membros da equipa (Sangaletti, Schweitzer, Peduzzi, Zoboli, & Soares, 2017), são igualmente referidos em estudos que abordam o tema de equipas autogeridas, tendo em conta que esses mesmos fatores são promovidos neste tipo de equipas (Hoda & Murugesan, 2016).

Apesar das premissas anteriormente apresentadas, existem limitações do conhecimento no que concerne à presença de características de equipas autogeridas nas equipas constituídas por profissionais de saúde e em que medida essas mesmas características estão relacionadas com a sua perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde. Foi exatamente esta limitação que permitiu a criação e o desenvolvimento do presente estudo.

1.1. Relevância académica e de gestão

Ao nível académico, o presente estudo visa aprofundar o conhecimento acerca da presença de características de equipas autogeridas em equipas constituídas por profissionais de saúde e de que forma estão relacionadas com a perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde.

Numa primeira etapa, pretendeu-se verificar se os profissionais de saúde percecionam a ocorrência de comportamentos, durante a sua prática profissional, relacionados com a presença de características de equipas autogeridas. As variáveis tidas em conta neste processo foram: adaptabilidade, melhoria contínua, responsabilidade partilhada e processos centrados no doente.

Posteriormente, verificou-se se estas variáveis tinham alguma influência sobre a perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde, com o objetivo de averiguar quais afetam de forma significativa esta última variável. Nesta medida, poderá ser relevante promover as variáveis com maior impacto positivo nas equipas constituídas por profissionais de saúde.

2. Revisão da Literatura

2.1. Estruturas das organizações empresariais

As organizações empresariais podem ser definidas como sistemas que incluem vários intervenientes, têm limites bem estabelecidos na sua área de intervenção e possuem um sistema de objetivos segundo o qual os colaboradores se esforçam para prestar o seu contributo no sentido de apoiarem a organização (Puranam, Alexy, & Reitzig, 2014).

Com o propósito de as organizações cumprirem os objetivos pré-estabelecidos e serem bem-sucedidas, é necessário que sejam definidos quatro temas fundamentais, que segundo Puranam, Alexy, e Reitzig (2014) incluem:

- a divisão das tarefas a serem realizadas;
- a alocação dos colaboradores pelas tarefas previamente identificadas;
- a criação de um sistema de recompensas para os colaboradores;
- a elaboração de sistemas de informação fiáveis, para que sejam tomadas decisões o mais corretamente possível.

A forma como estes tópicos são abordados depende maioritariamente da configuração da empresa, nomeadamente se estamos perante uma organização caracterizada por um estilo burocrático de tomada de decisão, ou se estamos perante uma organização em que os colaboradores têm um papel ativo na tomada de decisão, caracterizando-se por ser uma organização com uma estrutura mais horizontal.

2.1.1. Estruturas de gestão burocráticas

Os modelos organizacionais que possuem estruturas de tomada de decisão burocráticas, têm como uma das suas principais premissas que as variáveis decorrentes do contexto onde desenvolvem a sua prática profissional são sempre previsíveis e estáveis, assumindo este princípio para estabelecerem estratégias de forma a atingirem os objetivos pré-estabelecidos (Martela, 2019). As empresas que seguem este modelo organizacional desenvolvem tendencialmente silos organizacionais, caracterizados por uma reduzida comunicação entre as equipas, que por sua vez respondem a um superior hierárquico (De Smet, Lurie, & St George, 2018).

Nestas organizações, os níveis hierárquicos superiores estabelecem os objetivos organizacionais e definem as tarefas a serem realizadas pelos colaboradores, possuindo uma vasta responsabilidade na tomada de decisão (Brès, Raufflet, & Boghossian, 2018). Os

colaboradores das hierarquias mais baixas apenas dão resposta às principais tarefas definidas e por esse motivo as organizações podem ser denominadas como sendo “*top down*” (Martela, 2019).

Nas organizações burocráticas, o objetivo da tomada de decisão passa fundamentalmente por produzir valor para os *shareholders*, não estando os restantes *stakeholders* necessariamente envolvidos nas tarefas que a empresa realiza (Denning, 2019). Como podemos compreender, este modelo de *governance* não permite desenvolver uma resposta rápida e eficaz ao contexto atual, tendo em conta que existem inúmeras alterações no ecossistema onde as empresas atuam, nomeadamente nas necessidades dos clientes que se vão modificando ao longo do tempo (Onwujekwe & Weistroffer, 2018).

O mercado atual exige assim que as empresas tomem decisões de uma forma rápida, que inovem os seus produtos e processos e que ajustem a forma como trabalham no seu dia a dia, com o objetivo de adaptarem os seus produtos às necessidades dos clientes (Schell & Bischof, 2022). As organizações com hierarquias bem definidas podem experienciar uma maior dificuldade em acompanhar as alterações que existem no contexto, correndo o risco de possuírem uma reduzida flexibilidade e agilidade, o que poderá causar dificuldades à sustentabilidade das empresas que atuem em setores mais voláteis (Denning, 2020).

2.1.2. Implementação de equipas autogeridas como resposta à imprevisibilidade existente no contexto

Tendo em conta a constante mudança da envolvente externa, a flexibilidade que uma organização ou equipa possuem é vista como vital para a sua sobrevivência num mercado caracterizado por ser dinâmico e altamente competitivo (Brozovic, 2018; Birkinshaw, Hamel, & Mol, 2008). De forma a promover uma maior capacidade de adaptação à elevada volatilidade do contexto, as organizações começaram a adotar o conceito de equipas autogeridas, que visa aumentar a flexibilidade e a performance dos vários colaboradores (Pazos, Zhou, & Magpili, 2017).

Para que estes objetivos sejam alcançados, é necessário que ocorra uma descentralização do poder de tomada de decisão e mudança do mesmo para os colaboradores (Smets, 2014). A existência de processos focados no cliente durante a realização das tarefas por parte das organizações é outra característica que tem sido vista como essencial para ser dada uma resposta eficaz a um mercado que se encontra em constante mudança (Baškarada & Koronios, 2018).

Levando em consideração os potenciais benefícios destas equipas, não será uma surpresa que nos últimos anos tenha sido concedida uma maior relevância às organizações que adotaram um modelo baseado em equipas autogeridas. Estas organizações possuem habitualmente três características (Lee & Edmondson, 2017):

- Existe uma descentralização da autoridade/poder,
- A respetiva descentralização da autoridade ocorre em toda a organização;
- Esta pode ser sistemática e formal.

As equipas autogeridas são assim criadas com o objetivo de promoverem uma elevada capacidade de adaptação ao meio envolvente, reduzindo as suas ameaças e potenciando as oportunidades percebidas (Baškarada & Koronios, 2018). Com o objetivo de promover a capacidade de adaptação ao meio envolvente, estas equipas são comumente constituídas por elementos com diferentes tipos de especialização (Project Management Institute, 2017).

Os elementos destas equipas têm por hábito partilhar as tarefas técnicas e de gestão, o que significa que por um lado planeiam, coordenam e controlam as suas atividades e performance e, por outro, são também responsáveis pelas componentes técnicas das próprias tarefas (Rapp, Gilson, Mathieu, & Ruddy, 2015). A existência de mais colaboradores com uma elevada especialização e ao mesmo tempo com capacidade de realizarem tarefas com características menos especializadas, permite a concessão de uma maior autonomia aos membros de uma equipa (Lee & Edmondson, 2017).

As organizações com equipas autogeridas distribuem assim o poder de tomada de decisão existente pelos colaboradores retirando algumas funções de *micromanagement*, comumente atribuídas aos *middle managers* (Lee & Edmondson, 2017). O aumento da responsabilidade por parte dos membros das equipas autogeridas visa promover a respetiva motivação e nível de compromisso para com a organização (Martela & Kostamo, 2017).

Esta supressão das relações de controlo entre os colaboradores e respetivos superiores hierárquicos tem sido fundamental para a implementação eficaz não só de equipas autogeridas, mas inclusivamente de organizações autogeridas que adotam este *mindset* ao longo de toda a sua estrutura (Bernstein, Bunch, Canner, & Lee, 2016).

Ao existir uma distribuição do poder relacionado com a tomada de decisão nestas organizações, são as equipas e os respetivos colaboradores que têm a responsabilidade de identificar novas

tarefas que precisam de ser realizadas, de forma a alcançarem os objetivos organizacionais previamente estabelecidos (Puranam & Håkonsson, 2015).

A proatividade dos colaboradores desempenha assim um papel fundamental nestas equipas, uma vez que é essencial para que seja elaborada a correta divisão das tarefas nas organizações autogeridas (Hakanen, Perhoniemi, & Toppinen-Tanner, 2008). Frequentemente, as tarefas não são atribuídas aos elementos da equipa, acontecendo exatamente o oposto, são os próprios elementos da equipa a escolherem as tarefas que vão realizar (Hoda & Noble, 2017).

De forma a assegurar que as decisões tomadas pelos colaboradores são benéficas quer para as equipas quer para a organização, existe uma elevada transparência acerca da partilha de informações, nomeadamente as de cariz financeiro que habitualmente se encontravam restritas aos colaboradores pertencentes às hierarquias superiores (Bernstein S. , 2017).

2.1.2.1. *Características das equipas autogeridas*

Podemos definir uma equipa como uma unidade de trabalho constituída por duas ou mais pessoas que possuem várias características, incluindo (Salas, Stagl, Burke, & Goodwin, 2007):

- Interações sociais com elevados níveis de interdependência;
- Objetivos partilhados e valorizados;
- *Expertise* em vários temas;
- Tarefas e responsabilidades claramente atribuídas.

O trabalho desenvolvido em equipa pode ser definido como o conjunto de interações entre os membros da equipa, combinando desta forma os diversos recursos existentes, com o objetivo de resolver eficazmente uma dada tarefa (Fernandez, Kozlowski, Shapiro, & Salas, 2008).

Atualmente, as equipas autogeridas têm vindo a ganhar uma elevada notoriedade nas organizações empresariais, impactando com relevância na forma como o trabalho é desenvolvido, uma vez que existe uma maior transferência do poder de tomada de decisão e melhoria dos processos internos da equipa (Quinteiro, Passos, & Curral, 2016).

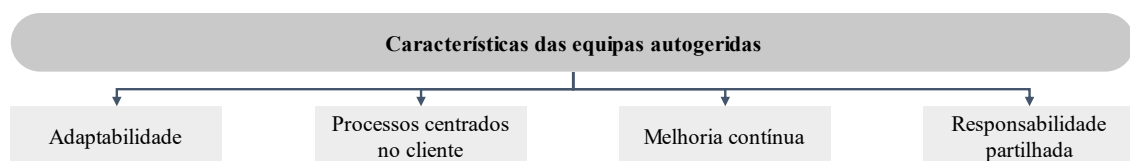
Estas equipas são comumente constituídas por colaboradores com um vasto reportório de capacidades e conhecimentos, possuindo uma elevada autonomia para tomar decisões no que diz respeito à resolução de problemas, gestão de conflitos, adoção de novas estratégias e desenvolvimento das suas próprias competências (Yang & Guy, 2011). As equipas autogeridas habitualmente possuem características “*cross-functional*”, sendo compostas por elementos de

diferentes áreas funcionais da empresa, tais como: *marketing*, área de apoio ao cliente e área financeira (Mergel, Ganapati, & Whitford, 2021).

Os elementos das equipas autogeridas não se focam apenas nos *shareholders* da organização, mas também em todos os *stakeholders* nos quais as suas tarefas podem ter impacto (Vázquez-Bustelo, 2007). Por este motivo, esta metodologia aborda uma visão iterativa e incremental dos processos, em que é necessário obter *feedback* por parte dos *stakeholders*.

As equipas autogeridas focam-se ainda na colaboração entre os seus elementos, procurando estabelecer pontes de comunicação e um sentimento de responsabilidade partilhada (Hoda & Murugesan, 2016). Para que tal aconteça, os líderes têm de criar condições que promovam o trabalho em equipa e não podem consentir o desenvolvimento de silos funcionais, que constituem barreiras à comunicação entre os vários colaboradores e respetivas equipas (De Smet, Lurie, & St George, 2018).

É possível definir quatro características fundamentais das equipas autogeridas:



2.1.2.1.1. Adaptabilidade

Os autores Maynard, Kennedy, and Sommer (2015) definem a adaptabilidade de uma equipa como a capacidade de esta realizar as alterações necessárias para responderem a uma disrupção ou a um novo estímulo. A presença de uma cultura de passagem de poder da tomada de decisão para as equipas e a implementação dos princípios *agile*, permitem potenciar a adaptabilidade das equipas autogeridas (Grass, Backmann, & Hoegl, 2020).

As equipas autogeridas têm a capacidade de adaptar as suas tarefas e metodologias utilizadas, tendo em conta as variáveis que vão sendo alteradas no contexto (Sherehiy, Karwowski, & Layer, 2007). Assim sendo, estas equipas não trabalham de forma isolada da sua envolvente externa, antes pelo contrário, adaptam-se às variáveis existentes para garantirem que conseguem atingir os objetivos estabelecidos (Magpili & Pazos, 2018).

Um dos exemplos de adaptação por parte da organização e respetivas equipas deve-se às alterações das necessidades dos clientes. Existe uma constante adaptação por parte das equipas autogeridas de forma a servir os clientes da melhor forma possível, por exemplo, através da

adoção de tecnologia mais recente nas suas operações ou através da realização de ações de formação para aumentar as competências dos colaboradores (Vinodh, Kumar, & Girubha, 2012).

2.1.2.1.2. Processos centrados no cliente

A capacidade de adaptação por parte de uma equipa baseia-se não apenas na presença de diversos atributos tais como velocidade, flexibilidade, inovação e qualidade, mas também em integrar estes mesmos atributos num serviço/produto que será útil para o cliente (Grass, Backmann, & Hoegl, 2020). O cliente assume assim um papel preponderante nas equipas autogeridas, tendo em conta que todas as tarefas a serem desenvolvidas têm como objetivo criar valor para o cliente final (Sherehiy, Karwowski, & Layer, 2007).

As equipas autogeridas focam-se em dar resposta às necessidades dos clientes, possuindo a responsabilidade de as avaliarem ao longo do desenvolvimento do produto ou serviço e de se adaptarem com vista a criar o máximo valor possível para o cliente (Sithambaram, Nasir, & Ahmad, 2021).

Outra função das equipas autogeridas passa por se adaptarem às flutuações em termos da procura por parte dos clientes. Por exemplo, nos hospitais as equipas de profissionais de saúde devem-se adaptar de forma a garantir que todos os doentes têm os melhores cuidados de saúde possíveis (Sindhvani, Singh, Iqbal, Prajapati, & Mittal, 2019).

2.1.2.1.3. Melhoria contínua

A existência de uma cultura de mudança e de melhoria constante está manifestamente presente nas equipas autogeridas, inclusivamente através da realização de sessões de formação dos colaboradores, presença de um sentimento de necessidade de aprendizagem das boas práticas por parte dos membros da equipa e de uma atitude positiva face a alterações no *modus operandi* que irão criar valor adicional para o cliente (Sherehiy, Karwowski, & Layer, 2007).

As equipas autogeridas podem ainda utilizar metodologias que visam a melhoria contínua dos seus processos, como é o caso da utilização das metodologias SCRUM e PDCA (Plan, Do, Check and Act) (Zayat & Senvar, 2020). A adoção destas metodologias leva os vários elementos da equipa a analisarem as estratégias que adotaram para resolver um problema e a verificarem o que correu bem e o que poderá ser melhorado numa intervenção futura, com o objetivo de garantir que existe uma melhoria contínua dos vários processos e competências da equipa (Carneiro, Silva, & Alencar, 2018).

As equipas autogeridas procuram promover processos de aprendizagem contínuos, esta característica está inclusivamente presente quando a equipa não consegue cumprir os objetivos estabelecidos em algumas fases e vê este resultado como uma oportunidade de crescimento e de melhoria por parte dos vários elementos (Almeida & Espinheira, 2021).

Certas “cerimónias” realizadas por estas equipas desempenham um papel fundamental para fomentar o crescimento dos vários elementos após a realização das respetivas tarefas, promovendo a aquisição de lições aprendidas, com o objetivo de facilitar o desenvolvimento de projetos/tarefas semelhantes no futuro (Mergel, Ganapati, & Whitford, 2021).

Uma das “cerimónias” mais relevante nas equipas autogeridas são as reuniões entre os membros das equipas e os principais *stakeholders*, que visam discutir o trabalho realizado pela equipa. Esta é uma oportunidade de melhoria através da reflexão por parte dos membros da equipa e obtenção de feedback da parte dos clientes (Keiser & Arthur, 2021). Esta reunião visa ainda promover um sentimento de segurança psicológica em que todos os elementos da equipa podem dar a sua opinião (Hennel & Rosenkranz, 2021).

2.1.2.1.4. Responsabilidade partilhada

Ao existir uma maior delegação do poder de tomada de decisão para as equipas autogeridas, no que concerne não só às tarefas a realizar como também às metodologias a aplicar, existe um aumento da responsabilidade destas equipas (Weerheim, Van Rossum, & Ten Have, 2019). Os elementos das equipas autogeridas possuem assim a responsabilidade de ser bem-sucedidas em cada tarefa que vão desempenhar, tendo em conta que escolhem as ferramentas e métodos que vão utilizar para alcançarem o resultado pretendido (Sommer, 2019).

A própria equipa tem como base uma cultura que mantém o equilíbrio entre a responsabilidade coletiva e liberdade individual, existindo um sentimento de responsabilidade partilhada no sucesso das várias tarefas (Lee & Edmondson, 2017). As equipas autogeridas revelam assim elevados níveis de autonomia e compromisso para realizarem as tarefas que têm de cumprir, com o objetivo de alcançarem o sucesso coletivo (Hoda, Noble, & Marshall, 2013).

2.1.2.2. Exemplos de organizações com equipas autogeridas

A adoção de uma estrutura constituída por equipas autogeridas ocorreu de uma forma transversal em empresas de vários setores, que percecionaram esta transformação organizacional como uma oportunidade de ganharem uma vantagem competitiva comparativamente aos seus concorrentes. Algumas das empresas que adotaram uma estrutura

onde existem equipas autogeridas incluem a Amazon, a Netflix, a Cisco, a Volkswagen e a Tesla (Rigby, Sutherland, & Noble, 2018; Poth, Kottke, M., & Riel, 2020).

Um dos casos mais estudados na literatura foi a adoção de um modelo de gestão de equipas menos hierarquizado implementado na Zappos, empresa de retalho que trabalha essencialmente no mercado online (Bernstein, Bunch, Canner, & Lee, 2016). Em 2013, esta empresa adotou um modelo organizacional que eliminou vários cargos de gestão e, por consequência, permitiu dar aos colaboradores total autonomia acerca de como deviam desempenhar as suas funções na empresa (Rani, 2019). O principal objetivo desta alteração foi colmatar a redução da produtividade dos colaboradores, devido ao rápido crescimento da empresa, sendo que esta medida visava igualmente aumentar a inovação e a produtividade das respetivas equipas (Reingold, 2016).

A empresa Valve, cujo principal setor de atividade é o entretenimento através da criação de jogos de computadores, foi outra empresa que promoveu uma descentralização do poder de tomada de decisão (Baldwin, 2015). Neste caso, os colaboradores possuem uma flexibilidade e autonomia total para trabalharem nos jogos que pretendem, em vez desta decisão ser tomada pelos superiores hierárquicos (Kettunen & Laanti, 2017).

A empresa Lego, conhecida por fabricar peças de jogos de construção, também optou por realizar uma transformação organizacional em 2018, para transformar dois dos seus departamentos digitais em equipas autogeridas, através da adoção de metodologias *agile*. Esta alteração proporcionou uma maior capacidade de adaptação às equipas, tendo em conta as alterações que ocorrem no contexto onde realizam as suas tarefas, e também um aumento da motivação por parte dos seus elementos (Werder, et al., 2021). Contudo, nem tudo foram aspetos positivos, uma vez que várias equipas sentiram dificuldades em adotar o *mindset agile* no seu trabalho, necessitando assim de um maior período de adaptação (Sommer, 2019).

A empresa Spotify, que apresentou um elevado crescimento nos últimos anos, nomeadamente no que concerne ao número de colaboradores na instituição (Salameh & Bass, 2018), adotou uma estrutura com equipas autogeridas com vista a adaptar-se a um meio que está continuamente em mudança (Bäcklander, 2019). Esta implementação visa que os colaboradores questionem as tarefas que devem realizar, bem como as ferramentas que estão a ser utilizadas, dando uma grande autonomia às equipas (Werder, et al., 2021). A implementação de equipas autogeridas permitiu, não só manter o crescimento da empresa, bem como aumentar a satisfação dos seus colaboradores (Kniberg, 2012).

2.1.2.3. Metodologias agile

Foram desenvolvidas um conjunto de metodologias que são utilizadas pelas equipas autogeridas, com o objetivo de trazer valor acrescentado para o cliente, denominadas metodologias *agile*. Estas foram desenvolvidas por um grupo de programadores de *software* em 2001, quando publicaram o *agile manifesto*, cujo objetivo passou por prescrever um conjunto de valores e princípios que as equipas *agile* devem seguir. Este documento possui quatro valores que vão guiar a adoção do *mindset* necessário para a correta implementação destas metodologias (Agile Manifesto, 2001):

- *Individuals and interactions over processes and tools;*
- *Working software over comprehensive documentation;*
- *Customer collaboration over contract negotiation;*
- *Responding to change over following a plan.*

Segundo o *agile manifesto*, apesar dos atributos/ações encontrados na segunda parte de cada afirmação, é atribuída maior importância aos primeiros. Este documento é ainda constituído por 12 princípios (presentes no anexo 1), que servem de base a todas as decisões que devem ser tomadas pelas equipas autogeridas (Agile Manifesto, 2001).

Ao adaptarem estes 12 princípios à sua própria realidade, as organizações tornam-se mais ágeis e com maior capacidade de responder às mudanças. As metodologias *agile* compreendem assim a existência de mudanças na envolvente externa e a respetiva necessidade de ocorrerem processos de adaptação por parte destas equipas. Assim que existirem novas informações, restrições ou oportunidades, as organizações devem-se adaptar para realizarem melhorias nos vários processos que possuem, de forma a criarem mais valor para o cliente.

Estes valores e princípios têm como principal objetivo conceder às equipas uma maior flexibilidade e autonomia, ao mesmo tempo que promovem um aumento do desenvolvimento de processos menos planeados e a existência de fases iterativas. Desta forma conseguem dar uma resposta eficaz às mudanças existentes no contexto, encorajando ainda a partilha de *feedback*, com o objetivo de existirem melhorias nas fases seguintes (Hennel & Rosenkranz, 2021).

As metodologias *agile* têm como principal objetivo o desenvolvimento de produtos ou serviços em curtos períodos de tempo, denominados iterações, visando assim providenciar um rápido acréscimo de valor para a instituição. Estas iterações têm usualmente uma duração entre 1 a 4

semanas e podem ser igualmente designadas de *sprints* (Dönmez, Grote, & Brusoni, 2016). O desenvolvimento de *sprints* permite que os clientes deem feedback para posteriormente a equipa alinhar os seus processos e tarefas com o produto final idealizado pelo cliente, de forma a satisfazer as suas necessidades (Sithambaram, Nasir, & Ahmad, 2021).

As equipas *agile* focam-se assim na rápida produção de valor com o objetivo de obterem *feedback* de forma célere por parte do cliente e são comumente constituídas por entre três a nove elementos, que estão alocados a *full time* na equipa. Estas metodologias encorajam ainda o desenvolvimento de equipas autogeridas, onde os elementos da equipa decidem o que vão realizar a seguir, definindo o respetivo âmbito e produzindo incrementos frequentes que posteriormente são apresentados ao cliente (Project Management Institute, 2017).

O conceito *agile* dá ainda ênfase à flexibilidade que uma organização e as respetivas equipas devem possuir, para lidarem com o ecossistema em constante mudança, existindo uma abordagem proativa por parte dos colaboradores, através de um processo de tentativa e erro. É ainda promovida uma elevada interação com todos os *stakeholders* que estão incluídos nos vários processos, sendo o seu feedback essencial para aumentar o valor do trabalho produzido pelas equipas (Kowalkowski, 2012).

As equipas que trabalham com metodologias *agile* são autogeridas, mantendo assim um conjunto de características, tais como: maior liberdade e responsabilidade pela tomada de decisão, existência de uma responsabilidade partilhada entre os vários elementos da equipa para alcançarem um objetivo comum e capacidade de alocar tarefas de forma autónoma (Perlak, 2019). As equipas *agile*, para além de possuírem estas características, integram na execução das suas tarefas os valores e princípios do *agile manifesto*, realizando o trabalho de forma iterativa e incremental (Spiegler, Heinecke, & Wagner, 2021).

Muitos elementos das equipas *agile* são *T-shaped*, isto é, são especialistas num único domínio, mas têm um conhecimento menos desenvolvido acerca de outros temas igualmente importantes nos processos a serem realizados (Lee & Edmondson, 2017). Os membros das equipas, ao trabalharem colaborativamente, vão aprendendo uns com os outros, o que permite um desenvolvimento contínuo de competências noutras áreas que até então não tinham sido exploradas (Project Management Institute, 2017).

A adoção dos valores *agile* pode ter como principais benefícios o aumento da velocidade de entrega dos produtos vendidos, o aumento da qualidade do serviço prestado ou pode ainda

resultar na criação de um novo produto ou serviço (Mergel, Ganapati, & Whitford, 2021). A presença de certas características numa equipa autogerida, tais como a transparência e a responsabilidade, são essenciais para a correta tomada de decisão em ambientes de elevada mudança (Magpili & Pazos, 2018).

As metodologias *agile* promovem ainda o bem-estar dos colaboradores, nomeadamente através da melhoria contínua das suas capacidades, aumento da participação dos colaboradores na tomada de decisão e aumento do trabalho em equipa (Nazneen, Mann, & Mishra, 2018). Os colaboradores, ao estarem envolvidos na tomada de decisão, apresentam ainda uma menor resistência perante as mudanças que são necessárias de implementar nas organizações *agile* (Harraf, Wanasika, Tate, & Talbott, 2015).

Os valores e técnicas utilizadas nestas metodologias visam que as equipas trabalhem com pequenos incrementos até chegarem a um entregável final. Cada vez que existe um novo incremento, é recolhido *feedback* por parte dos clientes e desta forma o serviço ou produto é ajustado ou refeito tendo em conta as suas expectativas e utilizações futuras (Mergel, Ganapati, & Whitford, 2021).

2.1.2.4. *Benefícios das equipas autogeridas*

Conforme observado nos capítulos anteriores, as equipas autogeridas são definidas pela sua autonomia e controlo sobre as tarefas que vão realizar (Smets, 2014). Estas duas características têm estado associadas a um aumento da produtividade da equipa, aumento da qualidade do trabalho realizado (Doblinger, 2022) e melhoria da relação trabalho-vida pessoal dos colaboradores (Millikin, Hom, & Manz, 2010). Foi igualmente verificado que ocorre uma diminuição do absentismo e do *turnover* dos elementos que fazem parte de equipas autogeridas (Tiejun, Wenjun, Xin, & Dianzhi, 2013).

Existem ainda outros benefícios relatados após a implementação de equipas autogeridas em empresas, incluindo o aumento da transparência entre as equipas, aumento da sua produtividade, aumento da qualidade do trabalho desenvolvido, aumento da motivação dos vários elementos e aumento da visibilidade do trabalho realizado (Putta, Paasivaara, & Lassenius, 2018; Smets, 2014; Yeatts, Cready, Ray, DeWitt, & Queen, 2004).

Nas equipas autogeridas existe uma elevada comunicação entre todos os elementos tendo em conta que todos são responsáveis pelo trabalho a ser desenvolvido e todos realizam tarefas para atingirem um objetivo comum (Stadler, Vallon, Pazderka, & Grechenig, 2019). Estas mesmas

iterações entre os vários elementos da equipa parecem estar associadas a um aumento geral da performance da equipa e da sua capacidade de inovação (Magpili & Pazos, 2018).

Ao existir uma tomada de decisão partilhada, as equipas conseguem responder de uma forma mais rápida a um ambiente em elevada mudança. Para além disso, foi igualmente verificado um maior nível de criatividade das soluções geradas pela equipa e um maior desenvolvimento das suas capacidades de resolução de problemas (Kakar, 2017).

Benefícios das equipas autogeridas	Investigação
Aumento da produtividade	(Junker, Bakker, Gorgievski, & Derks, 2021); (Tiejun, Wenjun, Xin, & Dianzhi, 2013); (Putta, Paasivaara, & Lassenius, 2018); (Smets, 2014); (Yeatts, Cready, Ray, DeWitt, & Queen, 2004); (Magpili & Pazos, 2018)
Aumento da qualidade do trabalho realizado	(Tiejun, Wenjun, Xin, & Dianzhi, 2013); (Putta, Paasivaara, & Lassenius, 2018); (Smets, 2014); (Yeatts, Cready, Ray, DeWitt, & Queen, 2004)
Diminuição do absentismo	(Tiejun, Wenjun, Xin, & Dianzhi, 2013)
Diminuição do turnover	(Tiejun, Wenjun, Xin, & Dianzhi, 2013)
Aumento da capacidade de inovação	(Magpili & Pazos, 2018)
Aumento da criatividade	(Kakar, 2017)

Tabela 1 - Benefícios associados às equipas autogeridas.

2.1.2.5. Fatores que promovem a implementação de equipas autogeridas

Uma revisão da literatura permitiu averiguar que existem fatores que influenciam positivamente ou negativamente o desenvolvimento de equipas autogeridas nas instituições (Geerts, Bierbooms, & Cloudt, 2021). Estes podem posteriormente ser divididos nas seguintes categorias:

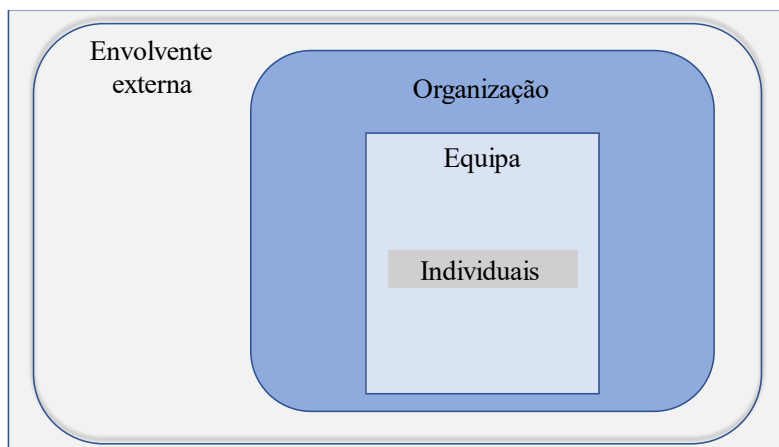


Figura 1 – Fatores que influenciam a implementação de equipas autogeridas (Geerts, Bierbooms, & Cloudt, 2021).

- Individuais
 - A adoção de uma atitude positiva entre os membros da equipa otimiza o respetivo desenvolvimento (Powell & Pazos, 2017);
- Equipa
 - A perceção por parte dos elementos da equipa acerca de uma elevada quantidade de trabalho a realizar pode dificultar a implementação de equipas autogeridas (Geerts, Bierbooms, & Cloudt, 2021). Por este motivo, existem diversas metodologias *agile* que impõem um limite ao trabalho que deve ser realizado em cada iteração por parte da equipa, com o objetivo de promover a concentração das equipas nas tarefas a realizar e aumentar a probabilidade de conseguirem cumprir com as expectativas dos clientes.
 - A existência de um sentimento de segurança psicológica por parte dos membros da equipa é fundamental para que exista uma partilha de opiniões na resolução de problemas (O’Leary, 2016);
 - Um elevado *turnover* das equipas inviabiliza a correta distribuição de tarefas, ao mesmo tempo que o contexto da equipa se vai constantemente alterando (O’Leary, 2016);
 - O tamanho da equipa pode ser uma limitação à adoção deste *mindset*, uma vez que um elevado nº de elementos dificulta não só a comunicação entre os vários membros, mas também o processo de tomada de decisão (Powell & Pazos, 2017);

- A existência de histórico relacionado com a adoção de um modelo *top down* dificulta a implementação de equipas autogeridas na medida em que estas têm uma maior dificuldade em assimilar o *mindset agile* (Wheelan, 2005).
- Organização
 - O estilo de gestão é fundamental no processo de criação deste tipo de equipas, uma vez que os superiores hierárquicos que dão primazia ao controlo nos vários processos organizacionais apresentam alguma dificuldade em dar maior responsabilidade e poder de tomada de decisão às equipas;
 - A existência de sessões de formação relacionadas com a aprendizagem do *mindset agile* e partilha de tomada de decisão são essenciais para que todas as equipas percebam o que é desejado e compreendam de que forma podem alcançar os resultados propostos em conjunto;
 - As fontes de informação são essenciais para que as equipas autogeridas possam tomar decisões de forma independente dos superiores hierárquicos. Inclusivamente, no estabelecimento de equipas autogeridas, são muitas vezes utilizados *information radiators* para que todos os *stakeholders* se mantenham devidamente informados acerca do trabalho que está a ser desenvolvido (Jurca, Hellmann, & Maurer, 2018).
- Envoltente externa
 - Um ecossistema complexo e dinâmico promove o desenvolvimento de equipas autogeridas, na medida em que estas revelam uma maior capacidade de adaptação (Martela, 2019).

Conforme referido anteriormente, um dos fatores mais importantes no desenvolvimento de equipas autogeridas é a existência de um clima de segurança psicológica, que contribui para o desenvolvimento dos vários elementos da equipa e permite que estes se sintam mais confortáveis em exprimir as suas opiniões e dúvidas enquanto participam ativamente no processo de tomada de decisão (O’Leary, 2016).

A criação e amplificação de todos estes fatores está essencialmente a cargo do líder das equipas autogeridas, sendo este o principal responsável por conceder todas as ferramentas necessárias à equipa, enquanto remove os principais obstáculos ao desenvolvimento das suas tarefas. Por este motivo, é essencial dar um enfoque mais pormenorizado ao papel desempenhado pelos líderes de equipas autogeridas.

2.1.2.6. Liderança nas equipas autogeridas

A liderança desempenha um papel fundamental no desenvolvimento das equipas e na sua forma de trabalho, devendo esta ser adaptada à cultura e estrutura da organização (Gren & Lindman, 2020). Um dos aspetos fundamentais para as equipas perceberem e respeitarem o *mindset agile* está relacionado com a respetiva liderança, sendo este um dos fatores chave para que estas metodologias sejam implementadas nas organizações e respetivas equipas (Gren, Goldman, & Jacobsson, 2019).

Quando são implementadas equipas autogeridas, é necessário ajustar o estilo de liderança adotado pelos gestores, que passam a conceder maior poder às próprias equipas, de forma a potenciarem as suas competências de inovação e a respetiva performance (Gelles, 2015). Os líderes devem ainda possuir comportamentos de suporte e *guidance* à equipa, em vez de controlarem o trabalho de cada elemento e de darem ordens específicas (De Smet, Lurie, & St George, 2018).

O papel de *coach*, adotado por alguns elementos nas organizações que realizaram a alteração para equipas autogeridas, é essencial para que exista uma transformação do *mindset* da organização ao mesmo tempo que providenciam suporte às equipas (Hamm & Glyn-Jones, 2019). O papel do líder das equipas *agile* é o de facilitação da descoberta da respetiva metodologia, para tal deve apresentar os seguintes comportamentos (Project Management Institute, 2017):

- Promover a *self-awareness* da equipa;
- Ouvir o que a equipa tem para dizer;
- Servir os vários elementos da equipa;
- Apoiar o desenvolvimento da equipa;
- Realizar *coaching* aos vários elementos da equipa;
- Promover um ambiente de segurança, respeito e confiança.

As equipas *agile*, que são consideradas bem-sucedidas, estão frequentemente associadas a uma cultura em que existe um *growth mindset*, isto é, onde os colaboradores acreditam que podem aprender novas competências e melhorar continuamente (Project Management Institute, 2017). Inclusivamente, quem adota uma posição de liderança em certas metodologias *agile*, como por exemplo o *Scrum Master*, na metodologia *Scrum*, tem como objetivo o desenvolvimento global da equipa ao longo da realização das várias iterações (Srivastava & Jain, 2017).

Um dos estilos de liderança adotados nas equipas autogeridas é o de *servant leadership* que pode ser definido como uma abordagem voltada para os membros da equipa, sendo que existe uma priorização individual das necessidades e interesses dos colaboradores, ao mesmo tempo que é dada uma elevada importância à preocupação com os restantes membros da organização (Eva, Robin, Sendjaya, Van Dierendonck, & Liden, 2019). Este tipo de liderança está igualmente associado a um aumento da criatividade das equipas (Newman, Neesham, Manville, & Tse, 2018) e partilha de conhecimento pelos vários membros (Song, Park, & Kang, 2015).

Os líderes que assumem este estilo de liderança podem ser designados de *servant leaders*, tendo como principais funções remover os obstáculos ao trabalho da equipa e apoiar a mesma na simplificação dos vários processos (Project Management Institute, 2017). Este tipo de liderança procura ainda fazer com que os vários elementos da equipa criem um sentimento partilhado de identidade (Chen, Zhu, & Zhou, 2015).

Várias empresas adotaram este estilo de liderança junto das suas equipas nomeadamente a Starbucks, a Southwest Airlines, a Ritz Charlton, a Intell e a Zappos. Um dos principais motivos para a implementação deste modelo, é que este se adapta de forma eficaz às dificuldades que surgem hoje nas empresas internacionais, cujos colaboradores possuem uma menor prevalência de sentimentos de identidade para com a organização (Eva, Robin, Sendjaya, Van Dierendonck, & Liden, 2019).

Ao existir um *servant leader*, as necessidades de desenvolvimento e bem-estar dos colaboradores são colocadas em primeiro lugar, o que permite o desenvolvimento de sentimentos de identificação para com a organização, ao mesmo tempo que existe um aumento do respetivo compromisso (Van Dierendonck & Nuijten, 2011). Ao contrário dos líderes das organizações burocráticas, que possuem uma elevada preocupação com a performance no curto prazo da equipa e não com o seu desenvolvimento pessoal, os *servant leaders* compreendem a importância da sua evolução a longo prazo (Sendjaya, Sarros, & Santora, 2008).

A participação de um líder enquanto facilitador tem como principal objetivo fazer com que todos os elementos consigam atingir a melhor performance possível, através de um aumento da sua participação, compreensão e partilha de responsabilidade pelos resultados da equipa (Project Management Institute, 2017). O líder deve interferir o menos possível nas tarefas realizadas pelos colaboradores, permitindo que estes resolvam os principais problemas entre si.

Neste tipo de equipas existe uma delegação dos recursos e da tomada de decisão para os colaboradores, sendo que numa organização com equipas autogeridas, o líder e a equipa apenas devem definir os objetivos, constrangimentos e limites em que os elementos da equipa podem realizar as respetivas tarefas (Browaeyns & Fisser, 2012).

Os líderes destas equipas devem dar maior ênfase à motivação e confiança, uma vez que são os próprios colaboradores que desenvolvem o produto e identificam e resolvem problemas com suporte dos *managers* (Putnik & Putnik, 2012). É frequente nestas equipas ser utilizado o modelo Shu-Ha-Ri, segundo o qual quanto maior o nível de maturidade da equipa, menor o nível de suporte providenciado pelos *managers* (Gren, Goldman, & Jacobsson, 2019).

2.1.2.7. *Dificuldades na implementação de equipas autogeridas*

Apesar das equipas autogeridas apresentarem indubitavelmente vários benefícios, também existem alguns riscos na sua implementação. Quando uma organização altera radicalmente a sua estrutura, as mudanças que ocorrem nos vários processos podem torná-los confusos e desmotivantes para os colaboradores, tal como ocorreu na empresa Valve, que viu a sua taxa de *turnover* dos colaboradores aumentar de 20% para 30% quando adotou uma nova estrutura organizacional (Lam, 2016). Esta transformação organizacional é particularmente difícil em organizações que já detinham um estilo burocrático de gestão (Moe, Dingsøyr, & Dyba, 2009).

Algumas consequências nocivas para as equipas, após a implementação de uma estrutura organizacional com equipas autogeridas, podem incluir o aumento de conflitos entre os seus elementos e a redução da atenção tendo em conta as mudanças que ocorrem fora do ambiente da equipa (Yang & Guy, 2011).

Pode ainda existir uma elevada pressão entre os membros da equipa tendo em conta que todos trabalham em conjunto para um objetivo comum e não existindo um controlo por parte de hierarquias superiores, por vezes são os próprios membros da equipa que desenvolvem mecanismos para realizar esse mesmo controlo, o que pode prejudicar a produtividade (Khanagha, Volberda, Alexiou, & Annosi, 2022). Para além dos fatores anteriormente referidos, a adição de tarefas de gestão à realização das habituais tarefas mais técnicas pode originar uma fonte de stress para os colaboradores (Bishop, 2014).

A alteração da estrutura organizacional para equipas autogeridas é uma tarefa de difícil colocação em prática, tendo em conta que a tomada de decisão passa a ser responsabilidade dos elementos da equipa e estes devem ser flexíveis e ágeis na abordagem às alterações que existem

no mercado, contudo devem igualmente possuir alguma estabilidade relativamente aos processos que devem desenvolver (Denning, 2016).

Existe evidência de que ao ser dada uma maior importância à autonomia individual, os membros da equipa correm o risco de se focar nas suas próprias tarefas, inibindo a aquisição de novas competências e a passagem de conhecimento entre os vários elementos da equipa (Thursfield, 2015).

Conforme visto anteriormente, as equipas autogeridas já foram implementadas em várias empresas com o objetivo de aumentar a resiliência, a capacidade de resposta às mudanças no ecossistema e também para possuírem uma maior capacidade de adaptação tendo em conta todas as necessidades dos vários *stakeholders* (Greve, Carsten, Niels Ejersbo, Per Læg Reid, and Li, 2019). Contudo, foram identificadas algumas dificuldades na implementação desta metodologia, tendo em conta a ocorrência dos seguintes fatores (Mergel, Ganapati, & Whitford, 2021):

- Várias organizações com um *mindset* mais burocrático, e conseqüentemente *top-down*, consideram esta metodologia de reduzida aplicabilidade dado que as hierarquias superiores deixariam de ter tanto poder e responsabilidade pelas equipas;
- Esta metodologia requer uma capacidade de liderança particular, nomeadamente recorrendo a práticas relacionadas com a *servant leadership*;
- As metodologias *agile* requerem ainda novas formas de contratação e *procurement*, às quais as organizações precisam de se adaptar.

As metodologias *agile* requerem assim mudanças elevadas nas culturas rígidas e burocráticas, com uma mentalidade e definição de trabalho claramente *top-down*. Várias instituições públicas estão organizadas tendo em conta estes princípios hierárquicos, segundo os quais têm de obedecer a um superior sem questionar a tomada de decisão (Mergel, Ganapati, & Whitford, 2021).

2.1.3. Comparação entre organizações burocráticas e organizações formadas por equipas autogeridas

Realizando uma breve comparação entre os dois tipos de organizações, nas organizações burocráticas a tomada de decisão é realizada por hierarquias superiores, enquanto nas organizações com equipas autogeridas são os membros das equipas mais próximas da informação disponível que têm a responsabilidade de tomar decisões. O objetivo desta diferença

no *modus operandi* é combinar a velocidade e a adaptabilidade com a estabilidade e a eficiência dos processos, na segunda metodologia referida (Mckinsey, 2022).

As organizações mais burocráticas são notoriamente diferentes das organizações que adotam uma estrutura organizacional com equipas autogeridas, na medida em que têm um planeamento bastante rígido, ao contrário da elevada capacidade iterativa e incremental das equipas autogeridas (De Smet, Lurie, & St George, 2018). As empresas com um estilo de gestão burocrático estão mais dependentes das hierarquias superiores para realizarem as suas tarefas, em oposição às organizações com equipas autogeridas que definem a melhor forma de alcançar o respetivo objetivo (Moe, Aurum, & Dyba, 2012), e a divisão das tarefas é realizada consoante os departamentos a que estão alocadas em vez de ser realizadas por *cross functional teams* (Project Management Institute, 2017).

Do ponto de vista organizacional, caso os produtos ou serviços que esta disponibilize sejam altamente normalizados e não sofram alterações tendo em conta cada tipo de cliente, é mais simples implementar o estilo de gestão burocrático nas organizações para dividir as tarefas e otimizar processos, sendo os gestores *séniores* responsáveis pela distribuição das tarefas aos restantes colaboradores. Contudo, se cada cliente necessitar de um serviço ou produto diferente (*tailor made*), é preciso adotar um modelo de tomada de decisão descentralizado de forma a permitir que cada equipa se adapte ao cliente em questão com vista a cumprir os seus requisitos específicos (Martela, 2019).

Podemos então concluir que em mercados onde os serviços são altamente adaptados aos clientes, os benefícios da adoção de uma estrutura organizacional mais ágil, que inclui a adoção de equipas autogeridas, poderão ser superiores.

2.2. Hospitais como sistemas complexos

Tendo em conta as características relevantes das equipas autogeridas e a sua capacidade de adaptação ao meio envolvente, é possível compreender o interesse da sua implementação em vários setores, nomeadamente no setor da saúde que apresenta características de elevada complexidade (Röthlin, 2013). A implementação de equipas autogeridas poderá assim permitir que os profissionais de saúde tenham uma participação ativa na tomada de decisão no seu local de trabalho, o que consiste numa ocorrência rara neste setor (Yeatts, Cready, Ray, DeWitt, & Queen, 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), um sistema de saúde eficaz é caracterizado por ter profissionais devidamente qualificados e que obtêm informações fiáveis, de forma a tomar decisões acertadas (Garcia & Lemus, 2013). É ainda necessário ter em conta que vários fatores externos têm impacto neste setor, tais como as medidas decretadas pelos governos, acordos comerciais e leis municipais.

Os sistemas nacionais de saúde dos vários países são compostos por redes de comunicação entre diversos *stakeholders*, desde os vários hospitais, centros de saúde e centros de reabilitação, que interagem entre si com o objetivo de providenciar a melhor prestação de cuidados de saúde possível ao doente (Lipsitz, 2012).

É possível categorizar as variáveis que criam incerteza na gestão hospitalar em três níveis:

- **Envolvente externa:** relacionadas com características demográficas da população, expectativas do público em constante mudança, mudanças socioeconómicas e reformas políticas (Campbell, 2008);
- **Características dos principais *stakeholders*:** que influenciam as tarefas hospitalares, nomeadamente os prestadores de cuidados de saúde, a segurança social, os clientes, os doentes, os familiares dos doentes e os fornecedores (Daft, 2007);
- O terceiro nível diz respeito à **incerteza do ambiente de trabalho** e está relacionado com a certeza do diagnóstico, a respetiva previsibilidade e a possibilidade de ser realizado um procedimento de rotina ou não (Bohmer, 2009).

Os hospitais são frequentemente identificados por serem sistemas complexos que se encontram num ecossistema dinâmico, interagindo com uma elevada variedade de *stakeholders*. Alguns destes fatores em constante mudança incluem (Basole & Rouse, 2008):

- mudanças sociais e demográficas;
- evolução da tecnologia associada às ciências médicas;
- mudanças na procura de cuidados de saúde por parte da população;
- novas teorias acerca da gestão das organizações de cuidados de saúde.

O ambiente externo das organizações de saúde está cada vez mais volátil e incerto (Röthlin, 2013). Ao contrário de outras indústrias, os hospitais não conseguem prever a procura que vai existir e são obrigados a providenciar cuidados de saúde aos doentes que surgem nas urgências, muitas vezes com características particulares e imprevisíveis (Bohmer, 2009).

Os sistemas de saúde possuem ainda diferentes tipos de profissionais e especialidades, sendo necessário que exista cooperação e comunicação entre todos os intervenientes (Garcia & Lemus, 2013). A existência de vários estatutos profissionais em contexto hospitalar, nomeadamente médicos especialistas, médicos internos, enfermeiros, equipas administrativas, entre outros, faz com que todo o contexto seja mais complexo do que acontece noutras organizações (Wilson, Holt, & Greenhalgh, 2001).

Devido aos vários profissionais que pertencem às equipas que trabalham na área de prestação de cuidados de saúde, podemos afirmar que estas são equipas multidisciplinares, isto é, que possuem elementos com especializações em várias áreas do conhecimento e trabalham em conjunto para alcançarem um objetivo comum, através da integração das capacidades de todos os elementos (Liao, Jimmieson, O'Brien, & Restubog, 2012; Majchrzak, More, & Faraj, 2012).

Podemos assim concluir que existe uma elevada complexidade em termos de relações entre as várias equipas de prestação de cuidados de saúde, sendo o papel desempenhado pelos colaboradores fundamental na implementação de uma estrutura organizacional funcional, para uma mais eficiente prestação de cuidados de saúde (Lee, Hong, & Kim, 2016).

2.2.1. Fatores que promovem o aumento da qualidade na prestação de cuidados de saúde num ecossistema em constante mudança

Já foram identificados alguns fatores essenciais ao aumento da qualidade da prestação de cuidados de saúde, nomeadamente o desenvolvimento dos vários processos de forma colaborativa, a existência de comunicação entre os vários elementos e a colaboração com o doente durante todo o processo (Sangaletti, Schweitzer, Peduzzi, Zoboli, & Soares, 2017). Inclusivamente, a performance da equipa em contexto de prestação de cuidados de saúde está relacionada com uma elevada frequência de interações entre os vários elementos da equipa (Hofhuis, et al., 2018).

A colaboração entre os vários elementos das equipas constituídas por profissionais de saúde está associada a um correto funcionamento dos sistemas de saúde, principalmente quando existem limitações financeiras por parte da organização, um aumento generalizado da idade da população e um aumento da prevalência de comorbilidades nessa mesma população (Karam, Brault, Van Durme, & Macq, 2018). Para que ocorra uma colaboração eficaz, os profissionais de saúde devem assim partilhar objetivos e promover uma prestação de cuidados de saúde centrada no doente (Teisberg, Wallace, & O'Hara, 2020).

A colaboração entre os profissionais de saúde é fundamental para a correta prestação de cuidados de saúde ao doente, podendo inclusivamente evitar erros que seriam cometidos devido à falta de comunicação entre os profissionais (House & Havens, 2017). A comunicação entre profissionais de saúde pode ser realizada utilizando métodos informais (tais como utilização de aplicações para *smartphones*) ou formais (por exemplo reuniões de equipa) (Hepp, et al., 2015), devendo esta ser fomentada por parte da organização de saúde através da utilização de espaços adequados e estabelecimento de estruturas adequadas de partilha de informação (Schot, Tummers, & Noordegraaf, 2020). Inclusivamente, devem ser utilizadas ferramentas que permitam a comunicação diária entre profissionais das várias especialidades (Turner, et al., 2018).

A comunicação entre os profissionais de saúde deve respeitar as seguintes características: ser frequente, eficaz e transparente entre ambas as partes (Wei, Corbett, Ray, & Wei, 2020). Podemos associar estas características às equipas auto geridas que possuem um *mindset agile* na medida em que confere uma importância superior aos elementos da equipa e respetivas interações (Agile Manifesto, 2001).

Um dos temas frequentemente abordados na literatura são a colaboração e comunicação entre médicos e enfermeiros (Norful, 2018), na medida em que a colaboração entre estas duas classes profissionais está relacionada com o aumento da qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde (Bowles, et al., 2016), podendo ainda reduzir o stress sentido por parte dos profissionais de saúde (Aiken, et al., 2011).

Contudo, a comunicação entre estas duas classes profissionais nem sempre ocorre de forma eficaz (Chua, et al., 2020), podendo não existir uma partilha de responsabilidades na tomada de decisão e na definição de objetivos (McInnes, Peters, Bonney, & Halcomb, 2015). Inclusivamente, vários estudos indicam o uso de autoridade por parte dos médicos relativamente à classe profissional dos enfermeiros (Amudha, Hamidah, Annamma, & Ananth, 2018), sendo que um dos motivos parece estar associado à diferença em termos de conhecimento entre estas duas categorias profissionais (Brown & Crookes, 2016).

Devido aos fatores anteriormente referidos podemos concluir que a colaboração nas equipas constituídas por profissionais de saúde pode assim ser melhorada, com o objetivo aumentar a qualidade de prestação de cuidados de saúde nas várias organizações.

Também com o objetivo de os hospitais melhorarem a qualidade na prestação de cuidados de saúde e de lidarem eficazmente com a elevada imprevisibilidade da envolvente externa, devem focar-se nas respetivas operações que realizam, nas suas capacidades adaptativas e nas necessidades em constante mudança que surgem no dia-a-dia (Tolf, Nyström, Tishelman, & Brommels, 2015). A gestão hospitalar deve ainda promover uma cultura de inovação e aprendizagem contínua de novas metodologias (Hackner, 2010).

Alguns estudos efetuaram a análise do serviço de urgência hospitalar, devido à complexidade e imprevisibilidade dos doentes que podem surgir. Este contexto exige profissionais devidamente qualificados que saibam responder a qualquer situação, permitindo assim denotar um elevado grau de adaptabilidade das suas competências (van der Sluijs, et al., 2017).

Para lidar com este elevado nível de incerteza, foram sugeridas várias soluções que incluíram o estabelecimento de *networks*, empoderamento dos colaboradores na tomada de decisão e implementação de metodologias “*just in time*” (Sherehiy, Karwowski, & Layer, 2007). Uma das metodologias frequentemente adotada é a metodologia *lean* que visa reduzir o desperdício e aumentar a qualidade e a segurança do serviço prestado ao doente (Poksinska, 2010), contudo esta metodologia parece ter uma reduzida capacidade de resposta num contexto complexo e dinâmico (Towill & Christopher, 2005).

É necessário que os líderes das organizações de prestação de cuidados de saúde promovam uma visão partilhada e a comunicação entre todas as partes, com o objetivo de diligenciar a respetiva colaboração e melhorar a segurança e a qualidade da prestação de cuidados de saúde (Martin, McCormack, Fitzsimons, & Spirig, 2014). É igualmente necessário que os líderes promovam a capacidade de os colaboradores mitigarem os riscos que possam surgir a partir do ecossistema onde trabalham e de manterem um *mindset* de aprendizagem e melhoria contínua. (Lee, Hong, & Kim, 2016).

A prestação de cuidados de saúde com processos centrados no doente, isto é, em que o doente participa na tomada de decisão e a troca de informações ocorre de forma transparente, é fundamental, uma vez que está relacionada com uma qualidade superior na prestação de cuidados de saúde (Langberg, Dyhr, & Davidsen, 2019) e um maior nível de satisfação por parte do doente (Fix, et al., 2018).

Podemos assim verificar que existem várias semelhanças entre as características necessárias para os hospitais se adaptarem eficazmente à complexidade e incerteza criada pelo ecossistema onde desempenham as suas atividades e as características das equipas autogeridas.

2.2.2. Benefícios das metodologias *agile* na prestação de cuidados de saúde

Para lidar com a complexidade e instabilidade da envolvente externa e para corresponder às exigências crescentes dos clientes, as organizações hospitalares podem promover a utilização de metodologias *agile* (Towill & Christopher, 2005). Também Pipe, et al. (2012) sugerem que, devido à complexidade do número de intervenientes em todos os processos que as equipas de profissionais de saúde têm de realizar, se justifica a implementação de metodologias *agile* com o objetivo de as equipas se tornarem autogeridas. Através da atribuição de uma maior autonomia e responsabilidade aos colaboradores, estes conseguem organizar-se em equipas autogeridas, o que irá permitir a adoção de formas mais eficientes de prestação de serviços de cuidados de saúde (Renkema, Bondarouk, & Bos-Nehles, 2018).

De igual forma, a passagem do poder de tomada de decisão para as equipas é um dos principais fatores que serve de mediador entre as práticas comuns das metodologias *agile*, o aumento da eficácia da comunicação entre os membros da equipa e os comportamentos ligados à inovação (Malik, 2021).

De facto, se o *mindset agile* for implementado nestas organizações, pode levar a resultados positivos não só a nível económico, mas também ao nível da motivação dos colaboradores (Nafei, 2016). Estas metodologias têm assim como objetivo dotar toda a estrutura da cadeia de valor de uma elevada flexibilidade e adaptabilidade às mais diferentes variáveis (Towill & Christopher, 2005), melhorando a sua capacidade de lidar com as variações em termos de procura existente (Tolf, Nyström, Tishelman, & Brommels, 2015).

A adoção de metodologias *agile* visa exatamente potenciar a capacidade das organizações que prestam cuidados de saúde possuem em adaptarem os seus serviços a cada pessoa, de forma eficiente e com elevada qualidade (Rahimnia & Moghadasian, 2010). A presença de certas características tais como relações de elevada transparência entre as diversas organizações, sensibilidade ao mercado, foco no doente, adoção de um *mindset* de suporte aos colaboradores e adoção de equipas autogeridas permitem às organizações adaptarem-se mais facilmente ao contexto (Tolf, Nyström, Tishelman, & Brommels, 2015).

Os elementos das equipas autogeridas sentem-se assim empoderados para tomar decisões e implementar as suas ideias no local de trabalho, reduzindo o stress e aumentando a qualidade da prestação de cuidados de saúde (Jantunen, et al., 2020). Apesar deste sentimento positivo, alguns colaboradores abandonam as instituições quando ocorre esta mudança, levando a crer que nem todos os colaboradores estão preparados para um aumento da responsabilidade, associada às equipas autogeridas (Dean, 2018).

Algumas organizações com equipas autogeridas inclusivamente observam uma melhoria na produtividade e motivação dos seus colaboradores (Mohammadi, Nikpour, & Chamanifard, 2015). Contudo, os benefícios estendem-se a outros *stakeholders*, uma vez que existe uma maior relação de confiança para com os doentes, resultado de uma abordagem colaborativa dos profissionais de saúde que constituem as equipas (Nandram & Koster, 2014). Esta relação de maior confiança leva inclusivamente ao aumento do bem-estar dos doentes (Leask & Gilmartin, 2019).

2.2.3. Implementação de equipas autogeridas na prestação de cuidados de saúde

Pelos motivos acima descritos, foram implementados alguns modelos com equipas autogeridas em contexto hospitalar, que procuram responder eficazmente e rapidamente aos desafios que vão surgindo. As organizações que adotaram esta tipologia de equipas caracterizam-se por (De Smet, Lurie, & St George, 2018):

- não serem hierárquicas;
- são focadas no cliente assumindo o designado *customer-centricity*;
- são inclusivas;
- conseguem responder à incerteza e ambiguidade.

Uma das organizações no setor de saúde que implementou um modelo com equipas autogeridas foi a *Buurtzorg Nederland*, constituída sobretudo por enfermeiros e com uma estrutura organizacional horizontal onde é dada uma especial relevância à autonomia dos elementos de cada equipa. Nesta organização existem *coaches* em vez das posições ocupadas tradicionalmente por gestores e os enfermeiros dão suporte aos restantes elementos da equipa para conseguirem completar as tarefas necessárias (Monsen & deBlok, 2013). Com a implementação deste modelo, a empresa teve como objetivo reduzir custos, aumentar a qualidade dos serviços prestados e aumentar o bem-estar dos colaboradores e dos doentes (Monsen & de Blok, 2018).

Outros estudos procuraram determinar os principais fatores que influenciam a adoção de equipas auto-geridas nas organizações que prestam cuidados de saúde. Num dos estudos publicados sobre esta temática, foram identificados 10 fatores que influenciam diretamente a implementação de maior agilidade organizacional neste tipo de organizações:

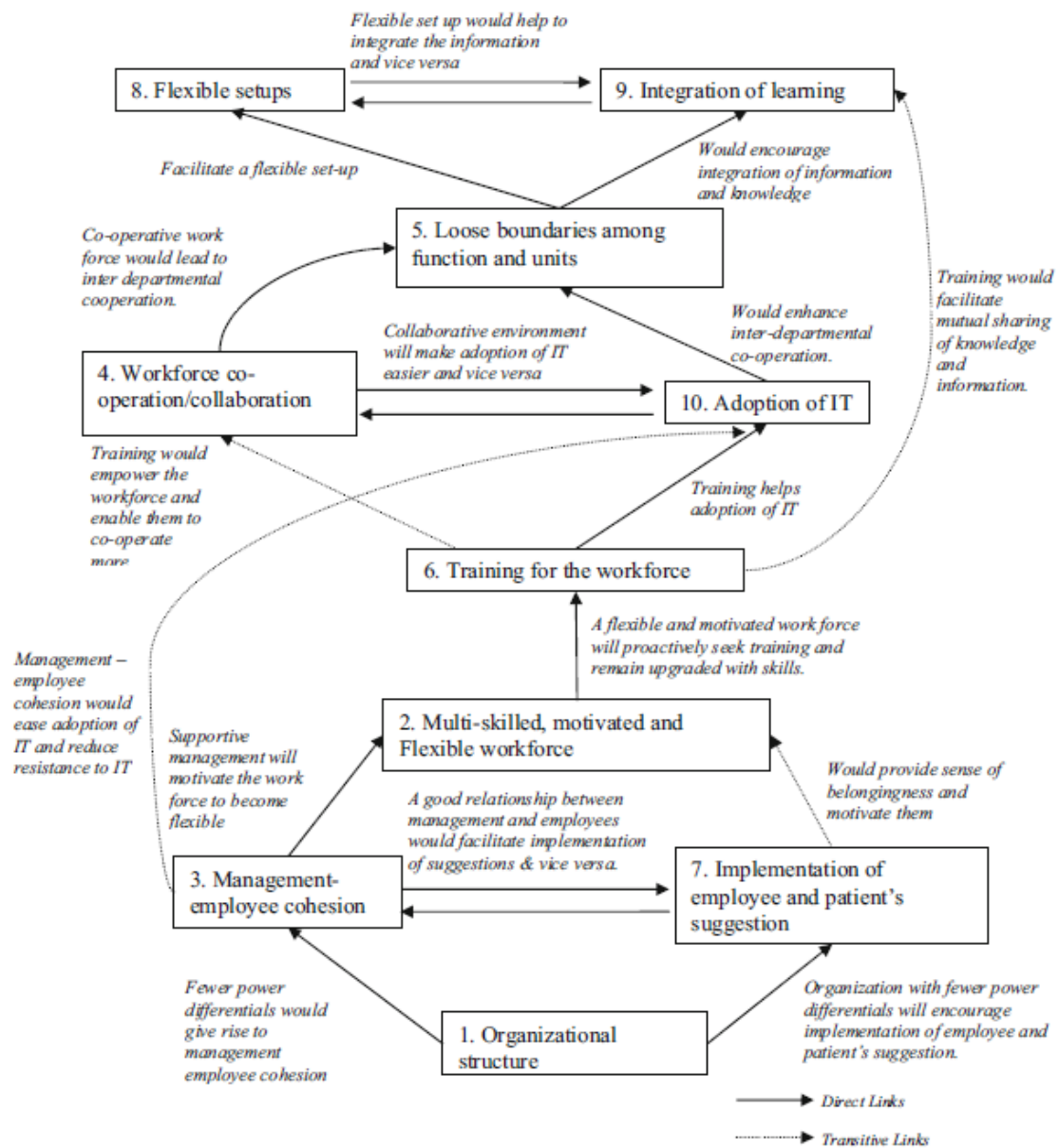


Figura 2 - Modelo de fatores que influenciam a adoção de agilidade organizacional em organizações que prestam cuidados de saúde (Patri & Suresh, 2017).

Este modelo possui 10 fatores que visam refletir as características mais importantes na implementação de metodologias *agile*, que irão impactar na operação das organizações que

prestam cuidados de saúde. Segundo o modelo anteriormente apresentado, podemos verificar o seguinte (Patri & Suresh, 2017):

1. Uma **estrutura organizacional mais horizontal** é caracterizada pela existência de uma reduzida diferença no poder de tomada de decisão entre as hierarquias superiores e os colaboradores, uma menor utilização do poder concedido pela autoridade por parte das hierarquias superiores e existe uma descentralização da gestão do conhecimento na organização. Estas características irão promover não só uma maior coesão entre os gestores e as equipas de profissionais de saúde, como uma maior predisposição para a implementação de sugestões dadas pelos colaboradores e pelos doentes;
2. **Colaboradores motivados e com várias competências** vão proactivamente procurar adquirir novas capacidades e utilizar novas tecnologias que facilitem os processos de operação da unidade hospitalar;
3. **Um aumento da coesão entre os gestores e os colaboradores** vai reforçar a motivação por parte dos profissionais de saúde para serem mais flexíveis, adotarem o uso de novas tecnologias e irá facilitar a implementação de novas sugestões. Através de um reforço desta relação, os próprios gestores demonstram ter uma maior predisposição para resolver os problemas que os profissionais de saúde enfrentam;
4. **O aumento da colaboração entre as equipas** visa promover a entajuda e facilitação na adoção de novas tecnologias;
5. **A não existência de silos organizacionais** entre os vários departamentos da unidade hospitalar vai facilitar a integração de novo conhecimento e a utilização de informações;
6. **O aumento contínuo das competências** por parte dos colaboradores promove a adoção de novas tecnologias, facilita a passagem de conhecimento entre as equipas e promove a colaboração entre os vários profissionais de saúde;
7. **A implementação de sugestões** dadas pelos colaboradores e pelos doentes promove um maior sentimento de identificação e pertença para com a organização onde os profissionais de saúde trabalham;
8. **A criação de setups flexíveis** facilita a integração de novo conhecimento por parte de todos os elementos da organização;
9. **A integração do conhecimento adquirido** promove a adoção de uma equipa com características mais flexíveis;
10. **A adoção de novas tecnologias** melhora a colaboração entre os vários departamentos e é essencial para a organização continuar a atualizar as suas ferramentas.

A implementação dos fatores anteriormente referidos numa organização de prestação de cuidados de saúde torna as equipas mais flexíveis e com reduzidas diferenças de poder entre as várias categorias de profissionais de saúde. A adoção do *mindset agile* visa criar valor para o doente de uma forma rápida, ao mesmo tempo que melhora a motivação dos vários profissionais de saúde (Patri & Suresh, 2017).

Um segundo estudo procurou verificar quais são os fatores que promovem uma maior flexibilidade por parte de uma organização de prestação de cuidados de saúde, tendo concluído que a forma como os seguintes fatores são abordados constitui uma matéria essencial para aumentar a flexibilidade da organização (Sindhwani, Singh, Iqbal, Prajapati, & Mittal, 2019):

- **Estrutura organizacional** – ao existir uma estrutura hierárquica mais horizontal e com equipas autogeridas, ocorre uma diminuição do desperdício existente nos vários processos da organização, nomeadamente no que concerne ao tempo despendido pelos recursos humanos;
- **Liderança** – a posição assumida pelos líderes é essencial nestas organizações, tendo em conta que se repercute ao longo de todas as equipas de profissionais de saúde;
- **Ideias pré-concebidas do doente e entendimento da equipa de gestão hospitalar** – A distinção entre estes dois pontos de vista tem repercussões nos parâmetros relacionados com a qualidade dos serviços prestados;
- **Gestão logística hospitalar** – uma melhoria na cadeia de valor dos equipamentos e materiais necessários na operação hospitalar irá ter repercussões positivas na qualidade da prestação de cuidados de saúde;
- **Implementação de *governance* clínico** – Deve ser dada relevância à integração entre os recursos humanos e a tecnologia de informação a ser utilizada na unidade hospitalar;
- **Melhoria tecnológica** – os rápidos progressos tecnológicos que temos assistido devem ser acompanhados pela organização hospitalar de forma a poderem providenciar os melhores cuidados de saúde possíveis;
- **Perceção do mercado** – a organização deve estar ciente do atual contexto do setor que integra e que *trends* deve acompanhar para melhorar o seu serviço aos doentes;
- **Outsourcing** – as metodologias *agile* promovem o recurso ao *outsourcing* sempre que seja necessário;
- **Dar suporte psicológico aos doentes** – a organização deve estar preocupada em providenciar conforto aos doentes, que se encontram numa posição fragilizada;

- **Colaboradores com vários conhecimentos e competências** – os colaboradores devem ter ao seu dispor um conjunto de formações que lhes permitam amplificar o conhecimento, de forma a realizarem outras tarefas caso seja necessário.

A adoção de metodologias *agile* tem sido associada a resultados positivos nas organizações que prestam cuidados de saúde (Mao & Woolley, 2016). Do ponto de vista prático, a adoção dos valores do *agile manifesto* resultaria num processo em que os elementos das equipas constituídas por profissionais de saúde colaborariam e comunicariam de forma contínua, à medida que iam obtendo feedback por parte do doente e dos resultados obtidos através das intervenções médicas, sendo sempre possível efetuar um ajuste na sua abordagem (Denning, 2016).

É ainda possível estabelecer um paralelismo entre algumas práticas comuns das equipas constituídas por profissionais de saúde e as equipas autogeridas, que utilizam metodologias *agile* (Lakhani, Eze, & Peyton, 2020):

- Plano de tratamento - *backlog* (tarefas a realizar);
- Intervenção - tarefas;
- Colaboração contínua entre os vários elementos - reunião diária da equipa (*daily scrum*);
- Reunião final para rever o caso clínico - retrospectiva (reunião em que se revêm se os resultados foram de facto alcançados, o que correu bem e o que há a melhorar nas intervenções seguintes).

Podemos assim verificar que é possível utilizar as ferramentas e reuniões *agile* para promover a colaboração e comunicação entre todos elementos das equipas, com o objetivo de promover uma qualidade mais elevada na prestação de cuidados de saúde (Lakhani, Eze, & Peyton, 2020):

2.2.4. Obstáculos na implementação das equipas autogeridas no setor da saúde

Apesar de ser possível compreender os vários benefícios da adoção de uma estrutura organizacional com equipas autogeridas, existem alguns obstáculos e dificuldades na sua implementação no setor da saúde. Por exemplo, os casos mais complexos de cuidados de saúde que requerem uma decisão de forma imediata podem colocar em causa a adoção de equipas autogeridas, uma vez que a tomada de decisão é habitualmente realizada por superiores hierárquicos (Ford, et al., 2016).

Foram ainda identificadas várias barreiras na implementação das metodologias *agile* nas instituições que prestam cuidados de saúde, incluindo:

- A não existência de um elevado grau de adaptabilidade por parte destas organizações no que se refere à capacidade de adotar uma alteração na sua estrutura, nos padrões de trabalho ou noutras questões relacionadas com a operação da unidade hospitalar (Sherehiy, Karwowski, & Layer, 2007). Para que o *mindset agile* seja adotado nas instituições de cuidados de saúde, a adaptabilidade deve ser elevada. Ao existir maior adaptabilidade, a organização torna-se mais flexível e predisposta para aprender novos paradigmas que permitem à organização responder rapidamente às adversidades (Patri & Suresh, 2017);
- Deve ser realizado um programa de formação por parte dos profissionais de saúde, para compreenderem o *mindset agile*, contudo o desenvolvimento de programas de formação sobre esta temática é em si mesmo uma barreira, uma vez que as instituições de prestação de cuidados de saúde raramente têm colaboradores com uma exposição em *real-time* aos princípios *agile* e às respetivas ferramentas (Aravind Raj S, 2013);
- Quando uma organização do setor da saúde altera a sua estrutura organizacional de *top down* para uma estrutura com equipas autogeridas, é necessário que exista uma mudança na cultura da organização, caso contrário serão desenvolvidas resistências a esta mudança (Dean, 2018). Inclusivamente, a alteração para equipas autogeridas deve ser aceite e fomentada por parte dos vários colaboradores da organização (Jantunen, et al., 2020).

É assim possível concluir que apesar de existirem benefícios inerentes à mudança de uma estrutura organizacional *top down* para uma estrutura com equipas autogeridas, existem obstáculos que têm de ser ultrapassados para que esta mudança organizacional ocorra com sucesso.

2.3. O problema e objeto de estudo

A revisão de literatura previamente apresentada permitiu analisar de uma forma mais detalhada as principais características das equipas autogeridas, os benefícios e os respetivos desafios na sua implementação e de que forma a sua adoção por parte das equipas de profissionais de saúde poderá trazer benefícios acrescidos, tendo em conta a enorme volatilidade do contexto onde desenvolvem a sua prática profissional.

A revisão de literatura mostra ainda uma elevada semelhança entre as características e comportamentos que as equipas de profissionais de saúde devem possuir para prestar um serviço de elevada qualidade aos seus doentes e as características das equipas autogeridas. Por

este motivo, é importante verificar se as equipas compostas por profissionais de saúde que percebem a existência de comportamentos associados às equipas autogeridas, percebem de igual forma um aumento da eficácia na prestação de cuidados de saúde.

No presente estudo será dada uma especial relevância às categorias profissionais dos enfermeiros e dos médicos, tendo em conta que na revisão da literatura efetuada se encontraram diversos artigos a referir o elevado impacto que a comunicação e a colaboração entre estas duas categorias profissionais possuem na qualidade de prestação de cuidados de saúde (Bowles, et al., 2016), respetiva eficácia e eficiência e ainda satisfação do doente (Tan, Zhou, & Kelly, 2017).

2.3.1. Questões de investigação e hipóteses

O presente estudo tem como objetivo analisar se as equipas de prestação de cuidados de saúde colocam em prática comportamentos descritos na literatura como sendo característicos das equipas autogeridas e se a adoção destes comportamentos está associada a um aumento da perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde. Será igualmente relevante verificar se existem características de equipas autogeridas que impactam de forma mais relevante a perceção da eficácia na prestação de cuidados de saúde. Para alcançar os objetivos propostos, foram exploradas três questões de investigação:

Questão de investigação 1: As equipas constituídas por profissionais de saúde percebem a ocorrência de comportamentos característicos de equipas autogeridas, na sua prática profissional?

Questão de investigação 2: Existem diferenças significativas entre as duas categorias profissionais no que diz respeito à adoção de comportamentos característicos de equipas autogeridas?

Questão de investigação 3: Existe alguma relação entre a perceção da existência de comportamentos característicos de equipas autogeridas e a perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde?

3. Metodologia e Recolha de dados

3.1. Instrumentos utilizados

Com o objetivo de verificar a existência de comportamentos característicos de equipas autogeridas nas equipas constituídas por profissionais de saúde, optou-se pelo desenvolvimento de um questionário, tendo em conta que a aplicação de questionários revelou ser a melhor forma de auscultar o maior número de profissionais de saúde. Foi ainda utilizado um segundo questionário com o objetivo de avaliar a perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde (Kilpatrick, Paquette, Bird, Carter, & Tchouaket, 2019).

3.1.1. Medição da perceção da ocorrência de comportamentos característicos de equipas autogeridas

Um primeiro passo na elaboração deste questionário foi a realização de entrevistas a 4 profissionais de saúde (2 médicos e 2 enfermeiros), com o objetivo de verificar o seu entendimento acerca das 4 características de equipas autogeridas que pretendem ser avaliadas e em que situações da sua prática profissional consideram que estas características estão presentes.

A partir das entrevistas realizadas foi possível identificar perguntas que permitem avaliar a presença de comportamentos característicos de equipas autogeridas no desempenho da sua prática profissional. Foram assim definidas 12 perguntas (3 para cada característica) que permitem identificar situações específicas da sua prática profissional em que estão presentes comportamentos relacionados com as seguintes características de equipas autogeridas:

- **Adaptabilidade** – capacidade que a equipa possui em responder eficazmente às alterações nas variáveis que impactam as tarefas/processos a realizar, podendo estas variáveis ser internas ou externas à equipa;
- **Processos centrados no doente** – a equipa tem em conta o bem-estar do doente na tomada de decisão;
- **Melhoria contínua** – a equipa possui comportamentos de melhoria contínua nos vários processos e tarefas que desempenham, ao mesmo tempo que procura adquirir novas capacidades e competências;
- **Responsabilidade partilhada** – comportamentos que traduzem um sentimento de partilha de responsabilidade pelo sucesso nas tarefas a desempenhar por parte de todos os membros da equipa;
- **PTE Overall** – perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde.

Com o objetivo de reduzir a ambiguidade das questões que tinham sido elaboradas e validar a sua compreensão, foi posteriormente realizado um pré-teste do questionário a 5 profissionais de saúde, 3 médicos e 2 enfermeiros. Tendo em conta o *feedback* proporcionado pelos profissionais de saúde, foi possível confirmar que as questões eram claras relativamente ao seu significado.

Para cada questão foi utilizada uma escala de avaliação de *Linkert* de 6 pontos, variando de: 1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = discordo parcialmente, 4 = concordo parcialmente, 5 = concordo, 6 = concordo totalmente (Taherdoost, 2019). A versão final do questionário realizado aos profissionais de saúde encontra-se disponível no anexo 4.

Através da aplicação deste questionário foi possível verificar se os profissionais de saúde percecionam a existência das 4 características associadas a equipas autogeridas na sua prática profissional, permitindo assim responder à primeira e segunda questões de investigação.

3.1.2. Medição da perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde

Foi ainda utilizado um questionário previamente validado denominado “Provider PTE” (Kilpatrick, Paquette, Bird, Carter, & Tchouaket, 2019), que permite avaliar a perceção dos membros da equipa na sua prática profissional de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no que concerne à eficácia dos vários processos e resultados alcançados.

O estudo que desenvolveu este questionário teve como principais premissas que, para uma equipa ser considerada eficaz, têm de estar presentes certas condições, tais como: uma comunicação eficaz, o envolvimento de todos os *stakeholders* na tomada de decisão, coesão entre os elementos da equipa, coordenação na prestação de cuidados de saúde, capacidade de resolução de problemas e foco no doente e respetiva família.

As premissas previamente referidas vão ao encontro do objetivo e contexto do presente estudo, permitindo assim validar a sua utilização para obter uma resposta à questão de investigação número 3.

As perguntas do questionário original foram desenvolvidas em inglês, tendo sido adaptadas para português através da respetiva tradução utilizando o *software linguae*. Foi ainda possível realizar a sua retroversão, verificando-se assim que não existiam desvios significativos das perguntas originais (Tsang, Royse, & Terkawi, 2017). A variável perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde (PTE Overall) foi obtida através do cálculo do resultado médio das 19 perguntas que constituem o questionário aplicado.

O questionário “Provider PTE” (Anexo III) divide a variável PTE Overall em várias componentes, permitindo ainda avaliar as seguintes variáveis:

- Tarefas definidas;
- Limites de responsabilidade;
- Reuniões de equipa;
- Crença acerca da eficácia da equipa;
- Tomada de decisão;
- Comunicação;
- Coordenação;
- Coesão;
- Resolução de problemas;
- Foco na família e no doente;
- Processos da equipa, sendo esta variável obtida a partir das 7 variáveis anteriores (crença acerca da eficácia da equipa, tomada de decisão; comunicação, coordenação, coesão, resolução de problemas, foco na família e no doente).

Será interessante verificar se existem diferenças significativas entre as duas categorias profissionais relativamente às variáveis anteriormente referidas, uma vez que o questionário “Provider PTE” as considera pertinentes para o correto funcionamento das equipas constituídas por profissionais de saúde.

Em suma, o questionário utilizado consistiu num total de 31 perguntas, 12 questões iniciais para avaliar a perceção da prevalência de comportamentos associados às 4 características das equipas autogeridas e 19 questões que permitem obter o valor associado à variável PTE Overall. Através da aplicação dos dois questionários previamente apresentados, foi possível dar resposta às três questões de investigação que foram alvo do presente estudo.

Questionário aplicado (31 questões)	
Comportamentos associados a equipas autogeridas (12 questões)	Medição da perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde (PTE Overall - 19 questões)
Responsabilidade partilhada (3 questões)	Tarefas definidas (2 questões)
Melhoria contínua (3 questões)	Limites de responsabilidade (1 questão)
Processos centrados no doente (3 questões)	Reuniões de equipa (2 questões)
Adaptabilidade (3 questões)	Processos da equipa (14 questões)

Figura 3- Variáveis medidas através da aplicação do questionário e número de questões associadas.

3.2. Amostra

Para o presente estudo optou-se por aplicar o questionário acima descrito a médicos/as e a enfermeiros/as. Não existiu qualquer restrição relativamente ao local de trabalho dos profissionais de saúde, podendo estes exercer a sua atividade profissional em hospitais públicos ou hospitais/clínicas privados. Também não existiu qualquer diferenciação relativamente à especialidade clínica de cada profissional. A amostra selecionada para o presente estudo foi não aleatória e de conveniência.

3.3. Procedimentos

O questionário foi aplicado durante 2 meses a médicos e enfermeiros, de 01 de Outubro de 2022 a 01 de Dezembro de 2022, através da partilha de um *link* que remetia para o questionário via *Google Forms*. Esta partilha foi realizada através do envio de *emails* e distribuição em grupos de trabalho dos profissionais de saúde (nomeadamente *whatsapp*), podendo o questionário ser preenchido em diversos dispositivos móveis. Todas as questões foram de resposta obrigatório e não foi imposto qualquer limite de tempo para a realização do questionário.

Foi dada especial relevância ao anonimato das respostas, tendo em conta que se baseavam no atual contexto de trabalho dos profissionais de saúde e apenas assim seria possível recolher respostas fidedignas

A análise descritiva dos resultados foi realizada através da utilização do *software Microsoft Excel* e os vários testes estatísticos apresentados nesta tese foram obtidos através da utilização do programa IBM SPSS versão 23.

4. Análise de resultados

Foram obtidas 91 respostas aos questionários previamente apresentados, 59 provenientes de enfermeiros/as e 32 provenientes de médicos/as.

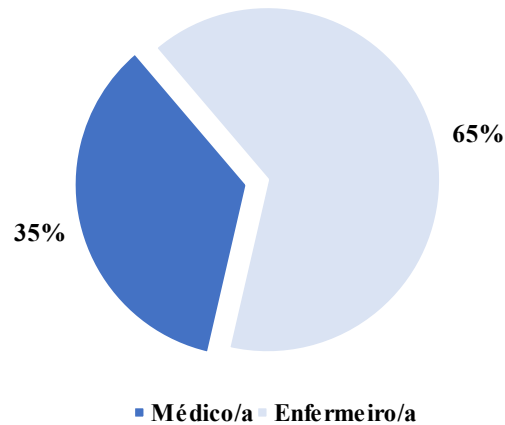


Gráfico 1 - Percentagem de respostas por categoria profissional.

Relativamente ao valor médio obtido em cada categoria de comportamentos das equipas auto geridas, foram alcançados os seguintes resultados:

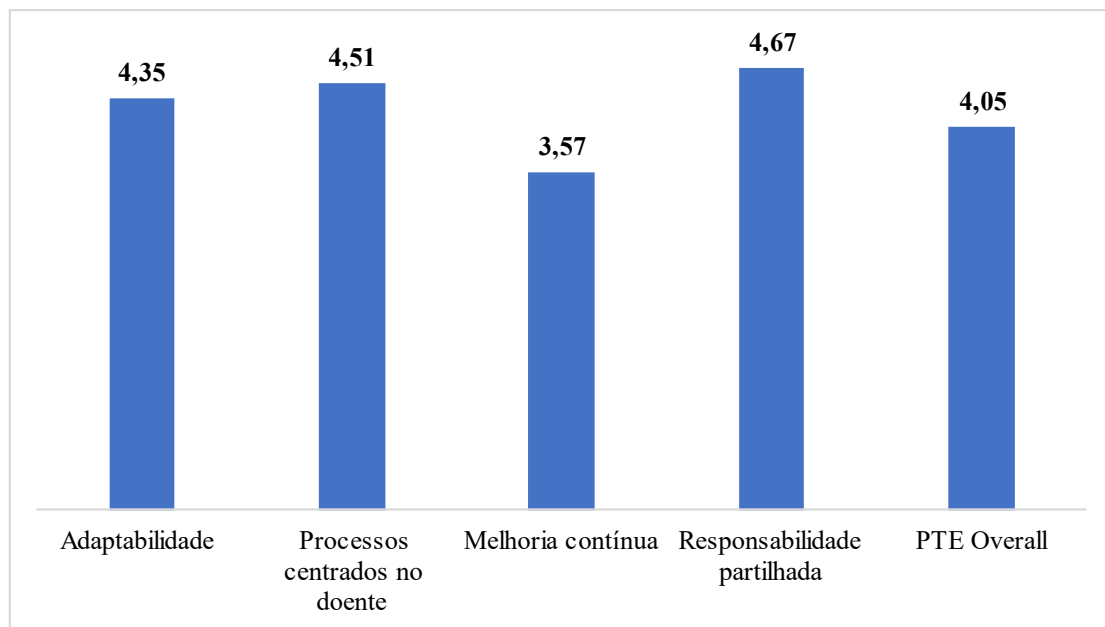


Gráfico 2 - Valores médios obtidos para cada comportamento característico de equipas auto geridas, a partir da aplicação dos questionários a médicos e enfermeiros.

A partir dos resultados acima observados, podemos verificar que as características que obtiveram um resultado mais elevado foram a responsabilidade partilhada (4,67) e ter processos

centrados no doente (4,51). Pelo contrário, a variável que obteve o resultado mais baixo foi a melhoria contínua (3,57). Tendo em conta que existem duas questões inversas no questionário que permite obter o valor da variável PTE Overall, foi realizada a inversão dos scores nestas duas perguntas.

Relativamente às variáveis obtidas a partir do questionário “Provider PTE”, e que compõe a variável PTE Overall, foi possível evidenciar os seguintes resultados médios para a amostra do presente estudo:

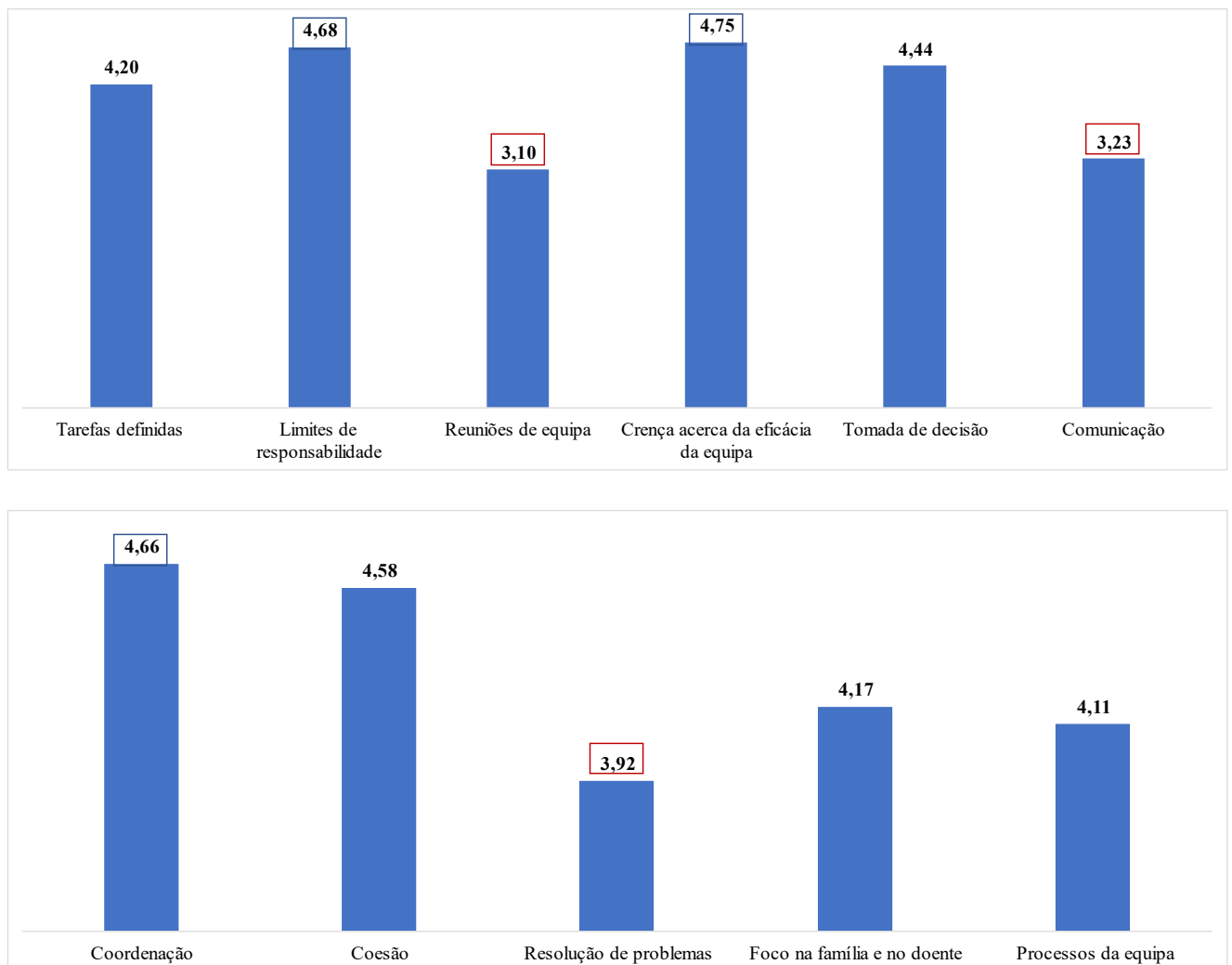


Gráfico 3 - Valores médios obtidos para as variáveis do questionário Provider PTE, a partir da aplicação dos questionários a médicos e enfermeiros.

Analisando os resultados acima apresentados é possível verificar que as variáveis que obtiveram um valor médio superior foram as relativas às crenças acerca da eficácia da equipa, aos limites de responsabilidade e coordenação. No que concerne às variáveis que obtiveram

resultados mais baixos, foram identificadas as variáveis relacionadas com as reuniões de equipa, comunicação e resolução de problemas.

Com o objetivo de validar os instrumentos de medida utilizados no questionário que visa medir a perceção de existência de comportamentos associados a equipas autogeridas, procedeu-se ao cálculo da consistência interna pelo alfa de *Cronbach*, obtendo-se os seguintes resultados:

Características de equipas autogeridas	Valor do Alpha de Cronbach
Adaptabilidade	0,80
Processos centrados no doente	0,55
Melhoria contínua	0,75
Responsabilidade partilhada	0,75

Tabela 2 - Valores obtidos do Alpha de Cronbach para cada um dos comportamentos característicos de equipas autogeridas.

A partir da análise da tabela acima apresentada, é possível verificar que as variáveis adaptabilidade, melhoria contínua e responsabilidade partilhada possuem uma consistência interna aceitável e uma escala que apresenta uma boa fiabilidade. No entanto, a variável relativa aos processos centrados no doente obteve um valor inferior a 0,7, sendo este o valor de referência para considerar uma consistência interna aceitável. Os resultados apurados a partir desta variável devem assim ser lidos com algumas reservas, pelo que se recomenda em estudos futuros a utilização de novas questões para medir esta variável.

4.1. Perceção da prevalência de comportamentos característicos de equipas autogeridas pelos profissionais de saúde

Com o objetivo de verificar se os profissionais da amostra deste estudo percecionam a existência de comportamentos associados a características de equipas autogeridas, foram comparados os resultados médios obtidos para cada variável com o valor 4 (correspondente à hipótese “concordo parcialmente”).

A premissa desta avaliação é a seguinte: caso exista uma diferença positiva e estatisticamente significativa entre a variável avaliada e o valor 4, então será possível perceber se os profissionais de saúde pertencentes à amostra do presente estudo concordam parcialmente com esta afirmação. Por outro lado, caso o desvio a este valor seja negativo e estatisticamente

significativo, será possível deduzir que os profissionais de saúde não concordam parcialmente com a afirmação.

Com o objetivo de clarificar quais os testes estatísticos a utilizar para comparar o valor médio de cada variável com o valor 4, realizou-se um teste para verificar se as distribuições das respostas das várias características correspondiam a uma distribuição normal. Para este efeito, submeteram-se os resultados obtidos de cada uma das variáveis associadas às características das equipas autogeridas ao teste de normalidade Shapiro-Wilk.

Ao observarmos os resultados do teste acima referido (anexo V), verificamos que nenhuma das variáveis possui uma distribuição normal. Assim sendo, será necessário realizar um teste não paramétrico para comparar as medianas obtidas de cada característica das equipas autogeridas com o valor 4, correspondente à categoria “concordo parcialmente”. O teste não paramétrico escolhido para verificar se as medianas das características são iguais ao valor 4 foi o teste Wilcoxon *signed rank test*, tendo sido obtidos os seguintes resultados:

Teste Wilcoxon <i>signed rank test</i>		
Hipótese nula	Sig.	Decisão
A mediana da variável adaptabilidade é igual a 4.	<,001	Rejeitar a hipótese nula.
A mediana da variável processos centrados no doente é igual a 4.	<,001	Rejeitar a hipótese nula.
A mediana da variável melhoria continua é igual a 4.	0,001	Rejeitar a hipótese nula.
A mediana da variável responsabilidade partilhada é igual a 4.	<,001	Rejeitar a hipótese nula.

Tabela 3 - Valores obtidos após a realização do teste de comparação das características de equipas autogeridas com o valor 4.

Foi ainda replicado este mesmo teste para comparação das medianas obtidas com o valor 5, para verificar se os profissionais de saúde concordam com a presença destes comportamentos, obtendo-se os seguintes valores:

Teste Wilcoxon <i>signed rank test</i>		
Hipótese nula	Sig.	Decisão
A mediana da variável adaptabilidade é igual a 5.	<,001	Rejeitar a hipótese nula.
A mediana da variável processos centrados no doente é igual a 5.	<,001	Rejeitar a hipótese nula.
A mediana da variável melhoria contínua é igual a 5.	<,001	Rejeitar a hipótese nula.
A mediana da variável responsabilidade partilhada é igual a 5.	0,003	Rejeitar a hipótese nula.

Tabela 4 - Valores obtidos após a realização do teste de comparação das características de equipas autogeridas com o valor 5.

A partir dos resultados obtidos é possível concluir que as medianas das respostas dos profissionais de saúde, tendo em conta todas as variáveis, são estatisticamente diferentes do valor 4 e do valor 5. Assim sendo, podemos concluir que os profissionais de saúde da amostra do presente estudo concordam parcialmente com a existência das seguintes características: adaptabilidade, processos centrados no doente e responsabilidade partilhada, tendo em conta que o valor médio obtido foi superior a 4 e inferior a 5, existindo diferenças estatisticamente significativas a estes valores.

Relativamente à variável melhoria contínua, existe um desvio estatisticamente significativo ao valor 4, contudo o seu valor médio é inferior a esse mesmo valor (3.57). Podemos então concluir que os profissionais de saúde que integraram a amostra do presente estudo não concordaram parcialmente com a presença desta característica (melhoria contínua) na sua prática profissional.

4.2. Diferenças na perceção da prevalência de comportamentos característicos de equipas autogeridas entre as duas categorias profissionais

Relativamente às diferenças existentes entre as duas categorias profissionais, no que diz respeito às características relacionadas com equipas autogeridas, podemos encontrar os seguintes valores médios obtidos a partir das respostas dos profissionais de saúde:

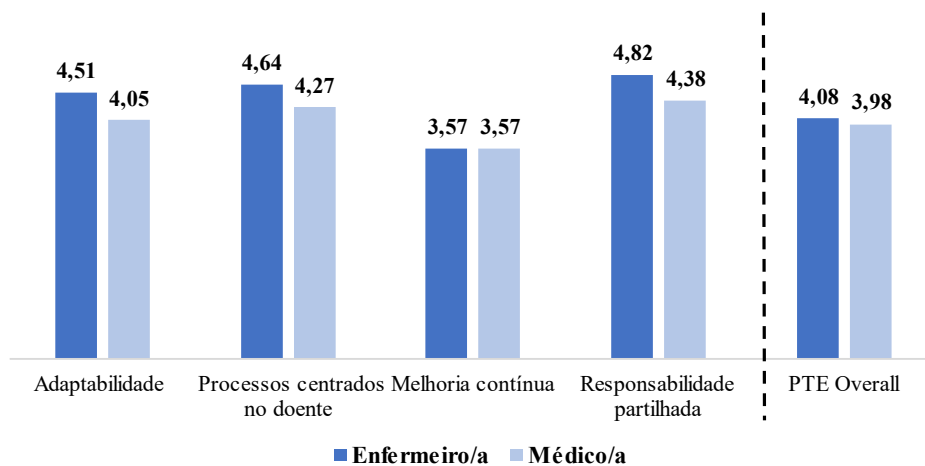


Gráfico 4 - Valores médios obtidos para cada comportamento característico de equipas autogeridas, distribuídos por categoria profissional.

Podemos verificar que relativamente à amostra do presente estudo, para quase todas as características associadas a equipas autogeridas, a categoria profissional dos enfermeiros obteve valores superiores à categoria profissional dos médicos. A única variável cujo valor médio foi igual para ambas as categorias profissionais foi a melhoria contínua (3,57). Relativamente à variável associada à perceção de eficácia na prestação de saúde (PTE Overall), a classe profissional dos enfermeiros obteve um *score* médio ligeiramente superior ao resultado obtido pelos médicos (4,08 vs 3,98).

Para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas, entre os médicos e enfermeiros que integraram o presente estudo, relativamente aos valores médios de cada variável relacionada com a ocorrência de comportamentos característicos de equipas autogeridas, foi utilizado o teste de Mann-Whitney, tendo em conta que não se verificou a premissa de existência de uma distribuição normal para as variáveis. A partir deste teste foram verificados os seguintes resultados:

Hipótese nula	Sig.	Decisão
A distribuição da variável PTE Overall é igual nas categorias dos profissionais.	0.990	Reter a hipótese nula.
A distribuição da variável adaptabilidade é igual nas categorias profissionais.	0.061	Reter a hipótese nula.
A distribuição da variável processos centrados no doente é igual nas categorias profissionais.	0.054	Reter a hipótese nula.
A distribuição da variável melhoria contínua é igual nas categorias profissionais.	0.695	Reter a hipótese nula.
A distribuição da variável responsabilidade partilhada é igual nas categorias profissionais.	0.028	Rejeitar a hipótese nula.

Tabela 5 - Resultados do teste de Mann-Whitney para amostras independentes, relativamente à perceção da presença de características de equipas autogeridas.

A partir dos resultados acima apresentados, é possível verificar que existe uma diferença estatisticamente significativa, entre os médicos e enfermeiros da amostra do presente estudo, no resultado alcançado para a variável responsabilidade partilhada. Nesta variável, a categoria profissional dos enfermeiros obteve um valor médio superior quando comparado à categoria profissional dos médicos (4.82 vs 4.38), o que nos permite concluir que os enfermeiros que participaram no estudo, percecionam uma maior prevalência de comportamentos associados à existência de responsabilidade partilhada entre os vários elementos da equipa.

Relativamente às variáveis PTE Overall, processos centrados no doente, melhoria contínua e adaptabilidade, podemos concluir que os valores médios entre estas duas categorias profissionais são semelhantes na presente amostra deste estudo, não existindo uma diferença estatisticamente significativa.

No que concerne às variáveis calculadas a partir das respostas ao questionário “Provider PTE”, e que compõe a variável PTE Overall, foi possível verificar os seguintes resultados:

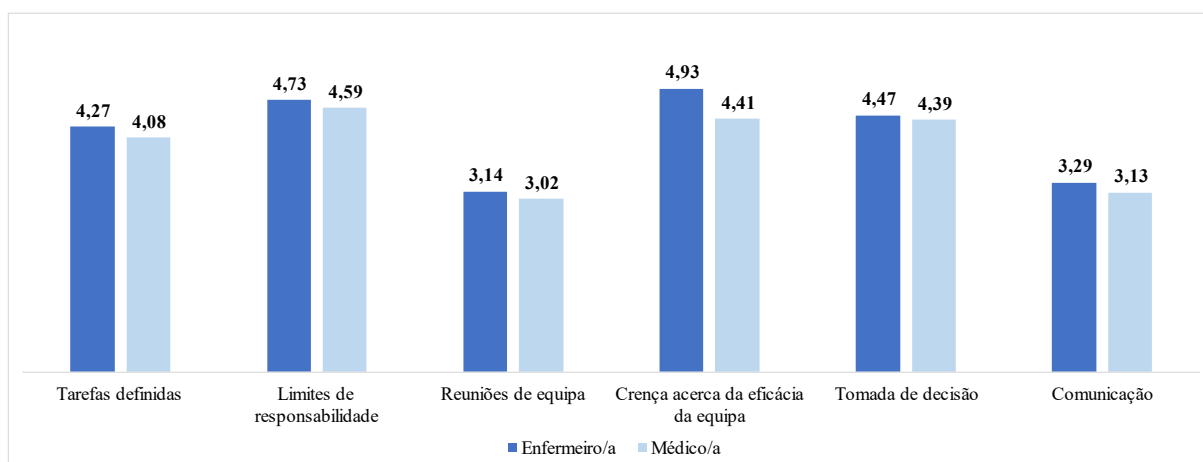
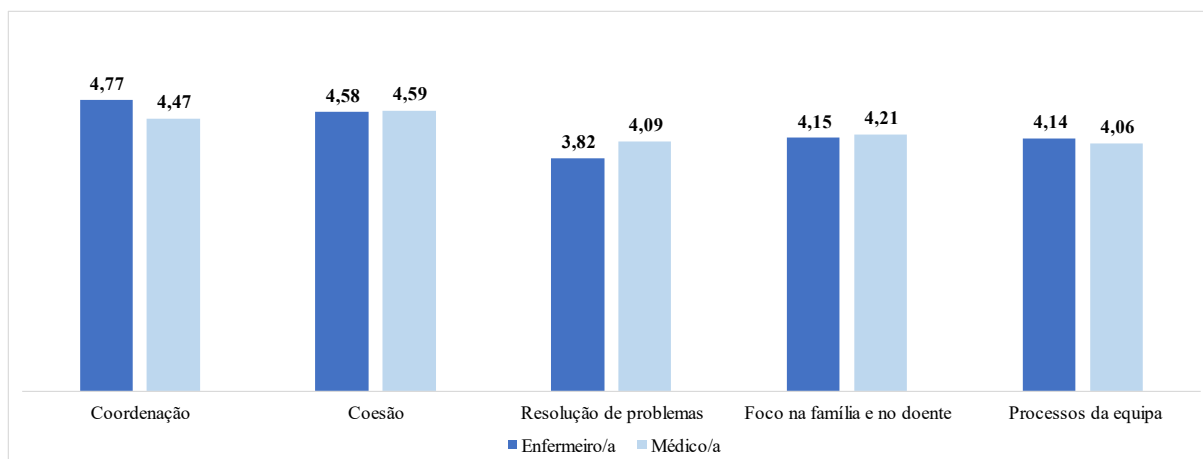


Gráfico 5 - Valores médios obtidos para cada variável do questionário “Provider PTE”, distribuídas por categoria profissional.

Conforme seria de esperar, tendo em conta os resultados anteriormente apresentados, a categoria profissional dos enfermeiros obteve resultados superiores na maioria das variáveis do questionário “Provider PTE”.

Com o objetivo de verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as duas categorias profissionais no que diz respeito às variáveis previamente apresentadas, foi realizado o teste de Mann-Whitney para as variáveis que não possuem uma distribuição normal e foi realizado o teste T para amostras independentes, quando as variáveis revelaram uma distribuição normal (Anexo V). Foram assim obtidos os seguintes resultados:

Hipótese nula	Sig.	Decisão
A distribuição da variável tarefas definidas é igual nas categorias dos profissionais.	0,432	Reter a hipótese nula.
A distribuição da variável limites de responsabilidade é igual nas categorias dos profissionais.	0,529	Reter a hipótese nula.
A distribuição da variável reuniões de equipa é igual nas categorias dos profissionais.	0,779	Reter a hipótese nula.
A distribuição da variável crença acerca da eficácia da equipa é igual nas categorias dos profissionais.	0,010	Rejeitar a hipótese nula.
A distribuição da variável tomada de decisão é igual nas categorias dos profissionais.	0,929	Reter a hipótese nula.
A distribuição da variável coordenação é igual nas categorias dos profissionais.	0,487	Reter a hipótese nula.
A distribuição da variável coesão é igual nas categorias dos profissionais.	0,704	Reter a hipótese nula.
A distribuição da variável resolução de problemas é igual nas categorias dos profissionais.	0,107	Reter a hipótese nula.
A distribuição da variável foco na família e no doente é igual nas categorias dos profissionais.	0,805	Reter a hipótese nula.

Tabela 6 - Resultados do teste de Mann-Whitney para amostras independentes, relativamente às variáveis do questionário “Provider PTE”.

Hipótese nula	Sig.	Decisão
O valor médio da variável comunicação é igual nas categorias dos profissionais.	0,357	Reter a hipótese nula.
O valor médio da variável processos da equipa é igual nas categorias dos profissionais.	0,574	Reter a hipótese nula.

Tabela 7 - Resultados do teste T para amostras independentes, relativamente às variáveis comunicação e processos da equipa.

A partir dos resultados acima apresentados, é possível verificar que não existe qualquer diferença estatisticamente significativa entre as duas categorias profissionais, tendo em conta as variáveis obtidas a partir do questionário “Provider PTE”.

4.3. Relação entre comportamentos característicos de equipas autogeridas e perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde

De forma a dar resposta à terceira questão de investigação, permitindo assim averiguar se os comportamentos característicos das equipas autogeridas têm impacto na perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde, foi verificada a correlação de Pearson entre estas variáveis e foi realizada uma regressão linear tendo por base a variável PTE Overall e considerando os 4 comportamentos característicos de equipas autogeridas abordados neste estudo. Tendo-se obtido os seguintes resultados:

Valores de correlação de Pearson		
PTE Overall	Adaptabilidade	0,34
	Processos centrados no doente	0,59
	Melhoria contínua	0,68
	Responsabilidade partilhada	0,68

Tabela 8 - Resultados da correlação de Pearson entre a perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde e os comportamentos característicos de equipas autogeridas.

A partir dos resultados acima verificados, podemos concluir que, para a amostra do presente estudo, a variável PTE Overall tem uma correlação moderada com as seguintes características: processos centrados no doentes, melhoria contínua e responsabilidade partilhada. Já a característica adaptabilidade tem uma correlação fraca com esta mesma variável. Podemos ainda afirmar que todas as variáveis possuem uma correlação positiva para com a variável PTE Overall, conforme seria de esperar tendo em conta a revisão da literatura previamente efetuada.

De seguida, procedeu-se à realização de uma regressão linear sendo, a variável PTE Overall a variável do modelo dependente. Foram assim obtidos os seguintes resultados:

R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
0.83	0.69	0.67	0.37

	Coefficientes não padronizados B	Coefficientes padronizados Beta	t	Sig.
(Constante)	,980		3,635	<,001
Adaptabilidade	,011	,017	,234	,815
Processos centrados no doente	,240	,292	3,512	<,001
Melhoria contínua	,176	,328	4,106	<,001
Responsabilidade partilhada	,280	,387	5,311	<,001

Tabela 9 - Resultados obtidos da regressão linear do valor PTE Overall a partir dos comportamentos característicos de equipas autogeridas.

Após a análise dos resultados acima apresentados, é possível compreender que as características das equipas autogeridas avaliadas no presente estudo permitem explicar cerca de 67% da perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde da amostra do presente estudo. Este modelo não deve ser considerado relevante para predizer esta variável, tendo em conta que os restantes 33% são explicados por outras variáveis não abrangidas pelo presente modelo.

Das variáveis presentes neste modelo, apenas três são consideradas relevantes para o mesmo (dando assim resposta à terceira questão de investigação), nomeadamente: os processos serem centrados no doente, existirem comportamentos de melhoria contínua por parte dos profissionais de saúde e existirem igualmente comportamentos associados a um sentimento de responsabilidade partilhada. Estas três variáveis influenciam positivamente a perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde. No entanto, a característica adaptabilidade, associada a equipas autogeridas, não constitui um fator relevante na perceção de eficácia dos profissionais de saúde, tendo em conta a amostra do presente estudo.

Foram ainda verificadas as correlações de Pearson entre as variáveis relativas às características das equipas autogeridas e as variáveis obtidas a partir da aplicação do questionário “Provider PTE”, tendo-se averiguado os seguintes resultados:

	Adaptabilidade	Processos centrados no doente	Melhoria contínua	Responsabilidade partilhada
Tarefas definidas	0,2	0,5	0,5	0,7
Limites de responsabilidade	0,2	0,4	0,4	0,5
Reuniões de equipa	0,1	0,5	0,8	0,5
Crença acerca da eficácia da equipa	0,4	0,5	0,4	0,6
Tomada de decisão	0,3	0,3	0,5	0,5
Comunicação	0,3	0,6	0,5	0,3
Coordenação	0,4	0,6	0,5	0,6
Coesão	0,3	0,4	0,4	0,5
Resolução de problemas	0,3	0,5	0,5	0,5
Foco na família e no doente	0,1	0,1	0,0	0,2
Processos da equipa	0,4	0,6	0,6	0,6

Tabela 10 - Resultados obtidos relativos à correlação de Pearson entre as variáveis dos dois questionários.

A partir da análise da tabela acima apresentada, é possível verificar que apenas existem correlações fortes entre as seguintes variáveis dos dois questionários:

- Responsabilidade partilhada - tarefas definidas;
- Melhoria contínua - reuniões de equipa.

Podemos ainda verificar que para quase todas as variáveis do questionário “Provider PTE”, existem correlações moderadas com o questionário que visa avaliar a perceção de comportamentos característicos das equipas autogeridas. O que permite inferir que existem correlações positivas entre as características das equipas autogeridas e a variável PTE Overall. A única variável do questionário “Provider PTE” que não possui qualquer correlação moderada ou forte com as características das equipas autogeridas é a associada ao foco na família e no doente, o que significa que nenhuma das características das equipas autogeridas avaliadas através do questionário aplicado está relacionada com esta componente.

A variável adaptabilidade também não possui qualquer correlação forte ou moderada com as variáveis do questionário “Provider PTE”, confirmando-se assim o seu reduzido impacto na variável PTE Overall.

5. Discussão dos resultados

Relativamente à primeira questão de investigação, que pretende verificar se as equipas constituídas por profissionais de saúde percebem a ocorrência de comportamentos característicos de equipas autogeridas, foi possível concluir que, para a presente amostra de profissionais de saúde, apenas existe uma concordância parcial com a ocorrência de comportamentos na sua prática profissional relacionados com as seguintes características das equipas autogeridas: adaptabilidade, processos centrados no doente e responsabilidade partilhada. A revisão da literatura previamente efetuada permite-nos concluir que a existência de comportamentos associados a estas características é um indicador positivo, na medida em que estão associados a um aumento da qualidade de prestação de cuidados de saúde (Sangaleti, Schweitzer, Peduzzi, Zoboli, & Soares, 2017).

A variável melhoria contínua foi percebida como não estando presente na prática diária dos profissionais de saúde, podendo ser um dos aspetos a aperfeiçoar nas equipas, tendo em conta que a revisão da literatura revela que ao existir uma melhoria contínua dos processos e da colaboração entre os vários elementos, será expectável que ocorra um aumento da qualidade na prestação de cuidados de saúde (Karam, Brault, Van Durme, & Macq, 2018).

Tendo em consideração os resultados descritos, caso uma organização queira aumentar este tipo de comportamentos junto das suas equipas, será necessário promovê-los ativamente. Estes dados são relevantes, uma vez que a presença destas características nas equipas constituídas por profissionais de saúde está associada a um aumento da qualidade de prestação de cuidados de saúde (Sindhvani, Singh, Iqbal, Prajapati, & Mittal, 2019; Sangaleti, Schweitzer, Peduzzi, Zoboli, & Soares, 2017)

Os profissionais de saúde obtiveram os resultados mais baixos nas seguintes variáveis obtidas através da aplicação do questionário “Provider PTE”: reuniões de equipa, comunicação e resolução de problemas. Estes resultados permitem-nos concluir que, para a mostra do presente estudo, é possível melhorar as tarefas e processos relacionados com a comunicação e colaboração entre os vários elementos da equipa. Estes resultados são preocupantes, na medida em que uma reduzida eficácia na partilha de informações entre os vários profissionais de saúde está associada à ocorrência de erros na prestação de cuidados de saúde ao doente (Müller, et al., 2018).

As equipas *agile* visam exatamente promover a colaboração e a comunicação entre todos os membros da equipa, tendo cada reunião um objetivo específico que apenas poderá ser alcançado

com a participação de todos os elementos da equipa (Kowalkowski, 2012; Stadler, Vallon, Pazderka, & Grechenig, 2019). Tendo em conta a revisão da literatura, será expectável que a implementação de algumas práticas destas metodologias em equipas constituídas por profissionais de saúde tenha como consequência um aumento do resultado obtido nestas questões.

Relativamente à segunda questão de investigação, que pretende verificar a existência de diferenças significativas entre as duas categorias profissionais no que diz respeito à adoção de comportamentos característicos de equipas autogeridas, podemos verificar que a única variável em que existem diferenças significativas é na variável relacionada com a responsabilidade partilhada, sendo que os enfermeiros percecionam em maior medida a ocorrência de comportamentos associados a esta variável.

Estes resultados não são totalmente esperados, uma vez que os médicos e enfermeiros possuem diferentes responsabilidades nas equipas que integram e por esse motivo seria expectável a existência de diferenças mais pronunciadas na perceção da adoção de comportamentos associados às várias características (O'Leary, et al., 2010). Uma das razões que pode ter levado a este resultado é o facto de estas duas categorias profissionais trabalharem em conjunto durante elevados períodos de tempo, o que pode resultar numa perceção semelhante relativamente aos comportamentos que são adotados durante a sua prática profissional (Schot, Tummers, & Noordegraaf, 2020).

A diferença na perceção de comportamentos relacionados com o sentimento de responsabilidade partilhada pode estar relacionada com o facto de os médicos assumirem comportamentos mais associados à tomada de decisão (Amudha, Hamidah, Annamma, & Ananth, 2018). Esta responsabilidade acrescida poderá assim ter impacto na perceção da adoção de comportamentos associados à responsabilidade partilhada entre todos os elementos por parte desta categoria profissional.

Relativamente à terceira questão de investigação que visa averiguar se existe alguma relação entre a perceção da existência de comportamentos característicos de equipas autogeridas e a perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde, foi possível concluir que as características melhoria contínua e responsabilidade partilhada, têm um impacto significativo na variável PTE Overall, para a amostra do presente estudo. Este era um resultado esperado tendo em conta a revisão da literatura previamente realizada, uma vez que estes fatores estão

associados a um aumento da qualidade na prestação de cuidados de saúde (Schmutz, Meier, & Manser, 2019).

Por outro lado, a variável adaptabilidade não foi considerada como sendo uma variável com um impacto significativo na PTE Overall, o que causa alguma surpresa, tendo em conta o contexto de elevada volatilidade e imprevisibilidade em que os profissionais de saúde desempenham as suas tarefas (Basole & Rouse, 2008). Este resultado pode indicar que existem outros fatores que impactam em maior medida a perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde, sendo a variável adaptabilidade um fator secundário no atual contexto de prestação de cuidados de saúde.

A perceção de eficácia da prestação de cuidados de saúde é apenas explicada em cerca de 63% pelas variáveis abordadas no presente estudo, nomeadamente: adaptabilidade dos vários processos existentes à ocorrência da alteração de uma ou mais variáveis existentes no contexto, melhoria contínua das capacidades/competências da equipa, desenvolvimento de processos centrados no doente e existência de um sentimento de responsabilidade partilhada entre os vários elementos da equipa com vista a atingirem um objetivo comum.

Este resultado indica que existem outras variáveis a ter em conta quando se tem como objetivo aumentar o poder explicativo de um modelo relativamente à variável PTE Overall. Esta conclusão vai ao encontro às informações recolhidas na revisão da literatura, uma vez que foram identificados mais fatores que aumentam a qualidade de prestação de cuidados de saúde, tais como a existência de comunicação entre os vários profissionais de saúde, (Sangaletti, Schweitzer, Peduzzi, Zoboli, & Soares, 2017), a ocorrência de uma elevada frequência de interações entre os vários elementos da equipa (Hofhuis, et al., 2018) e a existência de uma visão partilhada (Martin, McCormack, Fitzsimons, & Spirig, 2014) .

6. Principais conclusões

A partir da aplicação do questionário podemos concluir que os profissionais de saúde, pertencentes à amostra, concordam parcialmente com a existência de comportamentos associados a características de equipas autogeridas na sua prática profissional, nomeadamente: adaptabilidade à alteração das variáveis presentes no contexto onde desenvolvem a sua prática profissional, desenvolvimento de processos que têm em conta o bem-estar do doente e comportamentos que traduzem um sentimento de partilha de responsabilidade pelo sucesso nas tarefas a desempenhar por parte de todos os membros da equipa.

No entanto, a presente amostra do estudo não concorda com a existência de comportamentos de melhoria contínua nos vários processos e tarefas que desempenham, ao mesmo tempo que procuram adquirir novas capacidades e competências. A variável “melhoria contínua” obteve inclusivamente o valor médio mais baixo das respostas dos profissionais de saúde (resposta à 1ª questão de investigação).

Relativamente aos resultados obtidos a partir da aplicação do questionário “Provider PTE”, podemos concluir que as variáveis que obtiveram resultados mais baixos foram: reuniões de equipa, comunicação e resolução de problemas. Esta é uma evidência que causa alguma apreensão tendo em conta que parece ser indicativo de uma falta de capacidade de comunicação e colaboração entre os profissionais de saúde.

O alfa de Cronbach da variável “Processos centrados no doente” foi inferior a 0,7, pelo que terá de existir uma revisão das questões que permitem avaliar esta variável em investigação futura, de forma a aumentar a sua consistência interna. Relativamente às restantes variáveis associadas a comportamentos característicos de equipas autogeridas, o alfa de Cronbach assumiu valores elevados, traduzindo assim uma elevada consistência interna das perguntas que permitem avaliar estas variáveis.

Existe uma maior perceção da existência de comportamentos associados a um sentimento de responsabilidade partilhada, por parte da categoria profissional dos enfermeiros da amostra que participou no presente estudo (resposta à 2ª questão de investigação).

Não existiu uma diferença significativa entre médicos e enfermeiros, pertencentes à amostra do presente estudo, relativamente à perceção de comportamentos associados à capacidade de adaptação face à alteração das variáveis presentes no contexto onde desenvolvem a sua prática profissional, desenvolvimento de processos que têm em conta o bem-estar do doente e

comportamentos de melhoria contínua nos vários processos e tarefas que desempenham, ao mesmo tempo que procuram adquirir novas capacidades e competências. Também não existiu uma diferença significativa entre as duas categorias profissionais relativamente à perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde (resposta à 2ª questão de investigação).

Relativamente às variáveis possíveis de medir a partir do questionário “Provider PTE”, também não existiu uma diferença significativa entre médicos e enfermeiros, pertencentes à amostra do presente estudo. A única diferença significativa entre as duas categorias profissionais, ocorreu na perceção de comportamentos que traduzem um sentimento de partilha de responsabilidade pelo sucesso nas tarefas a desempenhar por parte de todos os membros da equipa.

Tendo em conta a perceção dos profissionais de saúde da amostra do presente estudo, acerca da PTE Overall, foi possível verificar que esta é influenciada de forma significativa pelos seguintes comportamentos característicos de equipas autogeridas: processos centrados no doente, melhoria contínua e responsabilidade partilhada (resposta à 3ª questão de investigação).

Podemos assim concluir que comportamentos associados à melhoria contínua dos vários processos e tarefas que a equipa desempenha, enquanto os vários elementos procuram adquirir novas capacidades e competências, a existência de comportamentos relacionados com um sentimento de responsabilidade partilhada pelo sucesso nas tarefas a desempenhar e a existência de processos centrados no bem-estar do doente, estão associados a uma maior perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde, para a amostra do presente estudo. A variável PTE Overall é apenas explicada em cerca de 63% pelas variáveis abordadas no presente estudo, sendo possível concluir que é necessário acrescentar novas variáveis ao modelo apresentado neste estudo para aumentar o seu poder explicativo.

7. Limitações e investigação futura

Uma das maiores limitações do presente estudo prende-se com o facto de as perguntas que visam avaliar a variável processos centrados no doente, não possuírem uma consistência interna desejável. Assim sendo, em investigação futura será necessário rever as questões relacionadas com esta variável, de forma a obter uma avaliação mais válida dos profissionais de saúde. Este fator colocou em causa os objetivos pretendidos para o presente estudo, uma vez que é necessário ter alguma cautela na elaboração de conclusões relativamente à prevalência de comportamentos associados a processos centrados no doente nas duas categorias profissionais e do seu poder explicativo face à perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde.

Tendo em conta que o modelo elaborado pelo presente estudo apenas permite explicar cerca de 63% da variabilidade da variável PTE Overall, poderá ser relevante explorar novas variáveis relacionadas com equipas autogeridas em estudos futuros, de forma a perceber se estas possuem uma maior influência na perceção de eficácia por parte dos profissionais de saúde. Nomeadamente fatores associados à tomada de decisão, comunicação e colaboração entre os vários elementos. Estas variáveis não foram integradas no presente questionário, uma vez que o tornaria demasiado extenso e poderia pôr em causa a recolha de dados.

De notar que neste estudo não foi realizada qualquer distinção entre as especialidades médicas na sua amostra, não sendo possível confirmar se existem características específicas das equipas constituídas por elementos provenientes especialidades cirúrgicas e das especialidades não cirúrgicas, tendo em conta que os médicos destas especialidades podem adotar comportamentos diferentes no seu dia-a-dia (Walocha, Tomaszewski, Wilczek-Rużyczka, & Walocha, 2013).

De igual forma, poderá ser relevante explorar, em estudos futuros, se a existência de características de equipas autogeridas afeta de igual forma a perceção de eficácia na prestação de cuidados de saúde por parte dos profissionais de saúde que desenvolvem a sua atividade profissional em instituições públicas ou em instituições privadas, tendo em conta que a cultura organizacional influencia em grande medida a adoção de equipas autogeridas (Naslund & Kale, 2020).

Apesar dos resultados acima descritos, será necessário desenvolver estudos que possuam um tamanho superior de amostragem e que relacionem as equipas autogeridas com outras métricas relacionadas com o desempenho dos profissionais de saúde, não só com o objetivo de providenciar um nível superior de validade dos resultados obtidos, como também com vista a

compreender de que forma a implementação de equipas autogeridas pode ser pertinente nas equipas constituídas por profissionais de saúde.

Será interessante comparar, em estudos futuros, a perceção acerca da existência de comportamentos característicos de equipas autogeridas com outras métricas relacionadas com a produtividade, inovação e performance das equipas constituídas por profissionais de saúde (Holden, Boustani, & Azar, 2021), com o objetivo de perceber se estas variáveis impactam de forma relevante outros fatores tidos como essenciais para as equipas constituídas por profissionais de saúde.

8. Bibliografia

(Fevereiro de 2001). Obtido de Agile Manifesto: <https://agilemanifesto.org/>

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., & Aungurock, Y. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 357–364.
- Almeida, F., & Espinheira, E. (2021). Large-scale agile frameworks: A comparative review. *Journal of Applied Sciences, Management and Engineering Technology*, 2(1), 16-29.
- Amudha, P., Hamidah, H., Annamma, K., & Ananth, N. (2018). Effective communication between nurses and doctors: barriers as perceived by nurses. *J Nurs Care*, 7(03), 1-6.
- Aravind Raj S, S. A. (2013). A mathematical model to evaluate the role of agility enablers and criteria in a manufacturing environment. *Int J Prod Res*, 51(19):5971–5984.
- Bäcklander, G. (2019). Doing complexity leadership theory: How agile coaches at Spotify practise enabling leadership. *Creativity and Innovation Management*, 28(1), 42-60.
- Baldwin, Y. (2015). In the Shadow of the Crowd: A Comment on 'Valve's Way'. *Journal of Organization Design*, 4(2), 5-7.
- Başkarada, S., & Koronios, A. (2018). The 5S organizational agility framework: a dynamic capabilities perspective. *International Journal of Organizational Analysis*.
- Basole, C., & Rouse, B. (2008). Complexity of service value networks: conceptualization and empirical investigation. *IBM Systems Journal*, Vol. 47 No. 1, pp. 53-70.
- Bernstein, E., Bunch, J., Canner, N., & Lee, M. (2016). Beyond the holacracy hype. *Harvard business review*, 94(7), 8.
- Bernstein, S. (2017). Making transparency transparent: the evolution of observation in management theory. *Acad Manag Ann*, 11:217–266.
- Birkinshaw, J., Hamel, G., & Mol, M. (2008). Management innovation. *Academy of management Review*, 33(4), 825-845.
- Bishop, C. E. (2014). High-performance workplace practices in nursing homes: An economic perspective. *The Gerontologist*, 54(Suppl_1), S46-S52.

- Bohmer, R. (2009). *Designing Care: Aligning the Nature and Management of Health Care*. Boston: Harvard Business Press.
- Bowles, D., McIntosh, G., Hemrajani, R., Yen, M. S., Phillips, A., Schwartz, N., & Dow, A. W. (2016). Nurse–physician collaboration in an academic medical centre: The influence of organisational and individual factors . *Journal of Interprofessional Care*, 30(5), 655-660.
- Brès, L., Raufflet, E., & Boghossian, J. (2018). Pluralism in organizations: Learning from unconventional forms of organizations. *International Journal of Management Reviews*, 20(2), 364-386.
- Browaeys, M., & Fisser, S. (2012). Lean and agile: an epistemological reflection . *The Learning Organization*, Vol. 19 No. 3, pp. 207-218.
- Brown, R. A., & Crookes, P. A. (2016). What are the ‘necessary’ skills for a newly graduating RN? Results of an Australian survey. *BMC nursing*, 15, 1-8.
- Brozovic, D. (2018). Strategic flexibility: A review of the literature. *International Journal of Management Reviews*, 20(1), 3-31.
- Burns, K. (2011). Nurse-Physician Rounds: A Collaborative Approach To Improving Communication Efficiencies, and Perception of Care. *Medsurg Nursing*, 20(4),194-199.
- Campbell, R. (2008). Change management in health care. *The Health Care Manager*, Vol. 27, No. 1, pp. 23-39.
- Carneiro, L., Silva, A., & Alencar, L. (2018). Scrum agile project management methodology application for workflow management: A case study. *IEEE International Conference on Industrial Engineering and Engineering Management (IEEM)* (pp. pp. 938-942). IEEE.
- Chen, Z., Zhu, J., & Zhou, M. (2015). How does a servant leader fuel the service fire? A multilevel model of servant leadership, individual self identity, group competition climate, and customer service performance. *Journal of Applied Psychology*, 100(2), 511–521.
- Chua, W., Legido-Quigley, H., Jones, D., Hassan, N., Tee, A., & Liaw, S. (2020). A call for better doctor-nurse collaboration: a qualitative study of the experiences of junior doctors

- and nurses in escalating care for deteriorating ward patients. *Aust Crit Care*, Jan;33(1):54-61.
- Daft, R. (2007). *Understanding the Theory and Design of Organizations*. Mason: Thomson.
- De Smet, A., Lurie, M., & St George, A. (2018). Leading agile transformation: The new capabilities leaders need to build 21st-century organizations. *McKinsey & Company*.
- Dean, E. (2018). Giving community teams the time to care. *NursingStandard*, 32(25), 26–28.
- Denning, S. (2016). How to make the whole organization “Agile”. *Strategy & Leadership*.
- Denning, S. (2019). Lessons learned from mapping successful and unsuccessful Agile transformation journeys. *Strategy & Leadership*.
- Denning, S. (2020). The quest for genuine business agility. *Strategy & Leadership*.
- Doblinger, M. (2022). Individual competencies for self-managing team performance: A systematic literature review. *Small Group Research*, 53(1), 128-180.
- Dönmez, D., Grote, G., & Brusoni, S. (2016). Routine interdependencies as a source of stability and flexibility. A study of agile software development teams. *Information and Organization*, 26(3), 63–83.
- Eva, N., Robin, M., Sendjaya, S., Van Dierendonck, D., & Liden, R. C. (2019). Servant leadership: A systematic review and call for future research. *The leadership quarterly*, 30(1), 111-132.
- Fernandez, R., Kozlowski, S., Shapiro, M., & Salas, E. (2008). Toward a definition of teamwork in emergency medicine. *Academic Emergency Medicine*, 15(11), 1104-1112.
- Fix, G. M., VanDeusen Lukas, C., Bolton, R. E., Hill, J. N., Mueller, N., LaVela, S. L., & Bokhour, B. G. (2018). Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. *Health Expectations*, 21(1), 300-3.
- Ford, K., Menchine, M., Burner, E., Arora, S., Inaba, K., & Demetriades, D. a. (2016). Leadership and teamwork in trauma and resuscitation. *Western Journal of Emergency Medicine*, Vol. 17, p. 549.
- Garcia, M., & Lemus, E. (2013). Health systems as complex systems. *Am J Oper Res*, 3(1A):113–126.

- Geerts, A., Bierbooms, J., & Cloudt, W. (2021). Understanding self-managing teams in Dutch healthcare: empirical evidence to non-sequential team development processes. *Journal of Health Organization and Management*.
- Gelles, D. (2015). At Zappos, pushing shoes and a vision. *N Y Times*, 136.
- Grass, A., Backmann, J., & Hoegl, M. (2020). From empowerment dynamics to team adaptability: exploring and conceptualizing the continuous agile team innovation process. *Journal of Product Innovation Management*, 37(4), 324-351.
- Gren, L., & Lindman, M. (2020). What an agile leader does: The group dynamics perspective. *International conference on agile software development* (pp. pp 178–194). Springer.
- Gren, L., Goldman, A., & Jacobsson, C. (2019). Agile ways of working: A team maturity perspective. *Journal of Software: Evolution and Process*.
- Greve, Carsten, Niels Ejersbo, Per Læg Reid, and Li. (2019). Unpacking Nordic Administrative Reforms: Agile and Adaptive Governments. *International Journal of Public Administration*, 43(8): 697–710.
- Hackner, D. (2010). A primer: staffing the ICU for performance. *ICU Director*, 1(2), 106-115.
- Hakanen, J., Perhoniemi, R., & Toppinen-Tanner, S. (2008). Positive gain spirals at work: from job resources to work engagement personal initiative and work-unit innovativeness. *J Vocat Behav*, 73:78–91.
- Hamm, C., & Glyn-Jones, J. (2019). Implementing an adapted Buurtzorgmodel in an inner city NHS trust. *British Journal of Community Nursing*, 24(11), 534–537.
- Harraf, A., Wanasika, I., Tate, K., & Talbott, K. (2015). Organizational agility. *Journal of Applied Business Research (JABR)*, 31(2), 675-686.
- Hennel, P., & Rosenkranz, C. (2021). Investigating the “Socio” in Socio-technical development: The case for psychological safety in agile information systems development. *Project Management Journal*, 52(1), 11-30.
- Hepp, S. L., Suter, E., Jackson, K., Deutschlander, S., Makwarimba, E., Jennings, J., & Birmingham, L. (2015). Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice. *Journal of interprofessional care*, 29(2), 131-137.

- Hoda, R., & Murugesan, L. K. (2016). Multi-level agile project management challenges: A self-organizing team perspective. *Journal of Systems and Software*, 117, 245-257.
- Hoda, R., & Noble, J. (2017). Becoming agile: a grounded theory of agile transitions in practice. *Proceedings of the 39th international conference on software engineering, IEEE Press*.
- Hoda, R., Noble, J., & Marshall, S. (2013). Self-organizing roles on agile software development teams. *Software Engineering*, 39(3), 422-444.
- Hofhuis, J., Mensen, M., M., ten Den, L., van den Berg, A., Koopman-Draijer, M., . . . de Vries, S. (2018). Does functional diversity increase effectiveness of community care teams? The moderating role of shared vision, interaction frequency, and team reflexivity. *J Appl Soc Psychol*, 48:535–548.
- Holden, R. J., Boustani, M. A., & Azar, J. (2021). Agile Innovation to transform healthcare: innovating in complex adaptive systems is an everyday process, not a light bulb event. *BMJ Innovations*, 7(2).
- House, S., & Havens, D. (2017). Nurses' and physicians' perceptions of nurse-physician collaboration. *The Journal of nursing administration*, 47(3), 165-171.
- Jantunen, S., Piippo, J., Surakka, J., Sinervo, T., Ruotsalainen, S., & Burström, T. (2020). Self-organizing teams in elderly Care in Finland: Experiences and opportunities. *Creative Nursing*, 26(1), 37–42.
- Junker, T. L., Bakker, A. B., Gorgievski, M. J., & Derks, D. (2021). Agile work practices and employee proactivity: A multilevel study. *Human Relations*.
- Jurca, G., Hellmann, T. D., & Maurer, F. (2018). Agile User-Centered Design. . *The Wiley Handbook of Human Computer Interaction*, 1, 109-123.
- Kakar, A. K. (2017). Assessing self-organization in agile software development teams. *Journal of computer information systems*, 57(3), 208-217.
- Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International journal of nursing studies*, 79, 70-83.

- Keiser, N. L., & Arthur, W. (2021). A meta-analysis of the effectiveness of the After-Action Review (or Debrief) and factors that influence its effectiveness. *Journal of Applied Psychology*, 106(7), 1007–1032.
- Kettunen, P., & Laanti, M. (2017). Future software organizations—agile goals and roles. *European Journal of Futures Research*, 5(1), 1-15.
- Khanagha, S., Volberda, H., Alexiou, A., & Annosi, M. C. (2022). Mitigating the dark side of agile teams: Peer pressure, leaders’ control, and the innovative output of agile teams. *Journal of Product Innovation Management*, 39(3), 334-350.
- Kilpatrick, K., Paquette, L., Bird, M. J., Carter, N., & Tchouaket, É. (2019). Team functioning and beliefs about team effectiveness in inter-professional teams: Questionnaire development and validation. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 827.
- Kniberg, H. &. (2012). Scaling agile Spotify with tribes, squads, chapters & guilds. . *Entry posted November, 12*.
- Kowalkowski, C. K. (2012). Service infusion as agile incrementalism in action. *Journal of Business Research*, Vol. 65 No. 6, pp. 765-772.
- Lakhani, R., Eze, B., & Peyton, L. (2020). Applying Agile Principles to Collaborative Healthcare Teams. *HEALTHINF*, (pp. 506-513).
- Lam, B. (2016). Why are so many Zappos employees leaving? . *The Atlantic*.
- Langberg, E. M., Dyhr, L., & Davidsen, A. S. (2019). Development of the concept of patient-centredness—A systematic review. *Patient education and counseling*, 102(7), 1228-1236.
- Leask, C. F., & Gilmartin, A. (2019). Implementation of a neighbourhoodcare model in a Scottish integrated context—views from patients. *AIMS Public Health*, 6(2), 143–153.
- Lee, D., Hong, K., & Kim, N. (2016). Effects of hospital leadership, organizational systems, and ESWS on medical error reduction. *Service Business*, 10(1), 159-177.
- Lee, Y., & Edmondson, C. (2017). Self-managing organizations: Exploring the limits of less-hierarchical organizing. *Research in organizational behavior*, 37, 35-58.

- Liao, J., Jimmieson, N. L., O'Brien, A. T., & Restubog, S. L. (2012). Developing transactive memory systems: Theoretical contributions from a social identity perspective. *Group & Organization Management*, 37, 204-240.
- Lipsitz, L. A. (2012). Understanding health care as a complex system: the foundation for unintended consequences. *Jama*, 308(3), 243-244.
- Magpili, N. C., & Pazos, P. (2018). Self-managing team performance: A systematic review of multilevel input factors. *Small Group Research*, 49(1), 3-33.
- Majchrzak, A., More, P. H., & Faraj, S. (2012). Transcending knowledge differences in cross-functional teams. *Organization Science*, 23, 951-970.
- Malik, M. S. (2021). Agile practices and performance: Examining the role of psychological empowerment. *International Journal of Project Management*, 39(1), 10-20.
- Mao, A. T., & Woolley, A. W. (2016). Teamwork in health care: maximizing collective intelligence via inclusive collaboration and open communication. *AMA journal of ethics*, 18(9), 933-940.
- Martela, F. (2019). What makes self-managing organizations novel? Comparing how Weberian bureaucracy, Mintzberg's adhocracy, and self-organizing solve six fundamental problems of organizing. *Journal of Organization Design*, 8(1), 1-23.
- Martela, F., & Kostamo, T. (2017). *Adaptive self-organizing: The necessity of intrinsic motivation and self-determination*. New York: Routledge.
- Martin, J., McCormack, B., Fitzsimons, D., & Spirig, R. (2014). The importance of inspiring a shared vision. *International Practice Development Journal*, 4(2).
- Maynard, M. T., Kennedy, D. M., & Sommer, S. A. (2015). Team adaptation: A fifteen-year synthesis (1998–2013) and framework for how this literature needs to “adapt” going forward. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(5), 652-677.
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb, E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of advanced nursing*, 71(9), .

- Mckinsey. (13 de 04 de 2022). *The Journey to an Agile Organization*. Obtido de <https://www.mckinsey.com/business-functions/people-and-organizational-performance/our-insights/the-journey-to-an-agile-organization>
- Mergel, I., Ganapati, S., & Whitford, A. (2021). Agile: A new way of governing. *Public Administration Review*, 81(1), 161-165.
- Millikin, J. P., Hom, P. W., & Manz, C. C. (2010). Self-management competencies in self-managing teams: Their impact on multi-team system productivity. *The leadership quarterly*, 21(5), 687-702.
- Moe, N., Aurum, A., & Dyba, T. (2012). Challenges of shared decision-making: A multiple case study of agile software development. *Inform Softw Technol*, 54(8):853–865.
- Moe, N., Dingsøy, T., & Dyba, T. (2009). Overcoming barriers to self-management in software teams. *IEEE Software* , 26(6):20–26.
- Mohammadi, M., Nikpour, A., & Chamanifard, R. (2015). The relationship between organizational agility and employee's productivity (Case study: Ministry of youth affairs and sports, Iran). In *Fourth International Conference IT in Education. Research and Business-ITERB*.
- Monsen, A., & de Blok, J. (2018). Buurtzorg: Nurse-led community care. *Creative Nursing*, 24, 112–117.
- Monsen, K., & deBlok, J. (2013). Buurtzorg Nederland. *The American Journal of Nursing*, 113(8), 55–59.
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ open*, 8(8), e022202.
- Nafei, W. A. (2016). Organizational agility: The key to organizational success. *International Journal of Business and Management*, 11(5), 296-309.
- Nandram, S., & Koster, N. (2014). Organizational innovation and integratedcare: Lessons from Buurtzorg. *Journal of Integrated Care*, 22(4),174–184.

- Naslund, D., & Kale, R. (2020). Is agile the latest management fad? A review of success factors of agile transformations. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 12(4), 489-504.
- Nazneen, A., Mann, P., & Mishra, S. (2018). Impact of human resource management practices on job satisfaction among the employees of private banks. *British Journal of Economics*, 15, 1.
- Newman, A., Neesham, C., Manville, G., & Tse, H. (2018). Examining the influence of servant and entrepreneurial leadership on the work outcomes of employees in social enterprises. *The international journal of human resource management*, 29(20), 2905-292.
- Norful, A. A. (2018). Nurse practitioner–physician comanagement: a theoretical model to alleviate primary care strain. *The Annals of Family Medicine*, 16(3), 250-256.
- O’Leary, D. F. (2016). Exploring the importance of team psychological safety in the development of two interprofessional teams. *Journal of interprofessional care*, 30(1), 29-34.
- O’Leary, K. J., Thompson, J. A., Landler, M. P., Kulkarni, N., Haviley, C., Hahn, K., & Williams, M. V. (2010). Patterns of nurse–physician communication and agreement on the plan of care. *BMJ Quality & Safety*, 19(3), 195-199.
- Onwujekwe, G., & Weistroffer, H. (2018). Agile development in bureaucratic environments: A literature review. In *European, Mediterranean, and Middle Eastern Conference on Information Systems* (pp. pp. 316-330). Cham: Springer.
- Patri, R., & Suresh, M. (2017). Modelling the enablers of agile performance in healthcare organization: a TISM approach. *Glob J Flex Syst Manag*, 18(3):251–272.
- Pazos, P., Zhou, Z., & Magpili, N. (2017). Developing critical collaboration skills in project based courses.
- Perlak, J. (2019). Characteristics of self-organizing teams in agile project management: A case study. *Acta Universitatis Nicolai Copernici. Zarządzanie*, 46(1), 19-27.
- Pipe, T. B., Buchda, V. L., Launder, S., Hudak, B., Hulvey, L., & Karns, K. (2012). Building personal and professional resources of resilience and agility in the healthcare workplace. *Stress and Health*, 28(1), 11–22.

- Poksinska, B. (2010). The current state of Lean implementation in healthcare: literature review. *Quality Management in Health Care*, 19(4):319–29.
- Poth, A., Kottke, M., & Riel, A. (2020). Evaluation of agile team work quality. Em *International Conference on Agile Software Development* (pp. pp. 101-110). Cham: Springer.
- Powell, A. W., & Pazos, P. (2017). Building high-performing autonomous teams in complex manufacturing settings: A naturalistic research approach. *Engineering management journal*, 29(3), 206-219.
- Project Management Institute. (2017). *Agile Practice Guide*. Pennsylvania: Project Management Institute.
- Puranam, P., & Håkansson, D. (2015). Valve’s way. *J Organ Des*, 4:2–4.
- Puranam, P., Alexy, O., & Reitzig, M. (2014). What’s “new” about new forms of organizing? . *Acad Manage Rev*, 39:162–180.
- Putnik, G., & Putnik, Z. (2012). Lean vs agile in the context of complexity management in organizations. *The Learning Organization*, Vol. 19 No. 3, pp. 248-266.
- Putta, A., Paasivaara, M., & Lassenius, C. (2018). Benefits and challenges of adopting the scaled agile framework (SAFe): preliminary results from a multivocal literature review. *International Conference on Product-Focused Software Process Improvement* (pp. 334-351). Cham: Springer.
- Quinteiro, P. M., Passos, A., & Curral, L. (2016). Thought self-leadership and effectiveness in self-management teams. *Leadership*, 12(1), 110-126.
- Rahimnia, F., & Moghadasian, M. (2010). Supply chain leagility in professional services: how to apply decoupling point concept in healthcare delivery system. *Supply Chain Management: An International Journal*.
- Rani, P. U. (2019). A flat organization model for agile workforce with reference to holacracy. *International Journal of Recent Technology and Engineering*, 8(2S8), 1525-1527.
- Rapp, T., Gilson, L., Mathieu, J., & Ruddy, T. (2015). Leading empowered teams: An examination of the role of external team leaders and team coaches. *The Leadership Quarterly*, 27, 109-123.

- Reingold, J. (2016). The zappos experiment. *Fortune*, 173(4), 206-214.
- Renkema, M., Bondarouk, T., & Bos-Nehles, A. (2018). Transformation to self-managing teams: lessons learned. *Strategic HR Review*, Vol. 14, pp. 81-84.
- Rigby, D., Sutherland, J., & Noble, A. (2018). Agile at scale. *Harvard Business Review*, 96(3), 88-96.
- Röthlin, F. (2013). Managerial strategies to reorient hospitals towards health promotion: lessons from organisational theory. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 27 No. 6, pp. 747-761.
- Salameh, A., & Bass, J. (2018). *Influential factors of aligning Spotify squads in mission-critical and offshore projects—a longitudinal embedded case study*. Cham: Product-Focused Software Process Improvement.
- Salas, E., Stagl, K. C., Burke, C., & Goodwin, G. (2007). Fostering team effectiveness in organizations: toward an integrative theoretical framework.
- Sangaletti, C., Schweitzer, M., Peduzzi, M., Zoboli, E., & Soares, C. (2017). Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBIR Database System Rev Implement Rep.*, 15(11):2723–2788.
- Saúde, M. d. (30 de 09 de 2022). Obtido de Profissionais de Saúde: <https://diretiva.min-saude.pt/profissionais-de-saude/>
- Schell, S., & Bischof, N. (2022). Change the way of working. Ways into self-organization with the use of Holacracy: An empirical investigation. *European Management Review*, 19(1), 123-137.
- Schmutz, J. B., Meier, L. L., & Manser, T. (2019). How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 9(9), e028280.
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of interprofessional care*, 34(3), 332-342.

- Sendjaya, S., Sarros, J. C., & Santora, J. C. (2008). Defining and measuring servant leadership behaviour in organizations. *Journal of Management studies*, 45(2), 402-424.
- Sherehiy, B., Karwowski, W., & Layer, J. (2007). A review of enterprise agility: concepts, frameworks, and attributes. *Int J Ind Ergon*, 37(5):445–460.
- Sindhwani, R., & Malhotra, V. (2015). Lean and agile manufacturing system barriers. *Int J Adv Res Innov*, 3(1):110–112.
- Sindhwani, R., Singh, P., Iqbal, A., Prajapati, D., & Mittal, V. (2019). Modeling and analysis of factors influencing agility in healthcare organizations: an ISM approach. *Em In Advances in Industrial and Production Engineering* (pp. pp. 683-696). Singapore: Springer.
- Sithambaram, J., Nasir, M., & Ahmad, R. (2021). Issues and challenges impacting the successful management of agile hybrid projects: A grounded theory approach. *International Journal of Project Management*, Vol. 39, pp. 474–495.
- Smets, P. (2014). *The transition towards selfmanaging teams in health-care sector*. Tilburg University.
- Sommer, A. F. (2019). Agile Transformation at LEGO Group. *Research-Technology Management*, 62(5), 20–29.
- Song, C., Park, K. R., & Kang, S. W. (2015). Servant leadership and team performance: The mediating role of knowledge-sharing climate. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 43(10), 1749-1760.
- Spiegler, S. V., Heinecke, C., & Wagner, S. (2021). An empirical study on changing leadership in agile teams. *Empirical Software Engineering*, 26(3), 1-35.
- Srivastava, P., & Jain, S. (2017). A leadership framework for distributed self-organized scrum teams. *Team Perform Manag: An Int J*, 23(5/6):293–314.
- Stadler, M., Vallon, R., Pazderka, M., & Grechenig, T. (2019). Agile distributed software development in nine central European teams: Challenges, benefits, and recommendations. *International Journal of Computer Science & Information Technology (IJCSIT)*, Vol, 11.

- Taherdoost, H. (2019). What is the best response scale for survey and questionnaire design; review of different lengths of rating scale/attitude scale/Likert scale. *Hamed Taherdoost*, 1-10.
- Tan, T. C., Zhou, H., & Kelly, M. (2017). Nurse–physician communication—An integrated review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 3974-3989.
- Teisberg, E., Wallace, S., & O’Hara, S. (2020). Defining and implementing value-based health care: a strategic framework. *Academic Medicine*, 95(5), 682.
- Thursfield, D. (2015). Resistance to teamworking in a UK research and development laboratory. *Work, Employment and Society*, 29, 989-1006.
- Tiejun, W., Wenjun, W., Xin, B., & Dianzhi, L. (2013). Mediating Effect of Team Trust Between Team Conflict and Team Effectiveness in Self-management Teams. *Journal of Applied Sciences*, 13(9), 1–5.
- Tolf, S., Nyström, M. E., Tishelman, C., & Brommels, M. &. (2015). Agile, a guiding principle for health care improvement? *International journal of health care quality assurance*.
- Towill, D., & Christopher, M. (2005). An evolutionary approach to the architecture of effective healthcare delivery systems. *J Health Organ Manag*, 19(2):130–147.
- Tsang, S., Royse, C. F., & Terkawi, A. S. (2017). Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. *Saudi journal of anaesthesia*, 11(5), 80.
- Turner, C. J., Haas, B., Lee, C., Brar, S., Detsky, M. E., & Munshi, L. (2018). Improving communication between surgery and critical care teams: beyond the handover. *American Journal of Critical Care*, 27(5), 392-397.
- Vaishnavi, V., & Suresh, M. (2020). Assessing the readiness level of healthcare for implementing agility using fuzzy logic approach. *Global Journal of Flexible Systems Management*, 21(2), 163-189.
- van der Sluijs, A., van Slobbe-Bijlsma, E., Chick, S., Vroom, M., Dongelmans, D., & Vlaar, A. P. (2017). The impact of changes in intensive care organization on patient outcome and cost-effectiveness—a narrative review. *Journal of intensive care*, 5(1), 1-8.

- Van Dierendonck, D., & Nuijten, I. (2011). The servant leadership survey: Development and validation of a multidimensional measure. *Journal of business and psychology*, 26(3), 249-267.
- Vázquez-Bustelo, D. A. (2007). Agility drivers, enablers and outcomes: empirical test of an integrated agile manufacturing model. *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 27 No. 12, pp. 1303-1332.
- Vinodh, S., Kumar, V., & Girubha, R. (2012). Thirty-criteria-based agility assessment: a case study in an Indian pump manufacturing organisation. *The International Journal of Advanced Manufacturing Technology*, 63(9), 915-929.
- Walocha, E., Tomaszewski, K., Wilczek-Rużyczka, E., & Walocha, J. (2013). Empathy and burnout among physicians of different specialities. *Folia Medica Cracoviensia*, 53(2).
- Weerheim, W., Van Rossum, L., & Ten Have, W. D. (2019). Successful implementation of self-managing teams. *Leadership in Health Services*, 32(1), 113-128.
- Wei, H., C. R., Ray, J., & Wei, T. L. (2020). A culture of caring: the essence of healthcare interprofessional collaboration. *Journal of interprofessional care*, 34(3), 324-331.
- Werder, K., Richter, J., Hennel, P., Dreesen, T., Fischer, M., & Weingarth, J. (2021). A Three-pronged View on Organizational Agility. *IT Professional*, 23(2), 89-95.
- Wheelan, S. (2005). *Group Processes: A Developmental Perspective*. Boston: Pearson Education.
- Wilson, T., Holt, T., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity and clinical care. *Bmj*, 685-688.
- Yang, S., & Guy, M. (2011). The effectiveness of self-managed work teams in government organizations. *Journal of Business and Psychology*, 26, 531-541.
- Yeatts, D., Cready, C., Ray, B., DeWitt, A., & Queen, C. (2004). Self-Managed Work Teams in Nursing Homes: Implementing and Empowering Nurse Aide Teams. *The Gerontologist*, Volume 44, Issue 2, Pages 256–261.
- Zayat, W., & Senvar, O. (2020). Framework study for agile software development via scrum and Kanban. *International journal of innovation and technology management*, 17(04).

Anexos

Anexo I – Agile Manifesto

O *agile manifesto* é constituído por 4 valores e 12 princípios, que servem de base a todas as decisões que devem ser tomadas pelas equipas autogeridas (Agile Manifesto, 2001). São de seguida apresentados os 12 princípios presentes no *agile manifesto*:

1. *Our highest priority is to satisfy the customer through early and continuous delivery of valuable software.*
2. *Welcome changing requirements, even late in development. Agile processes harness change for the customer's competitive advantage.*
3. *Deliver working software frequently, from a couple of weeks to a couple of months, with a preference to the shorter timescale.*
4. *Business people and developers must work together daily throughout the project.*
5. *Build projects around motivated individuals.*
6. *Give them the environment and support they need and trust them to get the job done.*
7. *The most efficient and effective method of conveying information to and within a development team is face-to-face conversation.*
8. *Working software is the primary measure of progress. Agile processes promote sustainable development. The sponsors, developers, and users should be able to maintain a constant pace indefinitely.*
9. *Continuous attention to technical excellence and good design enhances agility.*
10. *Simplicity (the art of maximizing the amount of work not done) is essential.*
11. *The best architectures, requirements, and designs emerge from self-organizing teams.*
12. *At regular intervals, the team reflects on how to become more effective, then tunes and adjusts its behavior accordingly.*

Anexo II – Categorias de profissionais de saúde em Portugal (Saúde, 2022)

Em Portugal, são considerados profissionais de saúde as seguintes categorias profissionais, que têm uma ordem devidamente estabelecida:

- Enfermeiros;
- Farmacêuticos;
- Médicos;
- Médicos Dentistas;
- Nutricionistas;
- Psicólogos.

Estas profissões desenvolvem-se em complementaridade funcional com os restantes grupos de profissionais da saúde, com igual dignidade e autonomia técnica de exercício profissional. As profissões das áreas de diagnóstico e terapêutica regulamentadas são as seguintes (Saúde, 2022):

- Técnico de análises clínicas e de saúde pública
- Técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica
- Técnico de audiologia
- Técnico de cardiopneumologia
- Técnico de farmácia
- Fisioterapeuta
- Higienista oral
- Técnico de medicina nuclear
- Técnico de neurofisiologia
- Ortopista
- Ortoprotésico
- Técnico de prótese dentária
- Técnico de radiologia
- Técnico de radioterapia
- Terapeuta da fala
- Terapeuta ocupacional
- Técnico de saúde ambiental.

Anexo III – Questionário utilizado para a avaliação da percepção de eficácia relativamente aos processos e resultados na prestação de cuidados de saúde (Kilpatrick, Paquette, Bird, Carter, & Tchouaket, 2019).

Categoria da resposta	Questão realizada	
Tarefas definidas	As responsabilidades dos membros da equipa estão bem definidas.	
Tarefas definidas	Estou feliz pela forma como o trabalho está dividido pelos membros da equipa de prestação de cuidados de saúde	
Limites de responsabilidade	Eu confio nos outros elementos da minha equipa.	
Reuniões de equipa	A equipa de prestação de cuidados de saúde realiza reuniões com a frequência necessária para resolver problemas complexos que vão surgindo	
Reuniões de equipa	São agendadas reuniões entre as várias equipas de profissionais de saúde para planear a prestação de cuidados de saúde aos doentes.	
Crença acerca da eficácia da equipa	A minha equipa é eficaz a providenciar cuidados de saúde	Processos da equipa
Tomada de decisão	Os membros da equipa partilham informações relevantes com os doentes para que sejam informados das decisões relacionados com o seu tratamento.	
Tomada de decisão	As minhas ideias, informações e observações são utilizadas para resolver os casos clínicos dos doentes.	
Comunicação	O plano de tratamento do doente e respetivos objetivos estão claramente detalhados nos relatórios médicos do doente.	
Comunicação	O historial clínico do doente é atualizado consoante o necessário.	
Comunicação	O fluxo de informação entre os membros da equipa, os pacientes e os familiares é limitado	
Coordenação	A equipa de prestação de cuidados de saúde ajusta os tratamentos tendo em conta as alterações das condições do doente	
Coordenação	Os cuidados de saúde prestados pela equipa estão bem organizados.	
Coesão	Os membros da equipa trabalham em conjunto para resolverem os casos clínicos dos doentes.	
Resolução de problemas	Os conflitos entre os membros das equipas são resolvidos de forma justa.	
Resolução de problemas	As diferenças de opinião entre os membros da equipa são respeitadas.	
Foco na família e no doente	Eu tenho um papel a desempenhar na minha equipa.	
Foco na família e no doente	As minhas contribuições são valorizadas pela minha equipa de prestação de cuidados de saúde	
Foco na família e no doente	Trabalhar com os familiares com o objetivo de resolver o caso clínico do doente, não faz parte do propósito da equipa.	

Anexo IV – Questionário aplicado no presente estudo para avaliar a pertinência dos comportamentos associados a equipas autogeridas

Comportamentos	Categoria
Quando existe uma elevada procura por cuidados de saúde, a equipa consegue adaptar-se facilmente a esta mudança.	Adaptabilidade
Quando um colega falta ao seu turno, a equipa é capaz de se reestruturar de forma a realizar uma correta prestação de cuidados de saúde aos doentes.	Adaptabilidade
Quando se evidencia uma escassez de recursos materiais, a equipa é capaz de adaptar o tratamento a realizar aos doentes, de forma a prestar cuidados de saúde eficazmente.	Adaptabilidade
Quando é necessário realizar um procedimento mais complexo, é solicitado apoio a profissionais de saúde com uma maior experiência neste procedimento em específico, para garantir a correta prestação de cuidados de saúde ao doente.	Processos centrados no doente
Nas tarefas desempenhadas pela equipa, são tidos em conta todos os elementos envolvidos no processo, por exemplo: o doente, os familiares e as equipas de saúde.	Processos centrados no doente
Caso o doente necessite de um tratamento urgente, os profissionais de saúde disponibilizam-se a realizar horas extra para garantir a prestação de cuidados de saúde ao doente.	Processos centrados no doente
Os elementos da equipa procuram melhorar as suas competências de forma contínua, por exemplo, através da realização de formações e participação em congressos.	Melhoria contínua
A equipa reúne-se pelo menos uma vez por mês para rever as soluções dadas aos casos mais difíceis e discute quais foram as principais aprendizagens.	Melhoria contínua
A equipa reúne-se pelo menos uma vez por mês com o objetivo de discutir e implementar novas soluções para uma prestação de cuidados de saúde mais eficaz.	Melhoria contínua

Quando surge um caso mais complexo, toda a equipa se sente responsável na realização das respetivas tarefas para garantir uma correta prestação de cuidados de saúde.	Responsabilidade partilhada
Quando um doente está a ser atendido, toda a equipa se sente responsável por desempenhar um bom trabalho.	Responsabilidade partilhada
As tarefas a serem realizadas no atendimento ao doente são distribuídas pelos elementos da equipa.	Responsabilidade partilhada

Anexo V – Valores obtidos para o teste de normalidade às principais variáveis presentes no estudo.

Testes de Normalidade Shapiro-Wilk		
Características	Estatística	Sig.
Adaptabilidade	0.90	<,001
Processos centrados no doente	0.90	<,001
Melhoria Contínua	0.94	<,001
Responsabilidade partilhada	0.96	0.003

Testes de Normalidade Shapiro-Wilk		
Características	Estatística	Sig.
Tarefas definidas	,939	<,001
Limites de responsabilidade	,869	<,001
Reuniões de equipa	,940	<,001
Crença acerca da eficácia da equipa	,824	<,001
Tomada de decisão	,948	,001
Comunicação	,975	,081
Coordenação	,880	<,001
Coesão	,872	<,001
Resolução de problemas	,928	<,001
Foco na família e no doente	,909	<,001
Processos da equipa	,987	,534

Anexo VI – Principais resultados das questões relacionadas com a perceção de comportamentos característicos de equipas autogeridas



Questão com respetivos valores médios	Enfermeiro/a	Médico/a	Total
Quando existe uma elevada procura por cuidados de saúde, a equipa consegue adaptar-se facilmente a esta mudança.	4.34	4.00	4.22
Quando se evidencia uma escassez de recursos materiais, a equipa é capaz de adaptar o tratamento a realizar aos doentes, de forma a prestar cuidados de saúde eficazmente.	4.53	3.97	4.33
Quando um colega falta ao seu turno, a equipa é capaz de se reestruturar de forma a realizar uma correta prestação de cuidados de saúde aos doentes.	4.68	4.19	4.51
Quando é necessário realizar um procedimento mais complexo, é solicitado apoio a profissionais de saúde com uma maior experiência neste procedimento em específico, para garantir a correta prestação de cuidados de saúde ao doente.	5.05	5.00	5.03
Nas tarefas desempenhadas pela equipa, são tidos em conta todos os elementos envolvidos no processo, por exemplo: o doente, os familiares e as equipas de saúde.	4.51	3.44	4.13
Caso o doente necessite de um tratamento urgente, os profissionais de saúde disponibilizam-se a realizar horas extra para garantir a prestação de cuidados de saúde ao doente.	4.36	4.38	4.36
Os elementos da equipa procuram melhorar as suas competências de forma contínua, por exemplo, através da realização de formações e participação em congressos.	4.63	4.69	4.65
A equipa reúne-se pelo menos uma vez por mês para rever as soluções dadas aos casos mais difíceis e discute quais foram as principais aprendizagens.	2.97	2.94	2.96
A equipa reúne-se pelo menos uma vez por mês, com o objetivo de discutir e implementar novas soluções para uma prestação de cuidados de saúde mais eficaz.	3.12	3.09	3.11
Quando surge um caso mais complexo, toda a equipa se sente responsável na realização das respetivas tarefas para garantir uma correta prestação de cuidados de saúde.	4.71	4.28	4.56
Quando um doente está a ser atendido, toda a equipa se sente responsável por desempenhar um bom trabalho.	4.92	4.31	4.70
As tarefas a serem realizadas no atendimento ao doente são distribuídas pelos elementos da equipa.	4.85	4.53	4.74