



ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
DE LISBOA



POLITÉCNICO
DE LISBOA

POLYTECHNIC
UNIVERSITY
OF LISBON



UAlg **ESS**
UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LISBOA

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública em Portugal

SARA LISETE RODRIGUES DA SILVA

Orientadores: Professor Doutor Ezequiel Pinto (Escola Superior de Saúde do Algarve)

Professora Dra. Célia Ferreira (Escola Superior de Tecnologia da Saúde
de Coimbra e Unidade Local de Saúde de Coimbra)

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2025

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LISBOA

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública em Portugal

SARA LISETE RODRIGUES DA SILVA

Orientadores: Professor Doutor Ezequiel Pinto (Escola Superior de Saúde do Algarve)

Professora Dra. Célia Ferreira (Escola Superior de Tecnologia da Saúde
de Coimbra e Unidade Local de Saúde de Coimbra)

Júri:

Presidente: Doutor Rui Plácido Raposo (Escola Superior de Saúde do Algarve)

Arguente: Doutor Pedro Filipe Fialho (Universidade da Maia)

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

(esta versão incluiu as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2025

Direitos de cópia

Autorizo a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa do Instituto Politécnico de Lisboa e a Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve o direito de arquivar e publicar a presente dissertação e de a divulgar em repositórios científicos para fins educacionais ou de pesquisa não comerciais, desde que sejam atribuídos créditos ao autor e ao editor.

Copyright© 2025 Sara Lisete Rodrigues da Silva

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública
em Portugal

Nunca deixes de fazer muito por achares que estás a fazer pouco

Agradecimentos

A realização desta tese não teria sido possível sem o apoio, o incentivo e o contributo de várias pessoas.

Ao meu orientador, Professor Doutor Ezequiel Pinto, agradeço pela orientação científica rigorosa, pelas opiniões construtivas, pela disponibilidade e incentivo constantes, bem como pela valorização, dedicação e confiança depositadas no meu trabalho.

À minha orientadora, Professora Dra. Célia Ferreira, agradeço a orientação, a disponibilidade, as sugestões construtivas, a atenção ao pormenor e a sua dedicação a este trabalho.

A todos os profissionais que aceitaram participar no estudo, o meu sincero agradecimento – sem a vossa contribuição, este projeto não teria sido possível. Uma palavra de agradecimento especial para os meus colegas de trabalho, que me permitiram aproveitar todos os momentos possíveis para me dedicar a este trabalho.

Agradeço à minha colega e amiga Milene, por toda a sabedoria e conhecimento que partilhou comigo e cujas sugestões foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

À minha família e aos meus amigos, que são a minha maior claue, agradeço por todo o apoio e encorajamento.

Ao Pedro, pela paciência, apoio e amor demonstrados ao longo deste percurso.

Por fim, mas não menos importante, à minha mãe, que sempre me proporcionou tudo o que estava ao seu alcance para que eu pudesse alcançar os meus objetivos e abraçar novos desafios.

A todos,

O meu mais sincero e profundo agradecimento.

Resumo

O Trabalho em Equipa (TE) é determinante na qualidade dos cuidados de saúde, associando-se a benefícios tais como a redução da carga de trabalho, melhor desempenho e satisfação profissional. Assume particular relevância entre os Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública (TACSP), cujo papel é central no diagnóstico e monitorização de condições de saúde. O presente trabalho teve como objetivo avaliar e caracterizar a perceção dos TACSP acerca do TE.

Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo e transversal, com aplicação de um questionário, baseado no *TeamSTEPPS Teamwork Perceptions Questionnaire*, a todos os TACSP de Portugal, que recolheu 401 respostas.

A amostra foi predominantemente do sexo feminino (89%), com média de 39,5 anos de idade e 16,4 anos de experiência profissional. A maioria possui licenciatura (74,6%) e vínculo efetivo (79,6%). Verificou-se uma associação significativa entre a perceção do TE e o número de elementos, estabilidade da equipa e exercício de funções de chefia, o que reforça a importância da organização interna na dinâmica colaborativa. Identificou-se a ausência de reuniões regulares (inexistentes para 32,4% dos TACSP), escassez de comunicação aberta (inexistente para 11,7%) e existência de uma cultura punitiva do erro (frequente a sempre para 27,7%). A idade e a experiência profissional associaram-se à implementação de práticas específicas, como a antecipação de necessidades, evidenciando o papel da maturidade profissional no funcionamento da equipa. Os TACSP com formação mais avançada demonstraram uma perceção mais crítica relativamente à gestão de recursos e dinâmica relacional, o que poderá refletir uma maior exigência e uma visão mais analítica sobre o funcionamento da equipa.

Os resultados apontam para a necessidade de implementar medidas centradas na comunicação, liderança participativa e numa cultura não punitiva, de modo a potenciar o funcionamento das equipas.

Palavras-chave: Trabalho em Equipa; Perceção; Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública; Saúde

Abstract

Teamwork (TW) plays a crucial role in the quality of healthcare, being associated with benefits such as reduced workload, improved performance and professional satisfaction. It is particularly relevant among Biomedical Laboratory Scientist's (BLS's), whose role is central to the diagnosis and monitoring of health conditions. This study aimed to assess and characterise the perceptions of BLS's regarding TW.

A quantitative, descriptive, and cross-sectional study was conducted using a questionnaire based on the TeamSTEPPS Teamwork Perceptions Questionnaire, administered to all BLS's in Portugal, yielding a total of 401 responses.

The sample was predominantly female (89%), with a mean age of 39.5 years and an average of 16.4 years of professional experience. Most participants held a bachelor's degree (74.6%) and a permanent employment contract (79.6%). A significant association was found between perceptions of TW and factors such as team size, team stability, and holding a leadership position, underscoring the importance of internal organisation in collaborative dynamics. The study identified the absence of regular meetings (absent for 32.4% of BLS's), lack of open communication (absent for 11.7%), and the presence of a punitive error culture (frequent to always for 27.7%). Age and professional experience were associated with the implementation of specific practices, like anticipation of team needs, highlighting the role of professional maturity in team functioning. BLS's with more advanced qualifications demonstrated a more critical perception of resource management and relational dynamics, potentially reflecting greater expectations and a more analytical view of team functioning.

The findings highlight the need to implement strategies focused on communication, participatory leadership, and a non-punitive culture to enhance team performance.

Keywords: Teamwork; Perception; Biomedical Laboratory Scientist's; Healthcare

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública
em Portugal

ÍNDICE GERAL

1. Introdução	1
1.1 Apresentação e justificação da escolha do tema	1
1.2 Objetivos.....	3
1.3 Organização estrutural da dissertação.....	4
2. Enquadramento Teórico	5
2.1 Trabalho em Equipa	5
2.1.1 Trabalho em Equipa na Saúde.....	6
2.1.2 Modelos de Trabalho em Equipa	7
2.1.2.1 Crew Resource Management	7
2.1.2.2 Modelo dos Três Elementos de Katzenbach e Smith.....	8
2.1.2.3 Modelo de Hackman.....	9
2.1.2.4 Modelo de Lencioni	10
2.1.3 Etapas de desenvolvimento de equipas.....	11
2.1.4 Elementos essenciais para o sucesso do Trabalho em Equipa	12
2.1.5 Vantagens do Trabalho em Equipa	13
2.1.6 Principais obstáculos ao Trabalho em Equipa e como superar	14
2.1.7 Trabalho em Equipa e Eficácia da Equipa.....	16
2.1.8 Aplicação do Trabalho em Equipa.....	16
2.2 O Trabalho em Equipa na saúde em Portugal	17
2.3 O profissional Técnico de Análises Clínicas e Saúde Pública.....	18
3. Metodologia	19
3.1 Tipo de Estudo	19
3.2 População-alvo e amostra	19
3.3 Instrumento de recolha de dados	20
3.4 Variáveis em estudo.....	23
3.5 Procedimentos para análise Estatística de Dados	23
3.6 Considerações Éticas e de Confidencialidade	26

4. Resultados	27
4.1 Caracterização da amostra.....	27
4.2 Análise psicométrica do instrumento de recolha de dados	31
4.3 Perceção sobre o Trabalho em Equipa.....	33
4.3.1 Perceção global dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública relativamente a cada uma das dimensões	33
4.3.2 Relação entre a perceção do Trabalho em Equipa e a variável género	34
4.3.3 Relação entre a perceção do Trabalho em Equipa e as variáveis idade e tempo de experiência profissional.....	34
4.3.4 Relação entre a perceção do Trabalho em Equipa e a variável grau académico 35	
4.3.5 Relação entre a perceção do Trabalho em Equipa e as variáveis local de trabalho, vínculo laboral e carga horária semanal.....	37
4.3.6 Relação entre a perceção do Trabalho em Equipa e a variável função de chefia.....	37
4.3.7 Relação entre a perceção do Trabalho em Equipa e a variável número de elementos por equipa	38
4.3.8 Relação entre a perceção do Trabalho em Equipa e a variável Suficiência do número de Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública.....	38
4.3.9 Relação entre a perceção do Trabalho em Equipa e a variável estabilidade da equipa.....	38
4.4 Atitudes e Práticas organizacionais nas equipas de Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública	39
4.4.1 Frequência de práticas organizacionais influenciadoras do Trabalho em Equipa	39
4.4.2 Preferências dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública quanto a estratégias de colaboração no local de trabalho	40
4.4.3 Medidas sugeridas pelos participantes para otimizar o Trabalho em Equipa 41	
5. Discussão	44

5.1 Discussão de resultados	44
5.2 Limitações do estudo	56
6. Conclusão.....	57
7. Referências Bibliográficas	59
Anexos.....	65
Anexo 1 – Questionário utilizado no estudo.....	65
Anexo 2 - Autorização para o uso do questionário da Dra. Vanessa Carrilho.....	72
Anexo 3 - Correspondência dos objetivos às questões aplicadas e justificação das questões adicionadas.....	73
Anexo 4 – Caracterização das variáveis em estudo e respetiva escala.....	75
Anexo 5 – Aprovação pelo CE-ESTeSL para a realização do projeto.....	76
Anexo 6 – Resultados da Análise fatorial confirmatória	77
Anexo 7 – Caracterização global dos inquiridos quanto à perceção sobre o Trabalho em Equipa.....	78
Anexo 8 – Associação entre as perguntas do questionário e as variáveis idade e tempo de experiência profissional	79
Anexo 9 - Associação entre as perguntas do questionário e a variável grau académico.....	81
Anexo 10 – Associação entre as perguntas do questionário e a variável funções de chefia	83
Anexo 11 – Comparação entre as perceções sobre o Trabalho em Equipa, consoante o número de Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública, após teste de <i>Dunn</i> com ajuste de <i>Bonferroni</i>	84
Anexo 12 – Associação entre as perguntas do questionário e a variável Suficiência do número de Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública	85
Anexo 13 - Comparação entre as perceções sobre o Trabalho em Equipa, consoante a rotatividade/ estabilidade dentro das equipas após teste de <i>Dunn</i> com ajuste de <i>Bonferroni</i>	86

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública
em Portugal

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 4.1 – Caracterização da amostra por idade e tempo de experiência profissional.....	27
Tabela 4.2 – Caracterização da amostra quanto à perceção sobre a estabilidade da equipa.....	30
Tabela 4.3 – Análise da consistência interna das dimensões do T-TPQ	31
Tabela 4.4 – Diferenças entre géneros nas perceções sobre o Trabalho em Equipa..	34
Tabela 4.5 – Associação entre as dimensões do questionário e as variáveis idade e tempo de experiência profissional.....	35
Tabela 4.6 – Associação entre as dimensões do questionário e a variável grau académico.....	35
Tabela 4.7 – Análise de comparação após aplicação do teste de <i>Dunn</i> com ajuste de <i>Bonferroni</i>	37
Tabela 4.8 – Caracterização dos inquiridos quanto à frequência de situações que podem influenciar o Trabalho em Equipa.....	40
Tabela 4.9 – Elementos essenciais ao Trabalho em Equipa, sugeridos pelos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública.....	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 – Modelo dos Três Elementos para de Katzenbach e Smith.....	9
Figura 2.2 – Modelo de Hackman.....	10
Figura 2.3 – Modelo de Lencioni.....	11
Figura 2.4 – Etapas na formação e desenvolvimento de equipas.....	12
Figura 2.5 – Pontos-chave para aplicação do Trabalho em Equipa.....	17

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1 – Caracterização da amostra por género.....	27
Gráfico 4.2 – Distribuição da amostra (em percentagem) consoante o tempo (em anos) de experiência profissional.....	28

Gráfico 4.3 – Caracterização da amostra por grau académico.....	28
Gráfico 4.4 – Caracterização da amostra por local de trabalho (zona geográfica).....	28
Gráfico 4.5 – Caracterização da amostra quanto à função de chefia.....	29
Gráfico 4.6 – Caracterização da amostra quanto à condição contratual.....	29
Gráfico 4.7 – Caracterização da amostra quanto ao número de elementos na equipa.....	30
Gráfico 4.8 – Caracterização da amostra quanto à suficiência de TACSP.....	30
Gráfico 4.9 – Perceção dos TACSP quanto às práticas que consideram mais relevantes.....	40

Lista de siglas e abreviaturas

AFC: Análise Fatorial Confirmatória

CFI: Índice de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index*)

CRM: *Crew Resource Management*

EE: Estrutura da equipa

IOM: *Institute of Medicine*

MGATS: Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

MS: Monitorização da Situação

OMS: Organização Mundial de Saúde

RH: Recursos Humanos

RMSEA: Erro Quadrático Médio da Aproximação

SD: Segurança do Doente

SM: Suporte Mútuo

SRMR: Resíduo Quadrático Médio Padronizado

TACSP: Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública

TE: Trabalho em Equipa

TeamSTEPPS: *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety*

TLI: Índice de *Tucker-Lewis*

TSDT: Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica

T-TPQ: *TeamSTEPPS Teamwork Perceptions Questionnaire*

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação e justificação da escolha do tema

Atualmente os termos "equipa" e "trabalho em equipa" (TE) são amplamente utilizados nas organizações, sendo comum o incentivo para que todos, desde os mais novos aos mais experientes, atuem como *team players* e contribuam para o "bem da equipa" (Gatenby, 2008). As equipas constituem uma componente fundamental das organizações e da sociedade em geral. A sua presença revela-se indispensável em múltiplos contextos da vida quotidiana, como hospitalares, estabelecimentos de ensino, aviação, centrais nucleares, plataformas petrolíferas, forças armadas e ambientes corporativos (Salas et al., 2018).

Na área da saúde, a literatura sugere que a coordenação e prestação de cuidados seguros e de elevada qualidade exige um TE fiável e uma colaboração eficaz (Rosen et al., 2018). A discussão sobre a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente (SD) tem sido prolífica, especialmente após a publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System* pelo *Institute of Medicine* (IOM) (Kohn et al., 2000). Este relatório enalteceu a capacidade dos profissionais de saúde trabalharem de forma eficiente em equipa, como um dos fatores críticos para garantir a SD. No entanto, a área da saúde ainda carece de coordenação estruturada entre os diversos profissionais, de forma a assegurar uma comunicação eficaz e suporte mútuo (American Institutes for Research, 2010; OMS, 2014).

Em resposta ao relatório do IOM, a *Agency for Healthcare Research and Quality* e o *Department of Defense* incentivaram a investigação e promoveram iniciativas relacionadas com o desempenho de equipas na área da saúde. Em 2006, essas instituições lançaram o *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety* (TeamSTEPPS), um padrão nacional para o treino de equipas no setor. Desenvolvido com base em mais de 25 anos de investigação, o *TeamSTEPPS* fornece estratégias e ferramentas que abordam componentes essenciais do TE, como liderança, comunicação, suporte mútuo e monitorização situacional. Entre os recursos disponibilizados neste programa, destaca-se o *TeamSTEPPS Teamwork Perceptions Questionnaire* (T-TPQ), que avalia a perceção individual das competências de TE ao nível do grupo, no contexto de uma unidade ou departamento médico (American Institutes for Research, 2010; Keebler et al., 2014).

A importância do TE tem vindo a aumentar, especialmente devido a fatores como o crescente nível de especialização e complexidade dos cuidados de saúde, o crescente aumento da prevalência de comorbilidades e doenças crónicas, a escassez de recursos humanos (RH) e a implementação de iniciativas que promovem horários de trabalho seguros (OMS, 2014).

Um TE eficaz na prestação de cuidados de saúde tem o potencial de melhorar significativamente a qualidade dos resultados e a SD. De acordo com a literatura, as falhas de comunicação dentro das equipas estão entre as principais causas de problemas relacionados com a segurança. A ausência de uma comunicação eficaz pode levar à sensação de falta de cooperação, ao não reconhecimento das opiniões dos profissionais e à desvalorização dos seus contributos. Por outro lado, equipas que mantêm uma comunicação forte criam um ambiente no qual os profissionais se sentem ouvidos, têm as suas preocupações rapidamente resolvidas e demonstram maior motivação (NHS England, 2023).

Nas instituições de saúde, as relações interpessoais dentro das equipas representam um desafio constante, sendo frequente a confusão entre a mera colaboração e o verdadeiro TE. Apesar da evidência apontar para uma clara associação entre o TE e a melhoria na qualidade dos cuidados de saúde, a criação e manutenção de uma cultura de trabalho colaborativo continua a ser um desafio, especialmente devido a práticas de trabalho individuais enraizadas (Rosen et al., 2018).

Um dos grupos de profissionais de saúde onde o TE é fundamental é o grupo dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública (TACSP) que desempenham um papel central na deteção, diagnóstico, monitorização de condições de saúde e contribuição para a implementação de medidas terapêuticas e profilaxia de patologias, através da realização de testes laboratoriais essenciais que fornecem dados críticos para o auxílio no diagnóstico e tratamento dos doentes (Decreto-Lei nº 261/93, 1993; Despacho n.º 9409/2014, 2014). Dada a complexidade e importância do seu trabalho, o TE entre os TACSP é crucial para a obtenção de resultados fidedignos e de qualidade, promovendo um ambiente de cuidado mais seguro para os doentes. Tal como outros profissionais de saúde, os TACSP precisam de se sentir incluídos num ambiente cuja segurança lhes permita maximizar o seu potencial. A fiabilidade dos resultados depende de uma cadeia de profissionais que colaboram no sentido de garantir a melhor qualidade, rapidez e precisão dos resultados fornecidos.

De forma geral, profissionais de saúde que percecionam níveis mais elevados de TE tendem a reportar índices de qualidade superiores relativamente aos cuidados de saúde prestados aos doentes. Adicionalmente, indicadores tais como a exaustão emocional, o *burnout* laboral, a satisfação profissional e o compromisso organizacional apresentam uma correlação significativa com a perceção do TE (Castner, 2012). Assim, a análise das perceções dos TACSP é crucial para promover mudanças comportamentais que melhorem o TE, de forma a promover equipas mais coesas, eficientes e motivadas.

Este trabalho propõe-se a explorar a temática do TE na área da saúde, com ênfase particular nas perceções e práticas dos TACSP, uma classe profissional cujo papel, embora crucial, tem recebido menos destaque, relativamente a outras categorias profissionais na área da saúde, na literatura publicada nesta área.

A caracterização deste conceito enquadra-se âmbito do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde (MGATS), no qual se insere este estudo, indo de encontro aos objetivos do mesmo, nomeadamente no desenvolvimento do sentido crítico, pensamento divergente e analítico, competências em comunicação, resolução de problemas e delineamento de ações estratégicas no contexto da saúde. Além disso, conta com uma componente de investigação aplicada às áreas da Gestão e da Qualidade e Segurança em Saúde, duas das áreas-chaves do MGATS. É neste contexto que se insere o presente trabalho, intitulado: *Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública em Portugal*.

1.2 Objetivos

Este trabalho tem como objetivo geral avaliar e caracterizar a perceção dos TACSP acerca do TE. Foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar a população de TACSP e identificar diferenças na perceção dos participantes considerando as variáveis sociodemográficas e profissionais;
2. Identificar pontos fortes, assim como principais desafios e barreiras ao TE, de acordo com as perceções dos TACSP;
3. Identificar estratégias e práticas que contribuem para melhorar o TE, de acordo com as perceções dos TACSP;
4. Propor recomendações para melhorar a colaboração interprofissional, tendo por base as estratégias sugeridas pelos participantes.

1.3 Organização estrutural da dissertação

A presente dissertação encontra-se estruturada em seis capítulos principais. O primeiro e presente capítulo, correspondente à introdução, contempla a contextualização e justificação do tema, a definição dos objetivos do estudo e, por fim, a descrição da organização da dissertação. O segundo capítulo, enquadramento teórico, propõe-se a apresentar um entendimento do que é o TE e a sua importância, com especial enfoque no setor da saúde. A literatura sobre TE é vasta, abrangendo diversas teorias e modelos que analisam a sua eficácia e impacto organizacional. No entanto, dada a extensão e complexidade do tema, este capítulo não pretende realizar uma revisão exaustiva da literatura, mas antes destacar os principais elementos que sustentam um TE eficaz, privilegiando uma abordagem fundamentada e pertinente face aos objetivos do presente estudo. No terceiro capítulo, metodologia, descrevem-se as opções metodológicas adotadas, nomeadamente os instrumentos de recolha de dados, a definição dos participantes, o protocolo de tratamento de dados e as questões éticas que orientaram o estudo. No quarto capítulo apresentam-se os resultados obtidos, os quais são subsequentemente analisados e discutidos no quinto capítulo, à luz da literatura existente, integrando igualmente a identificação das principais limitações do trabalho. No sexto e último capítulo, são apresentadas as conclusões desta investigação, assim como recomendações e sugestões para futuras linhas de investigação.

O trabalho seguiu as normas de referência da *American Psychological Association* (American Psychological Association, 2020).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Trabalho em Equipa

A literatura sugere que a constituição de equipas surge da necessidade humana de somar esforços para atingir objetivos que seriam impossíveis de alcançar individualmente e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma equipa é definida como um conjunto distinto de duas ou mais pessoas que interagem de forma dinâmica, interdependente e adaptativa em direção a um objetivo, missão ou meta comum, aos quais foram atribuídos papéis ou funções específicas para desempenhar, e que possuem um período limitado de participação como membros (OMS, 2014).

Ao longo do tempo, diversos estudos têm sido conduzidos para explorar os conceitos de equipa e TE. Entre essas investigações, destaca-se o estudo de Moscovici (1996) onde o autor salienta a importância de distinguir um grupo de uma equipa. Enquanto que num grupo os indivíduos podem trabalhar de forma independente, numa equipa os seus elementos partilham objetivos, decisões, responsabilidades e resultados, promovendo um trabalho complementar e interdependente. O grupo transforma-se em equipa quando passa a prestar atenção à sua própria forma de operar e procura resolver os problemas que afetam o seu funcionamento. Assim, para além das necessidades coletivas da equipa, são também consideradas as necessidades individuais dos seus membros. Também Pinho (2006) ao citar Robbins (2002), refere que o autor faz uma distinção muito interessante entre trabalho de grupo e equipa de trabalho. O grupo é aquele cujo processo de interação é usado para partilhar informações com o objetivo de ajudar cada membro com o seu desempenho na área específica de atuação, sendo o desempenho considerado apenas como a reunião dos seus membros. A equipa por sua vez orienta-se pelos esforços individuais que resultam de um nível de desempenho maior que a soma das entradas.

Neste contexto, as organizações têm vindo a reconhecer que o desempenho das equipas pode superar significativamente a simples soma dos contributos individuais, promovendo, assim, uma transição de modelos assentes em tarefas individuais para abordagens centradas em tarefas colaborativas. As equipas revelam-se particularmente aptas para lidar com tarefas de maior complexidade, dado que os seus membros combinam competências diversificadas e complementares, o que permite assegurar comportamentos de apoio mútuo e monitorização recíproca com vista à redução de

erros, bem como uma distribuição dinâmica da carga de trabalho de acordo com as exigências situacionais (Salas et al., 2018).

A capacidade de trabalhar em equipa é um requisito vital para a obtenção de resultados, quando se considera o potencial sinérgico dos grupos. Uma equipa tem propriedades e qualidades coletivas que individualmente não se manifestam (Luís, 2012). Para Gad et al. (2021), o TE envolve membros com competências complementares, promovendo a sinergia através de um esforço coordenado, o que permite maximizar as forças e minimizar as fragilidades de cada elemento. Na ótica de Grilo (2008), para um desempenho eficaz, os membros devem alcançar um nível elevado de integração de valores, propósitos, atitudes e ações, compreendendo claramente os benefícios coletivos e individuais resultantes da colaboração. Uma equipa será tanto mais bem-sucedida quanto maior for o nível de cooperação entre os seus elementos, produzindo sinergia, ou seja, um desempenho superior ao que seria atingido individualmente por cada membro. Nesse sentido, a autora considera o TE uma estratégia para melhorar a eficácia do trabalho e a satisfação dos trabalhadores. Citando Graça (1992), a autora reforça que o conceito de TE pressupõe uma relação não subordinada nem hierárquica, baseada em princípios de igualdade entre os membros.

2.1.1 Trabalho em Equipa na Saúde

O TE na área da saúde consiste na interação entre dois ou mais profissionais para garantir cuidados seguros e de alta qualidade. A comunicação eficaz é fulcral para esse objetivo, devendo ser aberta, respeitosa, honesta, bidirecional e inclusiva entre diferentes disciplinas e grupos profissionais. Além disso, envolve curiosidade e disponibilidade para compreender as perspetivas dos outros (NHS England, 2023).

A coordenação e a prestação de cuidados exigem TE estruturado e eficiente, sendo a saúde uma das áreas onde esta necessidade é mais evidente (Rosen et al., 2018). Nos últimos anos, o uso de equipas cresceu significativamente nas organizações de saúde, tornando-se um pilar fundamental nesta área. Muitas vezes, no sentido de proporcionar cuidados de qualidade, profissionais diversos com competências únicas precisam de trabalhar juntos, o que torna o TE um aspeto essencial no setor da saúde (Valentine et al., 2015).

O TE tem demonstrado benefícios significativos, nomeadamente a redução da carga de trabalho, a execução mais rápida dos procedimentos, a diminuição dos conflitos dentro

da equipa, o aumento da satisfação e retenção dos profissionais, melhoria na experiência dos doentes com os serviços de saúde e a otimização do desempenho profissional (Gad et al., 2021; Martin, 2017). Além disso, a sua eficácia impacta diretamente a SD, especialmente num contexto de crescente complexidade dos cuidados, aumento das comorbilidades, maior incidência de doenças crónicas, escassez global de RH e a necessidade de garantir horários de trabalho mais seguros (Castner, 2012; OMS, 2014).

Para Figueiredo (1997), citado por Grilo (2008), a introdução do TE na saúde deve ser encarada como uma abordagem inovadora, capaz de melhorar a satisfação dos profissionais e dos utentes. A crescente complexidade das situações clínicas, a evolução tecnológica e a fragmentação do conhecimento tornaram o trabalho isolado inviável, exigindo cada vez mais a colaboração interdisciplinar.

No sentido de potenciar a eficácia de uma equipa, os seus membros devem colaborar ativamente e envolver-se no TE. Atualmente, há um consenso entre especialistas de que o TE eficaz é a base para cuidados seguros e de elevada qualidade, impulsionando a investigação e o desenvolvimento de estratégias de formação nesta área (Schmutz et al., 2019). No contexto dos serviços de saúde, o TE assume um papel estrutural, pois a produção nestes serviços não é material nem tangível, mas interfere diretamente na qualidade de vida dos doentes (Rosen et al., 2018).

2.1.2 Modelos de Trabalho em Equipa

A importância das equipas dentro das organizações levou ao aumento da popularidade da investigação e dos estudos relacionados com o TE, resultando numa diversidade de modelos (Martin, 2017). Estes, concentram-se na compreensão dos conceitos numa perspetiva global, em detrimento de uma abordagem mais detalhada, tendo por base o conceito teórico de que as equipas são sistemas que incluem membros individuais interligados, atuam de forma dinâmica e transitam por diferentes estágios de crescimento e declínio (Castka et al., 2004, citado por Martin, 2017). Neste trabalho serão abordados quatro modelos de TE.

2.1.2.1 Crew Resource Management

Existem muitos modelos para descrever o TE eficaz. Historicamente, esses modelos vieram de outras indústrias, como o *Crew Resource Management* (CRM) na aviação. O

CRM surgiu em 1979 com base num *workshop* da *National Aeronautics and Space Administration*, que identificou as falhas na comunicação interpessoal, na tomada de decisão e na capacidade de liderança como principal causa de acidentes aéreos (Helmreich et al., 1999). Este modelo veio melhorar a comunicação nestes meios e implementar sistemas de tomada de decisão centrados na equipa. O CRM é definido como "o uso de todos os recursos disponíveis — informação, equipamentos e pessoas — para alcançar operações de voo seguras e eficientes." O CRM tem sido utilizado na área da saúde para melhorar o TE e a comunicação, além de implementar outros processos seguros. As principais características deste modelo são (OMS, 2014):

- Propósito comum: Os membros da equipa têm um propósito comum e claramente definido que inclui interesses coletivos e demonstra um sentido de responsabilidade partilhada;
- Metas mensuráveis: As equipas definem objetivos que são mensuráveis e focadas nas tarefas da equipa;
- Liderança: As equipas necessitam de uma liderança eficaz para estabelecer e manter estruturas, gerir conflitos, considerar as opiniões dos vários membros e prestar apoio aos profissionais. É igualmente importante que os membros da equipa concordem e partilhem as funções de liderança;
- Comunicação: Equipas de saúde eficazes partilham ideias e informações de forma rápida e regular, mantêm registos escritos e dedicam tempo para reflexão em equipa;
- Coesão: Equipas coesas distinguem-se por um forte sentido de compromisso mútuo, o que favorece a sua estabilidade, eficácia e a vontade dos membros em manter a colaboração a longo prazo;
- Respeito mútuo: Equipas eficazes têm membros que respeitam os talentos, os valores e as contribuições profissionais dos restantes elementos. Além disso, também aceitam e incentivam a diversidade de opiniões entre os membros.

2.1.2.2 Modelo dos Três Elementos de Katzenbach e Smith

Este modelo foi desenvolvido em 1993 por Jon Katzenbach e Douglas Smith e propõe três elementos essenciais (Figura 2.1) que devem constar nas equipas para que estas possam atingir os seus objetivos. Estes são: competências, responsabilização e compromisso. No que diz respeito às competências, os membros da equipa devem apresentar competências em três áreas fundamentais: resolução de problemas, capacidades técnicas necessárias para a execução das suas funções e relacionamento

interpessoal. No que diz respeito à responsabilização, os membros da equipa devem ser capazes de assumir a responsabilidade, tanto individual como coletiva. Este processo ocorre de forma mais natural em equipas de dimensão reduzida, onde a proximidade entre os membros facilita a responsabilização e o compromisso mútuo. Relativamente ao compromisso, este é favorecido quando os objetivos da equipa são específicos e definidos coletivamente, com base numa abordagem colaborativa centrada na equipa (Martin, 2017).



Figura 2.1 Modelo dos Três Elementos de Katzenbach e Smith (Boogaard, 2022).

2.1.2.3 Modelo de Hackman

No seu livro, em 2002, o autor identifica cinco condições (Figura 2.2) para aumentar o sucesso e eficácia das equipas (Hackman, 2002):

- Uma equipa estável ao longo do tempo, com tarefas e estratégias bem definidas onde os membros conhecem exatamente quem pertence à equipa e com quem podem contar. Equipas que se mantêm constantes no tempo obtêm melhores resultados do que aquelas onde há uma constante entrada e saída de elementos;
- Uma direção clara e motivadora, na qual a equipa deve dispor de uma figura de autoridade que oriente os membros em direção aos objetivos comuns. Esta liderança pode ser assumida pelo líder da equipa, por um elemento externo ou até por pequenos grupos dentro da própria equipa, dependendo do contexto. O objetivo é garantir alinhamento, motivação e foco no desempenho coletivo;

- Estrutura organizacional, uma vez que a equipa deve contar com processos e fluxos de trabalho bem estruturados, que facilitem e potenciem o TE, ao invés de criarem obstáculos;
- Contexto organizacional de apoio, onde a equipa tem acesso a recursos e meios de informação necessários para desempenhar um trabalho mais eficiente;
- Disponibilidade de aconselhamento especializado em TE, através de ações de formação em dinâmicas de equipa que contribuem para o desenvolvimento de competências colaborativas e a otimização do desempenho coletivo.

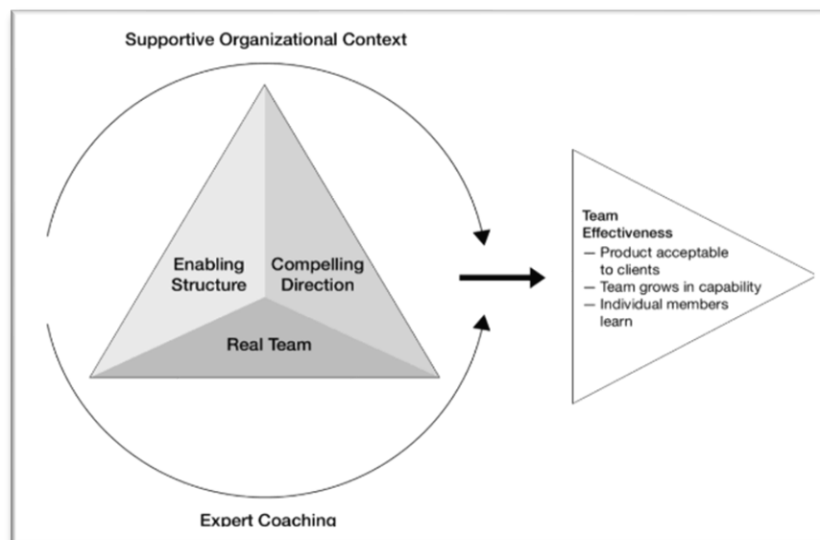


Figura 2.2 Modelo de Hackman (Hackman, 2002).

2.1.2.4 Modelo de Lencioni

O modelo de Lencioni (Figura 2.3), representado por uma pirâmide, foi estabelecido em 2005 por Patrick Lencioni e enumera cinco fatores que, quando presentes, resultam numa maior probabilidade de um TE eficaz. O primeiro trata-se da confiança, que Lencioni descreve como sendo a base na qual o TE é construído. A confiança implica que os membros da equipa sejam vulneráveis e estejam dispostos a comunicar de forma aberta e transparente uns com os outros. Após o estabelecimento da confiança, os membros da equipa podem começar a trabalhar na resolução de conflitos internos, que o autor denomina de *“conflito produtivo e ideológico: um debate apaixonado e transparente sobre questões importantes para a equipa”*. Sem confiança, essas discussões tendem a resultar em argumentos destrutivos, em vez de promoverem a identificação de ideias que beneficiem a equipa. Nos debates construtivos, os membros da equipa ouvem-se mutuamente, respeitam as opiniões expressas, consideram

diferentes perspetivas e esforçam-se para abordar completamente o tema em discussão. Provavelmente, uma equipa não está a tomar as melhores decisões se não existir conflito interno, visto que é mais fácil evitar o conflito e priorizar a harmonia “artificial” entre os membros (Martin, 2017).

O compromisso resulta do empenho por parte da equipa, assim como da clareza na compreensão e na consonância dos membros em relação às decisões, processos e objetivos da equipa. De seguida, o autor afirma que os membros das equipas devem ser responsabilizados pelas suas ações, tanto pelas chefias como pelos seus pares. Isto, segundo o autor, para se recordarem uns aos outros quando não estão a cumprir os padrões de desempenho estabelecidos pela equipa. O componente final é o foco nos resultados. Estes devem ser visíveis e do conhecimento de todos os elementos da equipa, além disso devem ser fáceis de compreender e medir (Martin, 2017).



Figura 2.3 Modelo de Lencioni (adaptado de The Table Group, n.d.).

2.1.3 Etapas de desenvolvimento de equipas

O TE não acontece isoladamente, uma vez que exige compreensão acerca do modo de funcionamento das equipas e das características que garantem o sucesso e tornam as equipas eficazes. O processo de formação e desenvolvimento de equipas (Figura 2.4) tem sido estudado em várias indústrias e inclui quatro fases (OMS, 2014):

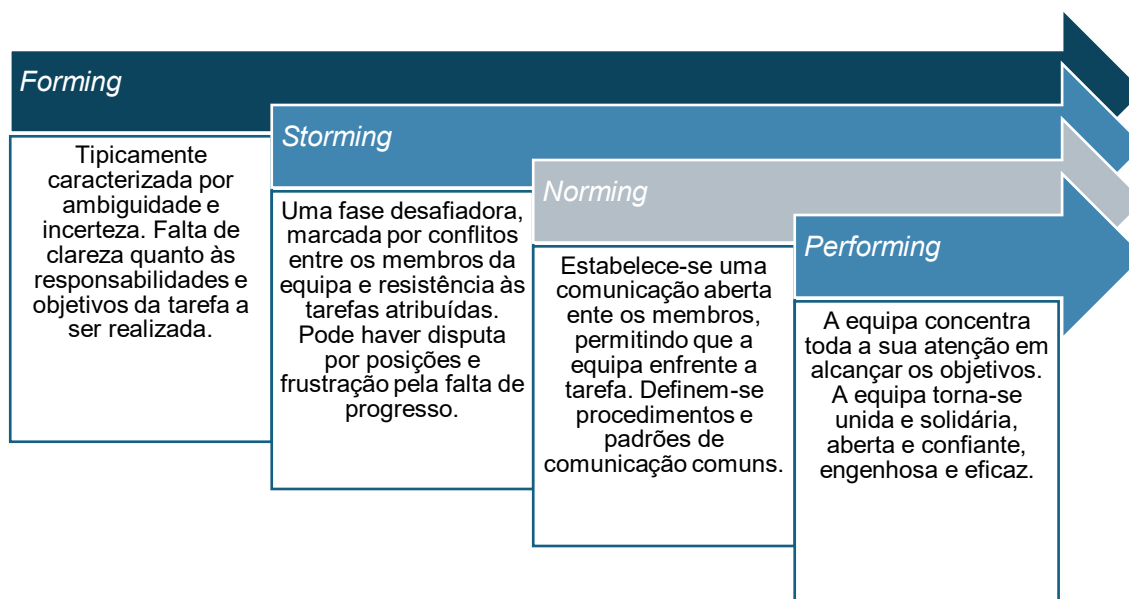


Figura 2.4 - Etapas na formação e desenvolvimento de equipas (adaptado de OMS, 2014).

2.1.4 Elementos essenciais para o sucesso do Trabalho em Equipa

Um dos pressupostos essenciais do TE, especialmente no contexto das equipas de saúde, é a partilha de objetivos comuns e a definição de estratégias consensuais por todos os membros. De acordo com Graça (1992), a equipa deve ter uma missão clara e bem definida, sendo essencial que todos os elementos a conheçam e compreendam. Neste sentido, Georgiou et al. (2021) e Valentim et al. (2020) reforçam a importância de uma visão partilhada sobre o que a equipa pretende alcançar, assegurando que existe uma compreensão coletiva do propósito e do impacto das ações realizadas. De acordo com Bação (2023), esta visão deve ser explícita e aceite por todos, permitindo uma maior coesão e alinhamento na equipa. Desta forma não há risco que diferentes elementos procurem diferentes objetivos.

Outro fator determinante para o sucesso da equipa é a definição clara de papéis e responsabilidades (Grilo, 2008; Paiva et al., 2012). Quando os membros da equipa compreendem e assumem as suas funções, há uma redução da fadiga e um aumento da segurança no desempenho (Georgiou et al., 2021). Além disso, um grupo só funciona verdadeiramente como uma equipa quando as tarefas de cada elemento estão claramente delineadas e em concordância com os objetivos comuns (Graça, 1992).

O respeito mútuo, a cooperação e o compromisso são igualmente essenciais para o funcionamento eficiente das equipas. Os membros devem atuar como uma unidade

coesa e não apenas como um grupo de indivíduos isolados (Grilo, 2008). Salas et al. (2005) constataram que trabalhar em equipa exige a coordenação dos vários membros no sentido de antecipar e prever as necessidades mútuas, através do entendimento do meio envolvente e das expectativas de desempenho.

A valorização das competências e do contributo de cada membro, a aceitação das diferenças e a promoção de um ambiente de cooperação e confiança favorecem a dinâmica da equipa e a sua produtividade (Valentim et al., 2020). Para tal, a comunicação aberta desempenha um papel crucial na mitigação de tensões e na facilitação da partilha de informações e ideias (Paiva et al., 2012).

Por fim, a escassez de RH ou materiais pode comprometer o desempenho da equipa (Graça, 1992). Alguns estudos demonstraram que as condições de infraestruturas afetam o TE, na medida em que espaços pequenos ou inadequados e um número inadequado de profissionais, facilitam o desenvolvimento de tensão e conflitos entre os membros da equipa, o que pode ter manifestações “stressantes” nos profissionais de saúde (António, 2014). Assim, torna-se essencial garantir que os profissionais dispõem dos meios necessários para desempenhar as suas funções de forma eficaz.

Alguns requisitos adicionais para equipas eficazes incluem a proficiência individual nas tarefas, tanto em termos de competências técnicas pessoais quanto de competências de TE; a motivação para as tarefas; a flexibilidade; a resolução eficaz de conflitos e a aprendizagem a partir deles (OMS, 2014).

Desta forma, a construção de equipas bem-sucedidas baseia-se em pilares essenciais como a partilha de objetivos, a definição de papéis, a cooperação, o respeito, a valorização dos membros e a comunicação aberta. Estes fatores, no seu conjunto, potenciam não apenas o desempenho da equipa, mas também a satisfação e o desenvolvimento dos seus elementos.

2.1.5 Vantagens do Trabalho em Equipa

O desempenho eficaz das equipas está diretamente relacionado com melhores resultados para os doentes e com a redução de custos. Estes benefícios resultam da capacidade das equipas em tomar decisões mais informadas, gerir tarefas complexas com maior eficiência e coordenar de forma otimizada ações e competências, promovendo assim um ambiente de trabalho mais integrado e produtivo (Valentine et al., 2015).

Destacam-se os seguintes aspetos como principais vantagens do TE sobre o trabalho individual (Graça, 1992):

- Maior troca de informação e diversidade de fontes, o que permite uma partilha mais ampla de conhecimento;
- Aumento da motivação e envolvimento dos indivíduos – a presença de outros elementos da equipa fomenta o desempenho, a criatividade e a implementação eficaz das decisões, incentivando o desenvolvimento de um espírito crítico;
- A equipa, enquanto sistema, é superior à soma das suas partes, proporcionando uma visão mais abrangente dos problemas, melhor compreensão e integração da informação relevante, bem como maior pluralismo e confronto de ideias;
- Tendência para a polarização e inovação – a equipa revela-se mais propensa a assumir riscos e a tomar decisões inovadoras, demonstrando uma maior capacidade para enfrentar desafios e lidar com as consequências das suas ações.

Conforme mencionado anteriormente, o TE traz benefícios não apenas para as equipas como um todo, mas também para as organizações de saúde, para o doente e para os próprios profissionais. A nível organizacional, contribui para a redução de custos e do tempo de internamento, otimizando a eficiência dos serviços de saúde. Para o doente, está associado à diminuição da ocorrência de erros e a um aumento da satisfação com os cuidados de saúde prestados, promovendo uma experiência mais segura e positiva. Por fim, para os membros da equipa, o TE traduz-se num maior nível de satisfação profissional, numa maior clareza quanto aos papéis e responsabilidades individuais e numa melhoria no bem-estar geral (Castner, 2012; OMS, 2014).

2.1.6 Principais obstáculos ao Trabalho em Equipa e como superar

Existem diversas barreiras que podem comprometer a eficácia do TE, nomeadamente: a falta de reconhecimento do trabalho por parte dos colegas; a insuficiente colaboração entre os membros da equipa, que pode gerar insatisfação e distanciamento; a ocorrência de conflitos no quotidiano profissional; a falta de clareza na definição dos objetivos e a divergência entre os objetivos individuais dos membros e os objetivos coletivos da equipa. Estes fatores podem impactar negativamente a dinâmica da equipa, comprometendo a sua eficiência e o alcance dos resultados pretendidos (Valentim et al., 2020).

Contudo, os obstáculos são uma parte inerente da experiência humana e, conseqüentemente, também do funcionamento das equipas. A superação desses desafios não fortalece apenas os indivíduos, mas também consolida a coesão e a resiliência da equipa. Equipas verdadeiramente eficazes enfrentam os obstáculos com equilíbrio, persistência e determinação, sem ceder facilmente às adversidades (Luís, 2012).

Para fortalecer a dinâmica e a eficácia das equipas, especialmente em momentos de adversidade, é essencial adotar estratégias estruturadas e orientadas para a melhoria contínua. De acordo com Katzenbach e Smith (1993) (citado por Luís, 2012), existem cinco maneiras recomendadas para uma equipa lidar com essas situações:

- Regressar às origens – a equipa deve refletir sobre a sua missão, abordagem e metas de desempenho;
- Valorização de pequenas vitórias – conquistas tangíveis desempenham um papel fundamental na motivação e no reforço do compromisso da equipa, especialmente em contexto de dificuldades;
- Introdução de novas perspetivas e estratégias – a análise de boas práticas organizacionais pode fornecer *insights* valiosos para a redefinição da missão, da abordagem e dos objetivos de desempenho;
- Aproveitamento de facilitadores e programas de formação – bons facilitadores podem adicionar competências a nível de resolução de problemas, comunicação, relações interpessoais e TE. Paralelamente, programas de formação podem reforçar a importância da missão comum, da definição clara de objetivos e do papel da liderança na coesão da equipa;
- Reestruturação da equipa, incluindo a liderança - em alguns casos, a alteração da composição da equipa, incluindo a substituição da liderança, pode constituir uma estratégia eficaz para ultrapassar obstáculos e promover uma nova dinâmica de trabalho.

A implementação destas estratégias pode contribuir significativamente para o fortalecimento do TE, garantindo maior coesão, eficiência e alinhamento com os objetivos organizacionais.

2.1.7 Trabalho em Equipa e Eficácia da Equipa

Vários estudos destacam a relação entre TE e eficácia da equipa (*team effectiveness*), evidenciando que a eficácia de uma equipa depende de processos de colaboração eficazes (Dimas et al., 2023; Zajac et al., 2021).

Zajac et al. (2021) define a eficácia da equipa como a capacidade de alcançar os seus objetivos de forma eficiente e colaborativa, maximizando o desempenho, a satisfação dos elementos e os resultados organizacionais. Esta eficácia resulta da interação entre três dimensões fundamentais: desempenho, funcionamento e viabilidade. O desempenho da equipa refere-se à quantidade e qualidade dos resultados alcançados (Dimas et al., 2023; Zajac et al., 2021). Na área da saúde existe uma necessidade contínua de melhorar o desempenho das equipas atendendo à potencial gravidade de um desempenho subótimo, que pode afetar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. O funcionamento incide na dinâmica diária de trabalho (Zajac et al., 2021) e no modo como o ambiente social satisfaz as necessidades dos membros e aumenta a sua satisfação, bem-estar e desenvolvimento (Dimas et al., 2023). A viabilidade da equipa, por sua vez, diz respeito à capacidade de uma equipa se adaptar a mudanças, superar desafios internos e externos, integrar novos membros e manter a coesão no futuro (Dimas et al., 2023).

Equipas eficazes não só atingem melhores resultados, como também promovem a satisfação dos seus elementos e a sustentabilidade organizacional (Zajac et al., 2021).

Esta conceptualização multidimensional é essencial, pois não se concentra apenas no presente, mas considera igualmente a continuidade e a evolução da equipa ao longo do tempo. A eficácia do TE assenta na coordenação estruturada, na comunicação clara, na confiança mútua e na partilha de objetivos. Sem um TE eficaz, desafios como problemas comunicacionais, falhas na definição de responsabilidades e conflitos não resolvidos podem comprometer a eficiência e a longevidade da equipa (Zajac et al., 2021).

2.1.8 Aplicação do Trabalho em Equipa

A professora Amy Edmondson desenvolveu estudos sobre o funcionamento eficaz das equipas, particularmente em contextos em que os indivíduos trabalham juntos pela primeira vez. A este processo dinâmico de construção de equipas foi atribuído o conceito de "*teaming*", descrevendo um conjunto de quatro pontos (Figura 2.5) fundamentais

para a sua implementação eficaz. Esta abordagem revela-se especialmente relevante em equipas sujeitas a mudanças constantes, permitindo a redução de barreiras organizacionais e a criação de oportunidades para o desenvolvimento de soluções inovadoras para problemas complexos (NHS England, 2023).

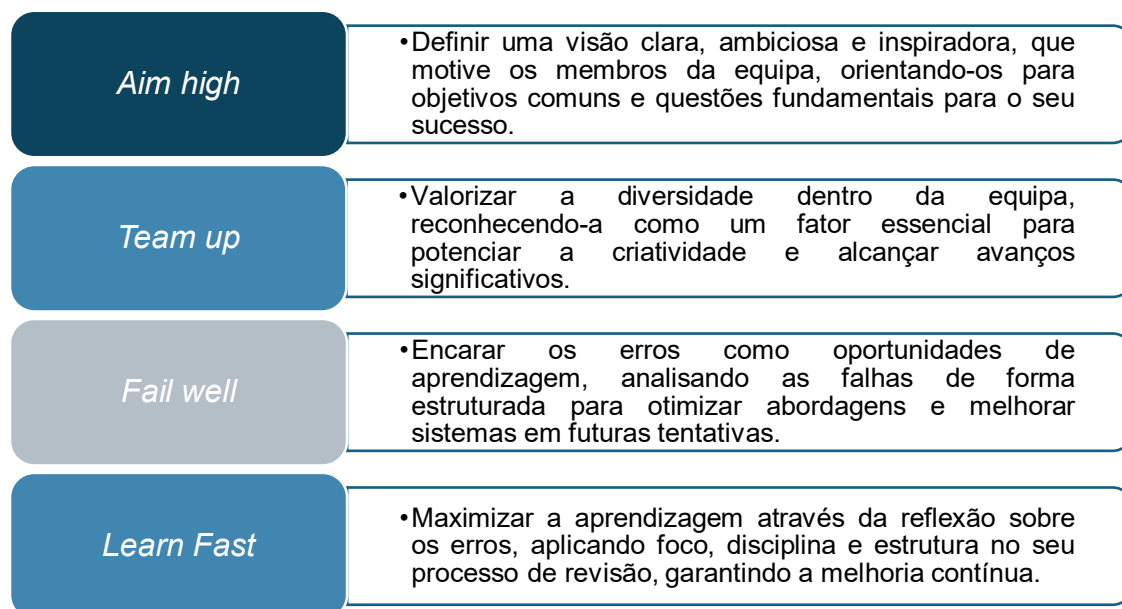


Figura 2.5 Pontos-chave para aplicação do Trabalho em Equipa (adaptado de NHS England, 2023).

2.2 O Trabalho em Equipa na saúde em Portugal

Em Portugal, tem-se verificado um aumento significativo de estudos e publicações que abordam a importância do TE no setor da saúde. A Direção-Geral da Saúde, no documento “Plano Nacional de Saúde 2012-2016”, destaca a realização de reuniões regulares das equipas de saúde e a formação contínua dos profissionais como elementos essenciais para a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Além disso, sublinha que um dos pilares da Governação Clínica assenta no envolvimento de todos os membros da equipa de saúde, reconhecendo o contributo de cada profissional para a qualidade dos cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Já o “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026”, reconhece o TE como uma das doze dimensões da cultura de SD e evidenciou que a dimensão “Trabalho em equipa” apresentou uma percentagem média de respostas positivas superior a 50% em todos os hospitais participantes. No entanto a “Resposta ao erro não punitiva” foi das que apresentou a menor taxa de respostas positivas (abaixo dos 50%). O relatório

ênfatisa ainda que componentes essenciais ao TE tais como a transparência, a comunicação aberta e respeitosa, a valorização e o apoio aos profissionais de saúde, bem como um equilíbrio adequado entre uma política de não culpabilização e a responsabilização, são requisitos indispensáveis para a cultura de segurança (Lebre et al., 2022).

Freitas (2023) aborda a dinâmica das equipas interdisciplinares em saúde, enfatizando a necessidade de colaboração interdependente, comunicação aberta e tomada de decisão partilhada. Jeremias & Correia (2019) sugerem que o TE contribui para o aumento da satisfação e motivação laboral. Paiva et al. (2012) identificam o TE como um dos quatro pilares essenciais para a qualidade dos cuidados prestados em Unidades de Cuidados Paliativos. O estudo realizado por Oliveira (2012) reforça a relevância do TE na prestação de cuidados de saúde, mas evidencia uma desvalorização dos momentos de *briefing* nas equipas para preparar e organizar a equipa com antecedência.

No que diz respeito às perceções e práticas, António (2014) refere que a maioria dos profissionais valoriza as reuniões semanais e consideram o TE fundamental para a qualidade na prestação de cuidados aos doentes. Contudo, os profissionais não realizam encontros para refletir e analisar o desempenho individual, estabelecer empatia e flexibilidade e criar um ambiente seguro, necessário ao desempenho eficaz da equipa. Além disso, Grilo (2008), destaca que a perceção do TE pelos profissionais de saúde está relacionada com fatores sócio-organizacionais, assim como com a interação e coesão do grupo.

2.3 O profissional Técnico de Análises Clínicas e Saúde Pública

Os TACSP constituem um grupo profissional que pertence à carreira especial de Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT). De acordo com o Decreto-Lei n.º 261/93 de 24 de julho (1993), estes profissionais podem desenvolver a sua atividade “ao nível da patologia clínica, imunologia, hematologia clínica, genética e saúde pública, através do estudo, aplicação e avaliação das técnicas e métodos analíticos próprios, com fins de diagnóstico e rastreio”. Estes profissionais têm um papel central na prestação de cuidados de saúde, uma vez que os resultados provenientes do seu trabalho contribuem para a prevenção, diagnóstico, tratamento e prognóstico de diversas patologias.

3. METODOLOGIA

O presente capítulo apresenta a metodologia adotada durante o processo da investigação desenvolvida.

3.1 Tipo de Estudo

Para atingir os objetivos propostos, foi elaborado um estudo quantitativo, descritivo e transversal, de acordo com a classificação proposta por Bowling (2023):

- **Quantitativo:** analisa quantidades e relações entre atributos, baseando-se na recolha e análise de dados altamente estruturados. Este tipo de abordagem é particularmente adequado em contextos onde existe conhecimento prévio, permitindo a utilização de métodos padronizados de recolha de dados, como o inquérito por questionário.
- **Descritivo:** a informação foi recolhida a partir de uma amostra representativa da população, sendo posteriormente analisada através do cálculo de medidas descritivas.
- **Transversal:** uma vez que a recolha de dados ocorreu num único momento no tempo, a partir da população de interesse.

3.2 População-alvo e amostra

A população-alvo de um estudo corresponde ao conjunto de indivíduos que partilham determinadas características relevantes para a investigação, sendo a amostra um subconjunto representativo dessa população (Hulley et al., 2007).

Para o presente estudo, a população-alvo definida corresponde aos TACSP a exercer funções em Portugal. De acordo com os dados solicitados especificamente para este estudo e disponibilizados pela Equipa do Acesso à Informação Administrativa da Entidade Reguladora da Saúde, até março de 2025 encontravam-se registados um total de 4471 TACSP em atividade em Portugal Continental. A instituição não dispunha de dados para os arquipélagos dos Açores e da Madeira.

Com base nas recomendações de Hulley et al. (2007), foi definido um tamanho amostral mínimo de 385 participantes, considerando uma proporção de 50% para opiniões positivas sobre o TE, uma precisão de 5% e 95% de confiança. Dada a exiguidade de investigações anteriores sobre a temática na população em estudo, a proporção de 50%

corresponde ao valor mais elevado para a dimensão da amostra, tendo em conta a confiança e precisão utilizadas, garantindo a robustez estatística do estudo.

Foi adotado um método de amostragem não aleatório, detalhado na secção 3.3, e a amostra final correspondeu ao número de profissionais que concluiu o processo de recolha de dados de forma válida.

Ultrapassou-se o tamanho amostral mínimo e foram recolhidas 401 respostas, o que equivale a, aproximadamente, 9% da população nacional de TACSP.

3.3 Instrumento de recolha de dados

O instrumento utilizado para a recolha de dados foi o inquérito, que permite a recolha de informações sobre um assunto específico, a partir de uma amostra representativa da população de interesse (Bowling, 2023). Segundo Fortin (2009) o inquérito por questionário permite recolher dados factuais sobre indivíduos, acontecimentos ou situações conhecidas, bem como informações sobre atitudes, valores e opiniões. A escolha do inquérito por questionário nesta investigação fundamenta-se em diversos fatores, nomeadamente (Chaer et al., 2011):

- Permite atingir um número elevado de pessoas, mesmo que estejam dispersas geograficamente;
- Implica um menor investimento de recursos;
- Garante o anonimato das respostas, proporcionando maior liberdade e sinceridade por parte dos participantes;
- Oferece flexibilidade temporal, permitindo que os participantes respondam no momento que considerarem mais conveniente;
- Não exige a presença do investigador.

No entanto, aquando da implementação deste instrumento de recolha de dados é importante ter em consideração as possibilidades de (Chaer et al., 2011):

- Não oferecer a garantia de que a maioria das pessoas o devolvam devidamente preenchido, o que pode implicar a significativa diminuição da representatividade da amostra;
- Não permitir o esclarecimento imediato de dúvidas, caso os participantes tenham dificuldades em compreender as questões ou as instruções.

O questionário (Anexo 1) foi disponibilizado digitalmente, através da plataforma *Google Forms*. A divulgação foi realizada por *e-mail*, redes sociais e anúncios em *websites* de associações e sindicatos. O questionário esteve disponível entre os dias 31 de janeiro de 2025 e 8 de março de 2025. Para garantir anonimato e confidencialidade, não foram recolhidos dados de identificação pessoal, assegurando que a participação fosse voluntária e isenta de qualquer influência externa.

Não existia na literatura científica uma ferramenta de inquirição previamente validada que permitisse cumprir a totalidade dos objetivos deste trabalho, pelo que se desenvolveu um questionário de autopreenchimento que foi estruturado em três partes:

- **Parte I** - pretende obter informações sobre o perfil dos inquiridos, contemplando onze questões relacionadas com dados sociodemográficos e profissionais. A construção de ferramentas de inquirição específicas contruídas nesta temática (questões 4 – 6 e 8 – 11), baseou-se na literatura recolhida sobre o tema (António, 2014; Hoegl, 2005; Sangaleti et al., 2017; Yanchus et al., 2017; Oliveira, 2012; OMS, 2014; Schmutz et al., 2019) de forma a obter mais informação que permitisse caracterizar as equipas e perceções dos TACSP.
- **Parte II** – tem como objetivo obter informações sobre as perceções relativamente aos componentes chave do TE. Uma vez que as dimensões desta ferramenta podem ser administradas de forma independente, optou-se por utilizar três das quatro dimensões da tradução e adaptação para a língua portuguesa da escala T-TPQ (American Institutes for Research, 2010) desenvolvida por Carrilho (2014). A aplicação deste instrumento contou com a autorização da autora (Anexo 2) e foram utilizadas as dimensões:
 - Estrutura da equipa (EE) - refere-se a características estruturais da equipa, como tamanho, adesão dos membros, composição, identificação e distribuição de funções. Este fator operacionaliza-se em comportamentos como definição de objetivos, atribuição de papéis e responsabilidades e manutenção da responsabilização dos membros.
 - Monitorização da situação (MS) - consiste na capacidade de manter uma consciência contínua e dinâmica do contexto envolvente, bem como do funcionamento e desempenho interdependente da equipa. Esta competência manifesta-se na supervisão do trabalho dos outros membros da equipa, independentemente da hierarquia funcional, implicando uma compreensão clara do desempenho esperado de todos os elementos, de forma a identificar

erros reais ou potenciais. A MS promove uma visão alargada que transcende o foco exclusivo na tarefa individual, abrangendo os procedimentos, responsabilidades e resultados esperados de todos os membros da equipa, tanto de forma individual como coletiva.

- Suporte mútuo (SM) - traduz-se na capacidade de antecipar e apoiar os membros da equipa e permite a redistribuição da carga de trabalho entre os membros, promovendo um equilíbrio adequado em períodos de elevada exigência. Operacionaliza-se através de comportamentos como: defender os outros membros da equipa; resolver conflitos; trabalhar cooperativamente; e ajudar os outros membros da equipa a completar as suas tarefas, caso necessitem.

Cada uma das dimensões é avaliada através de uma escala tipo *Likert*, nas quais as cinco opções de resposta foram codificadas da seguinte forma: 1 = Discordo completamente, 2 = Discordo, 3 = Não concordo nem discordo, 4 = Concordo e 5 = Concordo completamente.

- **Parte III** - composta por duas questões de resposta fechada e uma questão de resposta aberta que têm o objetivo de perceber que estratégias e práticas os TACSP utilizam e consideram essenciais para o TE. A construção destas questões específicas baseou-se na literatura pertinente na área (António, 2014; Grilo, 2008; Luís, 2012; NHS England, 2023; Paiva et al., 2012; Sangaletti et al., 2017; Yanchus et al., 2017; Zajac et al., 2021).

A correspondência entre as questões incluídas na ferramenta de inquirição e os objetivos específicos encontra-se detalhada no Anexo 3.

Foi realizado um pré-teste do questionário numa amostra de conveniência, composta por 31 profissionais de saúde recrutados através de contato direto. O questionário foi administrado em formato digital, utilizando a plataforma *Google Forms* e no final disponibilizou-se um campo de resposta aberta, no qual os participantes puderam indicar sugestões de melhoria.

O principal objetivo do pré-teste é avaliar a eficácia e a pertinência do questionário e verificar se (Creswell & Creswell, 2018; Fortin, 2009):

- As questões são claras e de fácil compreensão;
- O questionário não é muito longo e não provoca desinteresse;

- A forma das questões utilizadas permite a recolha das informações desejadas e não apresentam ambiguidade.

Com base na análise das respostas e das sugestões recebidas, foram introduzidas alterações na versão inicial do questionário, nomeadamente a substituição de siglas por expressões por extenso e a reformulação de uma das opções da variável “local de trabalho”, de modo a assegurar a representatividade de toda a população-alvo. A versão revista do questionário foi reapreciada e foi considerada adequada, não se tendo realizado alterações adicionais.

3.4 Variáveis em estudo

Uma variável refere-se a uma característica de um indivíduo ou organização que pode ser medido ou observado e que varia entre as pessoas ou organizações analisadas (Creswell & Creswell, 2018). Para este estudo, definiram-se como variáveis as características sociodemográficas e profissionais dos participantes (género, idade, grau académico, local de trabalho, exercício de funções de chefia, tipo de vínculo laboral, tempo de experiência profissional, carga horária semanal, dimensão da equipa de TACSP, perceção da suficiência da equipa e estabilidade/rotatividade da equipa). As outras variáveis definidas remetem para a perceção individual sobre o TE (avaliada através das dimensões EE, MS e SM), a frequência de ocorrência de práticas de equipa (como reuniões, comunicação aberta, formações e atividades de *team building*), e a importância atribuída a diferentes estratégias para o fortalecimento do TE (Anexo 4).

3.5 Procedimentos para análise Estatística de Dados

A análise estatística foi realizada utilizando os programas informáticos *Microsoft Office Excel*, o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 29, e o *software AMOS 30.0*.

Descreveu-se as variáveis qualitativas através de frequências absoluta e relativa. A frequência relativa foi calculada considerando o número total de respostas válidas em cada questão. As variáveis quantitativas foram descritas através de medidas de tendência central e de dispersão.

As variáveis operacionalizadas numa escala do tipo *Likert*, de natureza originalmente qualitativa, foram sumarizadas através da média e do desvio padrão. Este procedimento é uma prática comum quer nas Ciências da Saúde quer nas Ciências Sociais e

Humanas devido à facilidade de interpretação dos resultados expressos desta forma. Existem evidências de que a análise de variáveis que representam questões e escalas do tipo *Likert* como variáveis intervalares, apesar de, conceptualmente, serem variáveis classificadas como ordinais em termos estatísticos, não é uma fonte de viés importante, podendo mesmo minimizar a má interpretação dos resultados (Bowling, 2023).

Nos procedimentos de estatística inferencial, considerando a não-adesão à distribuição Normal por parte das variáveis quantitativas, confirmada através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, aplicaram-se procedimentos não-paramétricos. Utilizou-se os testes de *Kruskal-Wallis* (para mais de dois grupos independentes) e de *Mann-Whitney* (para dois grupos independentes), para verificar a existência de diferenças significativas na perceção do TE de acordo com o género, grau académico, carga horária semanal, função de chefia, número de TACSP na equipa, suficiência do número de TACSP e estabilidade/rotatividade da equipa. Sempre que o teste de *Kruskal-Wallis* apresentou diferenças estatisticamente significativas, foi aplicada uma análise *post hoc* através do teste de *Dunn* com correção de *Bonferroni*, com o objetivo de identificar entre que grupos se verificavam as diferenças. Este procedimento permite garantir maior robustez nos resultados obtidos nas comparações múltiplas entre grupos (Field, 2018).

Utilizou-se o teste do qui-quadrado para analisar diferenças entre grupos para variáveis qualitativas. Quando não estavam reunidas as condições de aplicação do teste do qui-quadrado, utilizou-se o teste exato de *Fisher-Freman-Halton* como alternativa. Para análise de associações com as variáveis idade e tempo de experiência profissional utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (Field, 2018).

A avaliação da qualidade de um instrumento de medição exige a consideração de duas características fundamentais: validade e fiabilidade (Kimberlin & Winterstein, 2008).

A validade determina se um instrumento mede efetivamente o que se propõe a medir (Bowling, 2023). Embora seja comum referir-se à validade de um teste ou instrumento, esta não é uma propriedade intrínseca do teste em si, mas sim o grau em que as interpretações dos seus resultados são justificadas, dependendo da finalidade do teste e da sua capacidade de medir o construto subjacente (Kimberlin & Winterstein, 2008). A utilização do instrumento de recolha de dados, com a inclusão de questões já utilizadas noutros questionários aplicados a profissionais de saúde e com dados cientificamente reconhecidos, permite corroborar a sua validade para o presente estudo (Castner, 2012; Keebler et al., 2014).

A fiabilidade, por sua vez, refere-se à reprodutibilidade e consistência do instrumento de medição ao longo do tempo e em diferentes contextos. A maneira mais importante para avaliar a fiabilidade é a consistência interna que mede o grau de homogeneidade dos itens de uma escala, garantindo que avaliam exclusivamente a dimensão em estudo e não outras dimensões relacionadas. A consistência interna de uma escala é quantificada pelo alfa de *Cronbach*, cujo valor varia entre 0 e 1 (Bowling, 2023; Creswell & Creswell, 2018). Assim realizou-se a análise da consistência interna das dimensões do T-TPQ através do alfa de *Cronbach*.

Procedeu-se à realização de uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC), com o objetivo de verificar se as características estruturais da ferramenta original se mantinham preservadas no contexto do presente estudo. Seguindo as recomendações metodológicas de Kline (2023) e Field (2018), a estimação dos parâmetros foi efetuada com recurso ao método de máxima verossimilhança. Devido à natureza não-normal dos dados, utilizou-se a correção por *bootstrapping* de *Bollen-Stine*, com geração de 2000 amostras. O modelo incluiu três dimensões correlacionadas, tendo-se fixado a variância de cada fator em 1. A matriz de covariância foi utilizada como base para a estimação e a análise foi conduzida para a totalidade dos participantes. A adequação do modelo foi avaliada com base no qui-quadrado corrigido de *Bollen-Stine* (considerou-se bom ajustamento se $p > 0,05$), na razão entre o qui-quadrado e os graus de liberdade (CMIN/DF, onde valores < 3 são considerados adequados), no índice de ajuste comparativo (CFI) e índice de *Tucker-Lewis* (TLI), (onde valores $\geq 0,90$ são considerados aceitáveis), no Erro Quadrático Médio da Aproximação (*RMSEA*) e no Resíduo Quadrático Médio Padronizado (SRMR) (onde valores $< 0,08$ são considerados adequados).

Utilizou-se um intervalo de confiança de 95% (nível de significância de $p < 0,05$) em todos os procedimentos de estatística inferencial.

3.6 Considerações Éticas e de Confidencialidade

O presente estudo seguiu as diretrizes éticas para a realização de investigação científica, assegurando o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados. Foram cumpridas todas as normas estabelecidas pela Declaração de Helsínquia, de acordo com a sua última revisão em 2013, bem como a legislação nacional aplicável à investigação clínica e populacional. Considerou-se também o Regulamento Geral da Proteção de Dados aquando da definição das metodologias a utilizar. A participação no estudo foi voluntária, anónima e confidencial, garantindo que nenhuma informação recolhida permitisse a identificação dos participantes. Os dados foram utilizados exclusivamente para fins estatísticos e académicos, sem qualquer finalidade profissional ou comercial. A base de dados *online* foi eliminada após a fase de recolha de dados e a informação obtida foi armazenada numa base de dados informatizada, protegida por palavra-passe, à qual somente a autora do trabalho teve acesso. Os dados serão utilizados apenas para o fim proposto e serão destruídos passados três anos após a apresentação dos resultados. Afirma-se ainda que não existe nenhum conflito de interesses associado a esta investigação.

Para a realização deste estudo, foram solicitadas as devidas autorizações ao Conselho de Ética e ao Conselho Técnico-Científico da ESTeSL-IPL, que emitiram pareceres favoráveis (Anexo 5).

4. RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à apresentação detalhada dos resultados obtidos após a análise estatística. A informação é organizada, recorrendo a tabelas e representações gráficas, de modo a facilitar a leitura e compreensão dos dados.

4.1 Caracterização da amostra

Foram recebidas no total 401 respostas ao questionário o que corresponde a, aproximadamente, 9% dos TACSP a exercer funções em Portugal. A caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes baseou-se nas onze variáveis incluídas na Parte I do instrumento de recolha de dados.

Do total de inquiridos, 357 pertencem ao género feminino (89%), enquanto os restantes 11% (N = 44) são do género masculino (Gráfico 4.1).

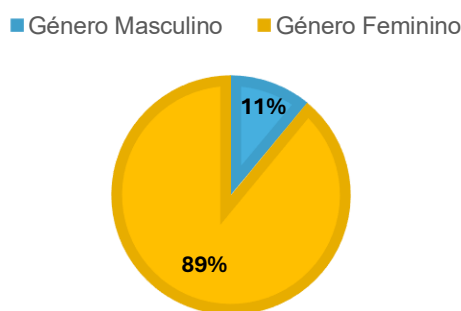


Gráfico 4.1 – Caracterização da amostra por género

A média das idades dos participantes foi de $39,50 \pm 10,48$ anos, com valores compreendidos entre os 22 e os 66 anos, conforme apresentado na Tabela 4.1.

No que respeita ao tempo de experiência profissional, verifica-se que a esmagadora maioria dos inquiridos (98,5%; N = 394) possui pelo menos um ano de exercício na área e apenas 1,5% (N = 6) apresenta menos de um ano de experiência (Gráfico 4.2). A análise estatística evidencia uma média de $16,44 \pm 10,66$ anos de experiência profissional, como descrito na Tabela 4.1.

Tabela 4.1 – Caracterização da amostra por idade e tempo de experiência profissional

	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade (Anos)	39,50	38	10,48	22	66
Tempo de experiência profissional (Anos)	16,44	15	10,66	0	42

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública em Portugal

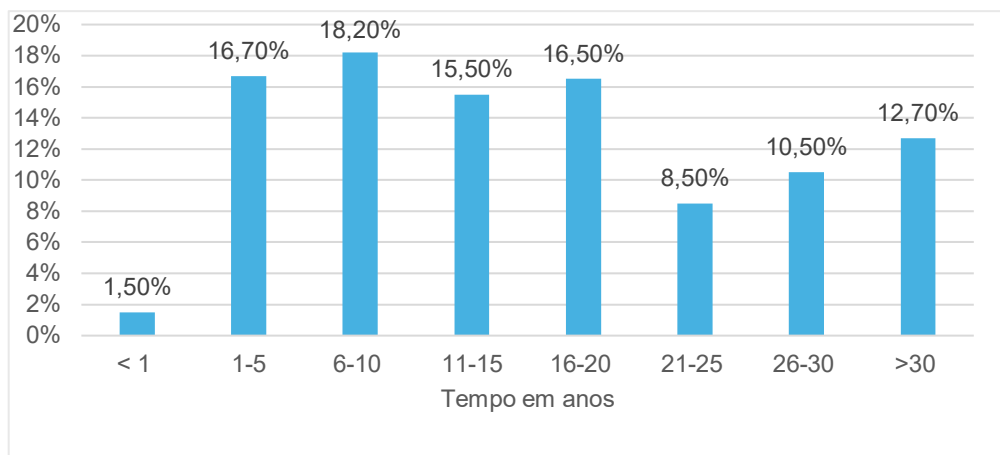


Gráfico 4.2 – Distribuição da amostra (em percentagem) consoante o tempo (em anos) de experiência profissional

No que concerne à formação académica de base, observa-se que a maioria dos TACSP possui o grau de licenciatura, correspondendo a 74,6% (N = 299) da amostra, conforme ilustrado no Gráfico 4.3.

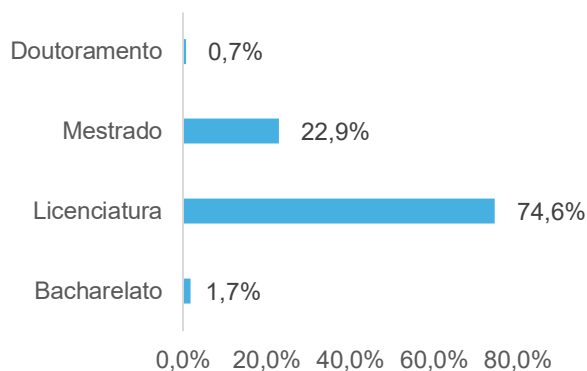


Gráfico 4.3 – Caracterização da amostra por grau académico

Relativamente à distribuição geográfica, constata-se que a maior proporção de respostas foi proveniente da região de Lisboa e Vale do Tejo, representando 40,1% (N = 161) do total de participantes (Gráfico 4.4).

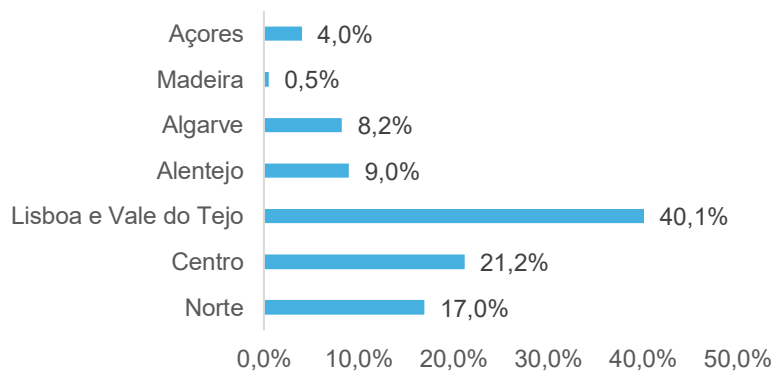


Gráfico 4.4 – Caracterização da amostra por local de trabalho (zona geográfica)

Dos 401 participantes incluídos na amostra, 8,57% (N = 35) referem exercer funções de chefia, conforme representado no Gráfico 4.5.

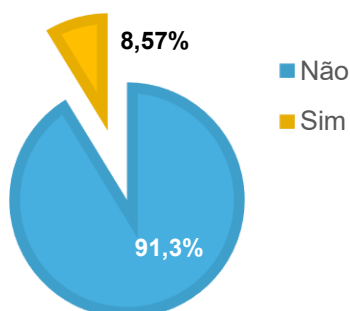


Gráfico 4.5 – Caracterização da amostra quanto à função de chefia

Relativamente à situação contratual, observa-se que a maioria dos respondentes (79,6%; N = 319) possui um contrato de trabalho sem termo, tal como evidenciado no Gráfico 4.6.

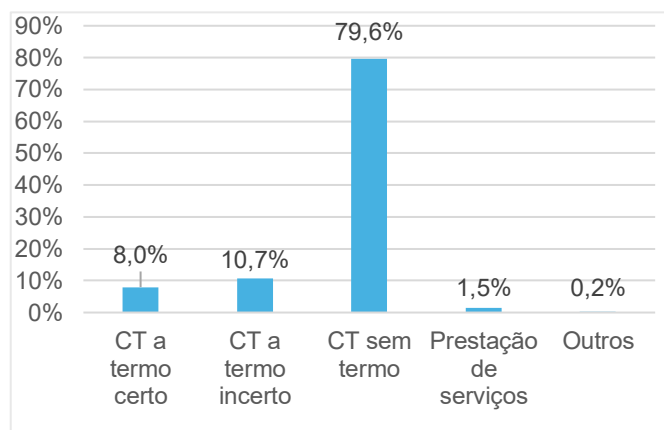


Gráfico 4.6 – Caracterização da amostra quanto à condição contratual

Relativamente à carga horária semanal, 60,1% (N = 241) dos inquiridos trabalham 35 horas por semana.

No que se refere ao número de profissionais que compõem cada equipa, a maioria é constituída por menos de 10 TACSP (29,9%; N = 120). Apenas uma pequena proporção dos respondentes (2,7%; N = 11) indicou não saber quantos elementos integram a sua equipa, conforme representado no Gráfico 4.7.

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública em Portugal

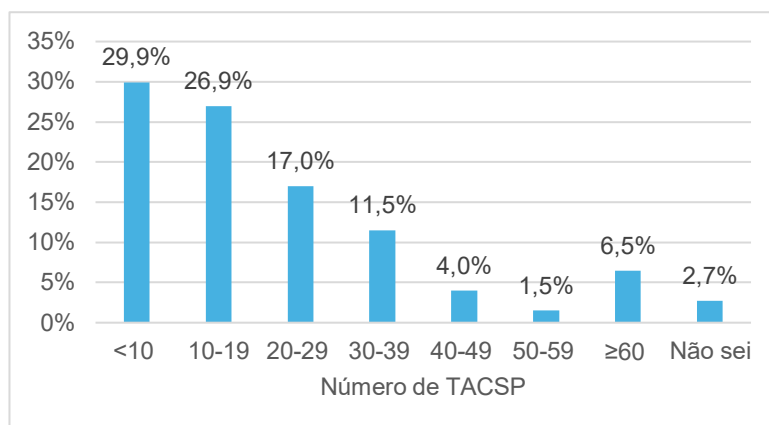


Gráfico 4.7 – Caracterização da amostra quanto ao número de elementos na equipa

Adicionalmente, uma proporção considerável dos participantes — cerca de 45% (N = 182) — considera que a equipa não dispõe de RH suficientes para dar resposta de forma adequada às exigências laborais (Gráfico 4.8).

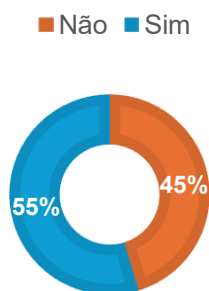


Gráfico 4.8 – Caracterização da amostra quanto à suficiência de TACSP

Relativamente à perceção dos TACSP sobre a estabilidade e rotatividade das equipas de trabalho, verifica-se que, em mais de metade dos casos (52,4%; N = 210) não existe uma rotatividade acentuada, permanecendo a grande maioria dos profissionais na equipa. Sendo que em 23,4% (N = 94) dos casos a equipa manteve-se estável nos últimos dois anos (Tabela 4.2).

Tabela 4.2 – Caracterização da amostra quanto à perceção sobre a estabilidade da equipa

		N	%
Estabilidade/ Rotatividade da equipa	A equipa tem-se mantido estável sem grandes alterações nos últimos 2 anos.	94	23,4
	Ocasionalmente, há entrada ou saída de alguns membros, mas a maioria permanece na equipa.	210	52,4
	Há uma rotatividade moderada, com uma entrada e saída regular de profissionais.	52	13,0
	Há uma rotatividade elevada, com uma constante saída de membros e entrada de novos profissionais.	35	8,7
	A equipa foi formada recentemente ou está em processo de formação.	10	2,5

4.2 Análise psicométrica do instrumento de recolha de dados

Foi possível analisar a consistência interna das dimensões do T-TPQ utilizadas neste trabalho considerando a totalidade dos participantes. No geral, o alfa de *Cronbach* indica boa fiabilidade para todas as escalas, já que todos os valores encontrados (Tabela 4.3) estão acima de 0,80, o que é considerado bom, de acordo com Nunnally & Bernstein (1994).

Tabela 4.3 – Análise da consistência interna das dimensões do T-TPQ

Dimensão	Nº de Itens	Média	DP	α de Cronbach
EE	7	3,81	0,80	0,897
MS	7	3,43	0,77	0,873
SM	6	3,55	0,84	0,900

EE = Estrutura da equipa; MS = Monitorização da Situação; SM = Suporte Mútuo; DP = Desvio-Padrão

Adicionalmente, a análise dos valores de alfa com a exclusão de qualquer item individual não melhoraria significativamente o coeficiente total, sugerindo que todos os itens contribuem positivamente para o fator que é medido. As correlações item-total corrigidas variaram entre 0,518 e 0,791, ultrapassando o limiar 0,3, sugerido para classificação como aceitável do papel de cada item na respetiva dimensão.

A AFC para verificar a adequação do modelo teórico sobre o TE, que apresenta as três dimensões utilizadas neste trabalho, sugere que o modelo apresenta um ajustamento global satisfatório. Os dados suportam a estrutura teórica de três dimensões agrupados nos itens correspondentes, permitindo propor a validade fatorial desta ferramenta de inquirição na amostra em estudo.

O valor do qui-quadrado padrão foi $\chi^2(183) = 347,216$, com $p < 0,001$, indicando que não existiu um ajustamento perfeito, como seria de esperar em modelos com tamanhos amostrais moderados, dada a sensibilidade do teste ao número de elementos em estudo. A razão entre o qui-quadrado e os graus de liberdade (CMIN/DF) foi de 1,90, valor inferior ao limiar de 3, indicando um bom ajustamento relativo. Os índices incrementais foram também positivos, com CFI de 0,951 e TLI de 0,944, ambos acima do critério mínimo de 0,90 (Kline, 2023). O RMSEA foi de 0,048, com intervalo de confiança de 90% entre 0,041 e 0,056 e $p\text{-close} = 0,142$, sugerindo um erro de aproximação baixo e estatisticamente aceitável. O SRMR foi de 0,045, abaixo do valor crítico de 0,08. Além disso, o valor de p do teste de *Bollen-Stine* foi de 0,143, não

significativo, reforçando a evidência de que o modelo não difere significativamente dos dados populacionais.

As cargas fatoriais padronizadas estimadas foram todas estatisticamente significativas ($p < 0,001$) e de magnitude satisfatória, variando entre 0,601 e 0,824. A dimensão EE apresentou cargas de 0,680 a 0,824, a dimensão MS de 0,601 a 0,821, e a dimensão SM de 0,756 a 0,823. Esses valores indicam que os itens estão adequadamente associados aos seus fatores teóricos, sustentando a validade convergente das dimensões.

Os valores de R^2 , coeficiente de determinação múltipla, variaram entre 0,361 e 0,679, indicando que os fatores latentes explicam entre 36% e 68% da variância dos itens individuais. Embora na questão número 9, “Os membros da equipa monitorizam o desempenho uns dos outros”, presente na dimensão MS, tenha apresentado a menor carga (0,601; $R^2 = 0,361$), todos os itens estavam acima dos limites mínimos aceitáveis. Inclui-se em anexo (Anexo 6) as cargas fatoriais padronizadas e os valores de R^2 obtidos na AFC para cada item, organizados nas respetivas dimensões.

A inspeção dos resíduos padronizados não revelou discrepâncias locais relevantes, pois nenhum par de itens excedeu o valor crítico de 2,58, e os índices de modificação não sugeriram relações adicionais que fossem teoricamente justificáveis. Assim, não houve necessidade de reespecificação do modelo.

As correlações entre os fatores latentes estimadas pelo modelo foram elevadas, mas teoricamente plausíveis e estatisticamente significativas: EE–MS = 0,893, MS–SM = 0,910 e EE–SM = 0,809. Para complementar estes resultados, analisou-se também as correlações de *Spearman* ($R_{Spearman}$) entre as pontuações das dimensões. Os resultados confirmaram associações fortes, com $R_{Spearman}$ de 0,775 entre EE e MS, 0,790 entre MS e SM e 0,718 entre EE e SM, todas com $p < 0,001$. A consistência entre as correlações nos níveis observados e latentes sugere uma estrutura interna coesa e empiricamente sustentada do instrumento.

Em síntese, os resultados da AFC indicam que o modelo teórico que inclui as três dimensões apresenta ajuste global satisfatório, parâmetros estruturais consistentes, validade convergente confirmada e correlações teoricamente coerentes entre os fatores. As análises adicionais de resíduos e correlações reforçam a robustez do modelo. Os resultados apoiam a validade fatorial da medida na amostra deste estudo e a adequação psicométrica do instrumento nesta população-alvo.

4.3 Perceção sobre o Trabalho em Equipa

Esta secção apresenta os resultados obtidos na Parte II do questionário, cujo objetivo foi analisar as perceções dos TACSP relativamente ao TE. A análise descritiva das respostas fornecidas pelos 401 participantes permitiu identificar tendências, destacar aspetos percecionados como mais ou menos positivos e assinalar áreas com potencial de melhoria, oferecendo assim uma perspetiva aprofundada sobre as dinâmicas do TE no contexto laboratorial. Na presente subsecção, os resultados serão analisados à luz das variáveis sociodemográficas e profissionais, com o intuito de compreender em que medida estas influenciam as perceções dos participantes sobre o TE e funcionamento das suas equipas.

4.3.1 Perceção global dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública relativamente a cada uma das dimensões

Inicialmente, apresenta-se a perceção global dos profissionais relativamente a cada uma das dimensões avaliadas no questionário (Anexo 7).

Observa-se uma perceção positiva na dimensão EE, com 82,3% (N = 330) dos participantes a assinalarem “Concordo” ou “Concordo Completamente” relativamente às competências de os membros da equipa serem complementares, permitindo a partilha de tarefas específicas sempre que necessário. Adicionalmente, 78,0% (N = 313) dos inquiridos afirmam que existe uma compreensão clara dos papéis e responsabilidades.

No que diz respeito à MS, observa-se maior variabilidade nas respostas. Apesar de uma concordância geral relativamente à comunicação de informação relevante entre os membros da equipa (66,3%; N = 266), nomeadamente no que respeita à partilha de informações sobre potenciais complicações na execução de tarefas (70,1%; N = 281) e à correção de erros entre colegas para garantir o cumprimento dos procedimentos (64,9%; N = 260), algumas opiniões são mais divididas. Em particular, a perceção sobre a antecipação das necessidades de outros membros da equipa é menos consensual, com apenas 47,4% (N = 190) dos inquiridos a expressar concordância. A monitorização do desempenho entre colegas revela igualmente níveis reduzidos de concordância (44,9%; N = 180), acompanhados por uma proporção significativa de respostas neutras (34,2%; N = 137). Por sua vez, a reavaliação coletiva de estratégias perante alterações nas circunstâncias surge como uma das áreas mais frágeis desta dimensão, com 20,9% (N = 84) de respostas neutras e 35,2% (N = 141) de discordância.

Relativamente à dimensão SM, no geral, a percepção é positiva. Os participantes destacam a ajuda mútua em situações de sobrecarga (68,1%; N = 273), a disponibilidade para pedir apoio quando necessário (69,6%; N = 279) e a capacidade de alerta perante situações de risco (76,8%; N = 308) como práticas frequentes no quotidiano das equipas. No entanto, subsistem aspetos mais frágeis nesta dimensão. Apenas 46,4% (N = 186) dos inquiridos concordam que os conflitos são resolvidos, mesmo quando se tornam pessoais, enquanto 24,2% (N = 97) discordam dessa afirmação. A forma como é fornecido *feedback* dentro da equipa também se revela uma questão sensível, com 50,9% (N = 204) a concordar, mas com 23,2% (N = 93) de respostas neutras e 25,9% (N = 104) a discordarem.

4.3.2 Relação entre a percepção do Trabalho em Equipa e a variável género

Os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão EE, tendo os TACSP do género feminino atribuído classificações mais elevadas do que os participantes do género masculino ($U = 6204,500$; $p = 0,023$) (Tabela 4.4).

Tabela 4.4 – Diferenças entre géneros nas percepções sobre o Trabalho em Equipa (N = 401)

	Género					
	Masculino		Feminino		Mann-Whitney U	Valor de p
	Média	DP	Média	DP		
EE	3,5	0,95	3,8	0,77	6204,500	0,023
MS	3,4	0,77	3,4	0,77	7393,000	0,524
SM	3,4	0,93	3,6	0,83	6826,000	0,155

EE = Estrutura da equipa; MS = Monitorização da Situação; SM = Suporte Mútuo; DP = Desvio Padrão

4.3.3 Relação entre a percepção do Trabalho em Equipa e as variáveis idade e tempo de experiência profissional

Não se observam correlações estatisticamente significativas entre as dimensões EE, MS e SM e as variáveis idade e tempo de experiência profissional (Tabela 4.5).

Tabela 4.5 – Associação entre as dimensões do questionário e as variáveis idade e tempo de experiência profissional (N = 401)

Dimensão		Idade	Tempo de experiência profissional
EE	Coeficiente de Correlação	0,039	0,035
	Valor de p	0,441	0,481
MS	Coeficiente de Correlação	0,045	0,048
	Valor de p	0,374	0,335
SM	Coeficiente de Correlação	0,062	0,067
	Valor de p	0,212	0,179

EE = Estrutura da equipa; MS = Monitorização da Situação; SM = Suporte Mútuo

Apesar da ausência de correlações estatisticamente significativas ao nível das dimensões, observaram-se associações significativas em itens específicos do questionário (Anexo 8). As questões 8 – “Os membros da equipa antecipam as necessidades uns dos outros” – e 18 – “O *feedback* entre a equipa é entregue de forma a promover interações positivas e mudanças futuras” – apresentaram correlações positivas e estatisticamente significativas tanto com a idade ($R_{Spearman} = 0,117$; $p = 0,019$; $R_{Spearman} = 0,135$; $p = 0,007$, respetivamente), como com o tempo de experiência profissional ($R_{Spearman} = 0,115$; $p = 0,021$; $R_{Spearman} = 0,138$; $p = 0,006$, respetivamente).

4.3.4 Relação entre a perceção do Trabalho em Equipa e a variável grau académico

Resultados análogos foram observados relativamente à variável grau académico. A análise global (Tabela 4.6) indica ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de formação no que respeita à perceção do TE, sugerindo uma perceção homogénea entre os diferentes níveis de qualificação académica, quando analisadas as dimensões de forma agregada.

Tabela 4.6 – Associação entre as dimensões do questionário e a variável grau académico (N = 401)

	Dimensão		
	EE	MS	SM
H de <i>Kruskal-Wallis</i>	6,185	5,984	5,821
Valor de p	0,103	0,112	0,121

EE = Estrutura da equipa; MS = Monitorização da Situação; SM = Suporte Mútuo;

Contudo, uma análise estatística mais pormenorizada ao nível de itens individuais (Anexo 9), detetou diferenças estatisticamente significativas nas questões 4 ($H(3) = 8,356$; $p = 0,039$), 11 ($H(3) = 9,949$; $p = 0,019$) e 18 ($H(3) = 8,369$; $p = 0,039$).

A partir dos resultados apresentados na tabela 4.7, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais com diferentes graus académicos.

Relativamente à questão 4, referente ao uso eficiente de recursos, embora a diferença entre os participantes com Licenciatura e Mestrado tenha revelado significância estatística ($p = 0,033$) com o teste de *Kruskal-Wallis*, tal diferença não é imediatamente perceptível ao nível descritivo, dado que as médias e os desvios padrão são próximos entre os grupos. No entanto, a análise da distribuição das respostas na escala de concordância revela que 4,3% ($N = 4$) dos participantes com Mestrado referem discordar totalmente da afirmação, em contraste com 2,7% ($N = 8$) entre os licenciados.

Analisando a distribuição das respostas através do teste exato de *Fisher-Freeman-Halton*, verifica-se que as diferenças reportadas através do teste de *Kruskal-Wallis* não se mantêm ($X^2(12) = -2,21$; $p = 0,158$). Estes resultados sugerem que, de forma global, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os graus académicos nesta questão, embora se observe uma tendência para maior grau de discordância entre os profissionais com habilitações académicas mais elevadas.

Por outro lado, o teste de *Fisher-Freeman-Halton* confirmou as diferenças estatisticamente significativas previamente identificadas pelo teste de *Dunn com correção de Bonferroni* nas afirmações 11 ("a equipa analisa constantemente o ambiente para obter informações importantes") e 18 ("o *feedback* entre a equipa é entregue de forma a promover interações positivas e mudanças futuras"). Estes resultados reforçam a evidência de que os profissionais com formação académica mais avançada tendem a adotar uma postura mais crítica relativamente às dinâmicas de equipa abordadas nestas afirmações ($p < 0,05$).

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública em Portugal

Tabela 4.7 – Análise de comparação após aplicação do teste de *Dunn* com ajuste de *Bonferroni*

	(A) Bacharelato (N = 7)	(B) Licenciatura (N = 299)	(C) Mestrado (N = 92)	(D) Doutoramento (N = 3)
	M ± DP	M ± DP	M ± DP	M ± DP
4. A equipa utiliza eficientemente os recursos disponíveis (por exemplo, recursos humanos, equipamento, informação).	3,4 ± 0,98	3,8 ± 1,01	3,5 ± 1,09 ^B (0,033)	2,7 ± 1,15
11. A equipa analisa constantemente o ambiente para obter informações importantes.	3,0 ± 0,82	3,4 ± 0,97	3,3 ± 0,91	1,7 ± 0,58 ^B (0,007); C (0,016)
18. O <i>feedback</i> entre a equipa é entregue, de forma a promover interações positivas e mudanças futuras.	3,4 ± 0,98	3,4 ± 1,10	3,1 ± 1,14	2,0 ± 0,00 ^B (0,026)

M – Média; DP – Desvio padrão; Diferenças estatisticamente significativas entre graus académicos (A a D) analisadas através do teste de *Dunn* com correção de *Bonferroni*, assinaladas com o valor de *p* entre parêntesis apenas no grupo com média mais baixa do par.

4.3.5 Relação entre a percepção do Trabalho em Equipa e as variáveis local de trabalho, vínculo laboral e carga horária semanal

Relativamente ao local de trabalho (zona geográfica do país), os resultados obtidos não revelaram diferenças estatisticamente significativas nas perceções do TE, em nenhuma das três dimensões analisadas. Os valores de *p* obtidos foram superiores ao nível de significância adotado ($\alpha = 0,05$) para a dimensão EE ($H(6) = 5,578$; $p = 0,472$), MS ($H(6) = 3,239$; $p = 0,778$) e SM ($H(6) = 2,230$; $p = 0,897$), indicando uma percepção globalmente homogénea do TE em profissionais de diferentes regiões do país.

Resultados semelhantes foram obtidos para a variável vínculo laboral, não se observando diferenças entre os diferentes tipos de contrato nas dimensões EE ($H(4) = 3,557$; $p = 0,469$), MS ($H(4) = 3,383$; $p = 0,496$) e SM ($H(4) = 2,993$; $p = 0,559$).

No que diz respeito à variável carga horária semanal, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas perceções das três dimensões - EE ($H(2) = 3,423$; $p = 0,181$), MS ($H(2) = 0,005$; $p = 0,998$) e SM ($H(2) = 2,770$; $p = 0,250$).

4.3.6 Relação entre a percepção do Trabalho em Equipa e a variável função de chefia

Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões EE ($U = 4877,500$; $p = 0,019$), MS ($U = 4320,000$; $p = 0,001$) e SM ($U = 4528,500$; $p = 0,004$). De uma forma geral os TACSP com funções de chefia avaliaram consistentemente de forma mais favorável o TE, comparativamente com os colegas sem funções de chefia,

em doze das vinte perguntas da parte II do questionário. Estes dados sugerem que o exercício de funções de chefia está associado a uma perceção mais positiva do funcionamento das equipas de trabalho (Anexo 10).

4.3.7 Relação entre a perceção do Trabalho em Equipa e a variável número de elementos por equipa

Os resultados revelaram uma associação estatística entre o número de profissionais por equipa e a perceção do TE, em todas as dimensões avaliadas: EE ($H(7) = 21,913$; $p = 0,003$), MS ($H(7) = 23,534$; $p = 0,001$) e SM ($H(7) = 26,794$; $p < 0,001$), ou seja, o número de elementos por equipa influencia a perceção dos TACSP relativamente ao TE.

A análise *post hoc* com correção de *Bonferroni* permitiu identificar diferenças significativas entre grupos específicos. Verificou-se que os profissionais integrados em equipas com menos de 10 elementos apresentaram perceções significativamente mais positivas em todas as dimensões ($p < 0,05$) (Anexo 11).

4.3.8 Relação entre a perceção do Trabalho em Equipa e a variável suficiência do número de Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública

Os resultados demonstram a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão EE ($U = 16364,000$; $p = 0,002$). Na dimensão SM o valor de p encontra-se no limite. Estes resultados sugerem que a perceção de suficiência de RH está positivamente associada à perceção de funcionamento eficaz da equipa, particularmente no que concerne à compreensão de papéis e responsabilidades e à partilha de informações, de modo a facilitar o tempo da tomada de decisão (Anexo 12).

4.3.9 Relação entre a perceção do Trabalho em Equipa e a variável estabilidade da equipa

A análise dos dados revela uma associação estatisticamente significativa entre a Estabilidade/Rotatividade da Equipa e a forma como os profissionais percecionam o TE, particularmente nas dimensões EE ($H(4) = 21,661$; $p < 0,001$), MS ($H(4) = 13,007$; $p = 0,011$) e SM ($H(4) = 14,993$; $p = 0,005$).

A análise *post hoc* com correção de *Bonferroni* (Anexo 13) mostrou que os profissionais inseridos em equipas estáveis, principalmente onde "A equipa tem-se mantido estável

sem grandes alterações nos últimos 2 anos”, apresentaram perceções significativamente mais positivas sobre o TE ($p < 0,05$).

4.4 Atitudes e Práticas organizacionais nas equipas de TACSP

4.4.1 Frequência de práticas organizacionais influenciadoras do Trabalho em Equipa

A primeira questão da terceira parte do questionário teve como objetivo identificar a frequência de determinadas atitudes e práticas organizacionais, que podem ter impacto na promoção de um TE eficaz. As questões incidiram sobre aspetos como a realização de reuniões regulares, a existência de comunicação aberta, o acesso a formação partilhada, a promoção de atividades de *team building* e a resposta da equipa perante erros ou problemas. A análise das respostas permite identificar padrões de funcionamento das equipas, bem como possíveis constrangimentos organizacionais que podem influenciar negativamente a eficácia do trabalho colaborativo.

Os resultados da tabela 4.8 evidenciam que a realização de reuniões de equipa com periodicidade semanal ou quinzenal é referida como inexistente por 32,4% (N = 130) dos participantes. De forma semelhante, a maioria dos inquiridos (57,6%; N = 231) refere que ações de formação interna são inexistentes ou raras. No que respeita à realização de atividades de *team building*, a escassez é ainda mais evidente, já que 47,9% (N = 192) dos participantes indicam que estas nunca ocorrem. No que se refere à comunicação aberta nas reuniões, os resultados revelam um cenário misto. Embora 36,9% (N = 148) considerem que esta prática ocorre sempre ou frequentemente, uma proporção semelhante (34,1%; N = 137) afirma que raramente ou nunca acontece. Por fim, no que respeita à atribuição de culpas face a erros, 43,1% (N = 173) dos inquiridos consideram que a equipa raramente ou nunca adota uma atitude punitiva, contudo 27,7% (N = 111) referem que tal comportamento ocorre frequentemente ou sempre.

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública em Portugal

Tabela 4.8 – Caracterização dos inquiridos quanto à frequência de situações que podem influenciar o Trabalho em Equipa

Situação	Respostas	N	%	M ± DP
Reuniões de equipa semanais ou quinzenais	Nunca	130	32,4	2,1 ± 1,0
	Raramente	155	38,7	
	Às vezes	83	20,7	
	Frequentemente	28	7,0	
	Sempre	5	1,2	
Comunicação aberta nas reuniões	Nunca	47	11,7	3,1 ± 1,2
	Raramente	90	22,4	
	Às vezes	116	28,9	
	Frequentemente	88	21,9	
	Sempre	60	15,0	
Formações dentro da equipa (por exemplo: discussão de casos clínicos e formações de um membro da equipa para os restantes)	Nunca	105	26,2	2,4 ± 1,1
	Raramente	126	31,4	
	Às vezes	97	24,2	
	Frequentemente	63	15,7	
	Sempre	10	2,5	
Atividades de <i>team building</i> (por exemplo: eventos sociais, jogos para aumentar o Trabalho em Equipa ou atividades fora do ambiente de trabalho para fortalecer os laços pessoais e profissionais)	Nunca	192	47,9	1,8 ± 1,0
	Raramente	126	31,4	
	Às vezes	52	13,0	
	Frequentemente	26	6,5	
	Sempre	5	1,2	
Perante um erro/problema, a equipa apressa-se a atribuir culpas ou “apontar o dedo”	Nunca	63	15,7	2,8 ± 1,2
	Raramente	110	27,4	
	Às vezes	117	29,2	
	Frequentemente	71	17,7	
	Sempre	40	10,0	

DP = Desvio Padrão; M = Média

4.4.2 Preferências dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública quanto a estratégias de colaboração no local de trabalho

A análise das respostas à segunda questão da Parte III do questionário, ilustrada no gráfico 4.9, permitiu identificar as práticas e dinâmicas mais valorizadas pelos TACSP enquanto promotoras de um TE mais eficaz, colaborativo e coeso.



Gráfico 4.9 – Perceção dos TACSP quanto às práticas que consideram mais relevantes (Questão 2, parte III)

Estes dados permitem compreender, a partir da perspetiva dos próprios profissionais, quais os fatores que consideram determinantes para o reforço da cooperação e da eficácia das suas equipas.

Entre os resultados obtidos, destaca-se que 76,6% (N = 307) dos inquiridos valorizam a realização de reuniões de equipa, reconhecendo-as como essenciais para o alinhamento de objetivos, partilha de informação e tomada de decisão coordenada. Segue-se a comunicação aberta, considerada relevante por 70,6% (N = 283) dos participantes, o que reforça a importância de um ambiente transparente e respeitador nas interações entre colegas. Outros aspetos altamente valorizados incluem as formações dentro da equipa (66,3%; N = 266) e a partilha de recursos e conhecimento (66,6%; N = 267), sublinhando a importância atribuída à atualização contínua de competências e ao intercâmbio técnico-científico. A formação externa também mereceu destaque, com 60,6% (N = 243) dos inquiridos a considerá-la relevante. A definição clara de papéis e responsabilidades foi considerada importante por 58,9% (N = 236) e a tomada de decisão colaborativa obteve um valor de 51,4% (N = 206). Em contraste, mecanismos regulares de *feedback* entre os membros da equipa (47,9%; N = 192) e atividades de *team building* (42,9%; N = 172) foram menos valorizadas. Por fim, o apoio à inovação e criatividade foi referido por 56,4% (N = 226) dos participantes como relevante, o que sugere abertura à melhoria contínua.

4.4.3 Medidas sugeridas pelos participantes para otimizar o Trabalho em Equipa

A análise qualitativa da questão aberta, permitiu identificar diversas práticas, atitudes e comportamentos, sugeridos pelos TACSP. Das 96 respostas recebidas, 72 foram consideradas válidas para análise. As sugestões foram agrupadas em categorias temáticas com base nas semelhanças de conteúdo (Tabela 4.9).

As medidas mais frequentemente referidas foram Valores Humanos e Relacionais (N = 14), Definição clara de papéis/responsabilidades e objetivos (N = 12) e Partilha de informação/Comunicação (N = 11). Estas categorias evidenciam a importância atribuída pelos TACSP à criação de um ambiente de trabalho assente na empatia, respeito mútuo, comunicação eficaz e organização funcional da equipa.

Destacam-se também propostas relacionadas com a Rotação de funções (N = 7), que promovem a versatilidade e equidade no desempenho das tarefas, e com Formação conjunta e partilha de conhecimentos (N = 6), reforçando a aprendizagem colaborativa.

Algumas respostas abordaram a necessidade de Alteração da chefia/Rotação da função de chefia (N = 5), sugerindo uma liderança mais participativa e empática. Outras focaram-se em estratégias de Promoção do bem-estar organizacional (N = 9), como apoio psicológico aos colaboradores e incentivos institucionais. Alguns participantes referiram a Valorização dos membros da equipa (N = 3), principalmente os colegas mais velhos, que pela sua maior experiência podem trazer uma visão mais ampla na leitura do ambiente e resolução de problemas.

Outro aspeto salientado foi a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade (N = 2), com particular destaque para os contextos em que esta função deve ser desempenhada por um TACSP. Esta atribuição foi vista como uma forma de valorização e responsabilização profissional, contrastando com situações onde esta responsabilidade é entregue a outros profissionais, o que poderá gerar sentimentos de desvalorização entre os TACSP.

Por fim, também foram mencionados momentos de *team building* (N = 3), referindo-se a atividades fora do ambiente de trabalho com o objetivo de promover a coesão, a confiança e a interação positiva entre os elementos da equipa.

Tabela 4.9 – Elementos essenciais ao Trabalho em Equipa, sugeridos pelos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública

Tema identificado	N	Exemplos de respostas dos participantes
Formação conjunta e partilha de conhecimentos	6	<p><i>“Ter mais tempo para nos dedicarmos a casos clínicos isolados”</i></p> <p><i>“Atualização constante com literatura”</i></p> <p><i>“Incentivar a confiança entre os membros da equipa promovendo o estudo entre eles e a partilha de novas ocorrências no trabalho (estudos de caso) e externamente para outras equipas”.</i></p>
Valores Humanos e Relacionais	14	<p><i>“Diversidade e inclusão”</i></p> <p><i>“Empatia ente colegas”</i></p> <p><i>“Honestidade e ética”</i></p>
Rotação de funções	7	<p><i>“Rotação de funções dentro da equipa”</i></p> <p><i>“O trabalho ser repartido por todos de igual forma e evitar sobrecarregar os colaboradores para evitar cenários tais como o “burnout””</i></p> <p><i>“Na secção estão estipuladas várias áreas de trabalho e todos os elementos da equipa rodam entre estas áreas (...). Assim todos sabem fazer tudo e substituem-se em caso de necessidade com facilidade.”</i></p>

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública em Portugal

Tabela 4.9 (Continuação) – Elementos essenciais ao Trabalho em Equipa, sugeridos pelos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública

Tema identificado	N	Exemplos de respostas dos participantes
Partilha de informação/ Comunicação	11	<p><i>“Utilização de plataformas ou grupos sociais digitais.”</i></p> <p><i>“Quadro de sugestões e melhorias a implementar, sempre pelo lado positivo. Reuniões regulares.”</i></p> <p><i>“Disponibilidade para ouvir sem culpabilizar; Falar sempre utilizando o termo “nós”; Aberto a inovações e confiar nas sugestões.”</i></p>
Valorização dos membros da equipa	3	<p><i>“Idade/antiguidade = visão ampla das situações e suas repercussões conduz a optimização da reacção/resolução do problema.”</i></p> <p><i>“Valorização do colaborador”</i></p> <p><i>“Mais consideração e respeito pelos colegas mais velhos”</i></p>
Alteração/ Rotação da função de chefia	5	<p><i>“Uma coordenação assertiva e participativa conciliada com uma boa gestão material e humano”</i></p> <p><i>“Mudança de chefia. Ter escala mensal atempadamente para podermos organizar a nossa vida pessoal.”</i></p> <p><i>“As chefias deviam estar presentes no dia a dia da restante equipa só assim percebem as necessidades da mesma”</i></p>
Sistema de Gestão da Qualidade	2	<p><i>“Sistema de Gestão da Qualidade”</i></p> <p><i>“O responsável/Gestor da qualidade ser TSDT”</i></p>
Estratégias de Promoção do Bem-Estar Organizacional (pelas chefias ou entidade empregadora)	9	<p><i>“Equipa de Bem-estar implementada pela nova Diretora Serviço em 2025”</i></p> <p><i>“Sessões de Coach empresarial (gerir emoções/ trabalho de equipa/ gestão de conflitos)”</i></p> <p><i>“Apoio às necessidades psicológicas dos colaboradores. Avaliação de desempenho que permita distinguir graus de desempenho, de forma justa.”</i></p>
Definição clara de papéis/responsabilidades e objetivos	12	<p><i>“Harmonização de práticas/metodologias”</i></p> <p><i>“Máxima liberdade com máxima responsabilidade”</i></p> <p><i>“Definição do papel e responsabilidades dos elementos da equipa.”</i></p>
Momentos de <i>Team Building</i>	3	<p><i>“Almoço/jantares da equipa”</i></p> <p><i>“Exercícios de alongamento e relaxamento.”</i></p>

5. DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu avaliar a percepção dos TACSP sobre o TE, com base numa amostra nacional de 401 profissionais. Os dados obtidos proporcionam uma análise abrangente dos fatores que influenciam o TE em contexto laboratorial, identificando facilitadores, barreiras e áreas de melhoria. Este capítulo apresenta uma reflexão crítica dos principais resultados, articulando-os com os objetivos do estudo e com os fundamentos teóricos da literatura. Além disso contempla uma análise crítica das dificuldades e limitações metodológicas verificadas.

5.1 Discussão de resultados

Os resultados obtidos na análise psicométrica do T-TPQ demonstram que o instrumento apresenta boa consistência interna e validade fatorial. Os valores do alfa de *Cronbach* obtidos para as dimensões utilizadas foram todos superiores a 0,80, corroborando os resultados reportados no estudo de validação original do instrumento (American Institutes for Research, 2010), onde foram descritos alfas entre 0,78 e 0,92 para as cinco dimensões originais. Estes dados indicam que a versão adaptada manteve uma estrutura psicométrica robusta, à semelhança de outros estudos de validação internacionais. Keebler et al. (2014) num estudo de validação em 1700 profissionais de saúde do exército dos Estados Unidos da América, encontraram um alfa global de 0,97 para o T-TPQ e Castner (2012) reportou alfas entre 0,83 e 0,94 para uma versão breve do questionário (*Brief T-TPQ*) aplicada a enfermeiros. A convergência entre os resultados do presente estudo e os da literatura internacional reforça a estabilidade e a fiabilidade da medida em diferentes culturas e contextos profissionais.

A AFC confirmou a estrutura teórica do questionário, com índices de ajustamento global satisfatórios e cargas fatoriais padronizadas elevadas, todas estatisticamente significativas. A ausência de resíduos locais relevantes e a coerência entre os fatores reforçam a validade do modelo na população em estudo.

As correlações elevadas entre os fatores (particularmente entre MS e SM) refletem a natureza interdependente das dimensões do TE, mas não comprometem a validade discriminante, dado que os fatores permanecem empiricamente distinguíveis. Esta interdependência foi igualmente reportada no manual original ($r = 0,79$) (American Institutes for Research, 2010) e por Keebler et al. (2014).

Os resultados da análise das propriedades psicométricas das dimensões do T-TPQ consideradas neste trabalho reforçam a sua aplicabilidade enquanto ferramenta válida para avaliar o TE neste contexto, sugerindo a sua potencial utilização em futuras investigações ou intervenções institucionais orientadas para a melhoria da colaboração entre TACSP.

Obteve-se uma amostra final com uma prevalência feminina acentuada (89%; N = 357). Considera-se que esta prevalência vai ao encontro da distribuição por géneros dos profissionais que englobam a carreira de TSDT, que reportam uma prevalência de 79% de profissionais do género feminino (Grupo de trabalho para a Igualdade de Género do STSS, 2023).

A média de idades foi $39,5 \pm 10,48$ anos e a média do tempo de experiência profissional foi $16,44 \pm 10,66$ anos. A maioria dos participantes (98,5%; N = 394) apresentava, no mínimo, 1 ano de experiência profissional. 74,6% (N = 299) eram licenciados e 40,1% (N = 161) trabalham na zona de Lisboa e Vale do Tejo. Adicionalmente, 79,6% (N = 319) dos inquiridos apresenta vínculo laboral efetivo, indicando uma situação de emprego estável. Estes achados assemelham-se aos resultados de outros estudos semelhantes, que frequentemente reportam uma predominância do género feminino e uma população profissional jovem com formação de nível de licenciatura (Georgiou et al., 2021; Grilo, 2008; Valentim et al., 2020). Além disso, 8,57% (N = 35) exercem funções de chefia e a maioria dos participantes tem um horário de 35 horas semanais (60,1%; N = 241). As equipas de TACSP, são maioritariamente constituídas por menos de 10 elementos (29,9%; N = 120).

No que concerne à perceção sobre o TE, de uma forma geral, os resultados evidenciaram uma perceção globalmente positiva em relação à EE, destacando-se elevada concordância quanto à complementaridade das competências (82,3%; N = 330) e à clareza na definição de papéis e responsabilidades (78,0%; N = 313). Estes valores foram superiores aos reportados no estudo de Grilo (2008), em que apenas 48,4% dos inquiridos concordaram, total ou parcialmente, com a existência de papéis claramente definidos nas suas equipas. Os dados agora obtidos reforçam a evidência existente na literatura, que aponta a complementaridade de competências (António, 2014; Martins, 2011) e a definição clara de funções e responsabilidades (Chaves, 2016; Grilo, 2008; OMS, 2014; Paiva et al., 2012; Sangaletti et al., 2017; Yanchus et al., 2017) como elementos estruturantes para o funcionamento eficaz das equipas. Assim, os resultados

sustentam a importância de estruturas bem definidas e orientadas para objetivos comuns, como condicionantes para a coesão e eficiência das equipas de TACSP.

Observou-se uma perceção positiva na dimensão SM, sobretudo no que respeita à ajuda entre colegas em situações de sobrecarga, com 68,1% (N = 273) dos inquiridos a concordarem com esta prática. Este resultado está em consonância com estudos prévios (António, 2014; Valentim et al., 2020; Yanchus et al., 2017), embora contraste com o estudo de Grilo (2008), em que 73,8% concordam, total ou parcialmente, que existe sobrecarga de trabalho para alguns profissionais dentro da equipa. Segundo Valentim et al. (2020), a insuficiente colaboração entre os membros da equipa pode gerar insatisfação e distanciamento ou, até mesmo, levar a conflitos. Salas et al. (2005) realçam que a capacidade da equipa em diminuir a sobrecarga de trabalho é essencial para a adaptabilidade das equipas, principalmente em situações de *stress*.

Apesar da valorização de diversos aspetos do TE, persistem dificuldades na gestão eficaz de conflitos interpessoais, com apenas 46,4% (N = 186) dos inquiridos a considerar que os conflitos são resolvidos eficazmente, resultado semelhante ao observado no estudo de Grilo (2008). A literatura sustenta que todas as equipas apresentam conflitos, no entanto, o modo como estes são resolvidos caracteriza o processo de crescimento e desenvolvimento dos elementos envolvidos (Bação, 2023). A resolução construtiva de conflitos requer uma comunicação aberta, transparente e orientada para a escuta ativa, bem como motivação positiva por parte dos elementos da equipa. A ausência destas condições pode comprometer a criação de um clima de confiança, elemento considerado essencial por Lencioni (2005) para o desenvolvimento do que designa como “*conflito produtivo e ideológico*” — um tipo de confronto de ideias saudável, indispensável à tomada de decisões relevantes e ao progresso coletivo (citado por Martin, 2017). Assim, os resultados obtidos sugerem a existência de barreiras à comunicação autêntica, possivelmente influenciadas por uma cultura onde o conflito é evitado. Neste sentido vários estudos sugerem que a cultura portuguesa valoriza a harmonia relacional e tende a evitar a confrontação, privilegiando comportamentos mais cautelosos e reservados. Lewiński et al. (2018), por exemplo, evidenciaram que, comparativamente aos norte-americanos, os portugueses tendem a adotar um estilo de interação menos impulsivo, mais cauteloso e menos orientado para o confronto. Embora esta orientação cultural não deva ser considerada negativa *per se*, poderá dificultar o amadurecimento das equipas e o desenvolvimento de dinâmicas

colaborativas mais eficazes, ao inibir a expressão aberta de divergências e a procura conjunta de soluções.

Nesse sentido, destaca-se também a importância de como o *feedback* é transmitido de forma a promover interações positivas e mudanças futuras, com apenas 50,9% (N = 204) dos participantes a referirem a existência de *feedback* eficaz dentro das suas equipas — valor semelhante ao obtido por António (2014). Só através de mecanismos de avaliação e de *feedback* é possível atingir o bom funcionamento da equipa, dado que atitudes e comportamentos terão de ser necessariamente avaliados, no sentido de garantir que a equipa se encontra no bom caminho (Graça, 1992). No entanto, o *feedback* nem sempre é bem aceite, especialmente quando percecionado como negativo. Por isso, recomenda-se que este processo seja conduzido com empatia, de forma positiva e orientada para a aprendizagem, reduzindo a ansiedade associada à avaliação interpessoal e reforçando um ciclo contínuo de desenvolvimento (NHS England, 2023).

A análise da dimensão MS revelou uma maior dispersão nas perceções. A antecipação de necessidades (47,4%; N = 190) e a monitorização do desempenho entre pares (44,9%; N = 180) revelaram níveis reduzidos de concordância, refletindo fragilidades na implementação de estratégias de observação ativa e de apoio antecipado — aspetos fundamentais para equipas que operam em contextos dinâmicos e exigentes, como os laboratórios onde os TACSP exercem as suas funções. Estes dados contrastam com o estudo de Georgiou et al. (2021), no qual 81,8% dos participantes relataram perceções positivas relativamente ao apoio interprofissional nas suas equipas.

Assim, embora o apoio interpessoal seja amplamente valorizado persistem dificuldades significativas na leitura do ambiente, de forma a antecipar as necessidades dos colegas, na gestão de conflitos e na implementação de práticas consistentes de *feedback* construtivo.

No que respeita à variável género, os resultados evidenciaram uma perceção mais positiva das mulheres relativamente à EE. Este achado poderá refletir uma maior valorização por parte das profissionais do género feminino em relação a aspetos organizacionais, nomeadamente a clareza de papéis, de responsabilidades e de objetivos partilhados. A literatura indica que as mulheres tendem a adotar e valorizar ambientes mais democráticos, inclusivos e participativos, nos quais a estrutura organizacional é mais transparente, em contraste com os ambientes mais autocráticos

frequentemente associados aos homens (Eagly & Johnson, 1990). Estes dados contrastam com os resultados obtidos por Paiva et al. (2012), cujo estudo identificou uma perceção mais positiva nos participantes do género masculino, nomeadamente na comunicação.

À semelhança do estudo de Grilo (2008), a idade e o tempo de experiência profissional não demonstraram uma influência global na perceção do TE. No entanto, observaram-se associações estatisticamente significativas entre estas variáveis e questões relacionadas com a antecipação de necessidades entre membros e com a entrega de *feedback* promotor de interações positivas e mudanças futuras. Estes dados sugerem que os profissionais mais velhos e experientes tendem mais frequentemente a valorizar e a reconhecer comportamentos colaborativos avançados, nomeadamente a capacidade de antecipação e a prática de *feedback* construtivo. Isto deve-se, possivelmente, à maturidade profissional e à familiaridade com as dinâmicas laborais. Estes dados reforçam a ideia de que competências como a antecipação de necessidades não são apenas traços individuais, mas capacidades que podem ser desenvolvidas e aprimoradas ao longo do percurso profissional. Embora este padrão contradiga algumas evidências anteriores (Gafà et al., 2005), é consistente com os achados de outros estudos (Georgiou et al., 2021; Temkin-Greener et al., 2004; Luckin et al., 2024), que também reportam perceções mais positivas sobre o TE entre profissionais mais velhos e com mais anos de experiência profissional. Estes resultados apontam para a importância de estratégias de valorização e envolvimento dos profissionais mais experientes nas dinâmicas de equipa (aspeto que foi também enaltecido pelos participantes ao responderem à pergunta aberta), não só como facilitadores do desempenho coletivo, mas também como elementos-chave na transmissão de boas práticas e na promoção de uma cultura colaborativa.

O grau académico, embora sem associação com as dimensões globais do questionário, evidenciou diferenças significativas em itens específicos. Os profissionais com formação académica mais avançada (nomeadamente doutoramento) tendem a ter avaliações mais críticas relativamente à análise do ambiente para obtenção de informações relevantes e à forma como o *feedback* é transmitido na equipa. Este achado é consistente com outros estudos que indicam que profissionais com mais formação avaliam o TE de forma menos positiva (Georgiou et al., 2021; Paiva et al., 2012). Segundo Paiva et al. (2012) a formação confere ferramentas e poder de análise que permite detetar imperfeições no funcionamento das equipas que escapam aos

profissionais menos formados e, conseqüentemente, menos despertos. Assim torna-se importante promover uma cultura de aprendizagem em que os profissionais se sintam motivados a melhorar constantemente (Zajac et al., 2021).

Relativamente à variável função de chefia, os resultados obtidos indicam que os TACSP com funções de chefia apresentam uma perceção significativamente mais favorável relativamente ao funcionamento das suas equipas. Estes achados podem estar relacionados com o maior envolvimento destes profissionais na definição de objetivos, coordenação de tarefas e resolução de conflitos, o que lhes permite uma visão mais ampla e estratégica das dinâmicas de grupo. Além disso, os cargos de chefia podem potenciar competências comunicacionais e interpessoais, reforçando a perceção de eficácia e coesão dentro da equipa. Estes resultados estão em concordância com os achados encontrados por António (2014), nos quais os profissionais de saúde que exercem cargo de chefia atribuem em média 9,8 de importância às reuniões de equipa, enquanto os restantes atribuem uma média de 9, numa escala de 0 (nada importante) a 10 (muito importante).

A literatura descreve diversos fatores essenciais para a eficácia das equipas, incluindo o *design* da equipa (composição, estrutura de tarefas e processos de eficácia) e a sinergia da equipa (interação entre os membros) (Luís, 2012). Com base nos resultados do presente estudo, no que respeita ao tamanho, equipas menores, particularmente aquelas com menos de 10 elementos, apresentam uma perceção mais positiva do TE. Este resultado poderá estar relacionado com uma maior clareza de papéis, responsabilidades e processos de organização interna em equipas mais reduzidas, nas quais a comunicação tende a ser mais direta e a interação entre os membros mais próxima. A literatura reforça que a qualidade do TE se perde em equipas de maiores dimensões, existindo nestes contextos dificuldades na partilha de informação e na coordenação. Isto contribui para um aumento da complexidade da estrutura de comunicação, uma vez que existem mais opiniões a ter em conta e o sentimento de pertença e familiaridade tende a perder-se (António, 2014; Hoegl, 2005). Assim, em laboratórios de grande dimensão onde a manutenção de equipas pequenas é desafiadora, é importante promover estratégias de comunicação estruturada (como por exemplo, *briefings* e *checklists*) e implementar momentos formais de *feedback* e partilha de experiências para reforçar a identidade coletiva e o suporte mútuo (OMS, 2014; Rosen et al., 2018; Schmutz et al., 2019).

Aproximadamente 45% (N = 182) dos participantes consideram que a sua equipa carece de RH suficientes para responder eficazmente às exigências laborais, um desafio crítico para os profissionais de saúde, dada a sua associação com o racionamento de cuidados e potenciais repercussões na qualidade do serviço. No que diz respeito à perceção da suficiência do número de elementos nas equipas, os resultados evidenciam uma associação positiva entre a perceção do TE e a adequação de RH. Esta relação manifesta-se sobretudo na clareza dos papéis e responsabilidades atribuídos, bem como na partilha eficiente de informação, aspetos fundamentais para a agilização da tomada de decisão. Assim, quando os TACSP sentem que existe um equilíbrio entre o número de profissionais que integram a equipa e as demandas laborais, tendem a avaliar o TE como mais eficaz. De acordo com Sangaletti et al. (2017) e Yanchus et al. (2017) o TE positivo é percecionado como um “antídoto” para a elevada carga de trabalho e a escassez de profissionais. Graça (1992), refere que a escassez de RH ou materiais suficientes compromete o desempenho da equipa. A insuficiência de profissionais leva frequentemente à sobrecarga de trabalho e ao prolongamento do horário laboral, o que pode traduzir-se num aumento da incidência de erros. Neste sentido, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, defende a necessidade de uma gestão eficaz dos RH como condição indispensável para garantir tanto a SD como a dos profissionais envolvidos (Silva et al., 2025). De igual modo, Bação (2023) destaca que as equipas precisam de estruturas que as sustentem e que equipas com tarefas mal estruturadas e gestão inadequada de RH acabam sempre por “ficar em apuros”. Assim, torna-se importante a avaliação contínua da carga de trabalho *versus* número de profissionais nos serviços de saúde, com vista a assegurar o dimensionamento adequado das equipas laboratoriais.

A estabilidade dos elementos nas equipas é determinante para um TE eficaz. Hackman (2002), identifica cinco condições para promover a eficácia das equipas. Entre estas, destaca-se a premissa de que uma equipa real e estável ao longo do tempo, com tarefas e estratégias bem definidas, onde os membros conhecem exatamente quem pertence à equipa e com quem podem contar, obtém melhores resultados do que aquelas onde há uma constante entrada e saída de elementos. Esta afirmação verifica-se nos resultados do presente estudo, onde equipas com menor rotatividade, principalmente as que não sofreram grandes alterações nos últimos 2 anos (23,4%; N = 94) percecionam o TE de forma mais positiva. A OMS refere a instabilidade das equipas como uma barreira ao TE eficaz nos cuidados de saúde, dada a natureza frequentemente

transitória destas equipas (OMS, 2014). No presente estudo, verificou-se uma estabilidade relativa, com mais de metade dos participantes (52,4%; N = 210) a não reportar rotatividade acentuada de elementos nas suas equipas. A tendência dos profissionais para permanecerem na mesma equipa é consistente com outros estudos que enfatizam o impacto desestabilizador da entrada de novos elementos na consolidação de uma verdadeira equipa (Oliveira, 2012; Schmutz et al., 2019). A familiaridade com estilos de trabalho individuais e responsabilidades claras contribuem para a fluidez do TE. A formação de uma verdadeira equipa requer esforço continuado e anos de desenvolvimento, estabelecendo-se gradualmente uma colaboração e uma relação de igual para igual (António, 2014; Oliveira, 2012; Schmutz et al., 2019). Assim, torna-se importante investir na retenção de profissionais, na integração eficaz de novos elementos e na promoção de práticas consistentes de equipa, com vista a otimizar a eficácia organizacional e a qualidade dos resultados laboratoriais.

O presente estudo revelou que o local de trabalho, o vínculo laboral e a carga horária semanal não exercem uma influência significativa na perceção do TE, resultando em avaliações relativamente homogêneas entre os participantes. Esta ausência de diferenças sugere que a perceção do TE é transversal a diferentes regimes contratuais e horários de trabalho, o que poderá indicar que, independentemente do tipo de vínculo ou da carga horária, os TACSP experienciam níveis semelhantes de integração nas dinâmicas colaborativas das suas equipas. Este achado assume particular relevância no contexto dos serviços de saúde, caracterizados por uma coexistência de múltiplos vínculos laborais e aponta para a capacidade das equipas em manter a coesão mesmo em contextos contratuais diversos.

Os dados revelam uma lacuna significativa relativamente à realização de reuniões regulares de equipa. Cerca de 71,1% (N = 285) dos participantes referiram que estas reuniões raramente ou nunca ocorrem nos seus locais de trabalho. Este resultado contrasta com o estudo de António (2014), onde 78% dos profissionais indicaram a existência de reuniões semanais, mas está em consonância com os dados de Grilo (2008), que também identificou uma percentagem elevada de profissionais que não reconhecem a existência de momentos estruturados de reunião nas suas equipas. De igual modo, Oliveira (2012) evidenciou uma tendência para a desvalorização dos *briefings*, momentos fundamentais para a preparação, organização e alinhamento prévio da equipa. Esta ausência de práticas estruturadas compromete a articulação de esforços, a partilha de informação crítica e a definição de prioridades no trabalho diário.

A literatura destaca as reuniões de equipa como aspetos essenciais na promoção da colaboração interdisciplinar entre os diferentes elementos, constituindo uma fonte de partilha de informação e estando associadas à eficácia do TE e a altos níveis de inovação. É um espaço que permite estabelecer a tomada de decisões, onde se constroem opiniões e competências e onde a prática pode sempre ser discutida com o apoio da equipa. Além disto, permite também explorar os limites de cada indivíduo e rever casos clínicos (Paiva et al., 2012). A Direção-Geral da Saúde reforça esta visão ao destacar a importância das reuniões regulares e da formação contínua como componentes estruturantes para a melhoria da SD e da qualidade dos cuidados prestados (Lebre et al., 2022).

Importa, por isso, escutar ativamente os membros das equipas e garantir a existência de espaços formais que favoreçam a partilha de ideias, preocupações e soluções. Esta necessidade é amplamente reconhecida pelos próprios profissionais do estudo, sendo a realização de reuniões de equipa apontada como o fator mais relevante para a promoção do TE por 76,6% (N = 307) dos participantes.

Neste contexto, abordagens inovadoras como os *huddles meeting's* — breves reuniões programadas para discutir questões de segurança e prioridades operacionais, alinhar objetivos e partilhar informações importantes — têm demonstrado eficácia na comunicação de informação-chave, no reforço da coesão da equipa e na consolidação de valores e objetivos partilhados (NHS England, 2023).

A partilha de recursos e conhecimento foi reconhecida como essencial para melhorar o TE por 66,6% (N = 267) dos participantes. No entanto, verifica-se que a ocorrência de formações dentro da equipa, que poderiam ajudar nesta partilha de conhecimento, é rara ou nunca acontece para cerca 57,6% (N = 231) dos participantes. A literatura sustenta que a formação contínua em equipa e a partilha de conhecimentos revelam-se facilitadoras do desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, sendo reconhecidas como motor do desempenho coletivo (António, 2014; Paiva et al., 2012; Rosen et al., 2018; Yanchus et al., 2017; Zajac et al., 2021).

A escassez de comunicação aberta e estruturada constitui uma das fragilidades mais evidentes identificadas neste estudo. Cerca de 34,1% (N = 137) dos participantes indicaram que estes momentos de comunicação raramente ou nunca ocorrem, enquanto que apenas 36,9% (N = 148) apontam este acontecimento como frequentemente ou sempre. Estes resultados, consistentes com os dados de outros

estudos (António, 2014; Carrilho, 2014; Grilo, 2008; OMS, 2014; Paiva et al., 2012; Sangaletti et al., 2017), sugerem que, embora o valor da comunicação seja amplamente reconhecido – com 70,6% (N = 283) dos participantes a enaltecerem a sua importância – a sua prática efetiva permanece limitada, quer seja por medo de retaliação, julgamentos, indiferença ou, simplesmente, devido à inércia na promoção de processos que incentivem a comunicação regular e aberta (Dietrichson et al., 2022; Johnson, 2018; Morrow et al., 2016).

Acresce a este cenário a existência de uma cultura punitiva do erro, com 27,7% (N = 111) dos inquiridos a referir que ocorre frequentemente ou sempre quando surge um problema. O estudo de Grilo (2008) apresenta resultados ligeiramente superiores, com 50,7% dos participantes a referirem a existência de um ambiente de tensão e desconfiança em situações de conflito na equipa. No estudo de Kang et al. (2021) a resposta não punitiva ao erro também apresentou uma baixa percentagem de respostas positivas pelos profissionais de saúde. De forma semelhante, o “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026” evidenciou que a dimensão “Trabalho em equipa” apresentou uma média de respostas positivas mais elevada em todos os hospitais participantes (superior a 50%), no entanto a “Resposta ao erro não punitiva” foi das que apresentou uma menor taxa de respostas positivas (inferior a 50%). O relatório reforça a necessidade de promover transparência, comunicação aberta e respeitosa, valorização e apoio aos profissionais de saúde, bem como um equilíbrio entre uma política de não culpabilização e a responsabilização (Lebre et al., 2022).

Neste sentido, destaca-se a importância da segurança psicológica para o bom funcionamento das equipas. A segurança psicológica não significa ausência de conflito ou total concordância, mas sim a criação de um ambiente onde os profissionais se sentem valorizados, livres para partilhar ideias e onde os erros são vistos como oportunidades de aprendizagem. Essa cultura não surge espontaneamente, devendo ser construída e cultivada ativamente (NHS England, 2023). Para isso, investir na promoção de sistemas de notificação e programas educativos pode facilitar a mudança cultural (Silva et al., 2025). Deve ser promovida uma política não punitiva em relação ao erro de forma a se aprender com estes, esclarecendo as circunstâncias em que a responsabilização individual se aplicará (OMS, 2021). Segundo Areosa (2021) qualquer atividade humana é vulnerável ao erro. Culpabilizar e responsabilizar as pessoas, não resolve os problemas e puni-las cria a ilusão de que o problema era apenas individual, originando outro erro: acreditar que o problema ficou resolvido. Uma gestão assertiva

da prevenção deve assentar na procura de vulnerabilidades organizacionais e não tanto falhas individuais.

Momentos de *team building* e a existência de espaços informais para partilha de sentimentos e estabelecimento de empatia são escassos, com mais de metade dos inquiridos (79,3%; N = 318) a reportar que nunca ou raramente ocorrem, tal como acontece para 51,9% dos participantes no estudo de António (2014).

A definição clara de papéis e objetivos, considerada importante por 58,9% (N = 236), reflete a importância da estrutura e da previsibilidade nas equipas. Isto vai ao encontro da literatura, que identifica a definição de objetivos comuns e de papéis como condições necessárias ao sucesso das equipas (Carrilho, 2014; Grilo, 2008; OMS, 2014; Paiva et al., 2012; Sangaletti et al., 2017). António (2014) acrescenta ainda que quanto mais claros forem os objetivos da equipa, maior será a sua eficácia. Um mau esclarecimento dos objetivos e de papéis são barreiras à boa prática, pois é importante que cada elemento da equipa tenha conhecimento do que tem para oferecer e o que esperar dos outros. A falta de papéis específicos leva a uma “luta” entre os profissionais para se destacarem uns dos outros, distraíndo-os do principal objetivo comum da equipa.

Como medidas sugeridas pelos TACSP e que estes consideram essenciais para fortalecer o TE, encontram-se os valores relacionais, como a empatia, o respeito mútuo e a inclusão, alicerces para a confiança e para o envolvimento dos profissionais nas dinâmicas de equipa.

A rotação de funções, referida por alguns participantes, além de contribuir para a polivalência e resiliência da equipa, pode também promover maior equidade e compreensão mútua entre os membros. A rotação da função de chefia também foi algo novo trazido pelos participantes. De facto, este é um dos aspetos essenciais do modelo CRM, pois as equipas necessitam de uma liderança eficaz para estabelecer e manter estruturas, gerir conflitos, ouvir e apoiar os membros. É importante que os membros da equipa concordem e partilhem as funções de liderança (OMS, 2014). Também Paiva et al. (2012), Rosen et al. (2018) e António (2014) referem a liderança adequada à estrutura da equipa como um dos requisitos para a sua eficácia. Mudar a composição da equipa, incluindo o líder muitas vezes pode ajudar a contornar os obstáculos encontrados (Luís, 2012).

Também a valorização dos profissionais surge como um elemento central na promoção do TE. No estudo de Valentim et al. (2020), 43% dos colaboradores referiram que o

reconhecimento e a valorização do seu trabalho influenciavam diretamente a sua participação no grupo. De forma semelhante, Manzoor et al. (2011) concluíram que o reconhecimento profissional constitui um fator determinante para o desempenho dos colaboradores. Quando os profissionais percebem que o seu contributo é valorizado e reconhecido, tendem a demonstrar maior envolvimento, motivação e compromisso para com os objetivos da equipa.

Para além dos fatores diretamente associados à dinâmica relacional das equipas, os participantes também destacaram a relevância da implementação de estratégias que promovam o bem-estar organizacional. Neste sentido, Bação (2023) sublinha que as equipas necessitam de uma organização que as apoie ativamente, salientando que o contexto organizacional – incluindo os sistemas de recompensas, os modelos de gestão de RH e os sistemas de informação – deve ser estruturado de forma a facilitar o TE. De forma convergente, Grilo (2008) defende que o TE implica não apenas a implementação de novas práticas, mas também uma transformação nos valores e crenças fundamentais dos profissionais, sustentada por um ambiente organizacional favorável, com políticas institucionais que incentivem o relacionamento interpessoal e a cooperação entre os membros da equipa. Estes contributos reforçam a importância de atuar ao nível organizacional e institucional, criando contextos que não apenas permitam, mas também estimulem e sustentem a cultura de TE, reconhecendo que o seu sucesso não depende exclusivamente dos indivíduos, mas também daquilo que os rodeia.

As equipas de cuidados de saúde interagem de forma dinâmica e têm como objetivo comum a prestação de serviços de saúde aos doentes. Independentemente da sua natureza, as equipas compartilham certas características. Estas incluem os membros da equipa necessitarem de (OMS, 2014):

- Possuir conhecimentos e competências especializados e complementares;
- Conhecer o seu papel e os papéis dos outros membros da equipa, interagindo entre si para alcançar um objetivo comum;
- Tomar decisões;
- Possuir conhecimentos e competências especializados e, muitas vezes, funcionar sob condições de elevada carga de trabalho;
- Agir como uma unidade coletiva, devido à interdependência das tarefas realizadas pelos membros da equipa.

Neste sentido, identificam-se oportunidades claras de intervenção, nomeadamente através de (Bação, 2023; NHS England, 2023; OMS, 2014; Paiva et al., 2012):

- Implementação de estratégias formais de comunicação e *feedback* estruturado;
- Promoção de uma cultura de segurança não punitiva, assente na aprendizagem com os erros e na melhoria contínua;
- Fomento de momentos de formação conjunta e convívio profissional estruturado, com vista ao reforço da coesão, confiança e eficácia das equipas de trabalho.

Importa reconhecer a diversidade como um recurso estratégico. A valorização das diferentes competências, experiências e perfis contribui para equipas mais criativas, resilientes e eficazes (Georgiou et al., 2021; Zajac et al., 2021).

Investir no desenvolvimento do TE entre os TACSP é, portanto, uma via essencial para assegurar cuidados mais seguros, integrados e centrados no doente.

5.2 Limitações do estudo

Foram identificadas algumas limitações durante a realização deste trabalho. Em primeiro lugar, verificou-se a escassez de estudos realizados e publicados sob a perspetiva dos profissionais de saúde acerca do TE, nomeadamente TACSP, que limitou a comparação direta com estudos semelhantes. A maioria da literatura disponível sobre a perceção do TE foca-se em outras categorias profissionais da área da saúde. Adicionalmente, em equipas de maiores dimensões, a presença de um maior número de profissionais de outras classes pode influenciar a perceção dos TACSP, uma vez que o ambiente circundante afeta a perceção individual. Este pode constituir um viés, visto que os TACSP não estão isolados em equipas constituídas por elementos da mesma categoria profissional, podendo, por vezes, haver um sentimento de desvalorização e, conseqüentemente, uma perceção mais negativa do TE na sua equipa.

A natureza transversal desta investigação limita a capacidade de realizar inferências sobre causalidade e efeito, mas as associações encontradas podem ser um ponto de partida para estudos futuros, de cariz longitudinal. Finalmente, o facto de a metodologia de amostragem ser não-aleatória pode implicar um viés de seleção, que se tentou minimizar através da divulgação cuidada e abrangente do questionário, de forma a promover a participação de TACSP em diferentes contextos e a eliminar a existência de agrupamentos específicos de participantes.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu caracterizar e compreender a perceção do TE entre os TACSP em Portugal, contribuindo com evidência empírica sobre os fatores que influenciam a eficácia das equipas neste contexto profissional. Através da análise das respostas de 401 profissionais, identificaram-se fatores facilitadores e constrangimentos relevantes para o funcionamento eficaz das equipas.

Os resultados demonstraram que variáveis como o local de trabalho, o vínculo laboral e a carga horária semanal não se associam significativamente à perceção global do TE.

A idade e a experiência profissional mostraram associações positivas com a capacidade de antecipar necessidades e com a prática de *feedback* construtivo, ao passo que os profissionais com formação académica mais avançada apresentaram uma visão mais crítica sobre a utilização eficiente de recursos e a qualidade da comunicação nas equipas.

Este trabalho reforça a importância da estabilidade dentro das equipas, com equipas com menor rotatividade a demonstrarem perceções mais positivas sobre o TE. Contudo, foram identificadas lacunas nas práticas facilitadoras do TE, como a baixa frequência de reuniões regulares e de formações, a falta de comunicação aberta, bem como a existência de uma cultura punitiva do erro.

Este estudo reforça a necessidade de implementar estratégias formais de comunicação e *feedback* estruturado, promover uma cultura de segurança não punitiva e fomentar momentos de formação conjunta e convívio profissional. Considera-se que estas intervenções são cruciais para otimizar a coesão, a confiança e a eficácia das equipas de TACSP. São vários os obstáculos ao TE eficaz, contudo, estes são parte inerente da experiência humana e, conseqüentemente, também do funcionamento das equipas. A superação desses desafios não apenas fortalece os indivíduos, mas também aumenta a coesão e a resiliência das equipas.

Para aprofundar a compreensão e otimização do TE no setor da saúde, recomendam-se estudos futuros que abranjam diversas categorias profissionais. A relevância desta área reside no seu impacto direto na segurança e qualidade dos cuidados de saúde. É importante investigar a evolução das perceções dos profissionais de saúde sobre o TE, bem como o efeito de intervenções organizacionais específicas na melhoria da colaboração interprofissional.

Considerando que a amostra deste estudo foi de natureza não-aleatória, o que pode restringir a generalização dos resultados, investigações futuras podem esclarecer a utilização do T-TPQ em diferentes grupos profissionais ou contextos. Também se considera que seria vantajoso analisar a validade preditiva das dimensões, correlacionando-as com indicadores de desempenho da equipa, como a eficiência operacional, a SD ou a satisfação dos colaboradores.

Considera-se igualmente importante aprofundar os determinantes institucionais do TE em estudos futuros, uma vez que a cultura institucional e a forma como os colaboradores são valorizados também se afiguram como fatores importantes na motivação e dedicação dos profissionais aos objetivos da equipa e da instituição.

Adicionalmente, a implementação e avaliação de programas de formação em competências relacionais, liderança colaborativa e segurança psicológica são fundamentais para a otimização das equipas. Sugere-se a integração de formação específica em TE, principalmente em competências de comunicação e liderança para os profissionais que exercem funções de chefia.

Apesar das limitações apresentadas, considera-se que este estudo desempenha um papel importante na otimização das equipas de TACSP e pode fornecer pistas importantes sobre a atuação de equipas multidisciplinares e de outras classes profissionais.

Parte dos resultados deste trabalho já foram objeto de divulgação científica, nomeadamente através da apresentação em formato de póster e de comunicação oral em eventos técnicos e científicos. Foi também submetido para publicação um artigo científico com dados preliminares. Estas iniciativas tiveram como objetivo contribuir para a partilha de conhecimento.

Este estudo permitiu recolher e sistematizar as perceções dos próprios profissionais, conferindo-lhes um espaço de expressão sobre os pontos fortes e as fragilidades do TE no seu contexto real de prática profissional. Reforçar o TE entre os TACSP é uma estratégia orientada para a eficiência organizacional e um requisito essencial para assegurar a fiabilidade dos resultados laboratoriais e, por conseguinte, a qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Neste sentido, o investimento contínuo no desenvolvimento de competências colaborativas e comunicacionais deverá ser considerado uma prioridade para a melhoria da eficácia global das equipas de saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Institutes for Research. (2010). *TeamSTEPS® Teamwork Perceptions Questionnaire Manual*. Agency for Healthcare Research and Quality.
- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style (7ª ed.)* American Psychological Association.
- António, P. (2014). *Percepção de profissionais de saúde relativamente ao trabalho em equipa, em Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. Repositório Científico Lusófona. <http://hdl.handle.net/10437/5489>
- Areosa, J. (2021). Herrar é umano: insistir no herro também. *Análise Social*, 56(238), 84–107. <https://doi.org/10.31447/AS00032573.2021238.04>
- Bação, A. (2023). *Desenvolvimento do trabalho em equipa num contexto de cultura de safety: Estudo de caso numa empresa da indústria mineira*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora – Escola de Ciências Sociais]. Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/35215>
- Boogaard, K. (2022). *What strong teamwork looks like: 7 proven models*. Atlassian. <https://www.atlassian.com/blog/teamwork/what-strong-teamwork-looks-like>
- Bowling, A. (2023). *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services (5ª ed.)*. Open University Press.
- Carrilho, V. (2014). *Estudo das relações entre o fluxo no trabalho em equipa, o engagement, as características da equipa, a satisfação e a eficácia percebidas numa amostra de bombeiros*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais]. Repositório Científico da Universidade do Algarve (Sapientia). <http://hdl.handle.net/10400.1/7964>
- Castner, J. (2012). Validity and reliability of the brief teamsteps teamwork perceptions questionnaire. *Journal of Nursing Measurement*, 20(3), 186–198. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.20.3.186>
- Chaer, G., Diniz, R., & Ribeiro, E. (2011). A técnica do questionário na pesquisa educacional. *Evidência*, 7(7), 251-266. https://www.academia.edu/28821343/A_t%C3%A9cnica_do_question%C3%A1rio_na_pesquisa_educacional
- Chaves, C. M. C. B. (2016). Competências/sinergias das equipas de saúde. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (30), 252–254. Retrieved from <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8450>

- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (5ª ed). SAGE.
- Decreto-Lei n.º 261/93 do Ministério da Saúde. (1993). Diário da República n.º 172/1993, Série I-A de 1993-07-24.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/261-1993-346085>
- Despacho n.º 9409/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República n.º 138/2014, Série II de 2014-07-21.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9409-2014-55028309>
- Dietrichson, J., Gudmundsson, J., & Jochem, T. (2022). Why don't we talk about it? Communication and coordination in teams. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 197, 257–278. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2022.02.018>
- Dimas, I. D., Torres, P., Rebelo, T., & Lourenço, P. R. (2023). Paths to Team Success: A Configurational Analysis of Team Effectiveness. *Human Performance*, 36(4), 155–179.
<https://doi.org/10.1080/08959285.2023.2222272>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012–2016: Versão completa*. Ministério da Saúde. <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/PNS-2012-2016-Versao-Completa.pdf>
- Eagly, A. H., & Johnson, B. T. (1990). Gender and leadership style: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 108(2), 233–256.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.2.233>
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics 2* (5ªed). SAGE.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Freitas, C. (2023). Trabalho em equipa na saúde. *Açoriano Oriental*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28716/30_04_2023-21883-p%C3%A1gina-1-geral.pdf
- Gad, S. A., Safan, S. M., & Gaballah, A. R. (2021). Staff Nurses' Perception about Teamwork and its Effect on their Job Performance at Menoufia University Hospitals. *MNJ*, 6(1), 131–145. <https://menj.journals.ekb.eg>
- Gafà, M., Fenech, A., Scerri, C., & Price, D. (2005). Teamwork in healthcare organisations. *Pharmacy Education*, 5(2), 113–119.
<https://doi.org/10.1080/15602210500174474>
- Gatenby, M. (2008). *Teamworking: History, Development and function A Case Study in Welsh Local Government*. [Tese de doutoramento, Faculdade de Cardiff]. Repositório institucional da Universidade de Cardiff (ORCA).
<https://orca.cardiff.ac.uk/id/eprint/55772>
- Georgiou, M., Merkouris, A., Hadjibalassi, M., Sarafis, P., & Kyprianou, T. (2021). *Correlation Between Teamwork and Patient Safety in a Tertiary Hospital in Cyprus*. *Cureus* 13(11): e19244. <https://doi:10.7759/cureus.19244>

- Graça, L. (1992). Trabalho em equipa uma nova lógica da organização do trabalho e de participação da gestão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10(1), 5–18.
- Grilo, C. (2008). *A percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho em equipa no contexto do Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E.* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. Universidade de Évora.
<http://hdl.handle.net/10174/18440>
- Grupo de trabalho para a Igualdade de Género do STSS. (2023). *Dia da Mulher - Manifesto 8M*. STSS. <https://www.stss.pt/noticias/artigos-de-opiniao/dia-da-mulher-mafinesto-8m>
- Hackman, R. (2002). *Leading Teams: Setting the Stage for Great Performances* (1ª ed.). Harvard Business School Press.
- Helmreich, R. L., Merritt, A. C., & Wilhelm, J. A. (1999). The evolution of crew resource management training in commercial aviation. *International Journal of Aviation Psychology*, 9(1), 19–32.
https://doi.org/10.1207/s15327108ijap0901_2
- Hoegl, M. (2005). Smaller teams-better teamwork: How to keep project teams small. *Business Horizons*, 48(3), 209–214.
<https://doi.org/10.1016/j.bushor.2004.10.013>
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Warren, B. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2007). *Designing Clinical Research* (3ª ed.). Walters Kluer.
- Jeremias, A. T. N., & Correia, P. M. A. R. (2019). Trabalho de equipa em saúde como processo de relação formal potenciador da satisfação e motivação laboral. *Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 38, 88–109. <https://doi.org/10.21747/08723419/soc38a5>
- Johnson, I. (2018). Communication Huddles: The Secret of Team Success. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(10), 451–453.
<https://doi.org/10.3928/00220124-20180918-04>
- Kang, S., Ho, T. T. T., & Lee, N. J. (2021). Comparative Studies on Patient Safety Culture to Strengthen Health Systems Among Southeast Asian Countries. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2020.600216>
- Keebler, J. R., Dietz, A. S., Lazzara, E. H., Benishek, L. E., Almeida, S. A., Toor, P. A., King, H. B., & Salas, E. (2014). Validation of a teamwork perceptions measure to increase patient safety. *BMJ Quality and Safety*, 23(9), 718–726.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001942>
- Kimberlin, C. L., & Winterstein, A. G. (2008). Validity and reliability of measurement instruments used in research. In *American Journal of Health-System Pharmacy* (Vol. 65, Issue 23, pp. 2276–2284). American Society of Health-Systems Pharmacy. <https://doi.org/10.2146/ajhp070364>

- Kline, R. (2023). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (5ªed.). The Guilford Press.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (National Academies Press, Ed.). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Lebre, A., Resendes, A., Paiva, A., Barbosa, C., Gaspar, F., Silva, G., Oliveira, I., Eiras, M., Valente, M., Gaspar, M., Nunes, M., Arriaga, M., Sousa, P., Pacheco, P., Costa, S., Ramos, S., & Fonseca, V. (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>
- Lewiński, M., Hample, D., Sàágua, J., & Mohammed, D. (2018). Arguing in Portugal: A cross-cultural analysis. *Journal of International and Intercultural Communication*, 11(3), 233–253. <https://doi.org/10.1080/17513057.2018.1450888>
- Luckin, A., Mizdrak, A., Mujanovic, N., Kaknjasevic, B., Gacanin, M., Tursum, M., & Sahinovic, A. (2024). Health Professionals' Perception of the Importance of Teamwork and Factors Influencing Teamwork - a Quantitative Cross-sectional Study. *Materia Socio Medica*, 36(2), 126. <https://doi.org/10.5455/msm.2024.36.126-130>
- Luís, C. (2012). *Os determinantes da Performance das Equipas*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/21507>
- Manzoor, S. R., Ullah, H., Hussain, M., & Ahmad, Z. M. (2011). Effect of Teamwork on Employee Performance. *International Journal of Learning and Development*, 1(1), 110. <https://doi.org/10.5296/ijld.v1i1.1110>
- Martin, B. (2017). *The Elements that foster teamwork and the development of new and unique assessments for those elements*. [Tese de doutoramento, Faculty of the California School of Professional Psychology]. Alliant International University. <https://www.proquest.com/openview/cbd94cc60ad77a9ca1f680812eca1bf0/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber Decidir, Fazer, interpretar e Redigir* (1ªed.). Psiquilibrios edições.
- Morrow, K. J., Gustavson, A. M., & Jones, J. (2016). Speaking up behaviours (safety voices) of healthcare workers: A metasynthesis of qualitative research studies. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 42–51. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.09.014>

- Moscovici, F. (1996). Transformação do grupo em equipe. In *Equipes Dão Certo. A Multiplicação Do Talento Humano* (p. 5). José Olympio.
- NHS England. (2023). *Improving patient safety culture – a practical guide*. <https://www.england.nhs.uk/long-read/improving-patient-safety-culture-a-practical-guide/>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3^a). McGraw-Hill.
- Oliveira, P. (2012). *A Formação interdisciplinar e o trabalho em equipa na abordagem do doente crítico*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/15698>
- OMS. (2014). *Being an effective team player*. OMS. <https://www.who.int/publications/m/item/course-04-being-an-effective-team-player>
- OMS. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. OMS. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- Paiva, C., Caldas, A. C., & Capelas, M. L. (2012). Caracterização do trabalho em equipa nas Unidades de Cuidados Paliativos em Portugal. *Cadernos De Saúde*, 5(1-2), 47-63. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2012.2829>
- Pinho, M. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição*, 8, 68–87. <https://revista.cienciasecognicao.org/index.php/cec/article/view/582>
- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433–450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
- Salas, E., Reyes, D. L., & McDaniel, S. H. (2018). The science of teamwork: Progress, reflections, and the road ahead. *American Psychologist*, 73(4), 93–600. <https://doi.org/10.1037/amp0000334>
- Salas, E., Sims, D. E., & Shawn Burke, C. (2005). Is there A “big five” in teamwork? In *Small Group Research* (Vol. 36, Issue 5, pp. 555–599). <https://doi.org/10.1177/1046496405277134>
- Sangaletti, C., Schweitzer, M. C., Peduzzi, M., Zoboli, E. L. C. P., & Soares, C. B. (2017). Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. In *JBI database of systematic reviews and implementation reports* (Vol. 15, Issue 11, pp. 2723–2788). <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003016>
- 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).
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028280>
- Silva, S. L., Dias, A. C., Carvalho, A. C., Neto, S., & Eiras, M. (2025). Cultura de Segurança do Doente: Melhoria Contínua da Segurança-uma scoping review . *REVISTA TMQ - TECHNIQUES METHODOLOGIES AND QUALITY*, 17.
<https://publicacoes.riqual.org/ed17-20-41/>
- Temkin-Greener, H., Gross, D., Kunitz, S. J., & Mukamel, D. (2004). Measuring interdisciplinary team performance in a long-term care setting. *Medical Care*, 42(5), 472–481. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000124306.28397.e2>
- Valentim, L. V., de Luz, R. A., Santos, L. S. C., & da Silva Noca, C. R. (2020). Perception of nursing professionals regarding teamwork. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37510>
- Valentine, M. A., Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2015). Measuring Teamwork in Health Care Settings A Review of Survey Instruments. *Medical Care*, 53. <https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e31827feef6>
- Yanchus, N. J., Ohler, L., Crowe, E., Teclaw, R., & Osatuke, K. (2017). ‘You just can’t do it all’: a secondary analysis of nurses’ perceptions of teamwork, staffing and workload. *Journal of Research in Nursing*, 22(4), 313–325.
<https://doi.org/10.1177/1744987117710305>
- Zajac, S., Woods, A., Tannenbaum, S., Salas, E., & Holladay, C. L. (2021). Overcoming Challenges to Teamwork in Healthcare: A Team Effectiveness Framework and Evidence-Based Guidance. *Frontiers in Communication*, 6.
<https://doi.org/10.3389/fcomm.2021.606445>

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário utilizado no estudo

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública em Portugal

Caro participante,

O presente estudo está a ser desenvolvido no âmbito da dissertação de Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL) e da Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve (ESSUAlg), por Sara Silva, sob orientação do Professor Doutor Ezequiel António Marques Pinto e da Professora e Técnica Superior de Diagnóstico e Terapêutica da área de Análises Clínicas e Saúde Pública Célia Sofia Ramalho Ferreira. Este estudo tem como objetivo conhecer as perceções e práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública acerca do trabalho em equipa. A participação consiste no preenchimento deste questionário, que se estima ter a duração máxima de 10 minutos. Os dados obtidos neste questionário são anónimos e confidenciais, pelo que não terá de se identificar. O estudo seguirá as recomendações éticas para a realização deste tipo de investigação científica, o Regulamento Geral de Proteção de Dados, e as políticas de privacidade da plataforma Google *Forms*, da ESTeSL e da ESSUAlg. A sua colaboração deverá ser voluntária e poderá interrompe-la em qualquer momento, se assim o entender. O presente estudo não envolve quaisquer contrapartidas ou pagamentos aos investigadores ou aos participantes que voluntariamente aceitem colaborar. Não existem respostas certas ou erradas e pretendemos apenas saber a sua opinião. Deste modo, pedimos-lhe que seja sincero nas suas respostas. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Para participar basta preencher o questionário seguinte e, se puder, partilhe com outro colega.

Obrigado pela sua colaboração.

Identificação da investigadora:

Nome: Sara Lisete Rodrigues da Silva

Endereço eletrónico: 2023050@alunos.estesl.ipl.pt

Parte I – Caracterização Sociodemográfica e profissional

1. Género

- Masculino
- Feminino

2. Idade: _____Anos

3. Grau Académico

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

4. Local de Trabalho (Zona do País)

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Madeira
- Açores

5. Exerce funções de chefia?

- Sim
- Não

6. Tipo de vínculo laboral

- Contrato de trabalho sem termo
- Contrato de trabalho a termo incerto
- Contrato de trabalho a termo certo
- Prestação de serviços
- Outro: _____

7. Tempo de experiência profissional: _____ anos

8. Carga horária semanal

- < 35 horas semanais
- 35 horas semanais
- > 35 horas semanais

9. Quantos TACSP compõem a equipa?

- <10
- 10 – 19
- 20 – 29
- 30 – 39
- 40 – 49
- 50 – 59
- ≥ 60
- Não sei

10. Acha esse número suficiente para dar resposta ao trabalho?

- Sim
- Não

11. Das seguintes opções, qual se aplica melhor à equipa de TACSP no seu local de trabalho principal?

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública
em Portugal

- A equipa tem-se mantido estável sem grandes alterações nos últimos 2 anos.
- Ocasionalmente, há entrada ou saída de alguns membros, mas a maioria permanece na equipa.
- Há uma rotatividade moderada, com uma entrada e saída regular de profissionais.
- Há uma rotatividade elevada, com uma constante saída de membros e entrada de novos profissionais.
- A equipa foi formada recentemente ou está em processo de formação.

Parte II – Perceção do Trabalho em Equipa

Por favor responda a todas as questões assinalando com um **X** o grau de concordância relativamente a cada uma delas.

Estrutura da Equipa	1 Discordo Completamente	2 Discordo	3 Não concordo nem discordo	4 Concordo	5 Concordo completamente
1. As competências da equipa sobrepõem-se o suficiente para que seja possível partilhar tarefas específicas quando necessário (por exemplo, quando algum membro está ausente).					
2. A equipa é responsabilizada pelas suas ações.					
3. A equipa partilha informações, de modo a facilitar o tempo da tomada de decisão.					
4. A equipa utiliza eficientemente os recursos disponíveis (por exemplo, recursos humanos, equipamento, informação).					
5. A equipa compreende o seu papel e as suas responsabilidades.					

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública
em Portugal

6. A equipa tem objetivos claramente definidos.					
7. A equipa funciona com um elevado nível de eficiência.					
Monitorização da situação					
8. Os membros da equipa antecipam as necessidades uns dos outros.					
9. Os membros da equipa monitorizam o desempenho uns dos outros.					
10. Quando a equipa tem acesso a informação relevante comunica-a entre si.					
11. A equipa analisa constantemente o ambiente para obter informações importantes.					
12. A equipa partilha informação entre si sobre potenciais complicações na realização de uma tarefa.					
13. Quando existe uma alteração da situação a equipa reúne-se para reavaliar o modo de ação.					
14. Os membros da equipa corrigem os erros uns dos outros para garantir que os procedimentos sejam seguidos corretamente.					
Suporte Mútuo					
15. Os membros da equipa ajudam-se mutuamente quando estão sobrecarregados de trabalho.					
16. Os membros da equipa pedem ajuda uns aos outros quando se sentem sobrecarregados de trabalho.					
17. Os membros da equipa alertam-se uns aos outros sobre situações potencialmente perigosas.					
18. O <i>feedback</i> entre a equipa é entregue, de forma a promover					

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública
em Portugal

interações positivas e mudanças futuras.					
19. Quando existem preocupações dentro da equipa, os seus membros tentam ao máximo fazer-se ouvir até terem a certeza que o problema foi resolvido.					
20. A equipa resolve os seus conflitos, mesmo quando estes se tornam pessoais.					

Parte III - Por favor responda a todas as questões assinalando com um **X** o grau de concordância relativamente a cada uma delas.

1. Assinale, das seguintes opções, as que acontecem no seu local de trabalho:

	1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre
Reuniões de equipa semanais ou quinzenais.					
Comunicação aberta nas reuniões.					
Formações dentro da equipa (por exemplo: discussão de casos clínicos e formações de um membro da equipa para os restantes).					
Atividades de <i>team building</i> (por exemplo: eventos sociais, jogos para aumentar o TE ou atividades fora do ambiente de trabalho para fortalecer os laços pessoais e profissionais).					
Perante um erro/problema, a equipa apressa-se a atribuir culpas ou “apontar o dedo”.					

2. Das alíneas seguintes, assinale aquelas que considera importante continuarem a existir ou que deviam existir no seu local de trabalho (pode selecionar mais do que uma opção).
- Reuniões de equipa
 - Comunicação aberta
 - Formações dentro da equipa
 - Formações externa para a equipa
 - Atividades de *team building*
 - Definição clara de papéis e responsabilidades
 - Mecanismos regulares de *feedback* entre os membros da equipa
 - Tomada de decisão colaborativa
 - Partilha de recursos e conhecimento
 - Apoio à inovação e criatividade
3. Além dos aspetos referidos nas questões anteriores, refira alguma medida/atividade ou comportamento que esteja implementado no seu local de trabalho e que considere fundamental para fortalecer o Trabalho em Equipa.

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública
em Portugal

Anexo 2 - Autorização para o uso do questionário da Dra. Vanessa Carrilho



Sara Silva <sara.tacsp@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização do questionário Team Stepps como instrumento de aquisição de dados para tese de mestrado

2 mensagens

Sara Silva <sara.tacsp@gmail.com>

30 de dezembro de 2024 às 12:55

Para: "vanessacarrilho2202@gmail.com" <vanessacarrilho2202@gmail.com>

Exma. Dra. Vanessa Carrilho,

Bom dia.

O meu nome é Sara Silva, sou estudante do 2º ano do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, uma parceria entre a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL) e a Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve (ESSUAlg). Atualmente, encontro-me a desenvolver o trabalho final de mestrado, cujo tema é: "**Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública em Portugal**".

Após a leitura do seu estudo, identifiquei que o questionário por si utilizado apresenta uma grande pertinência e alinhamento com os objetivos do meu projeto. Nesse sentido, venho, por este meio, solicitar a sua autorização para proceder à adaptação do referido instrumento no âmbito do meu trabalho.

Coloco-me à disposição para fornecer quaisquer esclarecimentos adicionais que sejam necessários e agradeço, desde já, pela atenção e disponibilidade demonstradas.

Com os melhores cumprimentos,
Sara Lisete Rodrigues da Silva

Vanessa Carrilho <vanessacarrilho2202@gmail.com>

30 de dezembro de 2024 às 14:11

Para: Sara Silva <sara.tacsp@gmail.com>

Boa tarde Sara,

Informo que dou o meu consentimento para utilização do questionário Team Stepps que traduzi para realização da minha tese de mestrado em 2014.

Desejo muita sorte e sucesso nesta etapa!

Votos de um próspero 2025.

Melhores cumprimentos,
Vanessa Carrilho

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública em Portugal

Anexo 3 - Correspondência dos objetivos às questões aplicadas e justificação das questões adicionadas

Questão do questionário desenvolvido	Justificação	Objetivo específico
Parte I		
1 - Género		<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar a população de TACSP e identificar diferenças na perceção dos participantes considerando as variáveis sociodemográficas e profissionais.
2 - Idade		
3 - Grau Académico		
4 - Local de Trabalho (Zona do País)	Identificar outras variáveis sociodemográficas e profissionais que possam influenciar a perceção dos TACSP.	
5 - Exerce Funções de Chefia		
6 - Tipo de Vínculo Laboral		
7 - Tempo de experiência profissional (Anos)	Identificar outras variáveis profissionais que possam influenciar a perceção dos TACSP.	
8 - Carga horária semanal		
9 - Quantos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública compõem a equipa?		
10 - Acha esse número suficiente para dar resposta ao trabalho?		
11 - Das seguintes opções, qual se aplica melhor à equipa de Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública no seu local de trabalho principal?		
Parte II		
EE (questões 1-7)		<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar a população de TACSP e identificar diferenças na perceção dos participantes considerando as variáveis sociodemográficas e profissionais. • Identificar pontos fortes, assim como principais desafios e barreiras ao TE, de acordo com as perceções dos TACSP.
MS (questões 8-14)		
SM (questões 15-20)		

Anexo 3 - Correspondência dos objetivos às questões aplicadas e justificação das
questões adicionadas (continuação)

Questão do questionário desenvolvido	Justificação	Objetivo específico
Parte III		
Questão 1	Verificar com que frequência, algumas práticas descritas na literatura, são executadas nos locais de trabalho dos TACSP	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar pontos fortes, assim como principais desafios e barreiras ao TE, de acordo com as perceções dos TACSP.
Questões 2 e 3	Recolher informação e sugestões sobre práticas que os TACSP consideram essencial para otimizar o TE.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar estratégias e práticas que contribuem para melhorar o TE, de acordo com as perceções dos TACSP. • Propor recomendações para melhorar a colaboração interprofissional, tendo por base as estratégias sugeridas pelos participantes.

EE = Estrutura da equipa; MS = Monitorização da Situação; SM = Suporte Mútuo

Anexo 4 – Caracterização das variáveis em estudo e respetiva escala

Questão relacionada	Variável	Tipo	Escala
PI-1	Género	Qualitativa	Nominal
PI-2	Idade	Quantitativa Contínua	Razão
PI-3	Grau Académico	Qualitativa	Ordinal
PI-4	Local de Trabalho	Qualitativa	Nominal
PI-5	Funções de Chefia	Qualitativa	Nominal
PI-6	Vínculo Laboral	Qualitativa	Nominal
PI-7	Tempo de Experiência Profissional	Quantitativa Contínua	Razão
PI-8	Carga Horária Semanal	Qualitativa	Ordinal
PI-9	Número de TACSP na Equipa	Qualitativa	Ordinal
PI-10	Suficiência do Número de TACSP	Qualitativa	Nominal
PI-11	Estabilidade da Equipa	Qualitativa	Ordinal
PII-1 a 7	Estrutura da Equipa	Qualitativa	Ordinal (escala do tipo de <i>Likert</i>)
PII-9 a 14	Monitorização da Situação	Qualitativa	Ordinal (escala do tipo de <i>Likert</i>)
PII-15 a 20	Suporte Mútuo	Qualitativa	Ordinal (escala do tipo de <i>Likert</i>)
PIII-1	Frequência de Ocorrência (reuniões, comunicação aberta, formações, Atividades de <i>team building</i> , culpabilização)	Qualitativa	Ordinal
PIII-2	Importância Percebida (de cada uma das 10 opções)	Qualitativa	Nominal

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública em Portugal

Anexo 5 – Aprovação pelo CE-ESTeSL para a realização do projeto

17/01/2025, 18:30

IPLNet WebMail 2024 (DSIC) :: PROJETO: CE-ESTeSL-Nº.68-2024 – Sara Silva

PROJETO: CE-ESTeSL-Nº.68-2024 – Sara Silva



From Comissão de Ética <conselhodeetica@estesl.ipl.pt>
To Sara Silva <2023050@alunos.estesl.ipl.pt>, Epinto <epinto@ualg.pt>
Cc Mestrados <mestrados@estesl.ipl.pt>, Margarida Eiras <margarida.eiras@estesl.ipl.pt>
Date 2025-01-17 12:24



REFERÊNCIA INTERNA DO PROJETO: CE-ESTeSL-Nº.68-2024 – Sara Silva

TÍTULO DO PROJETO: Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública em Portugal

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Sara Silva

EQUIPA: *Célia Sofia Ramalho Ferreira. Professora colaboradora Escola Superior Tecnologia da Saúde de Coimbra ; Sara Silva, Estudante, Mestrado, ESTeSL, investigadora principal; António Marques, Professor, Professor Adjunto, ESTeSL, Investigador/Orientador*

ORIENTADOR: Ezequiel Pinto

INSTITUIÇÃO PROMOTORA: ESTeSL; ESSUAIG

INSTITUIÇÃO(ÕES) ENVOLVIDAS: ESTeSL; ESSUAIG

Exmo. Senhor Professor Doutor Ezequiel Pinto

Exma. Senhora Dra. Sara Silva, estudante de mestrado

Após os esclarecimentos, a Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (CE-ESTeSL) aprovou por unanimidade a emissão de parecer favorável.

O presente parecer tem em consideração a versão submetida do projeto e demais documentação enviada. Eventuais alterações nestes documentos determinam a necessidade de revisão do presente parecer.

Lembramos que todos os estudos que envolvem a autorização dos participantes e a recolha de amostras e dados anonimizados e/ou codificados têm de cumprir com o estabelecido no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados de 27 de abril de 2016.

Por último, solicita-se que, ao abrigo do artº 19 da Lei 21/2014 de 16 de abril e do disposto no nº 23 da atual versão da Declaração de Helsínquia, seja dado conhecimento à CE-ESTeSL do relatório final, com as conclusões do estudo, bem como de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Rute Borrego

Rute Borrego | Professora Adjunta
Presidente da Comissão de Ética

Av. D. João II, lote 4.69.01- Parque das Nações
1990-096 Lisboa | Portugal
conselhodeetica@estesl.ipl.pt
+351 218980488 (ext. 674)

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública
em Portugal

Anexo 6 – Resultados da Análise fatorial confirmatória

Questão	Carga Fatorial Padronizada	R ² (Variância Explicada)
Estrutura da Equipa		
1. As competências da equipa sobrepõem-se o suficiente para que seja possível partilhar tarefas específicas quando necessário (por exemplo, quando algum membro está ausente).	0,68	0,462
2. A equipa é responsabilizada pelas suas ações.	0,722	0,522
3. A equipa partilha informações, de modo a facilitar o tempo da tomada de decisão.	0,781	0,61
4. A equipa utiliza eficientemente os recursos disponíveis (por exemplo, recursos humanos, equipamento, informação).	0,759	0,577
5. A equipa compreende o seu papel e as suas responsabilidades.	0,824	0,679
6. A equipa tem objetivos claramente definidos.	0,753	0,567
7. A equipa funciona com um elevado nível de eficiência.	0,771	0,594
Monitorização da situação		
8. Os membros da equipa antecipam as necessidades uns dos outros.	0,777	0,603
9. Os membros da equipa monitorizam o desempenho uns dos outros.	0,601	0,361
10. Quando a equipa tem acesso a informação relevante comunica-a entre si.	0,771	0,595
11. A equipa analisa constantemente o ambiente para obter informações importantes.	0,736	0,542
12. A equipa partilha informação entre si sobre potenciais complicações na realização de uma tarefa.	0,821	0,675
13. Quando existe uma alteração da situação a equipa reúne-se para reavaliar o modo de ação.	0,693	0,48
14. Os membros da equipa corrigem os erros uns dos outros para garantir que os procedimentos sejam seguidos corretamente.	0,73	0,533
Suporte Mútuo		
15. Os membros da equipa ajudam-se mutuamente quando estão sobrecarregados de trabalho.	0,767	0,588
16. Os membros da equipa pedem ajuda uns aos outros quando se sentem sobrecarregados de trabalho.	0,762	0,58
17. Os membros da equipa alertam-se uns aos outros sobre situações potencialmente perigosas.	0,823	0,677
18. O <i>feedback</i> entre a equipa é entregue, de forma a promover interações positivas e mudanças futuras.	0,781	0,61
19. Quando existem preocupações dentro da equipa, os seus membros tentam ao máximo fazer-se ouvir até terem a certeza que o problema foi resolvido.	0,758	0,574
20. A equipa resolve os seus conflitos, mesmo quando estes se tornam pessoais.	0,756	0,571

Anexo 7 – Caracterização global dos inquiridos quanto à perceção sobre o TE (N=401)

Pergunta	Respostas					M ± DP
	N (%)					
	DC	D	NN	C	CC	
Parte II - EE						
1. As competências da equipa sobrepõem-se o suficiente para que seja possível partilhar tarefas específicas quando necessário (por exemplo, quando algum membro está ausente).	13 (3,2)	38 (9,5)	20 (5,0)	211 (52,6)	119 (29,7)	4,0 ± 1,0
2. A equipa é responsabilizada pelas suas ações.	8 (2,0)	38 (9,5)	43 (10,7)	186 (46,4)	126 (31,4)	4,0 ± 1,0
3. A equipa partilha informações, de modo a facilitar o tempo da tomada de decisão.	13 (3,2)	49 (12,2)	51 (12,7)	188 (46,9)	100 (24,9)	3,8 ± 1,1
4. A equipa utiliza eficientemente os recursos disponíveis (por exemplo, recursos humanos, equipamento, informação).	12 (3,0)	53 (13,2)	55 (13,7)	195 (48,6)	88 (21,4)	3,7 ± 1,0
5. A equipa compreende o seu papel e as suas responsabilidades.	10 (2,5)	27 (6,7)	51 (12,7)	199 (49,6)	114 (28,4)	3,9 ± 1,0
6. A equipa tem objetivos claramente definidos.	14 (3,5)	58 (14,5)	83 (20,7)	174 (43,4)	72 (18,0)	3,6 ± 1,1
7. A equipa funciona com um elevado nível de eficiência.	9 (2,2)	57 (14,2)	64 (16,0)	176 (43,9)	95 (23,7)	3,7 ± 1,0
Parte II - MS						
8. Os membros da equipa antecipam as necessidades uns dos outros.	20 (5,0)	82 (20,4)	109 (27,2)	162 (40,4)	28 (7,0)	3,2 ± 1,0
9. Os membros da equipa monitorizam o desempenho uns dos outros.	12 (3,0)	72 (18,0)	137 (34,2)	149 (37,2)	31 (7,7)	3,3 ± 0,9
10. Quando a equipa tem acesso a informação relevante comunica-a entre si.	11 (2,7)	61 (15,2)	63 (15,7)	185 (46,1)	81 (20,2)	3,7 ± 1,0
11. A equipa analisa constantemente o ambiente para obter informações importantes.	9 (2,2)	77 (19,2)	118 (29,4)	160 (39,9)	37 (9,2)	3,3 ± 1,0
12. A equipa partilha informação entre si sobre potenciais complicações na realização de uma tarefa.	10 (2,5)	41 (10,2)	69 (17,2)	205 (51,1)	76 (19,0)	3,7 ± 1,0
13. Quando existe uma alteração da situação a equipa reúne-se para reavaliar o modo de ação.	40 (10,0)	101 (25,2)	84 (20,9)	124 (30,9)	52 (13,0)	3,1 ± 1,2
14. Os membros da equipa corrigem os erros uns dos outros para garantir que os procedimentos sejam seguidos corretamente.	9 (2,2)	52 (13,0)	80 (20,0)	194 (48,4)	66 (16,5)	3,6 ± 1,0
Parte III - SM						
15. Os membros da equipa ajudam-se mutuamente quando estão sobrecarregados de trabalho.	16 (4,0)	55 (13,7)	57 (14,2)	193 (48,1)	80 (20,0)	3,7 ± 1,1
16. Os membros da equipa pedem ajuda uns aos outros quando se sentem sobrecarregados de trabalho.	8 (2,0)	49 (12,2)	65 (16,2)	202 (50,4)	77 (19,2)	3,7 ± 1,0
17. Os membros da equipa alertam-se uns aos outros sobre situações potencialmente perigosas.	6 (1,5)	29 (7,2)	58 (14,5)	209 (52,1)	99 (24,7)	3,9 ± 0,9
18. O <i>feedback</i> entre a equipa é entregue, de forma a promover interações positivas e mudanças futuras.	23 (5,7)	81 (20,2)	93 (23,2)	151 (37,7)	53 (13,2)	3,3 ± 1,1
19. Quando existem preocupações dentro da equipa, os seus membros tentam ao máximo fazer-se ouvir até terem a certeza que o problema foi resolvido.	23 (5,7)	59 (14,7)	102 (25,4)	172 (42,9)	45 (11,2)	3,4 ± 1,1
20. A equipa resolve os seus conflitos, mesmo quando estes se tornam pessoais.	24 (6,0)	73 (18,2)	118 (29,4)	145 (36,2)	41 (10,2)	3,3 ± 1,1

DC = Discordo completamente; D = Discordo; NN = Não concordo nem discordo; C = Concordo; CC = Concordo completamente; EE = Estrutura da equipa; MS = Monitorização da Situação; SM = Suporte Mútuo; DP = Desvio-Padrão

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública
em Portugal

Anexo 8 – Associação entre as perguntas do questionário e as variáveis idade e tempo de experiência profissional (N = 401)

Pergunta	Idade		Tempo de experiência profissional
Parte II - EE			
1. As competências da equipa sobrepõem-se o suficiente para que seja possível partilhar tarefas específicas quando necessário (por exemplo, quando algum membro está ausente).	Coeficiente de Correlação	0,061	0,047
	Valor de p	0,222	0,353
2. A equipa é responsabilizada pelas suas ações.	Coeficiente de Correlação	0,008	0,015
	Valor de p	0,865	0,772
3. A equipa partilha informações, de modo a facilitar o tempo da tomada de decisão.	Coeficiente de Correlação	-0,041	-0,035
	Valor de p	0,408	0,488
4. A equipa utiliza eficientemente os recursos disponíveis (por exemplo, recursos humanos, equipamento, informação).	Coeficiente de Correlação	-0,008	-0,012
	Valor de p	0,880	0,805
5. A equipa compreende o seu papel e as suas responsabilidades.	Coeficiente de Correlação	-0,028	-0,035
	Valor de p	0,576	0,487
6. A equipa tem objetivos claramente definidos.	Coeficiente de Correlação	0,074	0,058
	Valor de p	0,136	0,245
7. A equipa funciona com um elevado nível de eficiência.	Coeficiente de Correlação	0,083	0,089
	Valor de p	0,096	0,074
Parte II - MS			
8. Os membros da equipa antecipam as necessidades uns dos outros.	Coeficiente de Correlação	,117*	,115*
	Valor de p	0,019	0,021
9. Os membros da equipa monitorizam o desempenho uns dos outros.	Coeficiente de Correlação	-0,094	-,113*
	Valor de p	0,061	0,024
10. Quando a equipa tem acesso a informação relevante comunica -a entre si.	Coeficiente de Correlação	0,030	0,041
	Valor de p	0,550	0,417
11. A equipa analisa constantemente o ambiente para obter informações importantes.	Coeficiente de Correlação	-0,043	-0,034
	Valor de p	0,392	0,492
12. A equipa partilha informação entre si sobre potenciais complicações na realização de uma tarefa.	Coeficiente de Correlação	0,019	0,026
	Valor de p	0,698	0,606
13. Quando existe uma alteração da situação a equipa reúne-se para reavaliar o modo de ação.	Coeficiente de Correlação	0,093	0,095
	Valor de p	0,064	0,058
14. Os membros da equipa corrigem os erros uns dos outros para garantir que os procedimentos sejam seguidos corretamente.	Coeficiente de Correlação	0,008	0,020
	Valor de p	0,876	0,685

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública
em Portugal

Anexo 8 – Associação entre as perguntas do questionário e as variáveis idade e tempo de experiência profissional (N = 401) (continuação).

Pergunta	Idade		Tempo de experiência profissional
Parte II - SM			
15. Os membros da equipa ajudam-se mutuamente quando estão sobrecarregados de trabalho.	Coeficiente de Correlação	0,029	0,034
	Valor de p	0,560	0,497
16. Os membros da equipa pedem ajuda uns aos outros quando se sentem sobrecarregados de trabalho.	Coeficiente de Correlação	-0,029	-0,029
	Valor de p	0,556	0,563
17. Os membros da equipa alertam-se uns aos outros sobre situações potencialmente perigosas.	Coeficiente de Correlação	0,004	0,010
	Valor de p	0,933	0,838
18. O <i>feedback</i> entre a equipa é entregue, de forma a promover interações positivas e mudanças futuras.	Coeficiente de Correlação	,135**	,138**
	Valor de p	0,007	0,006
19. Quando existem preocupações dentro da equipa, os seus membros tentam ao máximo fazer-se ouvir até terem a certeza que o problema foi resolvido.	Coeficiente de Correlação	0,061	0,070
	Valor de p	0,221	0,165
20. A equipa resolve os seus conflitos, mesmo quando estes se tornam pessoais.	Coeficiente de Correlação	0,023	0,024
	Valor de p	0,643	0,625

*EE = Estrutura da equipa; MS = Monitorização da Situação; SM = Suporte Mútuo; Valores a **negrito** = estatisticamente significativo ($p < 0,05$)*

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública
em Portugal

Anexo 9 - Associação entre as perguntas do questionário e a variável grau académico

	Grau académico								Valor de p
	Bacharelato		Licenciatura		Mestrado		Doutoramento		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Parte II - EE									
1. As competências da equipa sobrepõem-se o suficiente para que seja possível partilhar tarefas específicas quando necessário (por exemplo, quando algum membro está ausente).	3,9	0,90	4,0	1,01	3,9	1,01	3,0	1,00	0,293
2. A equipa é responsabilizada pelas suas ações.	3,9	0,90	4,0	0,95	3,9	1,09	2,3	1,53	0,194
3. A equipa partilha informações, de modo a facilitar o tempo da tomada de decisão.	3,1	1,07	3,8	1,07	3,8	0,99	3,0	1,00	0,103
4. A equipa utiliza eficientemente os recursos disponíveis (por exemplo, recursos humanos, equipamento, informação).	3,4	0,98	3,8	1,01	3,5	1,09	2,7	1,15	0,039
5. A equipa compreende o seu papel e as suas responsabilidades.	3,4	0,98	4,0	0,94	3,9	0,96	2,7	1,15	0,058
6. A equipa tem objetivos claramente definidos.	3,4	0,98	3,6	1,04	3,4	1,05	2,3	1,53	0,104
7. A equipa funciona com um elevado nível de eficiência.	4,3	0,76	3,7	1,02	3,7	1,10	2,3	1,53	0,146
Parte II - MS									
8. Os membros da equipa antecipam as necessidades uns dos outros.	2,9	0,90	3,3	1,01	3,1	1,05	3,0	1,00	0,233
9. Os membros da equipa monitorizam o desempenho uns dos outros.	3,0	0,58	3,3	0,94	3,2	1,00	3,3	1,15	0,710
10. Quando a equipa tem acesso a informação relevante comunica -a entre si.	3,1	1,07	3,7	1,04	3,6	1,07	3,3	0,58	0,235
11. A equipa analisa constantemente o ambiente para obter informações importantes.	3,0	0,82	3,4	0,97	3,3	0,91	1,7	0,58	0,019
12. A equipa partilha informação entre si sobre potenciais complicações na realização de uma tarefa.	3,6	0,98	3,8	0,94	3,6	1,03	3,3	1,15	0,356
13. Quando existe uma alteração da situação a equipa reúne-se para reavaliar o modo de ação.	3,3	0,95	3,2	1,26	3,0	1,06	2,0	1,00	0,317
14. Os membros da equipa corrigem os erros uns dos outros para garantir que os procedimentos sejam seguidos corretamente.	3,3	0,76	3,7	0,99	3,5	0,97	3,7	0,58	0,249
Parte II - SM									
15. Os membros da equipa ajudam-se mutuamente quando estão sobrecarregados de trabalho.	3,9	0,90	3,7	1,06	3,6	1,12	2,7	0,58	0,268
16. Os membros da equipa pedem ajuda uns aos outros quando se sentem sobrecarregados de trabalho.	4,0	0,58	3,7	0,97	3,7	1,02	3,0	1,00	0,506

Anexo 9 - Associação entre as perguntas do questionário e a variável grau académico
(continuação)

	Grau académico								Valor de p
	Bacharelato		Licenciatura		Mestrado		Doutoramento		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
17. Os membros da equipa alertam-se uns aos outros sobre situações potencialmente perigosas.	3,7	0,76	4,0	0,87	3,8	0,99	3,3	0,58	0,235
18. O <i>feedback</i> entre a equipa é entregue, de forma a promover interações positivas e mudanças futuras.	3,4	0,98	3,4	1,10	3,1	1,14	2,0	0,00	0,039
19. Quando existem preocupações dentro da equipa, os seus membros tentam ao máximo fazer-se ouvir até terem a certeza que o problema foi resolvido.	3,1	1,07	3,4	1,05	3,4	1,05	2,3	1,53	0,406
20. A equipa resolve os seus conflitos, mesmo quando estes se tornam pessoais.	2,9	1,35	3,3	1,03	3,1	1,12	2,3	0,58	0,065

*EE = Estrutura da equipa; MS = Monitorização da Situação; SM = Suporte Mútuo; Valores a **negrito** = estatisticamente significativo ($p < 0,05$)*

Anexo 10 – Associação entre as perguntas do questionário e a variável funções de chefia

	Desempenha funções de chefia				Valor de <i>p</i>
	Não		Sim		
	Média	DP	Média	DP	
Dimensão EE	3,8	0,8	4,1	0,73	0,019
1. As competências da equipa sobrepõem-se o suficiente para que seja possível partilhar tarefas específicas quando necessário (por exemplo, quando algum membro está ausente).	3,9	1,03	4,2	0,73	0,177
2. A equipa é responsabilizada pelas suas ações.	3,9	0,98	4,1	1,08	0,306
3. A equipa partilha informações, de modo a facilitar o tempo da tomada de decisão.	3,7	1,07	4,2	0,76	0,015
4. A equipa utiliza eficientemente os recursos disponíveis (por exemplo, recursos humanos, equipamento, informação).	3,7	1,05	4	0,92	0,134
5. A equipa compreende o seu papel e as suas responsabilidades.	3,9	0,95	4,1	0,98	0,259
6. A equipa tem objetivos claramente definidos.	3,5	1,05	3,9	1,07	0,028
7. A equipa funciona com um elevado nível de eficiência.	3,7	1,06	4,1	0,8	0,069
Dimensão MS	3,4	0,76	3,8	0,78	0,001
8. Os membros da equipa antecipam as necessidades uns dos outros.	3,2	1,02	3,7	0,89	0,003
9. Os membros da equipa monitorizam o desempenho uns dos outros.	3,3	0,94	3,3	1,02	0,771
10. Quando a equipa tem acesso a informação relevante comunica -a entre si.	3,6	1,05	4,2	0,86	0,001
11. A equipa analisa constantemente o ambiente para obter informações importantes.	3,3	0,96	3,7	1	0,035
12. A equipa partilha informação entre si sobre potenciais complicações na realização de uma tarefa.	3,7	0,97	4,1	0,85	0,003
13. Quando existe uma alteração da situação a equipa reúne-se para reavaliar o modo de ação.	3,1	1,21	3,6	1,14	0,019
14. Os membros da equipa corrigem os erros uns dos outros para garantir que os procedimentos sejam seguidos corretamente.	3,6	0,97	3,9	1	0,026
Dimensão SM	3,5	0,85	3,9	0,71	0,004
15. Os membros da equipa ajudam-se mutuamente quando estão sobrecarregados de trabalho.	3,6	1,08	4,1	0,84	0,021
16. Os membros da equipa pedem ajuda uns aos outros quando se sentem sobrecarregados de trabalho.	3,7	0,98	3,7	0,98	0,857
17. Os membros da equipa alertam-se uns aos outros sobre situações potencialmente perigosas.	3,9	0,91	4,2	0,75	0,065
18. O <i>feedback</i> entre a equipa é entregue, de forma a promover interações positivas e mudanças futuras.	3,3	1,13	3,9	0,77	0,002
19. Quando existem preocupações dentro da equipa, os seus membros tentam ao máximo fazer-se ouvir até terem a certeza que o problema foi resolvido.	3,3	1,05	3,8	0,92	0,007
20. A equipa resolve os seus conflitos, mesmo quando estes se tornam pessoais.	3,2	1,06	3,6	0,97	0,026

DP - Desvio Padrão; EE - Estrutura da equipa; MS - Monitorização da Situação; SM - Suporte Mútuo;

Valores a **negrito** indicam significado estatístico ($p < 0,05$)

Trabalho em Equipa: Perceções e Práticas dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública
em Portugal

Anexo 11 – Comparação entre as perceções sobre o Trabalho em Equipa, consoante o número de Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública, após teste de *Dunn* com ajuste de *Bonferroni*

Estrutura da Equipa		Monitorização da Situação		Suporte Mútuo	
Grupo 1 – Grupo 2	Valor de p	Grupo 1 – Grupo 2	Valor de p	Grupo 1 – Grupo 2	Valor de p
20-29-30-39	0,397	20-29-30-39	0,088	20-29-Não sei	0,517
20-29-10-19	0,067	20-29-10-19	0,021	20-29-30-39	0,176
20-29-≥60	0,155	20-29-Não sei	0,207	20-29-50-59	0,429
20-29-Não sei	0,283	20-29-≥60	0,015	20-29-10-19	0,029
20-29-<10	<,001	20-29-<10	<,001	20-29-≥60	0,123
20-29-50-59	0,094	20-29-50-59	0,099	20-29-<10	<,001
20-29-40-49	0,008	20-29-40-49	0,002	20-29-40-49	0,007
30-39-10-19	0,488	30-39-10-19	0,864	Não sei-30-39	0,887
30-39-≥60	0,498	30-39-Não sei	0,802	Não sei-50-59	0,804
30-39-Não sei	0,577	30-39-≥60	0,336	Não sei-10-19	0,686
30-39-<10	0,009	30-39-<10	0,057	Não sei-≥60	0,687
30-39-50-59	0,203	30-39-50-59	0,386	Não sei-<10	0,107
30-39-40-49	0,049	30-39-40-49	0,071	Não sei-40-49	0,172
10-19-≥60	0,84	10-19-Não sei	0,865	30-39-50-59	0,856
10-19-Não sei	0,837	10-19-≥60	0,346	30-39-10-19	0,648
10-19-<10	0,013	10-19-<10	0,023	30-39-≥60	0,692
10-19-50-59	0,305	10-19-50-59	0,409	30-39-<10	0,008
10-19-40-49	0,093	10-19-40-49	0,065	30-39-40-49	0,093
≥60-Não sei	0,954	Não sei-≥60	0,673	50-59-10-19	0,997
≥60-<10	0,187	Não sei-<10	0,434	50-59-≥60	0,967
≥60-50-59	0,394	Não sei-50-59	0,565	50-59-<10	0,361
≥60-40-49	0,201	Não sei-40-49	0,261	50-59-40-49	0,393
Não sei-<10	0,402	≥60-<10	0,661	10-19-≥60	0,938
Não sei-50-59	0,472	≥60-50-59	0,757	10-19-<10	0,004
Não sei-40-49	0,326	≥60-40-49	0,364	10-19-40-49	0,128
<10-50-59	0,809	<10-50-59	0,914	≥60-<10	0,093
<10-40-49	0,65	<10-40-49	0,467	≥60-40-49	0,219
50-59-40-49	0,967	50-59-40-49	0,757	<10-40-49	0,919

Anexo 12 – Associação entre as perguntas do questionário e a variável Suficiência do número de Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública

	Suficiência do Número de TACSP				Valor de p
	Não		Sim		
	Média	DP	Média	DP	
Dimensão EE	3,7	0,80	3,9	0,79	0,002
1. As competências da equipa sobrepõem-se o suficiente para que seja possível partilhar tarefas específicas quando necessário (por exemplo, quando algum membro está ausente).	3,9	0,95	4,0	1,03	0,441
2. A equipa é responsabilizada pelas suas ações.	3,6	1,07	3,9	1,02	0,004
3. A equipa partilha informações, de modo a facilitar o tempo da tomada de decisão.	3,6	1,06	3,8	1,00	0,015
4. A equipa utiliza eficientemente os recursos disponíveis (por exemplo, recursos humanos, equipamento, informação).	3,8	0,99	4,1	0,91	0,016
5. A equipa compreende o seu papel e as suas responsabilidades.	3,4	1,08	3,8	0,99	0,000
6. A equipa tem objetivos claramente definidos.	3,6	1,07	3,8	1,02	0,144
7. A equipa funciona com um elevado nível de eficiência.	3,8	1,10	4,1	0,90	0,000
Dimensão MS	3,3	0,73	3,5	0,80	0,050
8. Os membros da equipa antecipam as necessidades uns dos outros.	3,1	0,97	3,3	1,04	0,029
9. Os membros da equipa monitorizam o desempenho uns dos outros.	3,2	0,97	3,3	0,93	0,650
10. Quando a equipa tem acesso a informação relevante comunica -a entre si.	3,5	1,04	3,8	1,05	0,024
11. A equipa analisa constantemente o ambiente para obter informações importantes.	3,3	0,92	3,4	0,99	0,132
12. A equipa partilha informação entre si sobre potenciais complicações na realização de uma tarefa.	3,7	0,91	3,8	1,00	0,054
13. Quando existe uma alteração da situação a equipa reúne-se para reavaliar o modo de ação.	3,0	1,16	3,2	1,24	0,063
14. Os membros da equipa corrigem os erros uns dos outros para garantir que os procedimentos sejam seguidos corretamente.	3,5	0,93	3,7	1,00	0,013
Dimensão SM	3,5	0,83	3,6	0,84	0,067
15. Os membros da equipa ajudam-se mutuamente quando estão sobrecarregados de trabalho.	3,6	1,08	3,8	1,05	0,049
16. Os membros da equipa pedem ajuda uns aos outros quando se sentem sobrecarregados de trabalho.	3,7	0,99	3,8	0,96	0,616
17. Os membros da equipa alertam-se uns aos outros sobre situações potencialmente perigosas.	3,9	0,90	4,0	0,90	0,314
18. O <i>feedback</i> entre a equipa é entregue, de forma a promover interações positivas e mudanças futuras.	3,2	1,11	3,5	1,10	0,014
19. Quando existem preocupações dentro da equipa, os seus membros tentam ao máximo fazer-se ouvir até terem a certeza que o problema foi resolvido.	3,3	1,06	3,5	1,04	0,101
20. A equipa resolve os seus conflitos, mesmo quando estes se tornam pessoais.	3,2	1,04	3,3	1,07	0,137

DP = Desvio Padrão; EE = Estrutura da equipa; MS = Monitorização da Situação; SM = Suporte Mútuo;

Valores a **negrito** = estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

Anexo 13 - Comparação entre as perceções sobre o Trabalho em Equipa, consoante a rotatividade/ estabilidade dentro das equipas após teste de *Dunn* com ajuste de *Bonferroni*

Estrutura da Equipa	
Grupo 1 – Grupo 2	Valor de p
Há uma rotatividade elevada, com uma constante saída de membros e entrada de novos profissionais. - Há uma rotatividade moderada, com uma entrada e saída regular de profissionais.	0,24
Há uma rotatividade elevada, com uma constante saída de membros e entrada de novos profissionais. - Ocasionalmente, há entrada ou saída de alguns membros, mas a maioria permanece na equipa.	0,001
Há uma rotatividade elevada, com uma constante saída de membros e entrada de novos profissionais. - A equipa foi formada recentemente ou está em processo de formação.	0,06
Há uma rotatividade elevada, com uma constante saída de membros e entrada de novos profissionais. - A equipa tem-se mantido estável sem grandes alterações nos últimos 2 anos.	<,001
Há uma rotatividade moderada, com uma entrada e saída regular de profissionais.- Ocasionalmente, há entrada ou saída de alguns membros, mas a maioria permanece na equipa.	0,031
Há uma rotatividade moderada, com uma entrada e saída regular de profissionais.- A equipa foi formada recentemente ou está em processo de formação.	0,227
Há uma rotatividade moderada, com uma entrada e saída regular de profissionais.- A equipa tem-se mantido estável sem grandes alterações nos últimos 2 anos.	0,002
Ocasionalmente, há entrada ou saída de alguns membros, mas a maioria permanece na equipa.- A equipa foi formada recentemente ou está em processo de formação.	0,795
Ocasionalmente, há entrada ou saída de alguns membros, mas a maioria permanece na equipa.- A equipa tem-se mantido estável sem grandes alterações nos últimos 2 anos	0,084
A equipa foi formada recentemente ou está em processo de formação.- A equipa tem-se mantido estável sem grandes alterações nos últimos 2 anos	0,694
Monitorização da Situação	
Grupo 1 – Grupo 2	Valor de p
Há uma rotatividade moderada, com uma entrada e saída regular de profissionais.- Há uma rotatividade elevada, com uma constante saída de membros e entrada de novos profissionais.	0,727
Há uma rotatividade moderada, com uma entrada e saída regular de profissionais.- Ocasionalmente, há entrada ou saída de alguns membros, mas a maioria permanece na equipa.	0,077
Há uma rotatividade moderada, com uma entrada e saída regular de profissionais.- A equipa foi formada recentemente ou está em processo de formação.	0,155
Há uma rotatividade moderada, com uma entrada e saída regular de profissionais.- A equipa tem-se mantido estável sem grandes alterações nos últimos 2 anos.	0,001
Há uma rotatividade elevada, com uma constante saída de membros e entrada de novos profissionais.- Ocasionalmente, há entrada ou saída de alguns membros, mas a maioria permanece na equipa.	0,278
Há uma rotatividade elevada, com uma constante saída de membros e entrada de novos profissionais.- A equipa foi formada recentemente ou está em processo de formação.	0,248
Há uma rotatividade elevada, com uma constante saída de membros e entrada de novos profissionais.- A equipa tem-se mantido estável sem grandes alterações nos últimos 2 anos.	0,016
Ocasionalmente, há entrada ou saída de alguns membros, mas a maioria permanece na equipa.- A equipa foi formada recentemente ou está em processo de formação.	0,503

Anexo 13 - Comparação entre as perceções sobre o Trabalho em Equipa, consoante a rotatividade/ estabilidade dentro das equipas após teste de *Dunn* com ajuste de *Bonferroni* (continuação)

Monitorização da Situação	
Grupo 1 – Grupo 2	Valor de p
Ocasionalmente, há entrada ou saída de alguns membros, mas a maioria permanece na equipa.- A equipa tem-se mantido estável sem grandes alterações nos últimos 2 anos.	0,024
A equipa foi formada recentemente ou está em processo de formação.- A equipa tem-se mantido estável sem grandes alterações nos últimos 2 anos.	0,848
Suporte Mútuo	
Grupo 1 – Grupo 2	Valor de p
Há uma rotatividade moderada, com uma entrada e saída regular de profissionais.- Há uma rotatividade elevada, com uma constante saída de membros e entrada de novos profissionais.	0,959
Há uma rotatividade moderada, com uma entrada e saída regular de profissionais.- Ocasionalmente, há entrada ou saída de alguns membros, mas a maioria permanece na equipa.	0,031
Há uma rotatividade moderada, com uma entrada e saída regular de profissionais.- A equipa foi formada recentemente ou está em processo de formação.	0,277
Há uma rotatividade moderada, com uma entrada e saída regular de profissionais.- A equipa tem-se mantido estável sem grandes alterações nos últimos 2 anos.	<,001
Há uma rotatividade elevada, com uma constante saída de membros e entrada de novos profissionais.- Ocasionalmente, há entrada ou saída de alguns membros, mas a maioria permanece na equipa.	0,078
Há uma rotatividade elevada, com uma constante saída de membros e entrada de novos profissionais.- A equipa foi formada recentemente ou está em processo de formação.	0,311
Há uma rotatividade elevada, com uma constante saída de membros e entrada de novos profissionais.- A equipa tem-se mantido estável sem grandes alterações nos últimos 2 anos.	0,004
Ocasionalmente, há entrada ou saída de alguns membros, mas a maioria permanece na equipa.- A equipa foi formada recentemente ou está em processo de formação.	0,898
Ocasionalmente, há entrada ou saída de alguns membros, mas a maioria permanece na equipa.- A equipa tem-se mantido estável sem grandes alterações nos últimos 2 anos.	0,048
A equipa foi formada recentemente ou está em processo de formação.- A equipa tem-se mantido estável sem grandes alterações nos últimos 2 anos.	0,541