



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE**

WELLY FERREIRA GRANGEIRO FARIAS

**ANÁLISE POR MULTIMÉTODOS DA RELAÇÃO ENTRE O CLIMA
ORGANIZACIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DA
CRIANÇA HOSPITALIZADA**

**FORTALEZA – CEARÁ
2018**

WELLY FERREIRA GRANGEIRO FARIAS

ANÁLISE POR MULTIMÉTODOS DA RELAÇÃO ENTRE O CLIMA
ORGANIZACIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DA
CRIANÇA HOSPITALIZADA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Roberta Meneses Oliveira.

FORTALEZA – CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Farias, Welly Ferreira Grangeiro .

Análise por multimétodos da relação entre o clima organizacional da equipe de enfermagem e a segurança da criança hospitalizada [recurso eletr?nico] / Welly Ferreira Grangeiro Farias. ? 2018.

1 CD-ROM: il.; 4 ? pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 138 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) ? Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2018.

área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientação: Prof.^a Dra. Roberta Meneses Oliveira.

1. Segurança do paciente. 2. Enfermagem . 3. Criança hospitalizada. 4. Clima organizacional. 5. Gestão de pessoas. I. Título.

WELLY FERREIRA GRANGEIRO FARIAS

ANÁLISE POR MULTIMÉTODOS DA RELAÇÃO ENTRE O CLIMA
ORGANIZACIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DA
CRIANÇA HOSPITALIZADA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Apresentada em: 28 de fevereiro de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Roberta Meneses Oliveira - Orientadora
Universidade Federal do Ceará-(UFC)



Prof.^a Dr.^a Edna Maria Camelo Chaves (Membro Efetivo)
Universidade Estadual do Ceará-(UECE)



Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará-(UECE)

À minha mãe Luiza pelo seu exemplo de mulher, esposa e mãe, sua força, perseverança e fé.

Ao meu esposo Emílio, pelo seu amor e apoio em todos os momentos, principalmente nos de incerteza.

Ao meu filho Tiago, que transformou meu coração cheio de medos em felicidade, meu anjo a quem Deus me confiou para cuidar e amar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar comigo em toda minha caminhada, meu fiel amigo. A Ele devo tudo que tenho e tudo que sou.

Ao meu esposo, Emílio, meu presente de Deus quea cada dia demonstra seu amor pelas suas atitudes.

Aos meus pais, Luiza e Ivan (*in memorian*), por me proporcionar uma família maravilhosa, pelo amor incondicional, pelo incentivo na minha carreira acadêmica, por me ensinar a ter força para suportar as dificuldades e, sobretudo, pelos ensinamentos que hoje representam a pessoa que sou.

Aos meus irmãos, Patrocínio, Patrícia e Williams, pelo amor, amizade e apoio nas alegrias e dificuldades vividas.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Roberta Meneses Oliveira, por compartilhar seus conhecimentos comigo, por me indicar caminhos, por estar sempre perto para me ajudar. Obrigada pela paciência e compreensão. Sua confiança e encorajamento foram muito importantes

À professora Dr.^a Marília Braga, por sua ajuda na seleção do mestrado, na correção do ante projeto e pelas palavras de apoio e incentivo.

Aos Membros da Banca Examinadora, por terem aceitado o convite e disponibilizado o seu tempo para contribuir com o aperfeiçoamento deste trabalho.

À minha cunhada e amiga, Sylvania Farias, que me amparou e cuidou quando mais precisei. Obrigada, em suas palavras e ações sinto a presença terna de Deus.

Às minhas amigas, Maria José e Sylvania, pela amizade de tantos anos e por não me deixar esquecer a seleção do mestrado.

Aos meus amigos do Cesar Cals, Janaína, Minuchy, Cely, Lúzia, Fernanda, Michele, Ricardo e Márcia por todo incentivo, amizade e carinho nas horas mais difíceis.

À família Queiroz (Gleudston, Diane e Larissa), meus amigos queridos a quem tenho um enorme carinho e apreço.

Agradeço aos meus colegas da turma de mestrado. Foi muito bom aprender e compartilhar momentos com vocês.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causado pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

RESUMO

Objetivou-se analisar a influência do clima organizacional da equipe de enfermagem na segurança do cuidado à criança hospitalizada. Pesquisa de métodos mistos, realizada nas unidades de internação pediátrica e de terapia intensiva neonatal de um hospital público de grande porte, Fortaleza-Ce, de Jan/Out/2017, com 49 trabalhadores de enfermagem, sendo 17 enfermeiros e 32 técnicos. Para a abordagem quantitativa aplicou-se um questionário sócio demográfico e a Escala de Clima Organizacional; a análise dos dados se deu por meio de estatística descritiva e aplicação de testes não paramétricos. Para a abordagem qualitativa aplicou-se uma entrevista em profundidade, e os dados analisados pela técnica de Análise de Conteúdo Categórica Temática. Em seguida, realizou-se a fusão da análise dos dados qualitativos e quantitativos. Os principais resultados foram: as unidades apresentaram um clima organizacional regular, na maioria dos fatores avaliados. Em dois fatores, no entanto, a percepção dos trabalhadores sobre a ambiência do trabalho foi negativa: estratégia ($\Gamma=2,3$) e remuneração ($\Gamma=1,9$). Constatou-se associação entre variáveis ocupacionais com a percepção do clima organizacional; a carga horária de trabalho semanal exaustiva e o vínculo de trabalho por cooperativa influenciaram no pior clima organizacional; a menor carga horária de trabalho esteve associada à melhor percepção sobre estratégia e remuneração; o relacionamento/espírito de equipe, liderança e desenvolvimento profissional foram os fatores do clima organizacional melhores avaliados, enquanto os fatores estratégia e remuneração foram os piores avaliados. A fase qualitativa demonstrou clima organizacional disfuncional. Foram encontradas situações vivenciadas onde o clima organizacional trouxe implicações para a qualidade do cuidado prestado. Conclui-se que o clima organizacional repercutiu em maior insegurança para a criança hospitalizada, devido a profissionais sobrecarregados, propensos a erros, e à oferta de um cuidado inseguro, que não atende aos protocolos e às evidências de uma prática de qualidade.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Enfermagem. Criança hospitalizada. Clima organizacional. Gestão de pessoas. Ambiente de trabalho.

ABSTRACT

Nursing care for hospitalized children is considered complex because of the peculiarities and vulnerabilities of this population, which contributes to a greater risk of health related incidents. The factors involved in this process are human, systemic and organizational, generating insecurity for pediatric and neonatal patients. Thus, the study of the organizational climate allows us to understand how labor relations affect the quality of care and the safety of hospitalized children. The objective was to analyze if the organizational climate of the nursing team influences the safety of hospitalized child care regarding the occurrence of incidents and adverse events. It is a research of mixed methods, through the development of an explanatory sequential project, carried out in the pediatric hospitalization and intensive neonatal (medium risk) units of a large public hospital, located in Fortaleza, Ceará. The study was developed between January and October 2017, involving the participation of 49 nursing workers. For the quantitative approach a socio-demographic questionnaire and the Organizational Climate Scale were applied; the analysis of the data was done through descriptive statistics and the application of non-parametric tests. The qualitative approach was performed through the application of an in-depth interview and the data analyzed by the technique of Categorical Thematic Content Analysis. In the third phase, the analysis of qualitative and quantitative data was merged. As results, the quantitative phase showed that the relationship/team spirit, leadership and professional development are factors of the organizational climate evaluated more favorably, but still remaining in the evaluation as a regular organizational climate. In contrast, the strategy and compensation factors were the worst evaluated, indicating bad organizational climate. It was observed a significant relationship between the lower workload with the best perception about strategy and remuneration, while the employment bond was outstanding, having a relationship verified with almost all the factors of the organizational climate, being these much better evaluated in the view of the professionals to the detriment of the cooperative. The qualitative phase demonstrated factors that confirm the dysfunctional organizational climate in the investigated units, such as: dissatisfaction with the remuneration policy, lack of knowledge of strategic planning, among others. Interlocutions of interviewees showed examples of situations experienced where the organizational climate had implications for the quality of care provided. Therefore, it is

concluded that the organizational climate perceived in this study has a higher insecurity for hospitalized children. This can suffer real damage, with overloaded, error prone professionals and the offer of unsafe care, which does not meet the protocols and evidence of a quality practice.

Keywords: Patient Safety. Nursing. Child Hospitalized. Organizational Climate. Personnel Management. Working Environment.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Características prototípicas dos principais tipos de projeto dos métodos mistos.....	42
Quadro 2 –	Distribuição das médias e desvios padrão das dimensões da ECO. Fortaleza, CE, 2017.....	52
Quadro 3 –	Distribuição das médias e desvio padrão das assertivas da ECO. Fortaleza, Ceará, 2017.....	53
Quadro 4 –	Comparação de médias entre as categorias das variáveis sócio demográficas/ocupacionais e os fatores da ECO. Fortaleza, Ceará, 2017.....	55
Quadro 5 –	Categorias e subcategorias da análise temática sobre Clima Organizacional e Segurança do Paciente em unidades pediátricas. Fortaleza, CE, 2017 (n= 54UC).....	71
Quadro 6 –	Análise comparativa entre os achados quantitativos e qualitativos.....	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	Academia Americana de Pediatria
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANA	Associação Americana de Enfermeiros
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARHQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
CAES	<i>Canadian Adverse Event Study</i>
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIPNSP	Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
EA	Eventos Adversos
ECO	Escala de Clima Organizacional
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
HMPS	<i>Harvard Medical Practice Study</i>
HMPS II	<i>Harvard Medical Practice Study II</i>
IACS	Infecção Associada aos Cuidados em Saúde
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRM	Incidentes Relacionados a Medicamentos
JC	<i>Joint Commission</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MS	Ministério da Saúde
NPSA	<i>National Patient Safety Agency</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROQUALI	Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UC	Unidades de Contexto
UCIP	Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos
UR	Unidades de Registro

UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	GERAL.....	23
2.2	ESPECÍFICOS.....	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
3.1	SEGURANÇA DO PACIENTE: HISTÓRICO, TAXONOMIA E EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS.....	23
3.2	SEGURANÇA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA.....	23
3.3	O CLIMA ORGANIZACIONAL, SEUS FATORES E A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	35
4	MÉTODO.....	41
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	41
4.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO.....	43
4.3	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	43
4.3.1	Fase I – Abordagem quantitativa.....	43
4.3.1.1	Amostra.....	43
4.3.1.2	Método de coleta dos dados.....	44
4.3.1.3	Método de análise de dados.....	45
4.3.2	Fase II – Abordagem qualitativa.....	46
4.3.2.1	Participantes do estudo.....	46
4.3.2.2	Coleta de dados.....	47
4.3.2.3	Análise de dados.....	47
4.3.3	Fase III – Análise e interpretação dos dados quantitativos e qualitativos fundidos.....	49
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	50
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
5.1	FASE QUANTITATIVA.....	51
5.1.1	Apresentação dos resultados.....	51

5.1.2	Discussão dos resultados.....	57
5.2	FASE QUALITATIVA.....	69
5.2.1	Liderança no trabalho da enfermagem nas unidades pediátricas: a dicotomia entre os estilos dialógico e punitivo influenciando o clima organizacional.....	72
5.2.1.1	A gestão punitiva e suas implicações para o clima organizacional e a segurança do paciente.....	72
5.2.1.2	“Ela escuta a gente, ela é flexível”: reflexos da liderança dialógica, justa e responsável no clima organizacional.....	76
5.2.2	Relacionamento e espírito de equipe na assistência e a interface com a segurança do paciente pediátrico.....	81
5.2.2.1	“Todo mundo aqui trabalha em conjunto”: a comunicação, o espírito de equipe e o relacionamento entre as pessoas no trabalho.....	81
5.2.2.2	Equipe integrada e segurança para o paciente.....	87
5.2.3	(In) Segurança no Trabalho e os erros assistenciais da equipe de enfermagem pediátrica.....	89
5.2.3.1	Perfil do profissional e segurança no cuidado prestado.....	89
5.2.3.2	Dimensionamento inadequado, sobrecarga de trabalho e seu impacto na ocorrência de erros.....	91
5.2.4	Desenvolvimento profissional da enfermagem, o clima organizacional e a prevenção de erros.....	101
5.2.4.1	Treinamento em serviço e educação permanente como mediadores do clima organizacional e da segurança do paciente.....	102
5.2.4.2	Insatisfação com a remuneração e a influência na segurança (influenciando a segurança do paciente)	104
5.3	ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS.....	106
6	CONCLUSÕES.....	114
	REFERÊNCIAS.....	116
	APÊNDICES.....	131
	APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico e profissional.....	132

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	133
ANEXOS	134
ANEXO A – Escala de Clima Organizacional para Profissionais de Saúde.....	135
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	137

1 INTRODUÇÃO

Na atenção à saúde, a segurança é um princípio e um requisito para a qualidade do cuidado. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente é definida como a redução do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde, até um mínimo aceitável, pois considerando-se a complexidade de procedimentos e tratamentos, o potencial para dano é real (WHO, 2009).

Na atual conjuntura da assistência à saúde no Brasil, esse contexto de busca incessante pela segurança do paciente tem sido preponderante no ambiente hospitalar, devido à sua macrocomplexidade, pois oferece inúmeros riscos ao paciente, os quais podem levar à ocorrência de eventos adversos (EAs), ou seja, de danos decorrentes da assistência prestada. Com isso, a assistência ao paciente é constantemente ameaçada pelo risco, ou seja, a probabilidade de um incidente ocorrer durante a assistência em saúde (SILVA, 2012).

Especificamente na assistência à criança hospitalizada, nossa área de interesse, estudos revelam que peculiaridades desta faixa etária podem contribuir para a ocorrência de erros, como na administração de medicamentos, sendo este o enfoque temático de maior destaque por ser a forma mais comum de intervenção no cuidado à saúde. Neste caso, são considerados os seguintes fatores relacionados à infância: peso, estatura, condições clínicas, características do metabolismo e escassez de medicamentos para esta população, exigindo múltiplas operações matemáticas para cálculo de dose e manipulação excessiva nas diluições. Além disso, destacam-se fatores relacionados à falha humana e à elevada carga de trabalho, que contribuem significativamente para essas ocorrências (BELELA; PEDREIRA; PETERLINI, 2011).

A população pediátrica possui risco de danos três vezes maior do que adultos na mesma situação (KASHUAL *et al.*, 2001). Assim, a criança hospitalizada está mais vulnerável às ocorrências adversas com potencial para comprometer a sua segurança.

Recente estudo realizado em unidade de internação pediátrica de um hospital universitário na região sul do Brasil, possibilitou conhecer a percepção da equipe de enfermagem acerca dos fatores de risco que podem interferir na segurança do paciente pediátrico durante sua hospitalização, assim como identificar

sua percepção relacionada aos métodos de barreiras para garantir a segurança destes pacientes. Os resultados evidenciaram que os membros da equipe de enfermagem convergem em suas percepções, pois identificaram alguns fatores de risco, não relacionando com o conceito da OMS. Além disso, citaram como métodos de barreiras a capacitação profissional por meio da educação continuada, a correta identificação do paciente, sistema de notificação de eventos adversos e adoção de uma cultura de segurança (SOUZA *et al.*, 2014).

Estudo realizado em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos para atendimento de pacientes oncológicos registrou 71 notificações de 110 erros de medicação, representando uma ocorrência de 227 erros por 1000 pacientes/dia. Existem poucos estudos que elencam os fatores causais ou intervenções para prevenir danos a esses pacientes (BELELA; PETERLINI; PEDREIRA, 2010).

Além das peculiaridades do paciente pediátrico, que podem levá-lo à insegurança decorrente dos processos assistenciais, existem fatores humanos, sistêmicos e organizacionais que podem interferir, consideravelmente, na prática segura em pediatria (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Autores afirmam que diversos elementos compõem as circunstâncias do cuidado, podendo influenciar para que o mesmo seja seguro ou inseguro. Considerando que tais elementos incluem as ações propriamente ditas (intervenção, procedimento, conduta), a equipe e sua família, o contexto (processos de trabalho, regimentos, cultura organizacional) e o cenário (unidade de internação), depreende-se a importância da atuação do enfermeiro ao gerenciar este cuidado, com fundamentação em princípios de segurança, bem como a responsabilidade institucional nas ações para gestão de segurança (WEGNER; PEDRO, 2012).

O conceito atual de segurança do paciente aponta como principais fatores responsáveis pela ocorrência de EA, as deficiências do sistema de prestação de cuidados da saúde, em sua concepção, organização e funcionamento, em vez de responsabilizar os profissionais ou produtos isoladamente. A premissa é de que os seres humanos cometem falhas e que erros são esperados. Os erros são consequências, não causas, e embora não se possa mudar a condição humana, é possível atuar naquelas sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema (REASON, 2000).

Os EA podem ser resultados de problemas na prática, produtos, processos ou sistemas. As organizações de saúde são complexas e a ocorrência de tais eventos é a consequência de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias de uma organização, sua cultura, práticas de trabalho, abordagem de gestão da qualidade, da prospecção de riscos e da capacidade de aprendizagem a partir dos erros (REASON, 2000).

Há influências organizacionais, formadas por decisões de alta administração, que têm impacto sobre a segurança de todo o sistema assistencial/produção do cuidado. Condições de trabalho como supervisão, comunicação, equipamentos, conhecimentos e habilidades são fatores relevantes a segurança e são afetados pelos processos organizacionais e decisões gerenciais (SANTIAGO; TURRINI, 2015). Além disso, somam-se as características pessoais dos profissionais de saúde e do próprio paciente, que também é determinante da variabilidade da prática clínica. Sendo assim, um grande desafio para a segurança do paciente nos serviços de saúde é criar uma cultura de segurança que permeie todas as ações da prática assistencial.

Nessa perspectiva, deve-se ressaltar que os fenômenos organizacionais transitam pela cultura da organização – valores e crenças intrínsecos –, muitas vezes não percebidos, e pelo clima manifestado em dado período de tempo. Além disso, recebe a influência das lideranças e dos processos de mudança internos e externos experimentados (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

O clima e a cultura organizacional oferecem perspectivas sobrepostas para a compreensão de experiências que as pessoas vivenciam em ambientes organizacionais (SCHNEIDER; EHRHART; MACEY, 2013). O clima organizacional refere-se ao agrupamento de percepções compartilhadas pelos indivíduos sobre o ambiente organizacional onde estão inseridos, refletindo a qualidade do ambiente de trabalho, sendo fortemente influenciado pela cultura da organização, mas depende, principalmente, da forma como a organização trata o seu pessoal (LACOMBE, 2012) e este reflete o grau de satisfação do pessoal com o ambiente interno da organização.

O clima está vinculado à motivação, à lealdade e à identificação com a organização, à colaboração entre as pessoas, ao interesse no trabalho, à facilidade das comunicações internas, aos relacionamentos entre as pessoas, aos sentimentos e emoções, à integração da equipe, ao comprometimento com a organização e

outras variáveis intervenientes que caracterizam o comportamento organizacional. O clima organizacional é causa e consequência do comportamento dos participantes da organização (LACOMBE,2012).

Se o clima organizacional é alto, as pessoas tendem a ser proativas, partilhar conhecimentos, confiar nos chefes, colegas e subordinados, procurar inovar, ter iniciativas e agir com forte sentimento de pertença. Se for muito baixo, tendem a fazer o mínimo indispensável para se manter no emprego, ou, às vezes, nem isso, agindo com descrença ou revolta, aumentando a rotatividade e o absentéismo, que são sintomas de clima organizacional ruim (LACOMBE,2012), o que nos leva a inferir como o clima organizacional interfere na qualidade da assistência prestada à criança, principalmente no que diz respeito à segurança.

Dessa forma, analisando o trabalho de enfermagem no contexto hospitalar, percebemos que os trabalhadores vivenciam, diariamente, conflitos relacionados à sobrecarga de trabalho, escalas ineficazes, falta de dimensionamento de pessoal, absentéismo, ausência de colaboração entre colegas, falhas de comunicação, além de inúmeros fatores estruturais que implicam em insatisfação e pouca motivação diante das mudanças necessárias, com repercussões para a segurança do paciente e para a qualidade da assistência prestada (OLIVEIRA *et al.*,2015).

Sobre esta relação entre clima organizacional e segurança do paciente, estudo recente objetivou descrever as características do ambiente de trabalho, as atitudes de segurança, a qualidade do cuidado mensuradas pela equipe de enfermagem das unidades pediátricas e analisar a evolução dos indicadores assistenciais e de desempenho hospitalar. Participaram 136 profissionais de enfermagem de um hospital pediátrico, e estes perceberam o ambiente como favorável à prática profissional, avaliaram como boa a qualidade do cuidado e os indicadores apontaram redução dos eventos adversos e da permanência hospitalar (ALVES; GUIRARDELLO, 2016).

Em recente estudo, afirmou-se que a pesquisa empírica sobre segurança do paciente e clima de segurança do paciente em serviços médicos ainda está muito atrás da literatura teórica sobre estes temas (ZAHEER *et al.*, 2015).

A literatura organizacional mais ampla sugere que a facilidade de relatar problemas, normas de abertura para a comunicação entre colegas de trabalho e liderança participativa podem ser variáveis importantes para melhorar a segurança

do paciente. O objetivo deste estudo foi examinar, em detalhe, como essas três variáveis influenciam a percepção do pessoal da assistência sobre o clima de segurança do paciente no âmbito das organizações de saúde. Os resultados do estudo mostraram que as variáveis citadas estão positivamente relacionadas às percepções do pessoal quanto ao clima de segurança do paciente (ZAHEER *et al.*, 2015).

Diante do exposto, questiona-se: A percepção do clima organizacional por parte da equipe de enfermagem tem repercutido na ocorrência de incidentes de segurança no cuidado à criança internada em hospital público de referência para a rede de atenção à saúde do Ceará?

A justificativa para realizar esta pesquisa reside na necessidade de obter dados relacionados à vivência profissional de trabalhadores de Enfermagem em hospital público e, com isso, subsidiar a qualidade do planejamento da gestão de ações, visando a segurança do paciente pediátrico.

Apesar do avanço de pesquisas científicas na segurança do paciente pediátrico, a maioria dessa produção científica enfatiza os erros ocorridos durante a assistência prestada, havendo uma lacuna de conhecimento sobre os fatores contribuintes para esses erros, principalmente os gerenciais.

Além disso, evidências científicas apontam que a gestão de cuidados de saúde deve envolver o pessoal da linha de frente durante as fases de desenvolvimento e implementação de uma cultura de segurança. Deve-se garantir que os trabalhadores sejam capazes de comunicar livremente preocupações de segurança, sem medo de serem punidos ou ridicularizados por outros (ZAHEER *et al.*, 2015).

A pesquisa de clima organizacional, quando bem realizada e incorporada em ações concretas, proporciona às pessoas um bom ambiente de trabalho, oportunidade de aumentar os resultados da organização, contribui com a melhoria do desempenho das pessoas e da organização e proporciona mudanças na atitude das pessoas em relação à organização que integram (COSTACURTA, 2010).

Esta pesquisa torna-se relevante por permitir melhor reflexão do enfermeiro assistencial sobre seu processo de trabalho e a repercussão de suas atitudes para a segurança do paciente, além de beneficiar as lideranças do serviço para instituírem melhores práticas de gestão de pessoas.

A Portaria Ministerial 529/2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar se o clima organizacional da equipe de enfermagem influencia o cuidado à criança hospitalizada quanto à ocorrência de incidentes de segurança do paciente.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil sócio-demográfico e laboral dos trabalhadores de enfermagem de unidades hospitalares de atendimento à criança e ao recém-nascido;
- b) mensurar os fatores que medeiam e moderam o Clima Organizacional nas unidades investigadas;
- c) averiguar os efeitos do clima organizacional nos resultados do atendimento e na segurança do paciente pediátrico, na concepção dos trabalhadores e em indicadores de qualidade assistencial;
- d) comparar as médias das variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos trabalhadores com as médias dos fatores clima organizacional da unidade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: HISTÓRICO, TAXONOMIA E EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Na atenção à saúde, a segurança é um princípio básico e um requisito para a qualidade do cuidado. A segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável, pois, considerando-se a complexidade de procedimentos e tratamentos, o potencial para o dano é real (WACHTER, 2013).

Bases históricas mostram que a segurança do paciente já era mencionada por Hipócrates, conhecido como pai da Medicina, há quatro séculos antes de Cristo. Considerado um pensamento à frente para sua época, mencionava o dever do profissional de não causar dano ao paciente. Mais tarde, em 1863, Florence Nightingale, a precursora da Enfermagem Moderna, diz em seu livro *Notes on Hospitals* (Notas para Hospitais) que deveria ser uma exigência dos hospitais não causar dano ao paciente (WACHTER, 2013).

Destaca-se que a relevância dada à segurança do paciente atualmente deve-se, em grande parte, à publicação do relatório “*To errishuman: building a saferhealth system*” (Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), pelo *Institute of Medicine* (Instituto de Medicina), no ano 2000, chamando a atenção dos profissionais de saúde, do público e das autoridades em todo o mundo. Este relatório apontou que, mundialmente, milhões de pessoas sofrem lesões e mortes decorrentes das práticas de saúde inseguras, estimando que um em cada dez pacientes seja vítima de erros durante sua hospitalização. Somente nos Estados Unidos, os erros durante o cuidado à saúde são considerados a oitava causa de mortalidade, sendo que 100 pessoas morrem diariamente por essas consequências, gerando um custo entre 17 e 29 bilhões de dólares por ano (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; WACHTER, 2013; WHO, 2009).

Segundo este relatório, a ocorrência dos erros faz parte da condição humana, sendo que qualquer indivíduo pode cometê-los. Ainda, apontam que estes erros ocorridos no processo de cuidado em saúde causam entre 44.000 e 98.000 mortes nos hospitais dos Estados Unidos anualmente, nos quais a taxa de mortalidade possui um maior índice do que os acidentes automobilísticos, câncer de

mama e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Estimam que somente os erros de medicação são responsáveis por 7.000 mortes ao ano (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Essa estatística gerou grandes preocupações em nível mundial, culminando na criação de estratégias para resolver os problemas e promover a segurança do paciente. Assim, organizações para segurança do paciente foram criadas em diversos países e aquelas já existentes ganharam apoio e fortaleceram suas estratégias. Assim, a OMS criou em 2003 a *International Alliance for Patient Safety* (Aliança Internacional para Segurança do Paciente) e logo depois, em 2004, a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente). O propósito dessa iniciativa foi definir e identificar prioridades na área da segurança do paciente em diversas partes do mundo e contribuir para uma agenda mundial para a pesquisa no campo. O *WHO Patient Safety Program*, composto por diversos países, busca definir questões prioritárias para a pesquisa na área de segurança do paciente que sejam de alta relevância para países em todos os níveis de desenvolvimento. Dentre essas, destacam-se: cuidados de saúde às mães e aos recém-nascidos; cuidados de saúde aos idosos; EA relacionados a erros de medicação; frágil cultura de segurança voltada ao processo de responsabilização pelo erro; competências e habilidades inadequadas entre profissionais de saúde; infecções associadas ao cuidado de saúde (WHO, 2009)

Nesse sentido, a OMS designou a *Joint Commission* (JC) e a *Joint Commission International* (JCI) como o *WHO Collaborating Center for Patient Safety Solution* (Centro Colaborador da OMS para Soluções de Segurança do Paciente), no ano de 2005. Assim, lançaram o *International Patient Safety Goals* (Metas Internacionais para a Segurança do Paciente) com as seguintes estratégias: identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação efetiva; melhorar a segurança para medicamentos de risco; eliminar cirurgias em membros ou pacientes errados; reduzir o risco de adquirir infecções; e reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2006).

O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) (Instituto para a Melhoria de Cuidado à Saúde), uma organização norte-americana, cuja fundação ocorreu quase uma década antes da publicação do relatório *Errar é Humano*, já contribuía em nível internacional com ações para diminuir os erros e melhorar a segurança do paciente. Em 2004, esta instituição se destacou por criar a *100.000 Lives Campaign*

(Campanha das 100 mil vidas), com objetivo de diminuir 100 mil mortes desnecessárias num período de 18 meses e mais tarde a *Protecting 5 million lives from harm* (Campanha das Cinco Milhões de Vidas) (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2011).

Ainda, no âmbito dos Estados Unidos da América, foi estabelecida a *Agency for Healthcare Research and Quality* (ARHQ) (Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado) no ano 2000, que apresenta como missão melhorar a qualidade, segurança, eficiência e efetividade do cuidado à saúde para os americanos e tem por principal papel, reduzir os erros do processo de cuidado e melhoria da segurança do paciente (AGENCY FOR HEALTHCARE AND QUALITY, 2004).

Na Austrália, destaca-se o *Australian Council for Safety and Quality in Health Care* (Conselho Australiano para a Segurança e a Qualidade do Cuidado) criado em 2000, e a *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (Comissão Australiana para Segurança e Qualidade no Cuidado) em 2006, com objetivos de melhorar a segurança nas instituições de saúde (WILSON *et al.*, 2011).

No Reino Unido, foi estabelecida a *National Patient Safety Agency* (NPSA) (Agência Nacional para a Segurança do Paciente) em 2001, com fins de identificação de problemas e propostas de soluções para melhoria da segurança e redução de danos. Uma de suas campanhas é denominada *Patient Safety First* (Primeiro a Segurança do Paciente), a fim de mudar a cultura de segurança do paciente no sistema de saúde, considerando a segurança como maior prioridade (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2009). Destaca-se também o guia *Seven Steps for Patient Safety* (Sete Passos para Segurança do Paciente) que fornece subsídios para as equipes de saúde planejarem e avaliarem suas ações em segurança do paciente (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2009).

No âmbito brasileiro, pode-se citar a iniciativa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com o Projeto Hospitais Sentinela, que desde 2002 propõe a notificação de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos para a saúde, medicamentos, sangue e hemoderivados. Esta rede conta com 192 hospitais que cumprem os requisitos de excelência nos relatos de problemas para a ANVISA (BRASIL, 2013).

Partindo da experiência com a Rede Sentinela, o Ministério da Saúde (MS) e a ANVISA deram um passo importante para a segurança dos pacientes e

profissionais, ao instituir a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, a qual lança o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013).

O objetivo do PNSP é melhorar a segurança do paciente, prevenindo e reduzindo a incidência de eventos adversos. Este programa tem como principais ações a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde, sendo que estes tem a obrigatoriedade de notificar eventos adversos mensalmente, por meio da Ficha de Notificação de Eventos Adversos, que está disponível no site da ANVISA. Além disso, o Programa prevê a criação do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), composto por governantes, sociedade civil, entidades de classe e universidades. O MS também lançará Protocolos de Prevenção de Eventos Adversos Associados à Assistência à Saúde e ainda, proporcionará a capacitação de trabalhadores da saúde (BRASIL, 2013).

A ANVISA, logo em seguida, publicou a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a promoção da segurança do paciente e para melhoria da qualidade nos serviços de saúde, sejam eles públicos ou particulares. Para tanto determinou a criação de um Núcleo de Segurança do Paciente em cada instituição, instância responsável em elaborar o Plano de Segurança do Paciente, executar atividades afins, monitorar incidentes e eventos adversos e notificá-los à ANVISA (BRASIL, 2013). Antes, o que era responsabilidade apenas dos hospitais sentinelas, passa a ser de responsabilidade de cada unidade de saúde.

Outra iniciativa brasileira é o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALI), divulgando informações sobre qualidade e a segurança do paciente (BRASIL, 2009).

Na área da Enfermagem, foi criada em 2005, a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, em Concepción, Chile, tendo como objetivo elencar prioridades da segurança do paciente na área da enfermagem e discuti-las entre os países (CASSIANI, 2010).

A partir daí, o Ministério da Saúde estabeleceu seis prioridades na Segurança do Paciente, resultando na construção de seis protocolos básicos, que são: Prevenção de quedas; identificação do paciente; cirurgia segura; higiene das mãos em serviços de saúde; prevenção de úlcera de pressão e Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (BRASIL, 2013).

A segurança do paciente tornou-se um movimento mundial, exigindo o estabelecimento de uma linguagem comum, acordada internacionalmente, e que contribua para o processo de comunicação efetiva em saúde. Com o intuito de padronizar as terminologias, foi realizado um grande estudo, publicado em 2009, denominado *International Classification for Patient Safety*. Entre os 48 conceitos-chave e termos principais, destacam-se os listados a seguir, traduzidos pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (HARADA, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009):

- a) **Paciente:** pessoa que recebe cuidado de saúde, sendo este definido como “serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorar ou restaurar a saúde. Os pacientes são referidos como pacientes, preferencialmente a consumidores ou clientes;
- b) **Segurança do paciente:** redução do risco de danos desnecessários, associados ao cuidado em saúde, ao mínimo aceitável;
- c) **Incidente de segurança do paciente:** evento ou circunstância que possa ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente;
- d) **Incidente sem dano:** incidente que atingiu o paciente, mas não gerou dano;
- e) **Incidente com dano ou evento adverso:** incidente que resultou em dano ao paciente;
- f) **Dano associado ao cuidado à saúde:** dano advindo ou associado a planos ou ações tomadas durante o cuidado à saúde não decorrentes da doença ou lesão;
- g) **Dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério resultante de dano; inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade e morte;
- h) **Erro:** falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Pode ocorrer por fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução;
- i) **Near miss:** incidente que não atingiu o paciente.

Os eventos adversos apresentam-se como uma falha no planejamento e/ou na execução de uma ação que tem objetivos e resultados esperados. Ressalta-se que nem todos os erros vão culminar em injúrias, mas quando isso acontece recebem a denominação de eventos adversos. Os erros podem acontecer em todas as etapas do processo de cuidado, desde a investigação, o diagnóstico e o tratamento até as orientações para a prevenção (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Verifica-se na literatura, uma multiplicidade de abordagens à temática da segurança do paciente, as quais apresentam em comum questões estreitamente relacionadas às políticas de qualidade em saúde. Nesse contexto, a qualidade em saúde é definida como o grau em que os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis, e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis, de acordo com o conhecimento científico corrente (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Apesar de discussões recentes, que separam a segurança do paciente da qualidade em saúde, há uma tendência predominante em considerar a primeira como uma dimensão da qualidade em saúde. A qualidade em saúde é definida pelo Institute of Medicine (IOM), como o aumento da probabilidade de desfechos desejados conforme o conhecimento científico vigente (ANVISA,2013).

Os resultados desfavoráveis são os eventos adversos. Embora os EA possam ocorrer em quaisquer contextos e modalidades assistenciais nos quais se prestam cuidados de saúde, dados da literatura estimam que 10% dos pacientes internados em hospitais sofram EA evitáveis (WHO,2008). Além dos danos e prejuízos causados aos pacientes e suas famílias, os EA constituem um encargo financeiro considerável para os sistemas de saúde (PORTO *et al.*,2010). Em 1999, estimava-se o total de custos anuais com EA evitáveis nos EUA entre U\$ 17 bilhões e U\$ 29 bilhões (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). No continente europeu, estudos realizados sobre a atenção hospitalar revelaram que um em cada dez pacientes internados são vítimas de EA em decorrência dos cuidados de saúde recebidos e 50 a 60% desses eventos são classificados como evitáveis (GALLOTTI, 2004).

Vários estudos têm apresentado a incidência de eventos adversos nas práticas do cuidado em saúde no âmbito internacional, contudo as especificidades dos estudos dificultam muitas comparações ou replicações em múltiplos contextos,

mas todas apresentam conclusões similares relacionadas à prevenção dos eventos adversos (MENDES *et al.*, 2009).

Existiam poucos estudos sobre segurança e qualidade dos serviços até 1991, quando foi publicado o resultado do *Harvard Medical Practice Study* (HMPS) com o objetivo de desenvolver estimativas mais confiáveis de incidência de eventos adversos utilizando uma amostra randomizada de 310 hospitais em Nova York. Através da revisão de 30.121 prontuários de prontuário identificou-se que eventos adversos são componentes comuns no cuidado hospitalar (3,7%). O *Harvard Medical Practice Study* II (HMPS II) revelou que a maior parte dos eventos adversos (19%) estava relacionada a medicamentos (LEAPE *et al.*, 1991). Estes estudos foram extremamente importantes na discussão da política sobre segurança do paciente.

Em um estudo de revisão sistemática sobre a incidência e a natureza dos eventos adversos (EA), Vries *et al.* (2008) estimaram uma incidência mediana de EA de 9,2% em pacientes internados em hospitais, e destes, o percentual mediano estimado de EA classificados como evitáveis foi 43,5%. Quanto à natureza dos EA, os de maior incidência foram os relacionados à cirurgia, seguidos dos relativos aos medicamentos, diagnóstico, terapêutica, procedimentos clínicos e queda.

Embora os esforços para melhorar a segurança do paciente tenham proliferado durante a última década, o progresso em direção à melhoria tem sido lento. Relatórios da AHRQ apontam que ainda um em cada sete pacientes experimenta um ou mais eventos adversos, e milhares desenvolvem infecções sanguíneas relacionadas a cateteres centrais (CLANCY, 2009).

Cano e Rozenfeld (2009), em uma revisão sistemática, analisaram a ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos em estudos realizados entre 2000 e 2009 na América do Norte, Europa, África do Sul, América e Ásia, sendo que a frequência de pacientes com evento adverso foi entre 2% e 41% dos pacientes internados e as taxas entre 2 a 52 eventos a cada 100 internações, das quais uma parte considerável desses eventos poderia ter sido evitada. As pesquisas realizadas no Brasil representaram 7% do total daquelas realizadas no período do estudo, apontando dois casos de eventos adversos a cada mil hospitalizações.

Na Austrália, pesquisa em hospitais públicos estimou que cada noite adicional no hospital aumenta o risco em 0,5% para reações adversas a medicamentos, 1,6% para infecções, e 0,5% para úlceras (DESAI *et al.*,2013).

Uma revisão de atestados de óbito, no período de 1983 a 1993, nos EUA mostrou que 7391 pessoas morreram por erro de medicação. Esse resultado revelou uma tendência de crescimento ao longo dos anos, indicando seu potencial para ser um dos maiores contribuintes para morbimortalidade dos eventos adversos evitáveis. Estima-se que um paciente internado no hospital sofre pelo menos um erro de medicação por dia (NATIONAL RESEARCH COUNCIL,2007).

Existem poucos dados sobre a frequência de eventos adversos em países em desenvolvimento e em fase de transição. Um estudo transversal estimou a prevalência pontual de eventos em 58 hospitais localizados na Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru (ARANAZ-ANDRÉS *et al.*,2011). O estudo observou um total de 11.379 pacientes internados e estimou uma prevalência pontual de eventos adversos de 10,5%. Dos eventos adversos identificados, 28% causaram incapacidade aos pacientes, 6% foram associados à morte do paciente e 60% foram classificados como evitáveis.

No Brasil, os estudos envolvendo os erros de medicação são os de maior destaque na Enfermagem, que está assumindo o papel de precursora nas discussões sobre os eventos adversos envolvendo medicação. Assim, abordam várias etapas desse processo e incluem nos resultados outros atores envolvidos como o farmacêutico, o médico, o técnico de farmácia entre outros (CASSIANI,2005;MIASSO,2006).

Em nosso país, a avaliação da incidência de eventos adversos em hospitais foi realizada por Mendes *et al.*(2009). A incidência desses eventos foi estimada em 7,6%. Os autores observaram que, do total de eventos adversos, 67% foram classificados como evitáveis; os eventos mais frequentes foram relacionados à cirurgia, seguido por aqueles associados a procedimentos clínicos. Segundo este estudo, o fato da estimativa da proporção de eventos adversos evitáveis no Brasil ser mais elevada, pode sugerir que o problema seja mais frequente em países em fase de desenvolvimento ou transição, quando comparado a países desenvolvidos.

Estudo realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva mostrou uma média mensal de 55 erros, sendo os mais frequentes, os erros relacionados à administração de medicamentos (51%); anotações de enfermagem (24%); artefatos

terapêuticos e diagnósticos (15%) e procedimentos não realizados (10%) (BECCARIA *et al.*, 2009). Já outro estudo realizado em uma unidade de clínica médica de Hospital Universitário Público brasileiro analisou a causa raiz dos erros de medicação e verificou que, dos 74 erros com medicamentos, 24% foram relacionados à dose, 23% relacionados ao horário, e 13% foram relacionados ao uso de medicamentos não autorizados (HARADA, 2012).

Ainda no Brasil, um estudo realizado em três hospitais de ensino, utilizando a mesma metodologia do *Canadian Adverse Event Study* (CAES), numa amostra de 1103 pacientes, encontrou uma incidência de eventos adversos de 8,6%, incluindo internações para o parto, e 7,6% excluindo-se essas internações; 66,7% eram evitáveis. Apenas 5,6% dos eventos adversos foram atribuídos a erros de medicamentos, valor bem menor quando comparado a países desenvolvidos. Contudo, esse número pode estar subestimado, na medida em que a qualidade dos prontuários no Brasil é deficiente (MENDES *et al.*, 2009).

Outro estudo realizado em um hospital do Rio de Janeiro, utilizando um conjunto de rastreadores específicos (baseado no *Institute of Healthcare Improvement*) encontrou 16% de eventos adversos relacionados a medicamentos, aproximando-se um pouco mais dos demais estudos (ROZENFELD, 2009). Roque e Melo (2012) desenvolveram pesquisa semelhante, em um hospital particular especializado em cardiologia, confirmando 14,3% de eventos adversos relacionados a medicamentos, destes, 31,2% necessitaram de intervenção para o suporte da vida.

Contudo, ainda existe o problema da subnotificação de eventos adversos, tendo como principais motivos a sobrecarga de trabalho, o esquecimento, a não valorização da notificação de eventos adversos e o medo e a vergonha da notificação (CLARO *et al.*, 2011). Dessa forma, a subnotificação pode ocultar dados reais dos eventos adversos, mascarando a realidade da dimensão do problema.

O impacto econômico dos eventos adversos em nosso país pode ser observado em estudo realizado em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro, apontando que o valor médio pago (R\$ 3.195,42) pelo atendimento aos pacientes com eventos adversos foi 5% superior ao valor pago aos pacientes sem eventos adversos. O tempo de permanência teve 28 dias a mais em consequência dos eventos adversos. Os gastos com eventos adversos, no total de internações,

geraram R\$ 1.212.363,30, que representou 3% do reembolso total (PORTO *et al.*, 2010).

Diante das evidências, as instituições de saúde começaram a perceber que além das consequências físicas ao paciente, por vezes irreversíveis, os eventos adversos representam prejuízo tanto no aumento do tempo de internação e mortalidade, bem como, prejuízos de cunho moral, financeiro e organizacional (HARADA *et al.*, 2009). Nesse âmbito, a ausência de segurança resulta em perda de confiança nos serviços e na relação paciente-profissional; custos econômicos e sociais extras; e possibilidade diminuída de alcançar os resultados esperados (SILVA,2012).

Portanto, é imprescindível que as instituições de saúde compreendam que esses erros são passíveis de ocorrer com frequência, gerando, como consequência, milhares de mortes, causando lesões físicas, psicológicas, sociais e morais (PEDREIRA; HARADA, 2006).

3.2 SEGURANÇA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

A hospitalização é um evento que traz representações para o desenvolvimento da criança, a qual está numa situação plena de experimentação e conhecimento, frente ao mundo que se apresenta. O crescimento e o desenvolvimento da criança preveem que ela tenha plenitude em todas as etapas da vida e saúde, conjuntamente. Entretanto, essa condição não é comum a todas as crianças.

Quando necessária, a hospitalização é um dos primeiros eventos que a criança enfrenta, principalmente porque nos meses iniciais de vida ela está mais vulnerável às doenças. A mudança na rotina familiar e de saúde pode ser um fator de estresse para a criança, pois ela inclui a separação, a perda de controle, as lesões corporais e a dor. As reações das crianças a essas crises têm influência do seu estágio de desenvolvimento, das suas experiências pregressas com a doença, da separação ou hospitalização, e das habilidades de enfrentamento inatos ou adquiridos (ALGREN,2006).

Uma pesquisa descritiva e transversal, realizada em três unidades pediátricas de um hospital universitário na cidade de São Paulo, analisou os registros do processo de trabalho da enfermagem quanto ao planejamento e à

execução das prescrições médicas, e identificou 1717 (21,1%) erros no registro de doses de formas prescritas. Neste estudo, foram analisados 68 prontuários de crianças internadas e 608 prescrições médicas. Identificaram 168 diferentes tipos de medicamentos e soluções, os quais representam 8152 doses prescritas. O evento adverso mais presente nesse contexto foi a omissão da dose, com 75,7% do total de falhas identificadas (MELO; PEDREIRA,2005).

Estudo realizado em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos para atendimento de pacientes oncológicos registrou 71 notificações de 110 erros de medicação, representando uma ocorrência de 227 erros por 1000 pacientes/dia (BELELA;PETERLINI; PEDREIRA,2010).

Dados da literatura evidenciam a incidência de erros de medicação em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) variando entre 22 e 59 erros por mil doses, sendo que 2,5% das crianças admitidas nessas unidades sofrem eventos adversos ao medicamento (SILVA,2010).

Ainda sobre erros de medicação, ao analisarem 68 prontuários de pacientes internados em três unidades de internação pediátrica, incluindo uma UCIP, de um hospital universitário do município de São Paulo, os pesquisadores observaram 1.717 erros de registro, compondo 21,1% das 8.152 doses de medicamentos ou soluções prescritas. Destacaram-se os erros de omissão, definidos como a não comprovação da realização da medicação por meio da checagem da prescrição do médico pela equipe de enfermagem, que corresponderam a 75,7% das falhas. (ROZENFELD; RANGEL,1988).

Nesse contexto, ressalta-se que a população pediátrica possui risco de danos três vezes maior do que os adultos na mesma situação (KASHUALet al.,2001). Quando se trata de hospitalização infantil, muitos fatores estão envolvidos para sua segurança, devido a suas especificidades quanto ao seu estágio de desenvolvimento, peso, idade, área corporal e condições clínicas. O zelo no cuidado com o paciente pediátrico exige dominar os erros e analisar quais fatores levaram a eles, a fim de implementar medidas de melhorarias que visem diminuí-los (YAMAMOTO, PETERLINI, BOHOMOL,2011).

Considerando a identificação do paciente no contexto pediátrico, esse tema torna-se mais preocupante devido às características físicas e morfológicas específicas desses pacientes, os quais apresentam sistemas orgânicos em desenvolvimento que podem aumentar as chances de sofrerem algum dano, especialmente relacionados à

medicação (PORTO *et al.*, 2011). Destaca-se, ainda, a inabilidade de comunicação dessa população, fato que se constitui em facilitador à sua identificação inadequada e a torna incapaz de chamar a atenção para possíveis riscos.

Por esses motivos, a OMS preconiza algumas estratégias para promover a segurança na identificação do paciente pediátrico, tais como: enfatizar a responsabilidade dos profissionais na confirmação da identidade do paciente antes dos cuidados e utilizar três identificadores em pediatria: nome completo, data de nascimento e nome da mãe. Deve ser adotado o uso de pulseira de identificação, prontuário com informações legíveis e corretas, etiquetas e participação ativa do paciente e familiar durante a confirmação da sua identidade (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A Academia Americana de Pediatria (AAP) (2001) recomenda alguns princípios para a segurança do paciente, por meio do desenvolvimento de padrões e expectativas:

- a) As medidas de segurança do paciente precisam ser desenvolvidas através de ações coordenadas que tenham como alvo as organizações, os profissionais e os usuários;
- b) Os serviços de saúde devem particularizar os cuidados à criança visando a sua segurança. Para isso, é importante prevenir erros associados a alterações no peso, maturação fisiológica, nível de dependência, patologias raras, generalizações indevidas, entre outras;
- c) Usar as tecnologias da informação para minimizar os erros de medicação;
- d) Aproximar todos aqueles envolvidos no cuidado à saúde da criança para trabalhar em conjunto (desenvolver padrões para os rótulos e tipos de medicamentos com identificação rápida, solicitar auxílio farmacêutico, modificar fatores de risco quanto aos medicamentos, estabelecer vigilância após a comercialização de medicamentos, etc.).

O enfermeiro tem papel fundamental na implantação de medidas direcionadas à segurança da criança hospitalizada. A supervisão direta do enfermeiro junto à equipe de saúde deve mediar a tomada de decisão, fundamentada no conhecimento científico e amparada na legislação, para minimizar

as repercussões dos eventos adversos na vida e na saúde dos pacientes. Outro aspecto refere-se a promover a participação das famílias, cuidados da criança hospitalizada para identificar e prevenir as ocorrências adversas (SCHATKOSKI et al., 2009).

A proteção integral e a segurança da criança e da família, durante a hospitalização, podem ser garantidas mediante o conhecimento dos eventos adversos e o estabelecimento de mecanismos de proteção nos cenários de cuidado em saúde (WEGNER; SILVA,2009).

3.3 O CLIMA ORGANIZACIONAL, SEUS FATORES E A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR

A OMS afirma que a segurança do paciente pode ser alcançada por meio de três propostas complementares: evitar a ocorrência dos eventos adversos; torná-los visíveis e minimizar seus efeitos. Portanto, devem-se desenvolver habilidades para aprender com os erros, através do relatório de notificação, investigação dos acidentes e compartilhamento responsável das informações; capacidade em prever a ocorrência de erros, identificando fragilidades organizacionais que contribuam para ocasionar eventos adversos; identificar recursos organizacionais internos e externos e aperfeiçoar o sistema de distribuição de medicamentos. Apesar de a OMS estar trabalhando na sensibilização e avaliação do problema, ainda é preciso conhecer melhor o tema, obtendo evidências científicas e conhecimentos coletivos sobre segurança do paciente e também, divulgar e apoiar esse tema nos serviços de saúde (WHO, 2009).

Embora o senso comum aborde a ocorrência de erro como atrelada única e exclusivamente à competência profissional, os estudos mostram que as relações organizacionais têm um profundo efeito para a segurança do paciente (SORRA;NIEVA, 2004).

Estudos discutem que, para melhorar o ambiente laboral nas instituições da saúde, torna-se fundamental compreender fatores organizacionais que compõem o local de trabalho (SILVA,2012). Além disso, pesquisadores afirmam melhores resultados nos indicadores de segurança, tanto para o paciente quanto para o trabalhador, o que permite o aprimoramento da qualidade do serviço em saúde (STONE; DU; GERSHON,2007).

Desse modo, melhorar o ambiente organizacional contribui para melhorar indicadores de saúde no trabalho e, para isto, as intervenções devem ser baseadas em ações de trabalho em equipe e na colaboração entre profissionais (STONE; DU; GERSHON,2007).

Há influências organizacionais, formadas por decisões da alta administração, que têm impacto sobre a segurança de todo o sistema. Condições de trabalho como supervisão, comunicação, equipamentos, conhecimento e habilidade são fatores relevantes para a segurança do sistema e são afetados pelos processos organizacionais e decisões gerenciais anteriormente esquematizados. Além disso, somam-se as características pessoais dos profissionais de saúde e o próprio paciente, que também é determinante da variabilidade da prática clínica, como, por exemplo, limitações de linguagem e personalidade na comunicação com a equipe (SANTIAGO, TURRINI,2015).

Investir na redução do erro implica em uma avaliação mais ampla do fenômeno, observando características do trabalho em grupo, do modelo de gestão e da cultura da organização. Portanto, discutir o clima organizacional, os aspectos relacionados à comunicação e ao trabalho em grupo dentro das instituições da saúde se faz necessário. Assim, ao contrário do que se poderia pensar, o principal pilar da segurança do paciente não reside apenas na capacitação do profissional ou na qualidade da infraestrutura da instituição, mas sim na cultura da organização onde este profissional atua (VINCENT, 2009). Neste sentido, Leape *et al.* (1991), baseado na psicologia do erro e do desempenho humano, afirmou que as limitações e falibilidades humanas dependem mais das condições de trabalho do que de treinamento.

Um dos conceitos estudados dentro da psicologia organizacional e do comportamento organizacional é o de clima organizacional. O construto clima organizacional está relacionado com as percepções que os membros da instituição compartilham sobre diversos fatores da organização. Menezes e Gomes (2010, p. 158) definem o clima organizacional como “um conjunto de percepções compartilhadas por trabalhadores sobre diferentes aspectos do ambiente organizacional”.

Clima organizacional pode ser definido como um agrupamento de percepções compartilhadas pelos indivíduos sobre o ambiente organizacional onde estão inseridos (MENEZES; GOMES, 2010). O clima organizacional também pode

ser definido como os significados que as pessoas atribuem às experiências que têm no trabalho (SCHENEIDER; EHRART; MACEY,2013), refletindo a qualidade do ambiente de trabalho percebida pelas pessoas da organização (LACOMBE,2012).

Clima organizacional é um conceito importante para a compreensão do modo como o contexto do trabalho afeta o comportamento e as atitudes das pessoas neste ambiente, sua qualidade de vida e o desempenho das organizações. Portanto, refere-se às influências do ambiente interno de trabalho sobre o comportamento humano (MARTINS, 2008).

O clima organizacional pode ser definido como a qualidade do ambiente interno de uma organização e resulta do comportamento e da conduta dos seus membros. Ele serve como base para interpretação de situações, possibilitando a elaboração de intervenções, a fim de alcançar um ambiente favorável para a realização das atividades laborais (RUEDA,2011). Decorre, ainda, do peso dos efeitos de sistemas culturais, valores, políticas, tradições, estilos de lideranças, comportamentos e de como cada colaborador internaliza e reage a esses elementos, segundo o mesmo autor.

Tal conceito é considerado uma variável de natureza cognitiva, consistindo em percepções compartilhadas dos membros de uma organização que possuem valor estratégico, pois alimentam a formação de juízos e opiniões acerca da realidade do trabalho. Tais juízos determinam as ações, reações e decisões das pessoas e podem provocar impactos importantes nas organizações (MARTINS, 2008).

Vários instrumentos vêm sendo desenvolvidos para avaliar o clima organizacional para diferentes tipos de organização; no entanto, poucos ainda são os instrumentos desenvolvidos com base em um aprofundamento teórico sobre os elementos que constituem o clima organizacional, e mais raros ainda são os estudos que buscam verificar se tais instrumentos apresentam validade relacionada ao construto (MENEZES *et al.*, 2009).

Investigar o clima organizacional carece de uma criteriosa análise das características organizacionais mais relevantes a serem avaliadas pelos sujeitos. Logo, a dimensionalidade do construto pode exibir uma estrutura conceitual mais ou menos ampla, a depender do modo como se configura o contexto da organização e, conseqüentemente, como esse contexto é percebido pelos membros que dela fazem parte (MENEZES *et al.*, 2009).

Para Chiavenato(2014), o clima organizacional é favorável quando proporciona satisfação das necessidades pessoais dos participantes, produzindo elevação do moral interno. É desfavorável quando proporciona frustração daquelas necessidades. Dessa forma, fica evidente que o clima organizacional influencia tanto a motivação, com o desempenho e a satisfação no trabalho, pois é através do clima dentro da empresa que se poderão criar as condições para que as pessoas possam sentir-se familiarizados e com vontade de permanecer por mais tempo no local, com perspectiva de carreira.

O clima organizacional também pode ser neutro, tornando os colaboradores apáticos, ou ainda, negativo e desfavorável, o que significa dizer que é aquele quando os colaboradores tendem a não permanecerem muito tempo na organização ou se ausentar frequentemente, aumentando os índices de absenteísmo e de desempenho institucional.

Chiavenato(2014) propõe como principais elementos para avaliar o clima organizacional, os seguintes: processos de liderança, forças motivacionais, comunicação, processo de interação/ influencia tomada de decisões, formulação de objetivos e controles.

O clima tem relação com o ambiente interno existente entre os membros da organização e pode determinar o grau de motivação destes, afetando significativamente o modo como os colaboradores atendem ao público e prestam seus serviços (ABREU *et al.*, 2013).

No Brasil, alguns autores já se debruçaram, construíram e validaram instrumentos para avaliação do clima organizacional em diferentes áreas: Leitão, Guimarães e Rosal (1998) desenvolveram um modelo de avaliação de clima organizacional para instituições de pesquisa e desenvolvimento. Martins *et al.*(2004) construíram e validaram uma Escala de Clima Organizacional (ECO). Em 2004, Laros e Puente-Palácios (2004) investigaram a estrutura fatorial de uma escala de clima organizacional de acordo com um modelo já modificado de Leitão, Guimarães e Rosal (1998). Procopiuck *et al.*(2009) também realizaram a validação de uma escala de clima organizacional.

Menezes *et al.* (2009) desenvolveram e validaram a escala de clima organizacional para organizações de saúde, composta de 64 itens, dispostos em sete fatores, instrumento esse utilizado neste estudo. Investigar o clima organizacional carece de uma criteriosa análise das características organizacionais

mais relevantes a serem avaliadas pelos sujeitos. Logo, a dimensionalidade do construto pode exibir uma estrutura conceitual mais ou menos ampla, a depender do modo como se configura o contexto da organização e, conseqüentemente, como esse contexto é percebido pelos membros que dela fazem parte (MENEZES *et al.*, 2009).

O clima organizacional em organizações de saúde influencia os resultados dos pacientes, mas o seu efeito sobre a prestação de cuidados de enfermagem permanece mal compreendido. Em estudo de métodos mistos, os questionários respondidos por enfermeiros (n=292) foram combinados com um estudo de caso qualitativo com 15 enfermeiros de cuidados diretos, pessoal técnico e gerentes. O clima organizacional explicou 11% da variação na frequência das práticas de cuidado referidas pelos enfermeiros. Os dados qualitativos sugeriram que as práticas assistenciais foram afetadas pela interação das dimensões do clima organizacional com as características dos pacientes e enfermeiros. A intensidade da carga de trabalho e a ambigüidade de funções levaram as enfermeiras a deixarem muitas práticas assistenciais para o pessoal técnico e auxiliar. Assim, os autores sugeriram que intervenções sistêmicas são necessárias para melhorar o clima organizacional e apoiar o envolvimento das enfermeiras em uma ampla gama de práticas de cuidado (ROCH; DUBOIS; CLARKE, 2014).

Interesse crescente tem sido focado na compreensão do papel desempenhado pelas condições de trabalho em relação aos graves problemas enfrentados hoje pelos hospitais, incluindo a qualidade do atendimento aos pacientes, a escassez de enfermeiros e os desafios financeiros. Uma condição de trabalho específica que tem sido objeto de pesquisas recentes é o impacto do clima organizacional sobre o bem-estar dos enfermeiros, incluindo os resultados de saúde ocupacional. Autores avaliaram a associação entre clima organizacional e resultados de saúde ocupacional entre enfermeiros de cuidados agudos por meio de uma revisão sistemática. Foram analisados estudos que avaliaram a associação entre variáveis do clima organizacional e três resultados comuns de saúde em enfermeiros (exposição a sangue/fluidos corporais, distúrbios musculoesqueléticos e *burnout*). Todos os estudos (n=14) observaram associações significativas entre aspectos negativos específicos do clima organizacional hospitalar e impactos adversos à saúde em enfermeiros (GHERSON *et al.*, 2007).

Recente estudo multicêntrico explorou a relação entre clima de segurança do paciente e os resultados do cuidado ao paciente. Utilizaram dados de 1630 enfermeiros que trabalhavam em 132 unidades cirúrgicas, clínicas e mistas de 35 hospitais suíços de cuidados agudos. Algumas variáveis organizacionais foram medidas com instrumentos já validados, como qualidade do ambiente de prática de enfermagem, racionamento de cuidados de enfermagem, pessoal de enfermagem e níveis de habilidades. Depois de controlar as principais variáveis organizacionais, encontrou-se que a diminuição de profissionais de enfermagem resultou em diminuição significativa nas probabilidades de satisfação do paciente (OR = 0,276, IC 95% = 0,113-0,675) e aumento significativo nas probabilidades de erros de medicação relatados pelas enfermeiras (OR = 2,513, IC 95% = 1,118-5,653), infecções da corrente sanguínea (OR = 3,011, IC 95% = 1,429-6,347) e pneumonia (OR = 2,672, IC 95% = 1,117-6,395) (AUSSERHOFER *et al.*, 2013).

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de esclarecer o impacto real do clima organizacional nos resultados da assistência ao paciente, principalmente no contexto da Pediatria, que já tem suas peculiaridades relacionadas ao aumento do risco de eventos adversos para seus pacientes.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de pesquisa de Métodos Mistos, por meio do desenvolvimento de projeto sequencial explanatório. Esta envolveu, na primeira fase do estudo, a coleta e análise de dados quantitativos para conhecer o clima organizacional da equipe de enfermagem.

Segundo Creswell e Clark (2013), os problemas de pesquisa adequados aos métodos mistos são aqueles em que uma fonte de dados pode ser insuficiente, os resultados precisam ser explicados, os achados exploratórios precisam ser generalizados, um segundo método é necessário para melhorar um método primário, uma postura teórica necessita ser empregada, e um objetivo geral da pesquisa pode ser mais bem tratado com fases ou projetos múltiplos. Os mesmos autores afirmam que a pesquisa:

[...] é uma abordagem de investigação onde o pesquisador coleta e analisa de modo persuasivo e rigoroso tanto os dados qualitativos quanto os quantitativos; mistura (ou integra ou vincula) as duas formas de dados concomitantemente, combinando-os (ou misturando-os) de modo sequencial, fazendo um construir o outro ou incorporando um no outro; dá prioridade a uma ou a ambas as formas de dados; usa esses procedimentos em um único estudo ou em múltiplas fases de um programa de estudo (CRESWELL; CLARK,2013,p.22).

A utilização de métodos mistos em pesquisa tem sido crescente em inúmeros campos do conhecimento. A conjugação de elementos qualitativos e quantitativos possibilita ampliar a obtenção de resultados em abordagens investigativas, proporcionando ganhos relevantes para pesquisas complexas. Minimizando possíveis dificuldades na conjugação de práticas investigativas quantitativas e qualitativas, tais pesquisas podem produzir resultados relevantes, assim como podem orientar caminhos promissores a serem explorados por pesquisadores (DAL-FARRA; LOPES, 2013).

Existem seis principais projetos de métodos mistos, que variam na interação, prioridade, momento certo do uso dos elementos quantitativos e qualitativos e mistura desses elementos (Quadro 1).

Quadro 1 – Características prototípicas dos principais tipos de projeto dos métodos mistos

Características Prototípicas	Projeto Convergente	Projeto Explanatório	Projeto Exploratório	Projeto Incorporado	Projeto Transformativo	Projeto Multifásico
Definição	Coleta de dados quantitativos e qualitativos, análises quantitativas e qualitativas separadas, e a fusão dos dois conjunto de dados	Métodos implementados sequencialmente, começando com a coleta e a análise de dados quantitativos na fase I, seguida por coleta e análise de dados qualitativos na fase II, que se constrói sobre a fase I	Métodos implementados sequencialmente, começando com a coleta e a análise de dados qualitativos na fase I, seguida por coleta e análise de dados quantitativos na fase II, que se constrói sobre a fase I	A coleta simultânea ou sequencial dos dados de apoio com a análise de dados de apoio antes, durante ou depois dos principais procedimentos de coleta de dados.	Estruturação da coleta e análise simultânea ou sequencial de conjuntos de dados quantitativos e qualitativos dentro de uma estrutura teórica que guia as decisões dos métodos.	Combinação de coleta concomitante ou sequencial de conjunto de dados quantitativos e qualitativos sobre múltiplas fases de um programa de estudo

Fonte: Creswell e Clark (2013,p.77)

O projeto de métodos mistos sequencial explanatório caracteriza-se pela necessidade de não somente obter dados quantitativos, mas explicar esses resultados com mais detalhes por meio das perspectivas e vozes dos participantes do estudo.

Creswell e Clark (2013) recomendam que um projeto de métodos mistos sequencial explanatório seja implementado em duas fases distintas e que, na primeira fase, sejam realizadas a coleta e análise dos dados quantitativos; em seguida, baseado nos resultados que necessitam de informações adicionais, seja realizado o planejamento da seleção da amostra e das questões que orientarão a coleta de dados da fase qualitativa. E, finalmente, que seja realizada a integração, interpretação e explanação dos resultados quantitativos e qualitativos.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na unidade de internação pediátrica e no setor de médio risco da unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital terciário no município de Fortaleza, considerado o maior da rede pública estadual de saúde do Ceará.

A unidade de internação pediátrica conta com 35 leitos de internação, atendendo pacientes de idade zero a 18 anos, com as especialidades médicas: clínica pediátrica, ortopedia, reumatologia, otorrinolaringologia, pneumologia e gastroenterologia. Já a unidade de médio risco da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) compõe-se de 16 leitos, recebendo os recém-nascidos que tem alta da UTIN.

O período da coleta de dados envolveu os meses de janeiro a outubro de 2017.

4.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

4.3.1 Fase I – Abordagem quantitativa

4.3.1.1 Amostra

A amostra foi formada por conveniência, com a participação de todos os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem da unidade de internação pediátrica e da unidade de médio risco da UTI Neonatal. Os critérios de inclusão

foram ocupar função assistencial e trabalhar na unidade há, pelo menos, 1 ano. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou afastados no período de coleta de dados.

Segundo dados da instituição, na unidade de internação pediátrica, atuam um total de 36 trabalhadores de enfermagem, sendo 11 enfermeiros e 25 técnicos. Já na unidade de médio risco, atuam 40 trabalhadores também, sendo 17 enfermeiros e 23 técnicos de enfermagem, totalizando 76 trabalhadores de enfermagem.

Portanto, todos foram convidados a participar do estudo, tendo sido distribuídos 70 questionários, pois 2 funcionárias estavam de licença médica, 4 recusaram-se a participar e, ao final, somente 49 devolveram o instrumento devidamente preenchido (70%).

4.3.1.2 Método de coleta dos dados

Na busca de responder aos objetivos específicos da presente pesquisa, foram aplicados os seguintes instrumentos da coleta de dados:

- a) **Questionário sociodemográfico** (Apêndice A), abrangendo as seguintes variáveis: sexo, estado civil, idade, categoria profissional, tempo de formação na Enfermagem, tempo de atividade no serviço, pós-graduação (enfermeiros), quantidade de empregos, carga horária semanal de trabalho, setor de atuação e tipo de vínculo empregatício;
- b) **Escala de Clima Organizacional para Organizações de Saúde-ECO** (Anexo A). Trata-se de escala multidimensional cujo objetivo é validar a percepção do trabalhador sobre vários fatores do clima organizacional. É composta por 64 itens para representar os sete fatores, a saber: Liderança (itens de 1 a 17); Desenvolvimento profissional (itens do 18 ao 28); Relacionamento e espírito de equipe (itens do 29 ao 37); Relação com a comunidade (itens do 38 ao 45); Segurança no trabalho (do item 46 a 52); Estratégia (do item 53 a 59); e Remuneração (itens do 60 ao 64) (MENEZES *et al.*, 2009).

Inicialmente, foi realizada a aplicação do questionário sóciodemográfico e profissional e da Escala de Clima organizacional. Este procedimento teve a duração média de cinco a quinze minutos por participante, no máximo.

Também foi dada a oportunidade aos profissionais de levarem os instrumentos para casa e devolverem com o prazo de uma semana, para que tivessem uma maior aproximação ao conteúdo abordado na escala e conseguissem responder com mais calma.

Como a escala de clima organizacional é composta por sete fatores, seus resultados devem ser apurados por fator. Assim, o resultado alcançado (ou média fatorial para cada um dos fatores) indica que o diagnóstico do clima organizacional foi baseado em sete aspectos (os fatores da escala).

Na análise, somaram-se os valores marcados pelos respondentes em cada item e cada fator e dividiu-se o total pelo número de itens. Depois, somaram-se as médias de cada respondente em cada fator e dividiu-se pelo número de respondentes e assim sucessivamente. Os resultados das médias fatoriais deveriam ser sempre um número entre 1 e 5, que é a amplitude da escala de respostas.

Cabe ressaltar que, segundo o Núcleo de Segurança do Paciente, não houve notificações de incidentes provenientes das unidades estudadas no ano de 2017, nem registro dos indicadores de segurança do paciente na unidade de internação pediátrica.

4.3.1.3 Método de análise de dados

Segundo Creswell e Clark (2013), os procedimentos de análise dos dados no projeto explanatório envolvem primeiro coletar dados quantitativos, analisá-los e usar os resultados para informar o acompanhamento da coleta de dados qualitativos. A análise dos dados ocorre em três fases: a análise dos dados quantitativos, análise dos dados qualitativos do acompanhamento e uma análise da questão dos métodos mistos de como os dados qualitativos ajudam a explicar os dados quantitativos.

Os dados colhidos com os questionários e a ECO foram tabulados e armazenados em planilha eletrônica do sistema Excel® 2010 e, posteriormente, analisados por meio do Software estatístico *IBM SPSS Statistics 23.0*.

Utilizou-se estatística descritiva com frequência simples e percentual para os dados categóricos, e média e desvio padrão para os dados quantitativos contínuos.

Para comparação das médias atribuídas pelas participantes em cada dimensão com os dados demográfico-ocupacionais dos trabalhadores, aplicou-se o teste de normalidade de distribuição *Kolmogorovsminorv*, verificando que as dimensões 1, 2, 6 e 7 apresentaram distribuição não normal, sendo, portanto, utilizados os testes não paramétricos U de *Mann Whitney* (para variáveis com duas categorias) e *Kruskal Wallis* (para variáveis com mais de duas categorias). Para os demais fatores e a escala total, foram aplicados os testes t de *Student* e ANOVA, de acordo com o número de médias comparadas.

Para cada teste realizado de associação entre variáveis, considerou-se como medidas descritivas a média e os valores de $p < 0,05$.

Os resultados foram apresentados em quadros e tabelas.

4.3.2 Fase II – Abordagem qualitativa

Com base nos dados quantitativos analisados, foi realizado o desenho qualitativo do estudo. O uso desta abordagem teve como finalidade compreender e aprofundar os achados quantitativos, assim como aprofundar os detalhes do clima organizacional da equipe de enfermagem e incidentes de segurança no cuidado à criança não captados pela abordagem quantitativa.

4.3.2.1 Participantes do estudo

Com o objetivo de proporcionar informações detalhadas sobre a temática explorada no estudo, os participantes foram escolhidos por amostragem intencional. Desse modo, foram convidados a responder a uma entrevista em profundidade aqueles que haviam participado da primeira etapa do estudo e que se disponibilizaram a relatar suas justificativas para a avaliação dos fatores da escala de clima organizacional como um todo, mas abordando principalmente os mais e menos afetados, bem como relatando sua percepção sobre a relação destes com episódios de (in) segurança na assistência.

4.3.2.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista em profundidade. O conteúdo desta entrevista, ou seja, a questão de partida, foi construída após a análise dos dados quantitativos. Desse modo, após elucidar os fatores mais afetados do clima organizacional da equipe em estudo, a pesquisadora buscou conhecer a percepção dos trabalhadores sobre as implicações do clima organizacional para a segurança do paciente pediátrico.

Esta entrevista foi gravada mediante autorização do participante. Para tanto, foi feito um agendamento prévio para definir o melhor horário possível para a coleta. Assim, o local e o horário da entrevista foram definidos pelos participantes, sendo todos realizados após a saída do plantão ou nos intervalos.

Para garantir o anonimato dos entrevistados, enfermeiros foram codificados com a letra E e técnicos de enfermagem com TE, seguidas de numeral arábico conforme a ordem em que foram abordados.

4.3.2.3 Análise de dados

Para análise das entrevistas em profundidade, após transcrição na íntegra, foi aplicada a Técnica da Análise de Conteúdo Categorical Temática proposta por Bardin (2010) definida como um conjunto de técnicas de análises das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Segundo Bardin (2010), neste tipo de análise, os vários elementos da comunicação, a partir de leituras que permitem identificar o sentido, são classificados, sendo colocadas em ordem as ideias que são expressas pelos entrevistados. É composta por três fases:

- a) Pré-análise: o pesquisador trabalha inicialmente esta fase, recortando o texto em unidades de registro que podem constituir palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos, indicados como relevantes;

- b) Exploração do material: o pesquisador realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema;
- c) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: o analista propõe inferências e realiza interpretações, interrelacionando-as.

Na fase de Pré-análise, foi realizada a transcrição dos áudios gravados durante as entrevistas. Na fase de Exploração do Material, foi realizada leitura exaustiva e minuciosa do material na tentativa de apreender as ideias centrais e relevantes para sua codificação e categorização.

A codificação compreende a escolha de unidades de registro, a seleção de regras de contagem e a escolha de categorias. Unidade de registro (UR) é a unidade de significação a codificar, a qual pode ser o tema, palavra ou frase. A frequência com que aparece uma UR denota-lhe importância. Já a unidade de contexto (UC) é o parágrafo, que serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro. É a parte mais ampla do conteúdo analisado e indispensável para decodificação do material a ser analisado (BARDIN, 2010).

A etapa seguinte consistiu na categorização. Categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns. Na atividade de agrupar elementos comuns, estabelecendo categorias, seguem-se duas etapas: inventário (isolam-se os elementos comuns) e classificação (repartem-se os elementos e impõem-se certa organização à mensagem).

Por fim, foi realizado o tratamento e interpretação dos dados. Nesse momento, ao se descobrir um tema nos dados, foi preciso comparar enunciados e ações entre si, para ver se existia um conceito que os unifique; quando se encontram temas diferentes, é necessário achar semelhanças que possa haver entre eles.

Durante a interpretação dos dados, foi preciso retornar aos marcos conceituais e teóricos, pertinentes à investigação, pois eles deram o embasamento e as perspectivas significativas para realizar inferências entre o material empírico coletado e a fundamentação teórica.

4.3.3 Fase III – Análise e interpretação dos dados quantitativos e qualitativos fundidos

Os procedimentos de análise dos dados no projeto explanatório envolvem, inicialmente, coletar dados quantitativos, analisar os dados e usar os resultados para informar o acompanhamento da coleta de dados qualitativos. A análise dos dados ocorre em três fases: a análise dos dados quantitativos iniciais, uma análise dos dados qualitativos do acompanhamento e uma análise da questão dos métodos mistos de como os dados qualitativos ajudam a explicar os dados quantitativos (CRESWELL; CLARK, 2013).

De acordo com Creswell e Clark (2013), o processo de análise dos dados quantitativos e qualitativos fundidos devem seguir sete estágios: 1. Redução dos dados – reduzir os dados coletados mediante análise estatística dos dados quantitativos ou da escrita de resumo dos dados qualitativos; 2. Mostra dos dados – redução dos dados quantitativos para, por exemplo, tabelas e os dados qualitativos para, por exemplo, gráficos e rubricas; 3. Transformação dos dados – transformação dos dados qualitativos em dados quantitativos ou vice-versa; 4. Correlação dos dados – correlacionar os dados quantitativos com dados qualitativos quantificados; 5. Consolidação dos dados – combinar os dois tipos de dados para criar novas variáveis ou variáveis consolidadas ou conjunto de dados; 6. Comparação dos dados – comparar os dados de diferentes fontes; 7. Integração dos dados – integrar todos os dados em um todo coerente.

As estratégias de análise dos dados fundidos devem ser conduzidas para responder as questões da pesquisa, usando estas técnicas analíticas para a fusão dos resultados quantitativos e qualitativos, analisando dessa forma se os resultados dos dois bancos de dados são convergentes ou divergentes, e se forem divergentes, deve-se buscar analisar mais ainda os dados para reconciliar os achados divergentes (CRESWELL; CLARK, 2013).

A análise final foi apresentada através da comparação dos dados quantitativos e qualitativos lado a lado em uma discussão e em quadro-síntese.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa faz parte do projeto guarda-chuva intitulado “*Análise dos fatores intervenientes no processo de trabalho de enfermagem no contexto hospitalar: enfoque nas medidas de comportamento organizacional e sua relação com a segurança do paciente*”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição (CAAE: 52900016.5.0000.5040), em fevereiro de 2016 (ANEXO B).

A participação na pesquisa foi iniciada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), elaborado em duas vias, assinado ao seu término pelo convidado a participar da pesquisa, assim como pelo pesquisador responsável. Em ambas as vias, constavam o contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 FASE QUANTITATIVA

5.1.1 Apresentação dos resultados

Na Tabela 1 encontram-se os dados sociodemográficos e ocupacionais das 49 trabalhadoras de enfermagem participantes do estudo.

Tabela 1 – Distribuição do número de participantes segundo variáveis sócio demográficas e ocupacionais. Fortaleza, Ceará, 2017 (n=49)

Variável	f	%	Média ± DP
Faixa etária (anos)			37,7 ± 11,9
19 – 30	18	36,7	
31 – 59	30	61,2	
≥ 60	1	2,0	
Estado civil			
Com companheiro	17	34,7	
Sem companheiro	32	65,3	
Categoria			
Enfermeiro	17	34,7	
Técnico	32	65,3	
Tempo de formação (anos)			10,9 ± 9,3
1 – 3	12	24,5	
4 – 9	18	36,7	
≥ 10	19	38,8	
Tempo de atividade (anos)			8,0 ± 8,9
1 – 3	21	42,9	
4 – 9	13	26,5	
≥ 10	15	30,6	
Número de empregos			
1	27	55,1	
2	22	44,9	
Carga horária semanal de trabalho			40,8 ± 18,1
≤ 30	16	32,7	
31 – 40	15	30,6	
≥ 40	18	36,7	
Tipo de Vínculo			
Cooperado	41	83,7	
Servidor público	8	16,3	
Setor			
Internação pediátrica	29	59,2	
Médio risco	20	40,8	

Fonte: Elaborada pela autora.

Verifica-se que a maior parte da amostra foi formada de mulheres solteiras, adultas jovens (média de 37 anos de idade), técnicas de enfermagem, com um tempo médio de formação e de atuação na unidade superior a quatro anos; pouco mais da metade com apenas um emprego, carga horária média de trabalho semanal exequível (40 horas), e cooperadas em sua maioria.

O Quadro 2 apresenta as médias das respostas da ECO por dimensão.

**Quadro 2 – Distribuição das médias e desvios padrão das dimensões da ECO.
Fortaleza, CE, 2017**

Dimensão	Média	Dp
1. Liderança	3,3	1,1
2. Desenvolvimento Profissional	3,3	1,2
3. Relacionamento e espírito de equipe	3,6	0,9
4. Relação com a comunidade	3,0	0,8
5. Segurança no trabalho	3,0	0,9
6. Estratégia	2,3	1,0
7. Remuneração	1,9	0,9
Escala total	2,9	0,7

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se um nível de satisfação mediano com as dimensões do clima organizacional entre as participantes do estudo, destacando-se a Estratégia e a Remuneração como as piores avaliadas, denotando os principais fatores que implicam num clima organizacional negativo nas unidades investigadas. Por outro lado, a dimensão Relacionamento e Espírito de equipe foi a melhor avaliada, seguida de Liderança e Desenvolvimento Profissional. Porém, estas três ainda podem indicar um clima organizacional regular.

No Quadro 3, podem-se observar os resultados relativos à aplicação da ECO com base nas médias e desvios padrão de suas assertivas.

Quadro 3 – Distribuição das médias e desvio padrão das assertivas da ECO.
Fortaleza, Ceará, 2017

(continua)

Assertivas	\bar{X}	Dp
1. Liderança		
1. Meu chefe trata de forma justa e adequada seus servidores.	3,0	1,4
2. Confio nas decisões tomadas pelo meu chefe.	3,6	1,3
3. Meu chefe tem capacidade de motivar a equipe.	3,5	1,3
4. Meu chefe aceita sugestões para melhoria do trabalho.	3,6	1,3
5. Meu chefe encara os erros não propositais como oportunidade de crescimento.	3,3	1,4
6. Meu chefe conhece bem os aspectos técnicos do seu trabalho.	4,2	1,1
7. Meu chefe me mantém informado sobre as metas da Unidade.	3,3	1,6
8. Recebo elogios do meu chefe pela qualidade do meu trabalho.	3,2	1,3
9. Meu chefe tem uma visão clara para onde estamos indo e como fazer para chegar lá.	3,6	1,4
10. Participo das decisões que atingem o meu trabalho.	3,2	1,5
11. A comunicação com meu chefe é fácil e aberta.	3,3	1,5
12. Sou informado sobre a contribuição do meu trabalho para os resultados da minha Unidade.	2,9	1,4
13. Existe igualdade de tratamento entre chefia e subordinados.	2,8	1,4
14. Sou avaliado de acordo com os resultados do meu trabalho.	3,5	1,3
15. Sou informado pelo meu chefe sobre os assuntos relativos à Unidade na qual trabalho	3,4	1,4
16. A chefia envolve as pessoas em decisões que afetam os diferentes aspectos do trabalho (ambiente de trabalho, segurança, remuneração, estratégias, etc).	3,1	1,4
17. Considero que os servidores se sentem livres para expressar abertamente suas opiniões.	2,8	1,3
2. Desenvolvimento Profissional		
18. O que tenho aprendido nos treinamentos oferecidos na Unidade melhora minhas condições de trabalho.	3,6	1,6
19. O que tenho aprendido nos treinamentos oferecidos pela Secretaria melhora minha produtividade.	3,1	1,5
20. Os programas de treinamento e desenvolvimento têm procurado desenvolver o potencial técnico dos servidores da Secretaria.	3,1	1,4
21. Os programas de treinamento e desenvolvimento têm procurado desenvolver o potencial humano dos servidores da Secretaria.	3,1	1,3
22. Os últimos treinamentos que recebi pela secretaria atenderam às minhas expectativas.	2,9	1,5
23. Os conhecimentos que adquiro em programas de treinamento e desenvolvimento são aplicados no meu trabalho.	3,4	1,5
24. Participo do levantamento de minhas necessidades de treinamento e desenvolvimento.	3,1	1,5
25. Os programas de treinamento e desenvolvimento preparam realmente o profissional para desempenhar as atividades do cargo que ocupa.	3,5	1,5
26. Os treinamentos preparam o indivíduo para adaptar-se a sua Unidade.	3,5	1,5
27. Na minha Unidade existe plano de treinamento e desenvolvimento para todos os servidores.	3,4	1,5
28. Realizo o meu plano de treinamento e desenvolvimento de forma negociada.	3,3	1,4
3. Relacionamento e Espírito de Equipe		
29. O trabalho da minha equipe é bem distribuído entre os servidores.	3,8	1,2
30. Sou acolhido como um importante membro da minha equipe de trabalho.	3,6	1,0
31. Na minha equipe existe cooperação para o alcance da metas.	3,4	1,2
32. Eu confio nas pessoas da equipe em que trabalho.	3,4	1,1
33. No meu grupo de trabalho, as pessoas possuem um bom relacionamento.	3,4	1,0
34. Sou respeitado pela minha equipe de trabalho.	3,8	1,0

Quadro 3 – Distribuição das médias e desvio padrão das assertivas da ECO.
Fortaleza, Ceará, 2017

Assertivas	(conclusão)	
	\bar{X}	Dp
35. Na minha equipe tenho condições de ensinar o que sei aos meus colegas e aprender com eles.	3,9	1,1
36. No meu grupo de trabalho existe liberdade de falar, criticar, sugerir e trocar ideias.	3,5	1,2
37. Existe um forte sentido de trabalho em equipe dentro da minha Unidade.	3,4	1,1
4. Relação com a comunidade		
38. O Hospital tem uma boa imagem dentro da comunidade.	3,7	1,2
39. A Secretaria tem uma boa imagem dentro da comunidade.	3,2	1,0
40. Na Secretaria existe um sistema eficaz para resolver as reclamações da comunidade	2,6	1,0
41. A Secretaria comunica adequadamente à comunidade os seus projetos, investimentos e realizações.	2,6	1,1
42. Existe um bom relacionamento entre os servidores e as pessoas que fazem uso dos serviços oferecidos pela secretaria.	3,1	1,1
43. Acredito que a comunidade esteja satisfeita com a qualidade dos serviços oferecidos pela Secretaria.	3,0	1,2
44. Os servidores da Secretaria atendem a comunidade adequadamente.	3,2	1,1
45. Os usuários dos serviços de saúde reconhecem o trabalho dos servidores da Secretaria.	3,0	1,1
5. Segurança no trabalho		
46. As condições do meu local de trabalho são satisfatórias.	3,1	1,1
47. Na minha Unidade existem recursos de trabalho adequados para a realização do meu trabalho.	3,3	1,0
48. A Secretaria se preocupa com a minha segurança no trabalho.	2,9	1,3
49. Existem medidas de segurança adequadas para a execução do meu trabalho.	3,1	1,2
50. Os equipamentos de trabalho são adequados para garantir a segurança do servidor.	3,0	1,3
51. A Secretaria se preocupa com meu bem-estar no trabalho.	2,4	1,2
52. Tenho as condições necessárias para a realização do meu trabalho.	3,1	1,3
6. Estratégia		
53. Conheço o planejamento estratégico da Secretaria.	2,0	1,2
54. Conheço os indicadores e as metas traçadas pela Secretaria.	2,1	1,2
55. Conheço a estrutura organizacional da Secretaria.	2,0	1,1
56. Participei de alguma forma, do processo de elaboração do planejamento estratégico.	2,0	1,2
57. Consigo aplicar nas minhas atividades diárias as diretrizes do planejamento estratégico.	2,5	1,3
58. A Secretaria tem realizado as mudanças necessárias visando o seu crescimento e desenvolvimento.	2,4	1,4
59. Na Secretaria, os servidores são estimulados a participar das contínuas mudanças.	2,6	1,4
7. Remuneração		
60. Minha remuneração é compatível com as responsabilidades do trabalho que realizo.	1,8	1,1
61. Minha remuneração está de acordo com a praticada pelo mercado.	2,5	1,1
62. De um modo geral, estou satisfeito com a minha remuneração.	1,8	1,1
63. Considero as políticas de remuneração da prefeitura justas e motivadoras.	1,6	1,0
64. A minha remuneração é melhor do que a da maior parte dos meus colegas de trabalho.	1,9	1,1

Fonte: Elaborado pela autora.

Escala tipo Likert de 1 a 5, sendo o 1- discordo totalmente;2-discordo levemente;3-nem concordo nem discordo;4-concordo levemente e 5 concordo totalmente

Analisando-se o Quadro 3, percebe-se que, dos 64 itens da ECO, a assertiva com a média mais alta foi a 6, afirmando que o chefe conhece bem os aspectos relativos ao trabalho (Fator Liderança); seguida da 35, que aborda o ensino e o aprendizado entre os colegas possibilitado pela equipe de trabalho.

Já as assertivas que obtiveram a menor média foram 63, 60 e 62, indicando maior insatisfação das profissionais com a remuneração, que consideram inadequada diante das responsabilidades que lhes são exigidas.

A heterogeneidade das respostas é percebida devido ao elevado desvio padrão.

O Quadro 4, a seguir, apresenta a comparação entre as médias atribuídas a cada um dos fatores do clima organizacional segundo as variáveis sociodemográficas e ocupacionais.

Quadro4 – Comparação de médias entre as categorias das variáveis sócio demográficas/ocupacionais e os fatores da ECO. Fortaleza, Ceará, 2017

(continua)

Variável	Fator do Clima Organizacional							ECO
	Liderança	Desenvolvimento Profissional	Relac.e Espírito de equipe	Relação com a comunidade	Segurança no trabalho	Estratégia	Remuneração	
Faixa etária								
19 a 30 anos	3,4	3,3	3,6	3,2	2,8	2,2	2,0	2,9
31 a 59 anos	3,3	3,3	3,6	3,1	3,1	2,3	1,8	2,9
60 anos ou mais	3,7	2,9	4,6	3,5	3,5	2,8	3,8	3,4
p-valor	0,971	0,862	0,517	0,677	0,547	0,826	0,216	0,801
Estado civil								
Com companheiro	3,1	3,1	3,7	3,1	3,1	2,2	1,8	2,9
Sem companheiro	3,4	3,4	3,5	3,0	2,9	2,3	2,0	2,9
p-valor	0,395	0,443	0,547	0,597	0,561	0,583	0,899	0,789
Categoria								
Enfermeiro	3,7	3,5	4,0	3,2	3,2	2,4	1,9	3,1
Técnico de Enfermagem	3,1	3,2	3,4	3,0	2,9	2,2	1,9	2,8
p-valor	0,049	0,729	0,010	0,430	0,257	0,564	0,907	0,128
Tempo de formação								
1 a 3 anos	3,3	2,9	3,5	3,1	3,0	2,0	2,1	2,8
4 a 9 anos	3,4	3,8	3,7	3,2	2,9	2,6	1,7	3,0
10 anos ou mais	3,3	3,0	3,5	3,0	3,0	2,1	2,1	2,9
p-valor	0,986	0,102	0,669	0,820	0,887	0,252	0,247	0,714

Quadro4 – Comparação de médias entre as categorias das variáveis sócio demográficas/ocupacionais e os fatores da ECO. Fortaleza, Ceará, 2017

(conclusão)

Tempo de atividade								
1 a 3 anos	3,3	3,3	3,4	3,1	2,9	2,3	2,1	2,9
4 a 9 anos	3,3	3,5	3,7	2,9	2,7	2,2	1,3	2,8
10 anos ou mais	3,4	3,2	3,7	3,1	3,3	2,4	2,2	3,0
p-valor	0,921	0,877	0,496	0,852	0,333	0,937	0,006	0,723
Número de empregos								
1	3,4	3,4	3,7	3,1	3,1	2,4	2,1	3,0
2	3,2	3,2	3,4	3,0	2,9	2,2	1,7	2,8
p-valor	0,817	0,587	0,189	0,682	0,586	0,564	0,107	0,286
Carga horária								
até 30 horas	3,8	3,9	3,9	3,3	3,3	2,8	2,4	3,3
31 a 40 horas	2,8	2,8	3,4	2,7	2,6	1,8	1,5	2,5
Mais de 40 horas	3,3	3,2	3,4	3,1	3,0	2,1	1,8	2,8
p-valor	0,087	0,065	0,311	0,179	0,076	0,036	0,032	0,009
Vínculo								
Cooperado	3,1	3,2	3,4	3,0	2,8	2,1	1,9	2,8
Concursado	4,1	3,9	4,3	3,1	3,9	3,0	2,2	3,5
p-valor	0,012	0,128	0,009	0,827	0,000	0,032	0,968	0,014
Setor								
Interação pediátrica	3,2	3,5	3,6	3,1	3,0	2,3	1,8	2,9
Médio risco	3,5	3,0	3,7	3,0	3,0	2,2	2,1	2,9
p-valor	0,382	0,097	0,758	0,814	0,848	0,486	0,247	0,981

Fonte: elaborado pela autora.

Na comparação de médias, encontrou-se uma relação estatística significativa entre categoria profissional e o fator Relacionamento/espírito de equipe($p=0,010$) e Liderança($p=0,049$), ou seja, enfermeiros avaliaram melhor a relação com os colegas de trabalho e a Liderança da gerente de setor em detrimento dos técnicos, cuja média atribuída aos fatores equivalem ao clima organizacional regular. Já os enfermeiros avaliaram como bom clima organizacional.

Na variável tempo de atuação foi encontrado relação estatística significativa com a dimensão Remuneração($p=0,006$), em que as profissionais que trabalhavam no setor de 4 a 10 anos avaliaram pior a dimensão em comparação com as demais.

Observa-se, ainda, relação entre as médias das variáveis carga horária semanal de trabalho com o fator Estratégia, quando os profissionais que trabalhavam de 31 a 40 horas avaliaram com piores notas esse fator, sugerindo insatisfação com a participação nos assuntos relacionados à tomada de decisão e planejamento da organização ($p=0,032$).

Ainda sobre a variável carga horária semanal, foi encontrada relação de sua média com o fator Remuneração, pois aqueles com menor carga de trabalho avaliam melhor esse fator, mesmo que ainda avaliada como fature de clima organizacional ruim ($p=0,032$).

Outra relação estatística significativa foi encontrada na variável vínculo empregatício, em que esta teve associação com quase todas os fatores da ECO. Os funcionários concursados avaliaram melhor os fatores Liderança($p=0,012$);Relacionamento/Espírito de Equipe($p=0,009$);Estratégia(0,032);e Segurança no trabalho(0,00).

No que diz respeito à escala total, foi constatada a relação entre o clima organizacional e as variáveis carga horária de trabalho semanal e vínculo empregatício. Ou seja, estas são as variáveis mais implicadas na percepção de clima organizacional no estudo, demonstrando que profissionais cooperados e com maior sobrecarga de trabalho avaliam pior o clima organizacional de suas unidades, o que pode gerar repercussões para todo o ambiente organizacional e, principalmente, para a segurança do paciente.

5.1.2 Discussão dos resultados

Todas as participantes da pesquisa foram mulheres, o que retrata a Enfermagem como profissão essencialmente feminina, bem como a longo de sua história (PEROSSO; AQUINO, 2013; ROCHA *et al.*, 2016; SCHMIDT *et al.*, 2013).

A média de 37 anos vai ao encontro de achados de estudos semelhantes com enfermeiras (GRIEP *et al.*, 2013; ROCH; DUBOIS; CLARKE, 2014). A média de formação e de atuação na unidade foi considerável, de até dez anos, demonstrando experiência para abordar o tema central desta pesquisa.

Estudo realizado no Canadá com 212 enfermeiros encontrou como média de anos de experiência em enfermagem 15 anos (ROCH; DUBOIS; CLARKE, 2014).

Os dados sobre tempo de atuação no serviço ainda são semelhantes aos encontrados em estudo realizado em São Paulo (FERNANDES et al., 2013).

Sobre o número de empregos, estudo com enfermeiros verificou resultado semelhante, com profissionais trabalhando em um só emprego (GRIEP et al., 2013).

Na presente pesquisa, a carga horária média de trabalho semanal foi de 40 horas semanais. Estudo norte-americano com 16 enfermeiros identificou que 62,5% contabilizavam mais de 40 horas semanais (POGHOSYAN et al., 2013) demonstrando que, até mesmo em países desenvolvidos, os trabalhadores de enfermagem vivenciam sobrecarga de trabalho no contexto hospitalar. Outro estudo encontrou carga semanal média de trabalho profissional de 55,1 ($\pm 20,9$) e 61,4 horas ($\pm 21,8$), respectivamente, para homens e mulheres ($p < 0,001$). Cerca de um terço dos trabalhadores referiram trabalhar em cargas superiores a 60 horas semanais, sendo que frequências mais elevadas foram observadas entre os homens (GRIEP et al., 2013).

Na instituição pesquisada, a maioria das trabalhadoras de enfermagem era formada por cooperadas. A esse respeito, Martins e Molinaro (2013) afirmam que na área da saúde, o mercado de trabalho segue a tendência geral das relações de trabalho brasileiras nos últimos vinte anos. A política de restrição de concursos públicos aliada às demandas sociais pelos serviços de saúde tem induzido a administração a contratar seus recursos humanos de forma não regular. Atualmente, são inúmeras as modalidades de vinculação aos serviços públicos de saúde (MARTINS; MOLINARO, 2013), sendo a maioria das vezes de caráter temporário e/ou não estável.

A esse respeito, autores de estudo sobre percepção de profissionais de saúde em um hospital público brasileiro sustentam que a estabilidade dos profissionais pode contribuir para as mudanças no processo de trabalho, uma vez que a instituição não sofre as consequências das altas taxas de substituição de pessoal (turnover) (CARVALHO et al., 2015)

Autores sugerem que a existência de um trabalho sem vínculo pode ser considerada um potencializador de estresse na atividade laboral, pois os trabalhadores criam verdadeiros laços afetivos e estão, muitas vezes, familiarizados com o dia a dia de trabalho na instituição e vem-se, a cada ano de contrato, na expectativa de renovação ou não do mesmo (MOREIRA et al., 2016). Os mesmos

autores encontraram, semelhante ao presente estudo, que mais da metade dos trabalhadores possuíam contrato temporário.

Analisando os fatores da ECO, a Liderança (fator 1) traz itens relacionados ao relacionamento entre chefia e empregados, comprometimento da chefia com os trabalhadores e oportunidades de participação dos funcionários na tomada de decisões. As chefias são postos inerentes às organizações. São responsáveis por definir os processos de trabalho, tomar decisões, traçar metas e gerenciar pessoas e conflitos. O cotidiano de trabalho está diretamente relacionado com as decisões tomadas pela chefia. Dessa forma, o clima organizacional dos trabalhadores está intimamente ligado à chefia.

A gestão constitui um importante instrumento político, incorporando um caráter articulatório e interativo, ou seja, a ação de gestão é determinada pelo processo de organização do serviço de saúde e é determinante e fundamental para implementar políticas sociais e especificamente de saúde (SIQUEIRA; KURCGANT, 2012).

O Instituto de Medicina afirma que a liderança é essencial para alcançar os objetivos da instituição de saúde com qualidade nos cuidados e segurança para os pacientes (RIVAS, 2016).

Esse fator foi o segundo melhor avaliado pelas pesquisadas, juntamente com Desenvolvimento profissional, denotando um clima tendencioso a positivo entre equipe de trabalhadores e chefia. Os trabalhadores aprovam de maneira mais intensa três características de seus chefes: conhecimento dos aspectos técnicos do seu trabalho, confiança do trabalhador nas decisões tomadas e a visão da chefia sobre o serviço.

Sobre os itens com pior avaliação, destacaram-se os relativos à igualdade de tratamento entre chefia e subordinados e aos trabalhadores se sentirem livres para expressar abertamente suas opiniões.

Estudos sugerem que diferentes perfis de liderança dentro das instituições geram diferentes percepções quanto ao clima organizacional (HOLLOWAY, 2012), sugerindo que o papel da chefia tem contribuição significativa para clima organizacional da equipe de trabalho.

O papel da gestão para a boa construção do clima organizacional a partir do foco da liderança é ressaltada ainda por Leitão (2016), quando considera que o elo mais frágil apontado nas mudanças da organização é o da comunicação e da

interação dos trabalhadores na dimensão decisória e reflexiva dos seus processos de trabalhos, quando, por vezes, relata-se que a comunicação interna das unidades não tem um fluxo estabelecido de rotina e, muitas vezes, ocorrem ausências que levam ao desgaste da equipe e a perda de créditos junto à comunidade, entendida aqui como interna e externa à instituição.

Tendo em vista que a cultura de segurança do paciente pode ser compreendida como um comportamento individual e organizacional que busca continuamente estabelecer o compromisso com a promoção de práticas seguras e, por fim, a qualidade dos serviços, nota-se a atribuição de muita importância nas lideranças das instituições de saúde, já que a postura da gestão desses serviços em relação à segurança do paciente muito possivelmente influenciará a postura da organização como um todo diante dos conceitos e das práticas envolvidas (REIS;MARTINS;LAGUARDIA,2013).

O enfermeiro está amplamente envolvido nestas etapas. Como líder, deve buscar desenvolver pessoas para que a organização na qual está inserido consiga se manter. No entanto, a liderança é um fenômeno complexo, que deve ser visto sob três ângulos: o comportamento/personalidade do líder, o contexto em que esta competência ocorre e quem são os liderados (FIRTH-COZENS;MOWBRAY,2015).

O interesse em conhecer as habilidades dos líderes existe desde 1980, quando a Associação Americana de Enfermeiros (ANA) (2012) observou que alguns hospitais possuíam habilidades para recrutar e reter enfermeiros, sendo denominados magnéticos (*magnethospitals*) devido a essa capacidade. Isso despertou nos pesquisadores o desejo de conhecer quais eram as características organizacionais dessas instituições. Autonomia, controle sobre a prática e relações colaborativas foram notadas como pontos cruciais para sustentar a vitalidade profissional (CIMIOTTI *et al.*, 2005).

A presença dos atributos mencionados contribuiu para a redução da mortalidade dos pacientes, que tende a ser 4,8% menor em hospitais magnéticos em comparação a outros. Todavia, o aumento de um paciente por enfermeiro elevou o *burnout* em 23%, a insatisfação em 15% e a taxa de mortalidade em 7% (ALDRESS *et al.*, 2013).

Pacientes internados em unidades que possuem equipe de Enfermagem com integrantes em quantidade suficiente, estrutura administrativa que subsidia o cuidado e boas relações entre médicos e enfermeiros demonstram elevados índices

de satisfação com a assistência recebida e constata-se baixo *burnout* nos colaboradores (PEREIRA; MOREIRA, 2015).

Sobre o papel do poder organizacional do chefe e a influência pessoal na criação de ambientes de prática profissional de alta qualidade para enfermeiros, estudo em 45 hospitais indicou que há uma direta e positiva relação entre a prática profissional da liderança, poder organizacional, exercício desta função pelo líder e ambientes de trabalhos saudáveis (LANKSHER *et al.*, 2013). A evidência gerada neste trabalho mostra a importância do poder organizacional e a influência pessoal para contribuir com a capacidade de esses líderes da prática profissional alcançarem os resultados desejados.

Na análise estatística encontrou-se relação entre as variáveis categoria profissional e vínculo empregatício com o fator Liderança, em que as enfermeiras e as trabalhadoras efetivas atribuíram notas bem melhor para esse fator.

Estudo qualitativo encontrou resultado diferente, quando enfermeiros e técnicos de enfermagem referiram as qualidades e características necessárias para a boa liderança, não diferindo entre as categorias (SOUSA *et al.*, 2014).

Podemos inferir que a chefia, na visão dos técnicos de enfermagem, beneficia de alguma forma os enfermeiros ou que suas ações são menos negativas para os enfermeiros e funcionários efetivos, diferentemente dos trabalhadores sem vínculo.

O Fator Desenvolvimento Profissional teve a mesma média do fator Liderança e traz itens relacionados à existência de plano de treinamento, à oferta deste pela Secretaria de Saúde, a como estes treinamentos melhoram as condições de trabalho e produtividade e se procuram desenvolver o potencial técnico e humano dos servidores.

Os quesitos mais positivos foram os que relacionam capacitações recebidas e condições de trabalho na unidade. As questões com média mais baixa apontam para fragilidades como o não atendimento das expectativas dos treinamentos. O fortalecimento da política interna de educação permanente parece ser uma demanda desejada pelo grupo enquanto elemento capaz de promover o desenvolvimento profissional.

A educação permanente é uma estratégia importante para a concretização das mudanças nas práticas de saúde, orientada para a melhoria da qualidade dos serviços. No setor hospitalar, o processo de desenvolvimento da educação permanente, na maioria dos casos, é deixado em segundo plano frente aos demais problemas enfrentados e considerados prioritários como carência de recursos humanos, desmotivação profissional e sobrecarga de trabalho. Estudo com profissionais de enfermagem aponta que o significado da educação permanente para os enfermeiros possui vários sentidos e se passa por questões vinculadas à assistência, à gerência e à administração dos serviços. Os participantes salientam a importância da educação permanente para o processo de trabalho do enfermeiro e percebem que a sua realização efetiva ainda é um desafio a ser concretizado (VIANA et al., 2015).

Estudos apontam para os prejuízos à saúde do profissional de enfermagem devido aos ambientes e a situações de trabalho desfavoráveis, assim como alguns estudos, recentemente, vêm relacionando a ocorrência de eventos adversos com a carga de trabalho das equipes de enfermagem. Embora não haja um limite seguro estabelecido para a duração das jornadas e cargas de trabalho, devido à variedade de condições envolvidas, é reconhecido que as cargas elevadas tanto afetam a saúde dos trabalhadores quanto a qualidade da assistência prestada (FERNANDES et al., 2013).

Para exemplificar, um estudo da ANA demonstrou que o risco de erros aumentou significativamente quando a jornada diária era de 12 horas ou mais, quando se cumpriam horas extras, ou quando a carga ultrapassava 40 horas semanais (TECLAW et al., 2014). Outro estudo, envolvendo hospitais dos Estados Unidos, encontrou uma jornada semanal média de 35 horas entre os enfermeiros e concluiu que, além de carência de pessoal disponível para o cuidado, a carga excessiva de trabalho dos enfermeiros está associada à mortalidade dos pacientes (KIRWAN, MATTHEUS, SCOTT, 2013). A ausência ou insuficiência das políticas internas de educação permanente nas instituições de saúde é relatada em pesquisas similares, como o estudo de Perossi e Aquino (2013), o qual evidenciou que, ao se considerar a soma das avaliações negativas (regular e ruim), os itens que foram avaliados negativamente se referem, entre outras questões, às oportunidades de capacitação profissional.

O estudo de Leitão(2016) constatou que um dos indicadores que se apresentam como problemáticos e identificados como pontos cruciais que necessitam de intervenção foram relacionados à educação permanente.

Os enfermeiros que trabalham com gestão de pessoas têm se preocupado em qualificar a assistência, redirecionando os enfermeiros para o cuidado direto, representando a categoria junto à direção geral por boas condições de trabalho, implementando programas de educação continuada e apoiando o autodesenvolvimento profissional.

A educação continuada pode ser vista como um processo que impulsiona as transformações na organização, oportuniza a capacitação e o desenvolvimento pessoal e profissional, dentro de uma visão crítica e responsável da realidade. Para isso, utiliza-se da identificação e desenvolvimento de competências, incentivo ao autodesenvolvimento, coordenação de programas de treinamento e desenvolvimento, de avaliação e desempenho profissional, o que direciona para formação de competências clínicas.

No entanto, a educação continuada é o seguimento ou extensão do modelo escolar e acadêmico, pautada no conhecimento técnico científico com foco em cursos e treinamentos. Muitas pesquisas ressaltam sua importância, porém é uma educação fragilizada no contexto do trabalho, baseando-se principalmente na transmissão de conhecimentos, sem vinculação necessária com a realidade dos serviços. Todavia, são raros os hospitais que cultivam uma política de recursos humanos com vistas ao desenvolvimento das potencialidades dos profissionais e que consideram, de modo integrado, a captação e a retenção de pessoal. A maioria dos hospitais não se preocupa em instituir uma política efetiva de valorização dos recursos humanos internos, crendo que o profissional pode ser substituído com facilidade e, ainda, atribuindo excessivo valor à tecnologia para a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem (VIANA et al.,2015).

Os gestores das instituições de saúde também devem investir em um programa de capacitação de recursos humanos em saúde, já que este se caracteriza como um valioso instrumento para desenvolver profissionais(PERES; LEITE; GONÇALVES, 2011).

Como um bom exemplo, tem-se a educação permanente, que supõe a inversão da lógica do processo de educação, associando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais no contexto real em

que acontecem, transformando expressivamente as estratégias educativas a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer. É nesse contexto de transformação e qualificação dos trabalhadores de saúde que a enfermagem se insere numa dimensão singular, cujo desafio é contribuir para a prestação de cuidados integrais de saúde a indivíduos e coletividades (MARTINS et al.,2014).

O fator Relacionamento e espírito de equipe foi a que apresentou a maior média geral, sendo o item relacionado à colaboração entre os colegas no ensinar e aprender mutuamente o melhor avaliado e os piores avaliados são os que dizem respeito à confiança, o bom relacionamento e cooperação entre os colegas.

Verificou-se relação significativa entre o vínculo empregatício do trabalhador com esse fator, ou seja, os trabalhadores efetivos avaliam melhor o relacionamento e espírito entre os colegas.

Ainda encontramos relação estatística entre categoria profissional e a dimensão Relacionamento/espírito de equipe, em que os enfermeiros avaliaram melhor a relação com os colegas de trabalho em detrimento dos técnicos de enfermagem.

O relacionamento entre colegas de trabalho é fator importante para o clima organizacional. Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, os entrevistados citaram as dificuldades com o relacionamento com os colegas como fator de sofrimento entre os trabalhadores de enfermagem(PRESTES et al.,2010).

Em outro estudo, identificaram-se fragilidades e enfraquecimento das relações interpessoais no trabalho da equipe multidisciplinar investigada, na qual alguns profissionais reconheceram a importância do fortalecimento do trabalho em equipe, de forma interdisciplinar (FERNANDES et al.,2015).

Em estudo realizado na Coreia utilizando a Escala de Percepção de Clima no Trabalho, foi encontrada uma correlação significativa e inversa entre simpatia e acolhimento da equipe de trabalho com a intenção de deixar o emprego, confirmando a importância das relações interpessoais no clima organizacional. Eles referem que para melhorar os relacionamentos no trabalho, estratégias de nível organizacional e atividades integradas para construir a confiança entre os membros do grupo de trabalho devem ser postas em prática pela administração(WANG; LIU; WANG,2015).

Nessa perspectiva de integração no trabalho com vistas à melhor prestação do cuidado em saúde, preconiza-se a gestão compartilhada, o trabalho em equipe, a valorização das necessidades dos individuais (pacientes e trabalhadores), a integralidade do cuidado, a humanização das relações interpessoais, compreendendo o elemento humano como agente das ações em saúde (ROCHA et al., 2014).

O papel do agir dos gestores na construção do clima harmônico do ambiente de trabalho e da cooperação entre os trabalhos também é ressaltado por Puentes-Palacios, Pacheco e Severino (2013), quando afirmam ser importante que o gestor preste atenção ao clima construído com seu grupo de trabalho, considerando que climas favoravelmente descritos pelos membros de equipes estão associados a menor nível de estresse dos trabalhadores.

Ainda se considerou que o gestor não possui controle sobre todas as regras organizacionais, sendo ele a ponte ou o catalisador de muitas delas. Portanto, regras adotadas pela organização se concretizam a partir das ações do gestor. Dessa forma, a sua atuação é vista como atuação da organização (PUENTE-PALACIOS; PACHECO; SEVERINO, 2013).

O fator Relação com a comunidade foi avaliado como regular, sendo o item melhor avaliado o que diz respeito à boa imagem do hospital dentro da comunidade e o pior relacionado à existência de um sistema eficaz para resolver as reclamações da comunidade e a comunicação à comunidade dos seus projetos, investimentos e realizações.

Estudo sobre qualidade da vida no trabalho de Coelho, Harb e Veiga (2017) encontrou resultado satisfatório, tendo sido evidenciada percepção positiva de como as ações da organização afetam os trabalhos executados e as carreiras, da relação entre o trabalho realizado e sua contribuição na vida do trabalhador no que tange o orgulho em realizar uma atividade, a contribuição dessa atividade para a sociedade.

No Fator Segurança encontramos pontuação semelhante a Relacionamento com a comunidade, sendo o item “recursos para execução do trabalho” o melhor avaliado e o pior relacionado à preocupação da Secretaria com o bem-estar do funcionário no trabalho.

Encontrou-se relação estatística significativa entre esse fator e a variável vínculo empregatício, pois as pontuações dadas pelas trabalhadoras efetivas foram melhores, explicando-se pelo fato do trabalhador concursado ter estabilidade no serviço e, com isso, seu sentimento de bem-estar no emprego é maior.

Há que se considerar que as questões relativas à segurança no trabalho abrangem mais do que os subsídios a serem promovidos pela instituição como instrumentação adequada, equipamentos de proteção individual (EPI) e a formação necessária quanto ao exercício do trabalho. A segurança no trabalho também passa pela postura do profissional no seu exercício funcional. Nesse sentido, em estudo sobre comportamento destrutivo no trabalho em saúde, Oliveira(2015) propõe que se possa realizar avaliações individuais e organizacionais permanentes, para que os profissionais se auto avaliem constantemente, favorecendo reconhecer o clima, a satisfação e o comprometimento de todos com o trabalho e sua própria segurança.

Nos dias de hoje, com a carreira de enfermagem vigente não implementada, os diversos vínculos contratuais, bem como a variedade de configurações jurídicas das organizações de saúde provocam insegurança nos profissionais, incerteza e insatisfação quanto à sua situação de segurança. Esta situação atual pode tornar-se problemática, podendo interferir negativamente no clima, cidadania e comprometimento organizacional, na motivação e satisfação no trabalho, tendo consequências negativas no desempenho dos profissionais e na qualidade dos cuidados (PEREIRA; MOREIRA,2015).

Os problemas de saúde dos profissionais de enfermagem estão muitas vezes relacionados à organização e a natureza do trabalho de enfermagem. O ritmo penoso, a ausência de pausas, as situações de estresse, o levantamento de peso e as posturas adotadas, muitas vezes devido às exigências das tarefas e do mobiliário podem gerar agravos a integridade física ou mental dos trabalhadores comprometendo sua produtividade, saúde e segurança (VALERETTO; PARRECH, 2013).

A falta de material pode ser considerada um estressor da equipe de enfermagem. A existência de pouco ou nenhum material de trabalho faz com que o profissional tenha que improvisar, acarretando o uso de materiais inadequado, e ainda, buscar recursos destes e conseqüentemente, há perda de tempo que portaria ser destinado à assistência, o que acaba por desenvolver neste profissional uma fadiga mental e física em sua rotina de trabalho (HOLLOWAY,2012), que levariam a

um produto inadequado que se traduz em um cuidado com qualidade inferior as expectativas do profissional e do paciente segundo os mesmos autores.

Isso significa que a escassez de recursos físicos e materiais implica em uma qualidade de atendimento diminuída e demanda um maior esforço físico e psíquico nos trabalhadores, podendo induzir ao estresse. Por conseguinte, os recursos materiais e físicos são instrumentos básicos e indispensáveis para o desenvolvimento de um cuidado mais complexo de enfermagem. Além disso, acelera o processo de diagnóstico e tratamento, mantendo a integridade física do cliente e do profissional (BARBOZA *et al.*,2013).

O fator Estratégia foi o segundo pior avaliado, sendo os itens referentes à elaboração e ao conhecimento do planejamento estratégico da Secretaria de Saúde, além do não conhecimento da estrutura organizacional.

Observamos relação estatística significativa entre essa dimensão e a carga horária semanal, onde os funcionários que trabalham entre 31 a 40 horas semanais avaliaram pior que os que trabalhavam menos de 30 horas e mais de 40 horas, sugerindo insatisfação com a participação nos assuntos relacionados à tomada de decisão e planejamento da organização.

A percepção negativa dos trabalhadores quanto ao seu papel na definição estratégica da instituição tem profundo impacto sobre a postura desse trabalhador em benefício da própria instituição. É o que entendem Coelho, Harb e Veiga (2017) quando afirmam que resultados positivos pessoais e do trabalho (elevada motivação interna, elevada satisfação do trabalho, alta qualidade de desempenho e baixo *turnover* e absenteísmo) são obtidos quando três estados psicológicos críticos estão presentes (experiência do significado do trabalho, experiência para os resultados do trabalho e conhecimento dos resultados das atividades do trabalho).

Fazer parte da instituição se reveste de sentido muito maior quando o profissional é incluído na definição da estratégia do negócio, seja por participar diretamente na sua construção, seja por, ao menos, ter pleno conhecimento dela. Dessa forma, com relação aos fatores comportamentais, o projeto de cargo não deve objetivar apenas a eficiência, mas considerar também a autonomia para a promoção da responsabilidade; a variedade do cargo como forma de redução da fadiga e do tédio; a identificação da tarefa (fomentando o senso de realização e o orgulho pelos resultados de uma ação) a retro informação, permitindo ao trabalhador

um retorno de seu trabalho e com isso ter mais motivação (COELHO; HARB; VEIGA,2017).

O fator Remuneração apresenta-se como o de pior clima organizacional em função da baixa média obtida e foi verificado que as profissionais que trabalhavam no setor de 4 a 10 anos avaliaram pior a dimensão em comparação com as demais e a relação com a carga horária mostrou-se significativa estatisticamente, onde quem trabalha até 30 horas avalia melhor esse fator, embora numa média ainda baixa.

Os achados relacionados à percepção dos trabalhadores sobre remuneração vão ao encontro de outros estudos similares. Estudo realizado em Ribeirão Preto encontrou que a maior parte dos trabalhadores de enfermagem pesquisados acreditam não receber retorno apropriado sobre seu desempenho (ROQUE; MELO,2012).

Na conjuntura do trabalho, a remuneração é um elemento intrinsecamente ligado à percepção do conceito de justiça laboral. Assim, os processos de gestão nas organizações ensejam ações que denotem equidade administrativa e a consolidação de percepção do conceito de justiça na relação da instituição para com os seus colaboradores.

Em seu estudo, Scharader *et al.* (2012) constataram que menor média apresentada nos resultados foi o do critério "compensação justa e adequada". Neste critério, por tratar-se de uma instituição pública, as questões salariais e de benefícios acabam tendo um peso ainda maior devido à falta de políticas de benefícios e de remuneração diferenciadas por produtividade, por exemplo na área privada.

A baixa remuneração tem se tornado fato de descontentamento e desânimo por não atender às necessidades de sobrevivência com decência e conforto, levando os trabalhadores de enfermagem assumir mais de um vínculo empregatício para obter melhores condições de vida. Essas condições acarretam uma carga horária exaustiva, desgaste físico e psíquico a estes trabalhadores (SCHARADER *et al.*,2012).

O mesmo inconformismo a respeito dos níveis de remuneração por parte dos trabalhadores aparece em outros estudos realizados no contexto de instituição, públicas e privadas que atuação ou não na área da saúde (HORTA; DEMO;ROURE, 2012; SILVA; OLIVEIRA, 2017).

Organizações em que não há uma estruturação de cargos e salários adequada podem sofrer impactos negativos quanto ao comportamento de seus empregados. Alguns podem deixar de produzir ou darem o máximo de si no trabalho por considerarem sua remuneração defasada, buscando, com o passar do tempo, outra empresa com melhores oportunidades para trabalhar. Já outros empregados podem notar nessa omissão de políticas claras de cargos e salários a ausência de expectativas de crescimento, preferindo buscar melhores oportunidades ou chegar ao comodismo e não mais se dedicar com afinco ao trabalho e metas estabelecidas pela empresa. Ou, ainda, a inexistência de cargos definidos pode levar à confusão de limites de responsabilidades e competências, onde todos se sintam responsáveis por todas as tarefas ou nenhum se sinta responsável por determinada tarefa, não havendo divisão de responsabilidades, podem surgir conflitos entre os empregados. Portanto, é indispensável a definição de um plano de cargos e salários com adequada estrutura de remuneração que a suporte para que a atuação do profissional na empresa seja a busca constante pela excelência (MOREIRA *et al.*, 2016).

Assim, verificou-se, nessa primeira etapa do estudo, que fatores do clima organizacional são plenamente avaliados pela equipe de enfermagem como negativos para o desenvolvimento do trabalho de qualidade, o que pôde ser melhor elucidado na etapa seguinte, de abordagem qualitativa.

5.2 FASE QUALITATIVA

Nessa fase da coleta de dados, buscou-se realizar as entrevistas seguindo o critério equitativo, a saber: participação de entrevistados de ambas as unidades de assistência pediátrica (internação e médio risco), contudo não conseguimos a colaboração das profissionais da unidade de médio risco da UTI Neonatal.

Nesta fase, 11 participantes da etapa inicial aceitaram participar da etapa qualitativa do estudo, sendo cinco enfermeiras e seis técnicas de enfermagem.

A maioria (63,6%) era solteira, média de idade 35 anos, com tempo de formação médio de 8,5 anos e tempo de atividade na unidade de, em média, 6,5 anos. Das enfermeiras, 60% possuíam pós-graduação, a maioria trabalhava em um emprego, com carga horária semanal média de 35 horas. Com relação ao vínculo

empregatício, todas as entrevistadas eram cooperadas e 81,8% não haviam ocupado função de chefia anterior.

Neste trabalho, a aplicação das entrevistas em profundidade contempla a fase qualitativa do estudo e buscou elementos que pudessem explicar aqueles encontrados na fase quantitativa, quais sejam, os resultados da aplicação da Escala de Clima Organizacional para Organizações de Saúde. De fato, os principais achados colhidos nas entrevistas apresentam fatores que medeiam e moderam o clima organizacional das unidades de internação estudadas.

As interlocuções resultantes das entrevistas em profundidade com os profissionais dizem respeito à percepção sobre a relação do clima organizacional e sua relação com a segurança do paciente.

Apresenta-se, a seguir, o Quadro 5 com o resultado da análise de conteúdo temática, em que foram apreendidas quatro categorias e oito subcategorias, totalizando 54 unidades de contexto.

Quadro 5 – Categorias e subcategorias da análise temática sobre Clima Organizacional e Segurança do Paciente em unidades pediátricas. Fortaleza, CE, 2017 (n= 54UC)

Categorias	Subcategorias	Definição
1. Liderança no trabalho da enfermagem nas unidades pediátricas: a dicotomia entre os estilos dialógico e punitivo influenciando o clima organizacional (10 UC)	1.1 A gestão punitiva e suas implicações para o clima organizacional e a segurança do paciente (3 UC)	Aborda as percepções das entrevistadas sobre como o estilo de liderança não-dialógica repercute no clima organizacional e, conseqüentemente, na segurança do paciente.
	1.2 “ <i>Ela escuta a gente, ela é flexível</i> ”: reflexos da liderança dialógica, justa e responsável no clima organizacional (7 UC)	Inclui as características da liderança flexível e democrática reveladas pelos entrevistados ao abordarem suas percepções sobre o clima organizacional.
2. Relacionamento e espírito de equipe na assistência e a interface com a segurança do paciente pediátrico (13 UC)	2.1 “ <i>Todo mundo aqui trabalha em conjunto</i> ”: a comunicação, o espírito de equipe e o relacionamento entre as pessoas no trabalho (7 UC)	Aborda como o bom relacionamento na equipe, a comunicação eficaz e o espírito de equipe concorrem para a segurança do paciente.
	2.2 Equipe integrada e segurança para o paciente (6 UC)	Abrange o trabalho em equipe contribui positivamente para a segurança do paciente
3. (In) Segurança no Trabalho: dimensionamento de pessoal, sobrecarga e os erros da equipe de enfermagem pediátrica (19 UC)	3.1 Perfil do profissional e segurança no cuidado prestado (4UC)	Ressalta como o perfil do profissional influencia no cuidado da saúde e, conseqüentemente, na segurança do paciente.
	3.2 Dimensionamento inadequado de pessoal, sobrecarga de trabalho e seu impacto na ocorrência de erros (15UC)	Revela como o dimensionamento inadequado e profissionais sobrecarregados levam a ocorrência de erros.
4. Desenvolvimento profissional da enfermagem, o clima organizacional e a prevenção de erros (12UC)	4.1 Treinamento em serviço e educação permanente como mediadores do clima organizacional e da segurança do paciente (8UC)	Aborda a importância da educação permanente para melhorar a segurança do paciente.
	4.2 Insatisfação com a remuneração e a influência na segurança (4UC)	Inclui a percepção das entrevistadas sobre as conseqüências da baixa remuneração no cuidado seguro.

Fonte: Elaborado pela autora

5.2.1 Liderança no trabalho da enfermagem nas unidades pediátricas: a dicotomia entre os estilos dialógico e punitivo influenciando o clima organizacional

Nesta categoria, foram abordadas as falas mais representativas quanto à identificação por parte das entrevistadas do perfil de liderança da enfermeira coordenadora do setor de trabalho, bem como das enfermeiras assistenciais, o qual influencia na percepção de clima pelos trabalhadores.

A seguir, cada subcategoria é apresentada com as respectivas discussões baseadas nas UC encontradas e nos achados da literatura.

5.2.1.1 A gestão punitiva e suas implicações para o clima organizacional e a segurança do paciente

Três UC foram reunidas nesta subcategoria. Os discursos, a seguir, expõem a percepção dos profissionais sobre a liderança punitiva e seus reflexos no clima organizacional e a segurança do paciente:

O clima do setor, em si, mudou um pouco, porque na gestão passada tinha mais pressão e isso afetava bastante. Acontecia até advertências, no meio de todo mundo, no meio de reuniões, não era de forma particular, era coletivo. E acontecia também da pessoa ter menos vontade de trabalhar e de acontecer alguns casos; por exemplo, no uso de EPI, a pessoa não usava, tinha risco tanto para o paciente como para o profissional (E1).

A gerência que era punitiva e era justamente aquilo... Ela sabia das coisas, então ela retirava plantões nossos... Realmente, retirava da gente, dava para outra enfermeira, que faltava, que não tinha compromisso, a enfermeira não vinha para o plantão, aí ela queria que a gente viesse e a gente, por raiva, não vinha. Não queria o plantão extra. Era como se fosse um castigo. Ela queria castigar a gente. Castigava desse jeito, uma punição mesmo. Você estava totalmente disponível, aí ela ia lá e retirava seus plantões, dava para uma ou outra que tinha outro emprego, a gente sabia, como até hoje... Ela não vem nem para os plantões dela...(E5).

Agora com a mudança da gerente, a gente tem como realmente chegar para ela e conversar... Porque, antigamente, a gente não falava. Realmente, porque gerava fofoca e isso chegava para a gente, principalmente para as técnicas, elas tinham esse medo... Acarretava nelas, assim, diminuía plantão na escala... Qualquer coisa assim, elas falavam, elas tinham muito medo... Era punitiva e, realmente, era aquela, a chefia(E3).

Observamos pelas falas dos sujeitos pesquisados, que a chefia foi avaliada como punitiva, autoritária e suas atitudes influenciam negativamente a segurança do paciente. Situação semelhante ao estudo realizado em São Paulo, em dois hospitais pediátricos com 267 profissionais de enfermagem, em que a avaliação da gestão da organização e da gestão da unidade foram os domínios com piores escores. Nestes domínios foram avaliadas questões como a forma de administrar a instituição e a unidade, a maneira de lidar com as questões de recursos humanos e o suporte aos profissionais (ALVES, 2015).

Estes dados confirmam os achados de uma outra pesquisa desenvolvida em três regiões do Brasil, em que as questões gerenciais são os fatores com maior comprometimento na verificação das atitudes de segurança (CASSIANI, 2010).

Pesquisa aponta que a satisfação no trabalho, a moral e o desempenho dos funcionários são considerados os fatores críticos do sucesso organizacional e estão diretamente relacionados ao comportamento da liderança, o que reforça os achados da presente pesquisa. Assim, as falhas do líder em relação aos sentimentos dos subordinados, o respeito generalizado e a aceitação pelos subordinados conduzem não apenas ao fracasso do próprio líder, mas também resultarão em ineficácia organizacional (MALIK, 2013).

Pelos depoimentos das entrevistadas observamos que a liderança tinha um comportamento abusivo, com exposição do funcionário a situação vergonhosa ao ser advertido diante de todos, levando a desmotivação e conseqüente desinteresse no cuidado ao paciente, evidenciado pelo não uso dos EPIs.

Quando a entrevistada afirma “ela sabe das coisas”, revela o clima de fofoca que acontece no local de trabalho e, como forma de punir os funcionários, diminuía os plantões de algumas, sendo esse comportamento considerado destrutivo.

A definição de comportamento destrutivo foi estudado por Oliveira (2015), que o define como um espectro de condutas desrespeitosas adotadas por trabalhadores de saúde no ambiente de sua prática, podendo se manifestar por meio de incivildade, violência psicológica ou violência física/sexual, e repercutindo em comprometimento da segurança do paciente, sofrimento moral e psíquico, prejuízos laborais para os trabalhadores, rompimento da comunicação, da colaboração e do trabalho em equipe.

O comportamento destrutivo é uma ameaça à segurança do paciente, pois pode ter ambos os efeitos negativos imediatos e de longo prazo sobre a vítima. Esta experimenta uma mistura de sentimentos intensos: medo, raiva, vergonha, confusão, incerteza, isolamento, insegurança, frustração e depressão. Estes sentimentos afetam significativamente a capacidade da pessoa de pensar claramente, cometer um erro na tomada de decisões ou desempenho mais provável. Além disso, a intimidação pode estimular uma pessoa a cometer um ato inseguro (LEAPE et al., 2012).

A atitude da gerente de enfermagem demonstra dificuldades na relação com a equipe, podendo-se considerar como ineficaz o exercício de liderança pelo enfermeiro, além da dificuldade desse profissional em fazer com que seus subordinados compreendam as motivações de suas cobranças. Essa parece ser uma falha do próprio enfermeiro, que não utiliza da comunicação e da argumentação para apresentar ao subordinado todas as razões pelas quais determinada solicitação está sendo feita. Para algumas autoras, inabilidade para o trabalho em equipe, dificuldades na comunicação e a falta de conhecimentos são entraves ao exercício gerencial do enfermeiro (MOURA et al., 2013).

Além disso, na prática, a abordagem tradicional dos erros associados aos cuidados em saúde tem sido a de culpar o profissional que oferece atendimento direto ao paciente, atuando no que, às vezes, é chamado de ponta do cuidado. Durante a última década, tem sido reconhecido que essa abordagem ignora o fato de que a maioria dos erros é cometida por seres humanos, e que tais erros provavelmente não são prevenidos, advertindo as pessoas a ter mais cuidado, envergonhando-as, demitindo-as ou processando-as (WACHTER, 2013).

Para o exercício da liderança é necessária a competência, a honestidade, a humildade, a autodisciplina e o compromisso com o êxito profissional, o acompanhamento das operações e desempenho para a utilização eficiente dos recursos, para contribuir para a resolução de conflitos pessoais e gerar confiança na equipe (GOMES et al., 2015).

Desse modo, liderar não pode refletir apenas autoridade, poder e, muito menos, a adoção de posturas autoritárias, mas precisa, sobretudo, envolver a capacidade de influenciar atitudes, comportamentos e emoções das pessoas, motivando-as a realizar suas tarefas de modo a atingirem a excelência no trabalho. Isto, no contexto do processo de trabalho do enfermeiro, implica em garantir a qualidade da

assistência por meio da conciliação dos objetivos organizacionais com as necessidades dos trabalhadores da enfermagem (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

A comunicação é o atributo principal da liderança, pois por meio dela se pode influenciar o comportamento e o desempenho dos liderados a fim de atingir as metas estabelecidas. Quando a comunicação é eficiente, pode-se provocar mudanças positivas no comportamento dos indivíduos, contribuindo para a satisfação profissional (DUTRA et al., 2017).

Ademais, no trabalho com diferentes profissões, a comunicação entre as equipes favorece a aproximação dos diversos campos de conhecimento na relação profissional, permite trocas de saberes e facilita a compreensão de cada profissional acerca de seu papel no cuidado com o paciente (MOURA et al., 2013).

Entretanto, tem-se observado que, no processo de trabalho do enfermeiro, por vezes, a comunicação pode ser utilizada como instrumento para consolidação de modelos de liderança autocráticos que reproduzem a divisão técnica e social do trabalho da enfermagem e não coadunam aos paradigmas contemporâneos de gerência que pressupõem horizontalização, flexibilidade e inserem as relações humanas como componente imprescindível ao sucesso organizacional (HEINEN et al., 2013).

A comunicação nem sempre é bem-sucedida na gerência da enfermagem. Pesquisa identifica conflito no processo de comunicação como ausência de elogios, falta de honestidade nas relações interpessoais, ausência de críticas construtivas, não acolhimento de opiniões do enfermeiro, o que obstrui o fluxo de comunicação ocasionando demora na tomada de decisão e distorção de informação prejudicando a agilidade no processo de trabalho (MOURA et al., 2013).

Uma liderança baseada na justiça, na responsabilidade e diálogo possibilita recriar o ambiente e as relações de trabalho, com base no diálogo aberto e franco, na negociação e na cooperação mútua. Sob esse enfoque, ao invés de práticas reativas e punitivas, o enfermeiro líder se foca em atitudes proativas capazes de minimizar os erros de sua equipe, conhecendo as suas dificuldades e potencialidades, visando um cuidado de qualidade e seguro para o paciente.

Atualmente, gerência e liderança têm demonstrado uma grande importância na prática da enfermagem; a liderança é um processo coletivo, para o qual é necessária a integração de esforços individuais, para se alcançar objetivos definidos e compartilhados pelo grupo, sendo este na sua prática diária deparado

com situações diversas que exigem tomadas de decisão, flexibilidade, resolução de problemas, mediação de conflitos, coordenação da equipe e planejamento para atingir objetivos da organização e dos clientes (SODRE et al., 2013) .

O enfermeiro deverá desempenhar uma gerência voltada para as transformações, ou seja, inovadora, tendo como eixo norteador a melhoria da qualidade de assistência de enfermagem e ainda buscar estratégias que possibilitem maior satisfação para a equipe no seu dia a dia de trabalho.

Podemos inferir que, quando o profissional não tem abertura se comunicar com a chefe, as chances dos eventos adversos serem subnotificados é maior, por medo do profissional de retaliação e punições, situação que se agrava pela maioria das trabalhadoras serem cooperadas, sem estabilidade no emprego.

5.2.1.2 “Ela escuta a gente, ela é flexível”: reflexos da liderança dialógica, justa e responsável no clima organizacional

Nessa subcategoria, 7 UC foram extraídas dos depoimentos dos profissionais que avaliaram positivamente a liderança da unidade, como sendo justa, responsável e comprometida com o bem-estar da equipe, oferecendo capacitação em serviço e contribuindo, assim, para um bom clima organizacional, que reflete em profissionais atentos à segurança do paciente.

A liderança é uma competência essencial para o processo de trabalho da enfermagem, uma vez que engloba compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicação e gerenciamento de modo efetivo e eficaz (SODRE et al., 2013).

A liderança do enfermeiro está associada às habilidades de comunicação, relacionamento interpessoal, tomada de decisão e competência clínica, além da capacidade de inspirar confiança e apoiar os membros de sua equipe (ANDRES; PEREIRA, 2014; SANTOS; CAMELO, 2013).

Aqui, no meu setor, a gente tem um cuidado muito grande. A nossa chefe [anterior] era exigente. Ela prestava muito bem atenção e nós tínhamos aulas, treinamentos, rodas de conversa ... A gente tirava as dúvidas; o que, às vezes, não lembrava mais, era lembrado; o que você não sabia, aprendia... Então, a gente tem muita responsabilidade sobre esse cuidado, e muita atenção para não errar... Aqui é muito difícil acontecer alguma coisa [errada]. E, às vezes, quando acontece, é uma coisinha boba, que não dá para prejudicar o paciente, que não tem repercussão. Porque aqui a gente trabalha com muita atenção e somos muito cobrados(TE1).

Pelo depoimento da técnica de enfermagem, além do relato sobre o perfil da liderança, que promovia treinamento em serviço e era exigente, tomamos conhecimento da atitude, que é comum na assistência de enfermagem, de considerar um incidente de segurança com algo sem importância ou corriqueiro.

Em inúmeras instituições de saúde são notificados somente erros que causaram graves danos ao paciente, dessa forma, também impossibilitando o dimensionamento dos custos adicionais gerados pelos eventos adversos em sua totalidade. Faz-se necessário incentivar a notificação voluntária independentemente da gravidade dos danos causados a fim de criar métodos de prevenção a novos incidentes que podem gerar danos à saúde do paciente e prejuízos financeiros a instituição (FERREIRA *et al.*, 2014; TOMAZONI *et al.*, 2014).

A subnotificação é um aspecto importante a ser considerado nos serviços de saúde e, para sua redução, a notificação de ocorrências deve ser sempre orientada e incentivada por toda a equipe. A subnotificação pode ocorrer por diversos fatores como medo, culpa e tipo de sistema de notificação, sendo uma das principais dificuldades do método de notificação voluntária.

Estudo retrospectivo realizado em hospital de grande porte em São Paulo encontrou que, em relação aos incidentes notificados, 70(60,4%) foram interceptados pela enfermagem antes de atingir os pacientes (potencial evento adverso – *near miss*), 23(19,8%) atingiram os pacientes, mas não causaram danos, intercorrências ou sinais vitais alterados (incidentes sem dano) e 10(8,6%) causaram danos (eventos adversos). Em 13(11,2%) notificações, os registros sobre os danos estavam ausentes (D'AQUINO *et al.*, 2015).

Nos depoimentos que seguem, as entrevistadas relatam como a chefia contribui para o bom desenvolvimento do trabalho, preocupando-se com a continuidade da assistência de enfermagem, contando com o apoio de seus colaboradores no caso de falta do trabalhador, para não haver sobrecarga no plantão.

Em relação à gente ficar sobrecarregada, eu estou falando daqui, do setor, da enfermagem, quando uma colega não pode vir para o plantão, o que que a gente faz? Elas [as coordenadoras] ligam para alguém que está de folga, ela [a chefe] faz de tudo para a gente não dobrar...porque você sabe que é muito cansativo ter que dobrar...(TE4).

Nossa chefia é muito boa de se trabalhar, a liderança aqui é boa. Ela escuta a gente, é flexível; se houver algum problema, ela quer saber dos dois lados, quer saber o que está acontecendo no setor...ela ouve ambos, para poder dar uma resposta (TE3).

Compreender a liderança e aprender como ela pode ser mais adequadamente desenvolvida é o princípio para aperfeiçoar-se como líder/administrador e o enfermeiro líder, quanto mais capacitado, poderá melhor motivar estratégias que envolvam toda a equipe para a realização das ações de enfermagem de excelência (MOURA *et al.*, 2013).

Observamos, pela fala dessa profissional, que a chefia é atenta em não sobrecarregar os profissionais em situações de falta de outro funcionário, preocupando-se com o bem-estar dos mesmos, criando um clima de satisfação por proporcionar descanso ao funcionário.

Sabemos que os subordinados querem orientações claras do líder e não a sua simpatia. Em situações em que a tarefa é relativamente rotineira e simples, a liderança de apoio é eficaz, pois o líder oferece uma ampla gama de recompensas aos trabalhadores, como encorajamento, gestos de apoio e respeito. Além disso, ele gera interesse em criar um ambiente de trabalho amigável e aberto, onde os funcionários estão motivados para trabalhar mais e alcançar seus objetivos e se sentir mais satisfeitos ao fazê-lo (MALIK, 2013).

A comunicação emerge como uma das principais habilidades do líder, o que corrobora com outros estudos (LLAPA-RODRIGUEZ *et al.*, 2015). Assim, o enfermeiro-líder precisa ser um bom interlocutor, primeiramente treinando a capacidade de ouvir em um nível profundo e imparcial, sabendo também usar cuidadosamente as palavras, de modo a não causar danos aos liderados, pois, muitas vezes, irá lidar com questões que são complexas e a imparcialidade é necessária.

Tendências mostradas em estudos atuais indicam que a liderança deve andar unida ao respeito com o ser humano, considerando-se as individualidades na equipe, respeitando as diferenças e buscando em cada indivíduo o que ele tem de melhor, o que traz benefícios para o profissional e para a instituição (MOURA *et al.*, 2013).

Por isso, esse profissional deve promover um ambiente favorável para o processo de trabalho, assumindo a difícil tarefa de coordenar a equipe de enfermagem de forma harmoniosa. Para tanto, necessita de atualização contínua, de modo não restrito ao aprendizado adquirido durante a graduação, bem como desenvolver e aprimorar habilidades e competências, tais como a busca constante

pelo aperfeiçoamento do conhecimento, a comunicação eficiente, a resolutividade e o bom relacionamento interpessoal (TECLAW *et al.*,2014).

Ademais, o líder eficaz proporciona aos liderados o desenvolvimento de responsabilidades. Produz um ambiente organizacional que permite ouvir e ser ouvido, propício para que seja fornecido um feedback quanto ao desempenho para estimular equipe a desenvolver novas competências e habilidades, assumindo atitude positiva na realização das atividades cotidianas. Desse modo, é possível um ambiente favorável para o desenvolvimento do trabalho e para um cuidado de saúde seguro (TECLAW *et al.*,2014).

Os depoimentos que se seguem retratam como os fatores do clima organizacional percebidos pela equipe influenciam na segurança do paciente.

A liderança influencia [a segurança do paciente], também o desempenho do profissional, a experiência..., o conhecimento técnico e o conhecimento científico, e também o relacionamento e o espírito de equipe... (E1).

A gente vê [nas urgências, em paradas] que, com a equipe boa, tem aquele que direciona cada uma, dá uma boa qualidade na assistência, não fica aquele pessoal se batendo, todo desorganizado, querendo fazer alguma coisa, todo mundo querendo fazer a mesma coisa... Não, a gente tem espírito de liderança, direciona, você faz isso, isso, isso... E todo mundo consegue suprir as necessidades daquela emergência(E4).

Estudo de revisão sistemática comprovou as relações positivas entre estilos de liderança relacional, satisfação do paciente e melhores resultados de segurança do paciente. Especificamente, comprovou-se uma relação clara entre estilos de liderança relacional e menores índices de mortalidade do paciente, erros de medicação e infecções relacionadas à assistência em saúde (WONG; CUMMING; DUCHARME, 2013).

Conforme apresentado pela enfermeira em seu relato (E4), sabe-se que uma boa liderança promove uma melhor delegação de tarefas, as quais podem resultar em melhores desfechos para os pacientes. Estudo destaca que, para delegar de forma eficaz, a enfermeira deve conhecer a condição do paciente, bem como as capacidades da equipe de enfermagem, garantir que a tarefa corresponda à preparação e às habilidades demonstradas pelo técnico de enfermagem, direcionando-o e apoiando-o, além de monitorar a eficácia e o resultado da atividade (MUELLER; VOGELSMEIER, 2013). Ainda tem que atentar para a supervisão, para verificar se o cuidado foi prestado de forma adequada e segura.

Puente-Palacios, Pacheco e Severino (2013) declaram que os resultados do seu estudo revelam que quando o gestor possui habilidade de criar um ambiente harmônico, caracterizado por relações de cooperação entre pares e com regras de promoção claras e consistentes, maior possibilidade existe daqueles sob seu comando relatarem menos nível de estresse.

O depoimento a seguir ressalta a importância da liderança do enfermeiro gerente de unidade na educação permanente da equipe, com impacto na assistência de enfermagem.

Aqui a gente tem uma liderança muito boa. Uma liderança que incentiva muito a educação permanente das técnicas, sempre está fazendo uma educação permanente. Isso com relação ao desenvolvimento, crescimento, ... é através da educação permanente que eles ficam atualizando, assim, todo o processo da enfermagem (E3).

Neste contexto destaca-se a importância da valorização das necessidades dos liderados, atitude que envolve a adoção de estratégias e comportamentos capazes de promover o cuidado também da equipe. A equipe de enfermagem necessita deste investimento para manter-se motivada a enfrentar a rotina e dificuldades no trabalho, sobretudo no ambiente hospitalar, onde se devem considerar tais aspectos de relacionamento e liderança de igual importância aos avanços em tecnologias palpáveis. Os recursos humanos em saúde são a parte principal capaz de efetivar a missão de uma instituição, fato que destaca a necessidade de valorizar o profissional de saúde com a mesma preocupação que se tem em capacitá-lo cognitivamente (BALSANELLI; CUNHA, 2016).

A correlação entre estratégias de gestão de pessoas e estado do clima organizacional percebido pelos trabalhadores de saúde surge em pesquisa realizada junto a trabalhadores de uma instituição de saúde no interior do Ceará por Duarte e Duarte (2015), em que os autores destacam que a literatura tem claramente demonstrado que os processos de gestão de pessoas das organizações assumem importante e decisivo papel na construção tanto do clima, quanto da própria cultura organizacional o que eleva a adoção de uma adequada política de gestão dos colaboradores à condição de estratégia indispensável à consecução dos objetivos institucionais.

Ao preocupar-se com a educação permanente de sua equipe, a liderança contribui para a segurança do paciente, na medida que investe em conhecimento e propicia um ambiente de troca de informação científica, mantendo sua equipe sempre atualizada.

5.2.2 Relacionamento e espírito de equipe na assistência e a interface com a segurança do paciente pediátrico

Apreendeu-se, nessa categoria, a percepção dos entrevistados sobre o processo de trabalho em equipe, o relacionamento entre pares e a comunicação e seus reflexos na segurança do paciente. Desse modo, foi possível desvendar como as relações humanas interferem no processo de trabalho em 13 unidades de contexto extraídas dos depoimentos dos participantes.

5.2.2.1 “Todo mundo aqui trabalha em conjunto”: a comunicação, o espírito de equipe e o relacionamento entre as pessoas no trabalho

Nesta subcategoria encontramos a percepção das entrevistadas sobre como se desenvolve o trabalho da equipe de enfermagem na internação pediátrica.

No geral a gente se dá muito bem. Aqui tem trabalho em equipe, uma ajuda a outra. Aqui a gente sempre se ajuda. Quando uma está sobrecarregada, tem um apoio da outra. Às vezes, tem uma que não gosta muito..., mas isso aí é minoria, a maioria aqui trabalha em equipe(TE1).

[O trabalho em equipe influencia a segurança do paciente] e muito. Vamos supor que a gente está sobrecarregada um pouquinho, aí a gente diz: colega me ajuda nessa medicação aqui, em uma punção venosa... assim, a gente se ajuda...(TE4).

Aqui na pediatria, a gente é uma equipe, a gente trabalha todo mundo em conjunto sempre visando o bem-estar do paciente, sempre visando o paciente (E3).

Com relação ao clima, a nossa equipe é bem unida, todo mundo procura se ajudar... Não há intrigas ou fofocas (TE6).

Todo mundo aqui trabalha em conjunto. Aqui, realmente, a gente tem essa parceria, os enfermeiros com os técnicos...(E5).

Pelos depoimentos das entrevistadas, apreendemos que as pesquisadas avaliam que existe parceria e colaboração no trabalho em equipe. Percebemos que elas avaliam que o desenvolvimento do trabalho é harmonioso, integrado e todos agem em conjunto, havendo parceria tanto entre os técnicos de enfermagem, que se ajudam para não ficar alguém sobrecarregado, como existe colaboração entre enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Estudo encontrou resultado diferente no domínio “clima de trabalho em equipe”, no qual a baixa pontuação na escala utilizada demonstrou uma percepção

ruim quanto à qualidade do relacionamento e à colaboração entre os membros de uma equipe. Isso pode refletir problemas interpessoais constantes, equipe não cooperativa e trabalhadores frustrados com seu reconhecimento profissional. Programas de formação de equipe interdisciplinar, mecanismos de comunicação eficientes e educação permanente sobre levam a um melhor clima de trabalho em equipe, por outro lado tensão e estresse prejudicam seu desempenho(SCHWENDIMANN *et al.*,2013).

Pela experiência na assistência ao paciente, sabemos que uma equipe coesa, com comunicação eficiente e proativa, exercendo cada um o seu papel e ajudando uns aos outros quando necessário, promove um cuidado ao paciente com mais qualidade e menor possibilidade de erro.

Estudo sobre o trabalho das equipes de enfermagem nos hospitais na Califórnia mostrou que o trabalho em equipe variou por tamanho do hospital, percepção dos níveis de pessoal, papel de enfermagem e horários de trabalho. Por outro lado, não houve diferenças no trabalho em equipe por anos de experiência, quantidade de absenteísmo ou se a equipe estava em tempo integral ou a tempo parcial.Quanto menor o hospital, maior o nível de trabalho em equipe. Isso pode ser explicado pelo fato de que, em hospitais maiores,as equipes são maiores e diversas, aumentando a complexidade dos relacionamentos (KALISCH; LEE,2013).

Os resultados desta mesma pesquisa também demonstram que o trabalho em equipe no turno da noite é significativamente maior no geral, bem como nas subescalas de confiança, orientação da equipe e liderança da equipe. As razões pelas quais o trabalho em equipe é maior nas noites pode ser devido ao fato de que há menos funcionários, e eles são obrigados a depender uns dos outros para realizar o trabalho. Além disso, o turno da noite é mais silencioso. Há menos médicos e outros que visitam a unidade, e há um número muito limitado de exames e procedimentos e visitantes, o que pode promover a comunicação entre os membros da equipe(KALISCH; LEE,2013).

Em nosso estudo as entrevistadas, na sua maioria, prestavam serviço em ambos os turnos, diurno e noturno, o que nos impede de confirmar se a qualidade do trabalho em equipe difere por turnos.

No depoimento a seguir, vemos o relato de uma enfermeira sobre a relação das técnicas no serviço e como a equipe age na ocorrência de falha.

A gente não tem muito erros, as meninas são bem unidas em relação a isso. Se uma falha, elas procuram sempre se ajudar...umascom as outras... Com relação às falhas, a gente tem..., mas se houver uma falha, a repercussão é entre nós, é entre a gente mesmo. E a chamada de atenção, não é como punição, e sim como uma forma educativa, é como forma de aprendizado, porque a gente tenta não desmotivar e a gente está aqui sempre para ensinar(E3).

Pelo depoimento desta enfermeira, vemos que as técnicas de enfermagem (“as meninas”) trabalham em equipe, quando diz que as mesmas são unidas e sobre a cooperação nas falhas e conduta tomada diante da falha, que é não punitiva e sim educativa, visando o aprendizado da equipe para que a mesma não aconteça e atinja o paciente.

A enfermeira demonstra, pela atitude de corrigir a técnica de enfermagem, uma boa comunicação com sua equipe e liderança, contudo nos leva a pensar se essa repercussão entre elas leva a uma subnotificação dos erros.

Um importante fator que pode contribuir para a dificuldade de notificação das ocorrências é a falta de conhecimento sobre como proceder, dificuldade de identificação e quantificação do problema ou medo de sofrer alguma punição (SOUZA *et al.*,2014). Esse fato pode ser comprovado em nosso estudo, onde não houve nenhuma notificação de incidentes de segurança do paciente na gerencia de risco, contudo nos depoimentos foram relatados vários incidentes e quase erro.

Estudo realizado no Canadá demonstrou que o apoio da liderança parece ser fundamental para reduzir o medo de reportar erros (CASTEL *et al.*,2015). Então se a enfermeira não sente esse apoio na gerente da unidade, ela não notificará erros e tentará resolver somente com a equipe que estava no serviço quando aconteceu o erro, o que leva a não aprender com esse erro.

É necessária a implementação de estratégias visando mudanças na cultura de detecção das falhas, de forma a auxiliar os profissionais na prevenção de erros.

Em sua pesquisa sobre clima organizacional em unidades de UTI, Santiago e Turrini (2015) argumentam que o clima de trabalho em equipe envolve colaboração entre os trabalhadores, mas também qualidade da comunicação, sendo que nesse aspecto, a unidade pesquisada por eles evidenciou fragilidade na dimensão abertura de comunicação, ou seja, não há espaço para se discutir os erros. Este achado encontra respaldo na baixa pontuação obtida em outras dimensões que apresentam interface com a comunicação.

Lux, Hutcheson e Peden (2013) afirmam, ainda, que a má comunicação pode levar a conflitos de personalidade, os quais resultam em comportamento destrutivo. Ou seja, a falta geral de habilidades de comunicação efetiva pode influenciar nos demais antecedentes do comportamento destrutivo, sendo, portanto, considerada um dos mais importantes fatores associados.

As discussões nos meios acadêmicos e científicos sobre as questões relacionadas à segurança do paciente e à necessidade de se estabelecer uma comunicação efetiva, para que se garanta a realização de cuidados seguros nos serviços de saúde, têm sido ampliadas. Esta preocupação também vem se mostrando indispensável às instituições de saúde, especialmente pelo custo-benefício que os cuidados seguros proporcionam aos pacientes, profissionais e instituições (GONÇALVES *et al.*, 2017).

A comunicação é um aspecto essencial para a prática da enfermagem, uma vez que grande parte de suas ações ocorrem no contexto das relações interpessoais. Através do processo comunicativo eficiente é que se pode esperar pela formação do vínculo, respeito, afeto, confiança, indispensáveis para uma boa relação no ambiente de trabalho e conseqüentemente para a continuidade do processo de cuidado.

Às vezes, eu acho que não são nem problemas daqui [o motivo da falta de atenção]. Eu acho que tem muitas [pessoas] que trazem problemas de casa para cá. Falta de atenção, o reconhecimento que não é bom. Relacionamento... tem umas [técnicas] que só querem trabalhar com umas [técnicas], não querem trabalhar com outras. Afinidade, se tiver gente que não se fale de jeito nenhum, como é que a gente vai ter um envolvimento de equipe? Não dá! Eu, às vezes, até acho que é melhor deixar quem gosta de trabalhar entre si, [do que com] quem não gosta... Embora tenha a passagem de plantão, que, às vezes, você tem que "receber" da fulana que você não gosta. Mas, também, influencia muito. Por exemplo, tem duas que gostam muito de trabalhar juntas. Quando elas estão juntas, flui super bem, mas quando elas não estão juntas, aí interfere, porque tem uma que não fala com outra. Entre as técnicas existe muito! Nas enfermeiras, não existe tanto esses conflitos (E1).

O depoimento desta enfermeira aborda diversos fatores situações da equipe de enfermagem, como a falta de atenção no cuidado ao paciente, a falta de reconhecimento na profissão como gerador de estresse, as dificuldades no relacionamento, principalmente entre as técnicas de enfermagem, que repercute no trabalho em equipe e conseqüentemente na segurança do paciente.

O relacionamento interpessoal é um fator determinante para o desenvolvimento do cuidado destinado aos pacientes. Nas unidades de internação, onde as relações profissionais são mais intensas e os profissionais tornam-se mais próximos uns dos outros, acaba sendo palco de relações conflituosas. Faz-se necessário compreender que, em um ambiente em que a interação com a equipe é diária, haja um equilíbrio harmonioso entre esses sujeitos. Uma vez que esses relacionamentos influenciam no cotidiano e podem dificultar o desenvolvimento e a realização das atividades na equipe. O relacionamento interpessoal pode influenciar positivamente o cotidiano de trabalho da equipe, através de relações harmoniosas que propiciem o aprimoramento das pessoas, ou negativamente, por meio de relações desfavoráveis, tensas, dificultando o desenvolvimento e a realização das atividades (GONÇALVES *et al.*,2017).

De acordo com estudo realizado num hospital do interior do Rio Grande do Sul, que objetivou conhecer as relações interpessoais da equipe de enfermagem, podem ser citados outros fatores que influenciam o relacionamento interpessoal, como o número de pessoas por turno de trabalho, o grau de resolubilidade que cada pessoa é capaz de oferecer aos problemas enfrentados, o poder da chefia, grau de flexibilidade, de cobranças, bem como a satisfação ou não em realizar determinada tarefa. É o contato direto com uma rotina desse tipo que favorece a aproximação ou o desprendimento com relação aos demais profissionais da equipe. Sendo assim, é esse convívio que é capaz de gerar uma série de consequências à atuação e ao cuidado prestado por esses profissionais. Como exemplo pode-se citar: a instabilidade de relações, o que torna o ambiente de trabalho negativo; as emoções que determinam como conduzir os conflitos no grupo; e o cuidado destinado ao paciente também é prejudicado, pois a assistência acaba sendo permeada por fatores negativos (BLANCO *et al.*,2013).

Assim, essa dinâmica laboral intensa influencia, diretamente, as relações entre esses profissionais, bem como entre esses e os demais membros da equipe de saúde, o que pode levar às relações frágeis, carentes de vínculos e uma equipe fragmentada, desse modo, gera assistência mecanizada ao paciente. Além disso, essas relações podem ser afetadas devido às circunstâncias do cotidiano profissional e agravadas pelo ambiente de trabalho em que atuam; trazendo confrontos diversos, com situações estressantes vivenciadas dentro do ambiente de trabalho.

Faz-se necessário compreender que a equipe de enfermagem estabelece entre si e os demais membros envolvidos uma teia de relacionamentos grupais de caráter complexo e que exige um gerenciamento adequado dessas relações por parte de todos os membros da equipe. É preciso suscitar uma reflexão acerca da diversidade individual e articular os membros da equipe para perceber e focalizar desvios na convivência e elabora meios eficientes de alívio das tensões para que consequências negativas não se sobressaia, impactando na segurança do paciente. Sabe-se que a comunicação se constitui em um importante instrumento para o alcance das metas do cuidado. Além disso, é através dela que o profissional pode exprimir suas ações, opiniões, medos e atitudes dentro do ambiente em que trabalha. Em um ambiente de trabalho como o hospitalar, a comunicação seja verbal ou não-verbal faz parte do processo de cuidar em enfermagem, uma vez que potencializa a interação entre a equipe, os pacientes e familiares, por isso precisa ser conduzida com ética e zelo a fim de tornar as relações humanas mais harmônicas. Caso esse processo comunicativo seja ineficiente entre os membros da equipe, ocorrerá o surgimento de fatores geradores de insatisfação nas instituições de saúde, podendo acarretar uma má qualidade da assistência prestada(GONÇALVES et al., 2016).

Os problemas relacionados à comunicação estão entre as principais causas de eventos adversos no contexto da assistência à saúde. Entre esses, destacam-se os relacionados à administração incorreta de medicamentos, atrasos no tratamento ou falha no momento de sua instituição, bem como repetição desnecessária de exames e reinternações evitáveis (WEINGART et al.,2013).

Um fato que nos chama atenção é sobre a passagem de plantão, onde podem ocorrer problemas nas informações prestadas por funcionárias que não se falam, como omissão de informação ou repasse de informações incompletas ou errôneas.Sabemos que a qualidade das informaçõesrepasadas depende da habilidade de quem as transmite, da elegibilidade da modalidadede comunicação, do tempo dispensado para a realização dessa atividade e do engajamento da equipe em registrar informações que exponham as intercorrências com o paciente. A passagem de plantão depende de um trabalho articulado entre os membros da equipe, para a criação de formas eficazes à transferência de informações consistentes (GONÇALVES et al.,2017).

Dessa forma, se os membros da equipe não conseguem se relacionar com o mínimo de civilidade, somado aos atrasos e saídas antecipadas para chegar no outro trabalho, as informações sobre a continuidade do cuidado ao paciente podem perder-se, comprometendo sua segurança.

5.2.2.2 Equipe integrada e segurança para o paciente

Nesta subcategoria os depoimentos das entrevistadas abordam como uma equipe que trabalha em harmonia, coesa e com comunicação eficiente contribui para a segurança do paciente, pois com o compromisso de ajuda mútua, não há sobrecarga em um trabalhador, diminuindo os riscos de erros que atingiriam o paciente.

A enfermagem está diretamente relacionada à realização de eventos que estão associados à ocorrência de erros na prática em saúde. Portanto, a prática da enfermagem deve estar centrada no cuidado, com respaldo do conhecimento, no diálogo e no estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias, e embasada em atitudes e habilidades na promoção de um ambiente seguro. A qualidade associada à segurança, passa a ser estratégia essencial para a excelência do cuidado a ser prestado.

O trabalho em equipe é desafiador, pois depende das características individuais de cada trabalhador, dos fatores do ambiente de trabalho e de como esses se relacionam para um cuidado de qualidade.

Nos depoimentos a seguir, as trabalhadoras abordam como se dá esse processo.

Eu acredito que se tiver um bom trabalho em equipe, a equipe estiver se ajudando, ninguém vai ficar sobrecarregado, o índice de ter um erro diminui, já que ninguém está sobrecarregado, está tendo ajuda. Se uma cooperar com a outra, é bom, quando a equipe é unida... Diminui o risco de acontecer, porque você tem ajuda, você não fica sobrecarregada, isso contribui para você estar melhorando seu trabalho (TE2).

[...]quando a equipe está integrada, coesa, com certeza interfere na qualidade da assistência e na segurança do paciente, porque uma equipe integrada funciona melhor, a comunicação é mais efetiva, o tempo de resposta ao tratamento terapêutico também é melhor e ela sabe lidar até com as intercorrências, porque, na hora de uma intercorrência, a comunicação precisa ser efetiva, os cuidados precisam ser precisos. Então, eu acredito que, se a equipe não tiver a integração, não tiver integrada como um todo, no processo organizacional, motivada, integrada e coesa, com certeza, isso vai interferir na qualidade da assistência e, por consequência, também na segurança do paciente (E2).

A equipe daqui da pediatria ela é muito boa; tem algumas pessoas que não ajudam muito, mas a maioria ajuda bem, para que o trabalho funcione bem. A equipe é bem articulada, eu acho que isso contribui para a segurança (do paciente). Contribui muito (TE3).

Estudo demonstrou que o trabalho em equipe resulta em maior produtividade, melhoria na comunicação e tomada de decisões. Além disso, proporciona aos profissionais melhora da autoestima, bem-estar psicológico e apoio social (MAXFIELD *et al.*, 2013).

Nesta perspectiva, nos últimos anos, intervenções tem sido desenvolvidas, implementadas e avaliadas para melhorar o trabalho em equipe e a comunicação. Muitos gestores têm se apoiado em técnicas de treinamento em equipe baseada em simulações multidisciplinares, com ênfase em temas como liderança, consciência situacional, apoio e confiança mútua, comunicação e o papel de cada membro na equipe. Tais técnicas tem sido desenvolvidas para minimizar ou detectar erros, aperfeiçoar habilidades de trabalho em equipe, treinar/ensaiar procedimentos complicados e identificar lacunas de conhecimento dos profissionais relacionados à sua área de atuação profissional (BAGNASCO *et al.*, 2013; DANIELS; AUGUSTE; 2013).

As equipes que funcionam bem cometem menos erros. Esse nível de funcionamento é desenvolvido por meio de uma comunicação efetiva, uma mentalidade coletiva e uma cultura que promove a segurança do paciente acima dos interesses individuais (SANTOS; SOUSA; RUEDA, 2015).

Em relação às questões de segurança do paciente, embora deva ser considerada uma prioridade dos serviços de saúde em todos os países, as discussões sobre os fatores organizacionais que têm impacto nos indicadores de segurança são mais recentes. Alguns estudos sugerem que quando os enfermeiros percebem o ambiente de trabalho como favorável à prática profissional, a segurança do paciente é melhorada (KIRWAN; MATTHES, 2013), sendo mais fácil promover um clima de segurança e diminuir a ocorrência de eventos adversos (AUSSERHOFER *et al.*, 2013).

A prática profissional de enfermagem é permeada pela vivência e percepção diária de situações de risco, que podem subsidiar o gerenciamento do cuidado em relação à segurança do paciente, sendo necessário que o trabalho se desenvolva em ambientes cuja filosofia e recursos promovam e sustentem melhorias contínuas.

5.2.3 (In) Segurança no Trabalho e os erros assistenciais da equipe de enfermagem pediátrica

Nesta categoria foram agrupadas 19 UC que discorrem sobre o perfil do profissional repercutindo na segurança do paciente, sobre a ocorrência de erro que já presenciara e como a sobrecarga e o mal dimensionamento da equipe contribuem para a ocorrência de incidentes de segurança do paciente.

5.2.3.1 Perfil do profissional e segurança no cuidado prestado

Aqui estão reunidos os depoimentos que dizem respeito ao perfil do profissional colaborando ou não para a segurança do paciente e o tratamento desigual por parte da coordenadora em relação aos funcionários em virtude do vínculo empregatício.

Eu penso que [a segurança do paciente] depende de cada um, de cada profissional. Eu sou uma profissional que gosto muito de reparar bem no que estou fazendo. Sou bem atenta, atenciosa...Eu acho que depende de cada um, da responsabilidade de cada profissional. Porque, eu posso agir de uma maneira, a outra, a "fulana" já pode agir de outra maneira(TE1).

Tem muitos profissionais que não tem responsabilidade. O perfil do profissional...Tem muito profissional que é relapso, seria a qualificação desse profissional. Tem profissional que sabe trabalhar, mas que, às vezes, é preguiçoso. Faz de qualquer jeito, o cuidado (TE4).

Em serviços de saúde, não é incomum a alocação de pessoas, sobretudo dos profissionais de enfermagem, sem levar em consideração o nível de desenvolvimento do conhecimento, das habilidades e das atitudes desses profissionais.

O comportamento dos profissionais depende de vários fatores, desde a formação, a cultura, a motivação e a satisfação no trabalho. Observamos na prática que existem profissionais que tem prazer em trabalhar, prestam o cuidado com técnica e empatia com os colegas e com o paciente, sendo assim, um cuidado mais seguro e com menor probabilidade de falhas.

Já o profissional que trabalha desmotivado, insatisfeito, seja com a remuneração ou com a desvalorização do seu trabalho, pode demonstrar um comportamento destrutivo e dificultar o andamento dos serviços aos pacientes, podendo interferir na segurança destes.

Um estudo abordou o comportamento destrutivo como uma modalidade de desrespeito no ambiente de trabalho (LEAPE *et al.*, 2012). A pesquisa classificou o comportamento desrespeitoso em seis padrões e o padrão desrespeito passivo é o que vemos nos depoimentos, sendo uma série de comportamentos não cooperativos que não são malévolos ou enraizados em raiva reprimida. Seja por causa da apatia, esgotamento, frustração situacional, ou por outros motivos, indivíduos passivamente desrespeitosos estão cronicamente atrasados nas reuniões, respondem lentamente às chamadas e não colaboram ou cooperam com os outros.

Entretanto, para preservar a segurança do paciente, é essencial desconstruir a noção de que a falha é individual, ampliando-se o enfoque da responsabilidade pelo evento adverso. A ocorrência do evento adverso pode ser relacionada aos aspectos intrínsecos e extrínsecos relativos ao perfil da clientela, à falha humana, e ao contexto institucional (HARADA *et al.*, 2012).

O desenvolvimento da cultura de segurança é essencial e ocorrerá mediante a concepção de equipe e trabalho coletivo, extinguindo-se a forte cultura punitiva ainda existente nas instituições hospitalares (REASON, 2000).

Outro ponto discutido nessa subcategoria é o tratamento não isonômico da gerente de enfermagem do setor, diferenciando as escalas do pessoal concursado do cooperado, causando desconforto para as mesmas.

Eu acho [que existe diferença na assistência prestada]. Eu acho que na visão da gestão antiga, tinha muito assim... as concursadas são as melhores. A cooperativa ficava de escanteio. Sempre priorizava as concursadas e a cooperativa era mais... Quase nunca as concursadas estão nessas datas comemorativas, natal, réveillon... Sempre quem fica é da cooperativa e sempre são as novatas. Quando eu entrei, eu fiquei no réveillon. Trabalhando nos feriados... e esses fatores influenciam [a ocorrência de eventos adversos] (E1).

Por meio deste depoimento, a enfermeira deixa clara a insatisfação com o tratamento diferenciado para os trabalhadores concursados, que tem benefícios nas escalas de trabalho em relação aos trabalhadores cooperados.

Verificamos, na prática, que essa diferença entre as trabalhadoras não se resumem a escala, tendo salários menores, carga horária maior e nenhum vínculo empregatício com o hospital, sendo um prestador de serviço. Estudo já observou essa característica, tendo identificado que todos os trabalhadores cooperados assumiam maior carga horária semanal que os trabalhadores efetivos (RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2014).

Em estudo sobre o processo de gestão dos hospitais universitários federais, Sodré *et al.* (2013) observaram que a insuficiência de pessoal e/ou grande rotatividade dos vínculos contribui significativamente para a ineficiência dos serviços, a conseqüente precariedade da institui o e a fomenta o de impasses entre os próprios trabalhadores diante dos diferentes salários, benefícios e carga horária, conforme o vínculo.

Devemos ressaltar que, em nosso estudo, a maioria das entrevistadas era cooperada, assim como grande parte da equipe de enfermagem do hospital em estudo, haja vista o último concurso público ter ocorrido há quase 10 anos.

5.2.3.2 Dimensionamento inadequado de pessoal, sobrecarga de trabalho e seu impacto na ocorrência de erros

A discussão acerca do dimensionamento do pessoal de enfermagem envolve não apenas o cálculo adequado do número de profissionais necessários ao atendimento, mas principalmente as questões políticas,  ticas e financeiras, pois apesar do desenvolvimento de ferramentas que possibilitam calcular o quantitativo adequado às necessidades dos serviços, a gerência da unidade não tem poder de resolu o quanto   contrata o e manuten o do quadro de pessoal.

Os depoimentos, a seguir, abordam a percep o das entrevistadas sobre o dimensionamento de pessoal na unidade.

 s vezes, a divisão não   muito correta. Porque aqui os nossos pacientes são divididos, o dimensionamento. São quatro técnicas de enfermagem, tanto faz, durante o dia ou durante   noite, aí, às vezes, uma fica com muitos pacientes, muita medica o, aí isso aí atrapalha, como se fosse desigual, desequilibrado. Aí   bom, tem enfermeira que pergunta, ou a gente mesmo diz, que está sobrecarregado, que   bom redividir... (TE2).

Muitas vezes também, até isso cabe em rela o   organiza o... Muitas vezes, as enfermeiras, quando v o organizar, dividir, distribuir os leitos umas (técnicas de enfermagem) ficam mais sobrecarregadas do que as outras. Uma fica com mais pacientes e a outra fica com menos. Aí a outra fica ali, bem mais relaxada, às vezes, não ajuda... Há um atrito entre eu e as meninas, por exemplo, porque, às vezes uma não faz nada e a outra está mais sobrecarregada.   só porque a distribui o dos leitos foi mal feita... Aí ficam umas ali, mais tranquilas e as outras mais sobrecarregadas. Precisando, fechando balanço e, às vezes, o paciente t  passando mal.  s vezes, você fica com um paciente com vários procedimentos, dispositivos... (TE6).

O dimensionamento de pessoal de enfermagem é definido como um processo sistemático, que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo (número e categoria dos profissionais), sendo necessário para promover a assistência, de acordo com a singularidade dos serviços de saúde, assegurando a segurança dos usuários e dos trabalhadores (ARROGANTE, 2014).

Os enfermeiros são responsáveis pelo gerenciamento dos recursos humanos e pela coordenação da assistência de enfermagem e estão envolvidos no cotidiano com a necessidade de equacionar problemas relacionados à diminuição de funcionários. Para a otimização dos recursos disponíveis, o enfermeiro busca a identificação de métodos, critérios e parâmetros que subsidiem a realização de estimativas e de avaliações do quadro de pessoal sob sua responsabilidade (ALDREES, 2013).

Diante desse contexto, os enfermeiros devem utilizar instrumentos que auxiliem no planejamento, distribuição e controle adequado dos profissionais de enfermagem, bem como identificar as variáveis que interferem na carga de trabalho da equipe de enfermagem (LIMA et al., 2007).

O que observamos pelos depoimentos é a dificuldade da equipe em se reorganizar quando, na divisão de pacientes, uma técnica de enfermagem fica com pacientes com quadro clínico mais grave e necessita de maiores cuidados e as outras técnicas ficam com paciente estáveis clinicamente e com poucos procedimentos a serem realizados. Essa situação demonstra a falta de habilidade de liderança e espírito crítico e negociação por parte da enfermeira.

A divisão de tarefas é fortemente percebida como fator gerador de conflitos na equipe. A enfermeira deve exercer sua liderança distribuindo melhor os pacientes, não pela quantidade somente, mas pela gravidade dos pacientes e necessidade de horas de cuidado, negociando diariamente com a equipe, num processo de comunicação franca na qual possam ser ouvidas ambas as partes.

A forma como é organizado o trabalho interfere na manutenção de tarefas para a execução do cuidado e o déficit de pessoal na escala de trabalho é percebida como fator que desestimula, criando situações de descontentamento com o trabalho. Devido à pouca atenção dada aos pacientes em função da divisão de tarefas não se dar de forma igualitária e o fato de não ocuparem espaço no registro e planejamento das ações de enfermagem são expressões referidas pelos profissionais de nível

médio como insatisfatórias. Reconhecem que poderiam se dedicar mais ao paciente neste momento de fragilidade que enfrentam, se o dia a dia fosse menos corrido.

Balsanelli e Cunha (2016) consideram que o enfermeiro-líder, ao gerenciar sua equipe, dar e receber feedback, tomar decisões estratégicas e operacionais, dentre outras atividades, desenvolve-se como líder e encontra-se em constante aprendizado na função. Além disso, pode-se considerar que o aspecto colaborativo e compartilhado da liderança também possui características de desenvolvimento e aprendizado; uma vez que, dentre os próprios enfermeiros líderes, o feedback deve ser uma ferramenta de comunicação frequentemente utilizada, gerando, assim, conforme supracitado, possibilidade de aprendizado e desenvolvimento.

Um importante fato que os depoimentos revelam é a percepção sobre a sobrecarga de trabalho como causa dos erros, dos cuidados inseguros. Pelos depoimentos, observamos que conforme literatura aponta condições como relação enfermeiro/paciente desequilibrada e longas jornadas de trabalho contribuem para o desgaste do profissional e a ocorrência de erros, uma vez que diminuem suas interações com os pacientes, e limitam o uso dos conhecimentos e habilidades de forma eficazes (ATEFI; ABDULLAH; MAZLOM,2014).

Os profissionais sobrecarregados têm maior chance de *burnout*, mau rendimento no trabalho, maior quantidade de erros cometidos, procedimentos equivocados, negligência, imprudência (SILVEIRA *et al.*,2016).

No estudo de Silveira *et al.*(2016) foi constatada uma correlação negativa significativa entre os índices de satisfação e sobrecarga; da mesma forma, foram registrados níveis mais baixos de satisfação e mais elevados de sobrecarga naqueles entrevistados que tinham indicativo de estresse, em comparação com o grupo sem estresse. Tais dados ratificam a hipótese de que há uma associação entre essas variáveis, a satisfação e a sobrecarga observadas pelos profissionais podem afetar diretamente a qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

Ainda sobre a sobrecarga dos trabalhadores e sua relação com a segurança do paciente, os depoimentos a seguir retratam a realidade da unidade de internação pediátrica:

Também a sobrecarga de trabalho, quando falta uma, a outra não querdobrar, isso também acontece na segurança... (E1)

Eu acho que o que pode vir a acontecer, em relação a erros, é a carga de trabalho, muito, o profissional quando faz, assim, trinta e seis horas, tem profissional que faz vinte e quatro horas. Então, eu acho que essa carga de trabalho deve vir a acontecer, a sobrecarga (TE1).

Eu acho que o cansaço mesmo [contribui para a ocorrência de erro]. Quando as colegas estão de vinte e quatro horas ou quando você tem que dobrar, que alguém falta... Eu acho que a nossa atenção diminui um pouco mais, por conta até do cansaço. Quando você também está muito sobrecarregada... (TE2).

A falta de atenção e a sobrecarga de trabalho [influenciam a ocorrência de erros], porque muitas pessoas já vêm de outro emprego, tem mais de um emprego... (TE6).

A questão [causas do erro] mais é em relação à atenção dos profissionais, às medicações, às vezes, as medicações podem ser administradas erradas. O povo falta também com a atenção, sobrecarga...acho que isso contribui para um erro, para você administrar uma medicação errada (TE5).

Esta associação entre a carga de trabalho da equipe de Enfermagem e a ocorrência de eventos adversos já foi comprovada, como quedas do leito e infecções relacionadas ao cateter venoso central. Isto demonstra que o aumento do número de pacientes designados para cada enfermeiro ou auxiliar/técnico de enfermagem pode aumentar a incidência desses eventos, pois a elevada jornada de trabalho facilita a ocorrência de eventos adversos e erros humanos ocasionados pela pressa (BAGNASCO et al.,2013).

Além disso, outros estudos indicam que níveis elevados de *burnout* interferem diretamente nos indicadores assistenciais e contribuem negativamente para a segurança do paciente (PANUTTO; GUIRARDELLO,2013).

Pesquisa realizada em duas unidades de um hospital pediátrico (ALVES; GUIRARDELO,2016) mostrou que as variáveis autonomia, controle sobre o ambiente, relações entre equipe de enfermagem e médicos e clima de segurança foram correlacionadas com a variável exaustão emocional. Todas as correlações foram significantes e indicam que em ambientes com autonomia, controle e boas relações profissionais, o clima de segurança é mais positivo e os profissionais exibem menores níveis de exaustão emocional.

Ambientes com características favoráveis à prática profissional estão associados a retenção de profissionais qualificados e satisfeitos com o trabalho, com menores níveis de *burnout* que melhora a qualidade do cuidado de enfermagem, diminui a ocorrência de eventos adversos e até mesmo as taxas de mortalidade (KIRWAN; MATTHEWS,2013).

Do mesmo modo, os resultados desta pesquisa indicam a complexidade que envolve a assistência à saúde, especialmente em unidades pediátricas, onde o ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem tem impacto significativo sobre a segurança do paciente (ALVES; GUIRARDELO,2016).

Algumas iniciativas são estratégias para criar culturas de segurança eficazes, segundo os mesmos autores, como a oportunidade dos profissionais discutirem sobre o cuidado do paciente, a presença do gestor nas unidades de trabalho, lidar com os erros como forma de aprendizado e promover uma cultura justa, reconhecer que o ambiente de cuidado é complexo e que apresenta risco elevado.

Ao se perceber num ambiente hostil e com tarefas exaustivas, muitas vezes, as condutas adotadas pelo trabalhador são de incivildade, como a recusa em ajudar o colega de trabalho ou não cooperar com as atividades de rotina. Tais condutas podem não ter intenção de prejudicar o colega ou o serviço, mas podem ser assumidas diante do cansaço, do estresse físico e mental e da baixa motivação do profissional em contribuir para que as coisas deem certo (OLIVEIRA, 2015).

No cenário pediátrico, o ambiente hospitalar é considerado como de alto risco para crianças, pois a abrangência de diferentes estágios de desenvolvimento e a epidemiologia das doenças desafiam as instituições na criação de ambientes seguros para o cuidado. As crianças são especialmente vulneráveis a complicações durante a hospitalização, uma vez que dependem dos cuidados e supervisão dos adultos (pais ou responsáveis) (KAUSHAL et al.,2001).

Além disso, os profissionais de enfermagem que trabalham em unidades pediátricas apresentam fatores estressores adicionais, como a presença de pais em constante sofrimento devido à doença ou à morte do filho, problemas relacionados à custódia pela criança, casos de abuso sexual e violência familiar, os quais podem contribuir para o aumento dos níveis de *burnout* entre estes trabalhadores (ALVES; GUIRARDELLO; KUROSHIMA, 2013).

Políticas para limitar a carga horária e as longas jornadas de trabalho são especialmente benéficas para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes (PANUNTO; GUIRARDELLO,2013).

O depoimento, a seguir, exemplifica a problemática sobre a associação negativa da sobrecarga de trabalho, a imposição de poder pela chefia e a desmotivação com a segurança do paciente.

A gente tem um problema com uma técnica, que, como ela é concursada, então, ela falta, não avisa e, para isso, uma sempre tem que dobrar. E, nessa questão de dobrar... uma coisa é você dizer: "quem quer ficar 24 horas?"; aí você: "eu quero". Outra coisa é você obrigar... E, toda vida, que alguém é obrigado a ficar, que a gente sabe que ninguém é obrigado, mas acaba tendo que ficar, acontece algum erro... Como já aconteceu, de ocorrer troca de medicação por conta disso. A pessoa ficou com raiva, porque queria ir para casa, tinha outros compromissos, mas ficou e acabou errando a medicação... Por conta da sobrecarga, já vinha cansada... A desmotivação, também... (E5).

Dessa forma, observa-se sequência lógica de problemas na gerência da equipe, que repercutirá sempre negativamente para o paciente: o profissional não avisa que faltará ao plantão (parecendo-nos que é costumeiro) e a gerente não toma decisões; não há programação de pessoal reserva (o que era esperado, pois há cooperativa de enfermagem prestando serviço ao hospital); a gerente do setor age de forma autoritária, não negociando com a equipe; o funcionário que ficará no serviço contra sua vontade, sente-se injustiçado, com raiva e desmotivado, desse modo exercendo seus serviços sem atenção e podendo cometer omissões e mesmo erros no cuidado ao paciente.

Diante deste panorama, ressalta-se que a garantia de um cuidado seguro está relacionada diretamente a um contexto multifacetado que envolve diversos processos assistenciais, os quais variam em grau de complexidade, e demanda diferentes recursos. Assim, é notório que muitos problemas evidenciados no processo de cuidar, como limitação ou escassez de recursos, sobrecarga de trabalho por insuficiência de profissionais e carência de qualificação dos mesmos, influenciam negativamente para a segurança do paciente (BOWIE *et al.*, 2015; BURKE *et al.*, 2014).

As falas que se seguem demonstram que as pesquisadas identificam como as falhas de comunicação na equipe resultam em riscos assistenciais no processo de cuidar, principalmente os relacionados à administração inadequada de medicamentos e também nos quase erros (*near miss*), que embora não atinja o paciente, abre precedente para discutir as falhas organizacionais que estão envolvidas.

Aqui quase não tem erros, a gente procura sempre aprender o máximo possível para que isso não aconteça. Teve uma vez que aconteceu. Eu só não fiz a medicação errada, porque eu olhei antes, mas se fosse pela enfermeira que pediu para eu "fazer agora no paciente tal", eu tinha errado. Mas eu parei, olhei, conferi, conferi antes dela... Foi um quase erro (TE3).

O que observamos nesse discurso é a ocorrência de um quase erro ocorrido pela falha na comunicação entre a enfermeira e a técnica de enfermagem na delegação da administração de um medicamento.

Os incidentes são definidos como circunstâncias que poderiam ter resultado ou resultaram em danos desnecessários ao paciente⁶ e podem ser classificados como incidentes sem dano (incidente atingiu o paciente, mas não causou dano), incidentes com dano (evento adverso) ou *near miss* (incidentes interceptados antes de atingir o paciente), considerado um potencial evento adverso (WHO,2009).

Outra enfermeira em seu depoimento relata evento semelhante ocorrido na unidade, com outros atores.

Uma criança estava convulsionando...Uma técnica antiga, estressada, não quis ir atender para diluir uma medicação. Uma outra [técnica] foi [atender], e ia administrar em outra criança. Se não fosse a enfermeira prestando atenção, ela tinha administrado um midazolam em uma criança que estava boa. Foi há pouco tempo [a causa] acho que foi falta de atenção, também [...] (E1).

Em ambas as ocorrências, temos a falha de comunicação na dinâmica da equipe como causa do quase erro e, afim de minimizar este tipo de evento, enfatiza-se a importância de os profissionais de saúde verificarem a identificação dos pacientes antes da realização de qualquer procedimento. A utilização de placas de identificação dos pacientes, em locais visíveis à equipe, e de pulseiras de identificação, também são notáveis medidas na prevenção de erros na administração de medicação (PARANAGUÁ *et al.*, 2014; SILVA; CAMERINI *et al.*,2012).

Os incidentes relacionados a medicamentos (IRM) são quaisquer irregularidades no processo de uso de um medicamento e podem ocorrer em qualquer etapa do sistema de medicamentos. Os enfermeiros são responsáveis legais pelo preparo e administração de medicamentos, etapa final desse complexo sistema que, se susceptível a falhas, pode determinar a ocorrência dos IRM (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2013).

O enfermeiro, por sua função, tem a possibilidade de identificar falhas no preparo e administração de medicamentos e, com a ajuda de outros profissionais, conhecer as falhas em todo o sistema de medicamentos para, juntos, buscarem a prevenção dos incidentes.

No segundo relato, temos o agravante da recusa da técnica em atender uma criança que necessitava de medicação, sendo sua responsabilidade esse procedimento e a mesma negou-se. Na prática, casos assim não são isolados.

As equipes de enfermagem, no hospital pesquisado, se constituem, na sua maioria, com enfermeiras cooperadas, geralmente de idade jovem, que tem dificuldade no gerenciamento da equipe de plantão quando existem técnicas de idade bem mais avançada, com muitos anos de serviço no setor e com estabilidade profissional, pois são concursadas.

Para gerenciar a assistência prestada, o enfermeiro deve ser um profissional que precisa se capacitar e se qualificar para desenvolver determinadas competências e habilidades para liderar a equipe de técnicos e auxiliares, ou seja, desenvolver sua capacidade de comunicação, escuta, observação, negociação, senso crítico e sensibilidade para analisar o “outro” e o contexto em que está inserido.

No que diz respeito ao preparo e à capacitação dos enfermeiros para lidarem com as situações de conflito que ocorrem nos diversos serviços de saúde, a literatura evidencia que esses profissionais não são e não estão preparados para gerenciar os conflitos vivenciados no ambiente de trabalho. Frequentemente ignoram a existência desse fenômeno na equipe de enfermagem ou, então, utilizam estratégias apenas para amenizar a situação, ou, ainda, punir os trabalhadores (MARTINS *et al.*, 2014).

Sabe-se que, no âmbito da assistência de enfermagem, os erros mais frequentes estão relacionados à administração de medicamento (TEIXEIRA; CASSIANI, 2010). Práticas de melhorias nesta área estão voltadas em reforçar as etapas básicas de administração de medicamentos com a equipe, sendo a abordagem mais universal para reduzir o erro (SERRA; BARBIERE; CHEADE, 2016).

Sabemos que administração de medicação é uma das principais atribuições da equipe de enfermagem e esta realidade exige amplo conhecimento acerca desta temática a fim de contribuir para a segurança do paciente na realização do referido procedimento, de forma a prestar o cuidado livre de imperícia, negligência e imprudência. Assim, é incumbência do enfermeiro o planejamento das ações de enfermagem, de modo a serem minimizados os danos ao paciente advindos de erros relacionados à administração de medicamento (SILVA; PEREIRA; MUNHOZ, 2014).

Autores (CAMERIN et al.,2014; LOPES et al., 2014) descrevem possíveis causas para a ocorrência de erros relacionados à administração de medicação, a saber: sobrecarga de trabalho, associado à rotina intensa de trabalho e baixa remuneração; falta de atenção dos profissionais; inexperiência na prática assistencial, em geral, em referência à formação deficiente oferecida por algumas instituições de ensino; e estrutura inadequada oferecida pelos serviços de saúde.

Conforme dados publicados pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo em associação com a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, os dois tipos mais frequentes de erros relacionados à administração de medicamentos nos serviços de saúde são medicamento errado e troca de paciente(COREN-SP,2011).

Esta realidade também foi encontrada em várias pesquisas, em que a administração da medicação errada foi o segundo erro mais comum entre os estudos analisados e esteve presente na maioria dos casos (DESAYet al.,2013;PARANAGUÁet al.,2014;PEREHUDOFF et al.,2015; SAHAY; HUTCHINSON; EAST, 2015; SILVA; CAMERINI, 2012), seguido pelo medicamento administrado ao paciente errado (52,5%).

É neste sentido que pesquisadores (FERREIRA; JACOBINA; ALVES,2014) estão interessados na compreensão dos fatores que propiciem o erro e nas medidas preventivas, buscando estratégias a serem implementadas nos serviços de saúde, vislumbrando a minimização dos eventos adversos atrelados ao preparo e administração de medicamentos, como: dupla verificação da prescrição; certificação dos nove certos; notificação de erros; apoio de sistemas eletrônicos; sistema efetivo de registros; dose unitária; educação continuada dos profissionais; ambiente físico bem estruturado; e boa organização do trabalho. Entretanto, o principal fator que contribui ao erro e que afeta a administração das medicações no horário correto está relacionado à deficiência dos recursos humanos disponíveis nas próprias instituições de saúde, realidade esta que se atrela à sobrecarga de trabalho dos profissionais(CAMERINI et al.,2014;FERREIRA;JACOBINA;ALVES,2014).

No que tange à segurança do paciente no ambiente de UTIN, os neonatos são mais suscetíveis à ocorrência de incidentes pelas suas particularidades e vulnerabilidades(AAP,2013). Estudo realizado em uma UTIN de um hospital brasileiro mostrou que, dos 218 neonatos admitidos em um período de cinco meses, 183 (84%) sofreram eventos adversos, o que corresponde a uma taxa de 2,6

eventos adversos para cada paciente durante um período médio de internação de 13,5 dia (VENTURA;ALVES,2012).

Estudo realizado em UTIN mostram que os incidentes mais frequentes estão vinculados a problemas no uso medicamentoso, principalmente no que concerne a dosagem incorreta ou inadequada (média de 38%), seguido da omissão (ato de não administrar o medicamento prescrito ou ausência de prescrição de medicamentos necessários), falha na técnica de administração e via de administração errada. Outros incidentes foram: infecção associada aos cuidados em saúde (IACS), lesão cutânea, problemas na ventilação mecânica (falha na extubação e extubação acidental) e perda de cateter vascular. O estudo evidencia que os tipos de incidentes que ocorrem nas unidades de terapia intensiva neonatal, com ou sem lesão no paciente, estão relacionados a erros ou falhas no uso medicamentoso, IACS, lesão cutânea, ventilação mecânica e cateteres intravasculares (LANZILLOTTI et al., 2015).

Diante deste cenário, considera-se de suma importância a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde com o propósito de esclarecer as dúvidas diante de um procedimento a ser realizado, a fim de que este seja executado de forma correta e no paciente certo (BAGNASCO et al., 2015).

Nos depoimentos, as entrevistadas demonstram conhecer que as causas dos erros cometidos são mais complexos que a falha humana.

Os erros acontecem porque a enfermagem depende muito de todo o âmbito, de todo o ambiente, de estar todo mundo bem em conjunto(E3).

Algumas coisas colaboram [para o erro], como falta de materiais adequados para trabalhar com relação a medicamentos, luvas... (TE2).

Assim, acontecem alguns “errinhos bestas”... Tipo assim, deixar seringas em cima... Porque não pode e tudo mais. Mas, geralmente, isso nem acontece mais porque a gente é chamada a atenção, com relação a isso de medicamentos, eu nunca vi. É mais em relação, a, por exemplo, ir ao paciente, mexer no acesso, sem luvas... (TE6).

Quando a enfermeira discursa sobre a enfermagem depender de todo o ambiente, de todos estarem em conjunto, ela demonstra conhecer os aspectos já discutidos sobre a complexidade das causas dos erros; e, no depoimento da técnica de enfermagem, ela reforça a falta de insumos contribuindo para um cuidado inseguro para o paciente.

O que nos chama atenção é a técnica de enfermagem relatar como “errinhos bestas” situações que podem levar a infecção no paciente,

consequentemente, ao maior tempo de internação, uso de outros medicamentos e a riscos inerentes a essa mudança no seu quadro de saúde inicial. Dessa forma podemos inferir que a inexistência de notificações de eventos adversos na unidade de internação pediátrica que constatamos no estudo acontece pela não notificação dos eventos de segurança e não pela sua ocorrência.

As ocorrências de eventos adversos nas unidades de pediatria são esperadas, pois os pacientes pediátricos estão três vezes mais predispostos a erros de medicação e eventos adversos relacionados a medicamentos em relação à população adulta por diversos fatores, como as diferentes formas de dosagens do mesmo medicamento, variedades das concentrações das soluções, dosagem dependente do peso do paciente e de cálculos e também da própria maturidade dos órgãos que podem dificultar a metabolização e excreção dos medicamentos (KASHUAL *et al.*, 2001).

Somado a esses fatores, temos ainda a própria condição de dependência da criança que a torna mais vulnerável, não podendo participar e intervir no seu processo de cuidado.

5.2.4 Desenvolvimento profissional da enfermagem, o clima organizacional e a prevenção de erros

Nesta categoria percebemos como as trabalhadoras veem a promoção de desenvolvimento profissional por meio da educação continuada ofertada pela gerente da unidade, influenciando a melhoria do clima organizacional e assim contribuindo para a prevenção de erros.

5.2.4.1 Treinamento em serviço e educação permanente como mediadores do clima organizacional e da segurança do paciente

Os depoimentos de técnicas de enfermagem relatam a educação em serviço oferecida pela gerente da unidade como processo da educação continuada, no intuito de atualizar a equipe sobre temas de grande relevância para o serviço, como a administração de medicamentos.

Aqui também tem sempre aula, treinamento... A gente se sente mais capaz, sempre em relação à administração de medicação, diluição (TE4).

A gente tem aula, com relação às técnicas e tudo mais... reuniões... Sempre há um aprendizado. Tipo uns treinamentos, então isso ajuda bastante(TE6).

[Em relação ao clima organizacional], eu acho que o que contribui mais [para a segurança do paciente] é a questão do desenvolvimento do profissional, a capacitação, mas a liderança daqui vem oferecendo esses treinamentos. A gente tem sempre aulas, educação permanente, treinamentos com a chefia... E, tudo isso, para contribuir para que haja uma assistência adequada para o paciente (TE5).

Os depoimentos valorizam a importância da educação permanente para o alcance de bons padrões de segurança e corroboram com pesquisa realizada em unidade pediátrica de um hospital, em que se encontrou a importância do treinamento e educação permanente para a segurança da criança hospitalizada (SILVA et al.,2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), os processos de educação dos trabalhadores da saúde devem ser guiados a partir da problematização baseada na realidade vivenciada por eles, abarcando problemas e desafios. Assim, alerta-se sobre a importância da alimentação dos indicadores que acompanham os riscos, bem como a adequação nas notificações de ocorrências, como uma das formas de levantamento das necessidades de treinamento. Estabelecer os fatores imediatos, subjacentes e latentes que levaram às falhas nas ocorrências demanda sua identificação e análise de modo a prevenir recorrências, sendo preponderante focalizar esses fatos e evitar a culpabilização de outros fatores (PEIXOTO et al.,2013).

Espera-se que gestores de instituições hospitalares atentem para a necessidade de investimento em educação continuada; e a equipe de enfermagem deve ter como meta a assistência segura e isenta de riscos ou danos aos pacientes, e para alcançá-la, esta precisa estar amparada pelo conhecimento científico, pelas normas legais que regulamentam os direitos e obrigações relativas ao exercício profissional, assim como, na dimensão ética e moral que permeiam suas ações.

Dessa maneira, a capacitação possui a finalidade de desenvolver na equipe de enfermagem novos saberes, habilidades e atitudes. Para tanto, o processo de educação continuada é fundamental para alcançar melhores resultados na qualidade da assistência. A atualização constante do profissional proporciona que o mesmo realize uma prática fundamentada cientificamente, sendo este um fator que determina melhores resultados assistência.

No depoimento a seguir, a enfermeira relata o seu crescimento profissional durante os dois anos em que trabalha no setor.

Eu cresci bastante nesses dois anos que eu estou aqui [na unidade]. [Quando] cheguei, não sabia nada, era o meu primeiro emprego... E, hoje em dia, eu já sinto segurança em realizar determinados procedimentos que eu não tinha noção, que eu me tremia... (E1).

O atual modo de contratação de pessoal de enfermagem no hospital estudado é por meio de cooperativa, havendo uma predominância, em quase todas as unidades, de pessoal sem vínculo com a instituição. Sabemos que há uma rotatividade elevada entre os trabalhadores com vínculos precarizados, com repercussões para processo de trabalho hospitalar de enfermagem, para a qualidade da assistência prestada e para a saúde dos trabalhadores (FERREIRA *et al.*, 2015) e observamos que essa alta rotatividade interfere na segurança do paciente, pois esses trabalhadores saem do serviço já treinados e com experiência para outro serviço que ofereça estabilidade e perde-se, com isso, o profissional qualificado para receber outro sem experiência e sem conhecimentos de normas e rotinas do hospital.

O depoimento que se segue complementa essa discussão, no qual a entrevistada fala sobre a preocupação da gerente do setor em treinar os novos funcionários até estarem aptos ao serviço tanto em na teoria com na parte prática sempre em vistas a segurança do paciente.

Com relação à segurança [do paciente], a gente não tem muito problema, porque sempre está sendo citado isso em relação à educação permanente. Eu posso citar, assim, de estar com uma pessoa novata, ela só entra aqui para a enfermagem, depois que ela estiver apta para ir... Ela fica em treinamento até se sentir apta para ir (E3).

A partir desse depoimento percebemos como a questão de pessoal, como o vínculo de trabalho e a qualificação interferem no cuidado seguro. A gerente de enfermagem treina a candidata ao serviço e a prepara e quando a funcionária está bem integrada ao serviço, experiente e qualificada, ela se desliga do vínculo empregatício no hospital devido a melhores propostas salariais. Esse fato desgasta também os profissionais concursados, pois eles precisam ajudar a capacitar constantemente os trabalhadores que substituem os que saíram.

Cada organização gasta muito dinheiro em educação e preparação de seus funcionários até chegar a fase de rentabilidade e eficiência desejáveis (JYOTI,2013).

Estudo comprovou que existe uma associação negativa significativa entre clima organizacional e intenção de deixar o emprego e mostrou, também, que a criação de um excelente clima organizacional aumenta a satisfação dos empregados e cria melhores condições para interações entre a equipe de enfermagem e reduz a intenção de deixar o emprego entre eles (JYOTI,2013).

Para o serviço, perder um funcionário já treinado tem alto custo tanto financeiro quanto organizacional. O funcionário que já possui experiência e treinamento no serviço influencia na segurança do paciente, na medida em que já adquiriu experiência e manejo com os pacientes e com a equipe de enfermagem e médica e sua saída levaria a uma nova organização da equipe.

5.2.4.2 Insatisfação com a remuneração e a influência na segurança (influenciando a segurança do paciente)

Na escala de clima organizacional aplicada na fase quantitativa, a remuneração foi o fator pior avaliado, contudo só tivemos 4 UC captadas das entrevistas em profundidade com as pesquisadas, o que nos leva inferir que esse fator não é o que mais influencia a segurança do paciente, na concepção dessas profissionais.

A remuneração salarial insuficiente foi também identificada em outros estudos como sendo uma queixa nos setores públicos de saúde há muito tempo (ALDRESS et al., 2013; BARBOZA et al., 2013). Há vários anos, o salário dos trabalhadores do setor estadual de saúde é extremamente desvalorizado, ainda que reconhecidamente seus profissionais desenvolvam uma atividade essencial para a vida humana e para a sociedade. Com a terceirização do trabalho com as cooperativas, a defasagem salarial é mais visível ainda, onde as cooperativas participam de pregão e ganha a que tiver o menor valor por hora trabalhada e somada a inexistência de quaisquer direitos trabalhistas, leva o profissional a ter vários empregos, que acarreta atrasos e saídas antecipadas, comprometendo a segurança do paciente na perda de informações na passagem de plantão.

A remuneração salarial baixa é reconhecida entre os profissionais como um empecilho ao exercício laboral digno, o que colabora para a insatisfação profissional, como relatam as pesquisadas.

A questão da remuneração fala demais! Muita gente fica falando que a enfermagem é mal remunerada... Realmente, eu acho que a enfermagem é mal remunerada, mesmo... A enfermagem em si, técnico e enfermeiro, trabalha muito, é o que tá 24 horas com o paciente e é o que tem menos [reconhecimento, valorização] (E1).

Aqui a nossa remuneração não é muito boa não. Não é nem aqui não, eu acredito que, em geral, da enfermagem, não é legal. Acredito que contribui para a qualidade (da assistência) sim, acredito que sim. Por exemplo, aqui já aconteceu de ficar três meses sem as meninas receberem o salário; aí, nesses três meses, lógico que as meninas não vinham trabalhar satisfeitas. Tinha que tirar o dinheiro da passagem de onde já não tinha, pedir emprestado. Aí nesse caso aí, de três meses eu acho que contribui sim para a qualidade, né, para a segurança das crianças. Você já vem trabalhar estressado, né [...] (TE2).

Em relação ao salário... eu vejo muito o das técnicas... O nosso está atrasado, mas as meninas sempre questionam, fica difícil, em relação ao transporte... Então, eu vejo, óbvio que para as enfermeiras, também. Mas as meninas falam muito em relação à remuneração... Em relação que não é boa, que é falha e, também, como sempre atrasada, as meninas vem desmotivadas para trabalhar. A questão da motivação [...](E4).

Observamos que as enfermeiras relatam mais sobre a insatisfação das técnicas de enfermagem com relação ao baixo salário e os frequentes atrasos do que o delas próprias. Essa situação de mau remuneração, somada aos atrasos do pagamento levam a desmotivação, estresse e insatisfação, que repercute negativamente na segurança do paciente.

Além disso, os baixos salários levam aos profissionais de enfermagem a ter vários empregos, levando à sobrecarga, que, aliado às saídas antecipadas e chegadas atrasadas prejudicam o desenvolvimento da assistência de enfermagem de qualidade, tornando o cuidado inseguro.

Elas [as técnicas de enfermagem] tem uma sobrecarga de trabalho, porque tem muitas delas que saem daqui correndo para o outro emprego, chegam atrasadas; tem as que chegam atrasadas que precisam receber o plantão das outras que ficam. A remuneração delas é muito baixa, elas estão bem desmotivadas. Agora, com essa redução do salário, é que estão correndo atrás [de emprego]. Aí a sobrecarga é grande, porque a locomoção de um hospital para o outro é grande, tem o custo... (E3).

A baixa remuneração tem se tornado fator de descontentamento e desânimo por não atender as necessidades de sobrevivência com decência e conforto, levando os trabalhadores da enfermagem a assumirem mais de um vínculo empregatício para obter melhores condições de vida. Essas condições acarretam uma carga horária de trabalho exaustiva, desgaste físico e psíquico a estes trabalhadores.

O mesmo inconformismo a respeito dos níveis de remuneração por parte dos trabalhadores aparece em outros estudos realizados no contexto de instituições, públicas ou privadas, que atuam ou não na área da saúde (HORTA; DEMO; ROURE, 2012; SILVA; OLIVEIRA, 2017).

Os trabalhadores evidenciam sua insatisfação com a remuneração recebida, fenômeno não raro de se observar em estudos similares. Essa situação demonstra a desvalorização do trabalhador da saúde em todas as esferas do governo, onde não há preocupação em manter o serviço público. As cooperativas surgem como a única alternativa para manter o quadro de pessoal, mas não há piso salarial e na prática o que vemos são os valores de hora trabalhada não serem compatíveis com a função exercida, deixando os trabalhadores desmotivados e inseguros, sendo esse desequilíbrio entre esforço prestado e recompensa percebida pela equipe de enfermagem um importante estressor.

5.3 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

Neste tópico, faz-se uma síntese dos resultados encontrados nos dois momentos do estudo (quantitativo e qualitativo), apresentando os principais achados em um quadro comparativo incluindo as médias indicativas do clima organizacional em cada um dos seus fatores segundo a ECO e as interlocuções dos enfermeiros e técnicos entrevistados.

A mensuração do clima, segundo as respostas dadas no primeiro instrumento, é aqui contextualizada, trazendo-se as falas mais relevantes alusivas ao tema de cada fator. Dessa forma, se pretende propiciar uma análise interpretativa capaz de dar maior significado aos resultados numéricos inicialmente obtidos.

Com foco na identificação dos fatores que medeiam e moderam o clima organizacional, a relação entre os achados nos instrumentos quantitativo e qualitativo estão descritos no quadro 6.

Quadro 6 – Análise comparativa entre os achados quantitativos e qualitativos

(continua)

Conteúdo da entrevista em profundidade distribuído por fator do clima organizacional	
Fator do Clima Organizacional	Principais achados nas entrevistas
Descrição e média da escala	
<p>1-Liderança (3,3)</p> <p>Dispõe sobre como a chefia trata seus servidores, sua capacidade de motivar a equipe, como se dá a comunicação, se aceita sugestões para melhoria do trabalho, encara os erros como oportunidade de crescimento, conhece os aspectos técnicos do trabalho, elogia e mantém sua equipe informada sobre metas e, por fim, se o servidor confia nas decisões da chefia e se sente livre para expressar suas opiniões.</p>	<p>O clima do setor, em si, mudou um pouco porque na gestão passada tinha mais pressão e isso afetava bastante. Acontecia até advertências, no meio de todo mundo, no meio de reuniões, não era de forma particular, era coletivo. E acontecia também da pessoa ter menos vontade de trabalhar e de acontecer alguns casos; por exemplo, no uso de EPI, a pessoa não usava, tinha risco tanto para o paciente como para o profissional (E3).</p> <p>A gerência que era punitiva e era justamente aquilo...Ela sabia das coisas, então ela retirava plantões nossos... Realmente, retirava da gente, dava para outra enfermeira, que faltava, que não tinha compromisso, a enfermeira não vinha para o plantão, aí ela queria que a gente viesse e a gente, por raiva, não vinha. Não queria o plantão extra. Era como se fosse um castigo. Ela queria castigar a gente. Castigava desse jeito, uma punição mesmo. Você estava totalmente disponível, aí ela ia lá e retirava seus plantões, dava para uma ou outra que tinha outro emprego, a gente sabia, como até hoje... ela não vem nem para os plantões dela... (E28).</p> <p>Nossa chefia é muito boa, muito boa de se trabalhar com ela, a liderança aqui é boa. Ela escuta a gente, ela é flexível; se houver algum problema, ela quer saber dos dois lados, quer saber o que está acontecendo no setor...ela ouve ambos, para poder dar uma resposta (TE11).</p> <p>A gente vê [nas urgências, em paradas] que, com a equipe boa, tem aquele que direciona cada um, dá uma boa qualidade na assistência, que não fica aquele pessoal se batendo, todo desorganizado, querendo fazer alguma coisa, todo mundo querendo fazer a mesma coisa...Não, a gente tem espírito de liderança, direciona, você faz isso, isso...E todo mundo consegue suprir as necessidades daquela emergência (E20).</p>

(continuação)

<p>2-Desenvolvimento Profissional (3,3)</p> <p>Trata da oferta de plano de treinamento e desenvolvimento do servidor, se estes atendem às expectativas dos funcionários, se melhora sua produtividade e se desenvolvem o potencial técnico e humano dos servidores;</p>	<p>Eu cresci bastante nesses dois anos que eu estou aqui [na unidade].[Quando] cheguei, não sabia nada, era meu primeiro emprego... e, hoje em dia, eu já sinto segurança em realizar determinados procedimentos que eu não tinha noção, que eu me tremia... (E3).</p> <p>Aqui também tem sempre aula, treinamento... A gente se sente mais capaz, sempre em relação à administração de medicação, diluição (TE4).</p> <p>A gente tem aula, com relação às técnicas e tudo mais...reuniões...Sempre há um aprendizado. Tipo uns treinamentos, então isso ajuda bastante (TE21).</p> <p>[Em relação ao clima organizacional], eu acho que o que contribui mais [para a segurança do paciente] é a questão do desenvolvimento profissional, a capacitação, mas a liderança daqui vem oferecendo esses treinamentos (TE5).</p>
<p>3-Relacionamento e Espírito de Equipe (3,6)</p> <p>Aborda a distribuição do trabalho e o acolhimento do trabalhador na equipe, a cooperação para alcance de metas e o se o relacionamento é pautado na confiança e respeito, havendo liberdade para comunicação.</p>	<p>No geral a gente se dá muito bem. Aqui tem trabalho em equipe, uma ajuda a outra. Aqui a gente sempre se ajuda, quando uma está sobrecarregada, tem apoio da outra. Às vezes, tem uma que não gosta muito..., mas isso aí é a minoria, a maioria aqui trabalha em equipe (TE10).</p> <p>Eu acredito que se tiver um bom trabalho em equipe, a equipe estiver ajudando, ninguém vai ficar sobrecarregado, o índice de erro diminui, já que ninguém está sobrecarregado, está tendo ajuda. Se uma cooperar com a outra, é bom, quando a equipe é unida...Diminui o risco de acontecer, porque você tem ajuda, você não fica sobrecarregada, isso contribui para você estar melhorando o seu trabalho (TE4).</p> <p>Muitas vezes, as enfermeiras, quando vão organizar, dividir, distribuir os leitos, umas [técnicas de enfermagem] ficam mais sobrecarregadas do que as outras. Uma fica com mais pacientes e a outra fica com menos. Aí a outra fica ali, bem relaxada, às vezes, não ajuda... (TE21).</p> <p>Influencia sim [clima organizacional influencia a segurança do paciente] no cuidado com o paciente, porque como é que vai dar uma qualidade na assistência, se não tem aquele espírito de envolvimento com a equipe? ... (E20).</p>
<p>5- Segurança no trabalho (3,0)</p> <p>Aborda a percepção do servidor em relação às condições de local de trabalho e equipamentos de trabalho, a existência recursos de trabalho adequados e medidas de segurança para execução do trabalho.</p>	<p>Algumas coisas colaboram [para o erro], como a falta de materiais adequados para trabalhar, com relação a medicamentos, luvas... (TE21).</p> <p>Os erros acontecem porque a enfermagem depende muito de todo o âmbito, de todo o ambiente, de estar todo mundo bem em conjunto (E2).</p>

(conclusão)

<p style="text-align: center;">7-Remuneração (1,9)</p> <p>Trata da satisfação com a remuneração, se está compatível com a responsabilidade do trabalho e de acordo com a praticada no mercado, além da percepção das políticas de remuneração, se são justas e motivadoras.</p>	<p>A questão da remuneração fala demais. Muita gente fica falando que a enfermagem é mal remunerada...Realmente, eu acho que a enfermagem é mal remunerada mesmo... A enfermagem em si, técnico e enfermeiro, trabalha muito, é o que está 24 horas com o paciente e é o que tem menos [reconhecimento, valorização] (E3).</p> <p>Aqui a nossa remuneração não é muito boa não. Não é nem aqui não, eu acredito que, em geral, da enfermagem, não é legal. Acredito que contribui para a qualidade (da assistência) sim, acredito que sim, por exemplo, aqui já aconteceu de ficar três meses sem as meninas receberem o salário, aí, nesses três meses, lógico que as meninas não vinham trabalhar satisfeitas...Aí nesse caso...eu acho que contribui sim, para a qualidade, para a segurança das crianças. Você já vem trabalhar estressado... (TE4).</p> <p>Em relação ao salário...Eu vejo muito o das técnicas...O nosso está atrasado, mas as meninas sempre questionam, fica difícil, em relação ao transporte...então, assim eu vejo, obvio que para as enfermeiras também, mas as meninas falam muito em relação à remuneração...Em relação que não é boa, que é falha e, também, como sempre atrasada, as meninas vem desmotivadas para trabalhar... (E20).</p> <p>Elas, as técnicas tem uma sobrecarga de trabalho porque tem muitas delas que saem daqui correndo para o outro emprego, chegam atrasadas, tem as que chegam atrasadas, que precisam receber o plantão das outras que ficam. A remuneração delas é muito baixa, elas estão bem desmotivadas. Agora, com essa redução do salário, é que estão correndo atrás [de emprego] (E2).</p>
--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Evidenciamos que, na fase quantitativa, as médias das respostas à escala foi de regular a ruim, nenhuma dimensão foi considerada boa.

No Fator Liderança, cuja média geral está entre as duas maiores pontuações na escala de clima, os depoimentos das entrevistadas evidenciam elementos responsáveis pela percepção positiva dos trabalhadores quanto ao processo de gestão da unidade, quais sejam, o perfil da liderança responsável e dialógica, que oferece treinamento e capacitações em serviço e treina o profissional iniciante até que o mesmo esteja apto ao serviço, sempre preocupando-se com a segurança do paciente como a chefia justa, providenciando substituição quando um funcionário falta para não sobrecarregar a equipe.

Elementos desfavoráveis que surgem nas falas como a constrangimento que era causado pela gerente ao advertir publicamente o funcionário e puni-lo, até com a retirada de plantões, dessa forma impossibilitando a comunicação com o funcionário e criando um ambiente de trabalho pesado, onde as pessoas trabalham desmotivadas, podendo contribuir negativamente para a segurança do paciente.

No Fator Desenvolvimento Profissional a média geral alcançada teve a mesma média da dimensão Liderança. São perceptíveis nas manifestações dos entrevistados que as estratégias e ferramentas utilizadas na gestão de pessoas da Unidade oportunizam, na ótica do grupo, não apenas empatia e comunicação, mas se constituem em instrumentos que promovem desenvolvimento dos trabalhadores no contexto institucional.

A esse respeito, Oliveira (2015) ressalta que, por vezes, há impactos fortes e relevantes que dificultam a adaptação do indivíduo no meio organizacional no qual está inserido. Logo, se torna mais claro entender a importância de se trabalhar a cultura organizacional, melhorar o clima dentro da empresa, preparar de forma mais adequada a postura dos líderes, bem como, otimizar a atuação da área de gestão de pessoas.

Em termos negativos no âmbito desse Fator, apresenta-se como oportunidade de melhoria, a necessidade de prover à unidade uma política estratégica de formação continuada mais abrangente e compatível com a necessidade técnica dos trabalhadores na sua prática laboral, pois segundo as entrevistadas, os treinamentos são oferecidos pela gerente da unidade e não pela Secretaria de Saúde.

Quanto ao fator Relacionamento e Espírito de Equipe, a média obtida na pesquisa de clima foi significativa, obtendo a maior média geral, mas mantendo-se com regular. Como pontos positivos foi relatado a cooperação e união na equipe, diminuindo a sobrecarga de trabalho e repercutindo positivamente na segurança do paciente. Sobre os aspectos negativos, os mais citados foi a falta de coleguismo por parte de algumas funcionárias, o absenteísmo que sobrecarrega a equipe, a diferença de tratamento entre as funcionárias cooperadas e concursadas, onde as concursadas são beneficiadas nas escalas de trabalho, como elementos que influenciam o relacionamento na ambiência da equipe.

O fator Relação com a comunidade apresentou média regular, mas não foi citado nas entrevistas, onde podemos inferir que, na percepção das entrevistadas, esse fator não tem muito impacto no clima organizacional da unidade.

No fator Segurança no trabalho, a média também foi regular, o que corrobora com os poucos depoimentos dados pelas entrevistadas, onde o que foi evidenciado que as mesmas percebem insegurança em relação às condições de trabalho com a falta de material adequados.

A dimensão Estratégia, que foi avaliada negativamente na fase quantitativa não foi citada nas entrevistas, o que nos faz pensar que as entrevistadas desconhecem a definição estratégica da unidade, assim como não participam da elaboração do planejamento estratégico, dos indicadores e metas, estrutura organizacional, como sabemos que ocorre as decisões em nível de Secretaria de Saúde e o trabalhador muitas vezes nem toma conhecimento.

A dimensão Remuneração teve a mais baixa pontuação na média geral na pesquisa de clima e os relatos colhidos mostram baixa estima dos trabalhadores em relação à política de remuneração da Unidade e um consequente senso de injustiça da parte dela para com os trabalhadores. A baixa pontuação nesse fator e a percepção negativa dos trabalhadores a esse respeito no longo prazo tendem a impactar negativamente o clima organizacional, se constituindo numa evidente oportunidade de melhoria, ensejando necessidade de intervenção.

Atualmente, uma das lutas da categoria relaciona-se à aprovação do piso salarial e das 30 horas semanais de trabalho, visando uma compensação mais justa pelo trabalho, reduzindo o número de empregos por profissional e consequentemente a carga horária de trabalho.

Outro ponto a ser ressaltado quando se discute recompensa dentro do ambiente de trabalho é que não se refere apenas à recompensa salarial. O respeito pelas chefias e pelos colegas, o apoio nos momentos de dificuldade e o tratamento justo são exemplos de recompensa não material. As recompensas, tanto de ordem material quanto simbólica, funcionam como fatores protetores por contribuírem com a satisfação no trabalho, a motivação, o sentimento de pertença e a troca de experiências, devendo ser fortalecidas pela instituição (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Entendemos que, embora um número considerável de pessoas acredite que a recompensa financeira exclusiva seja a mais eficaz para estimular a motivação no trabalho, o salário não é fator de motivação quando analisado isoladamente. A troca fria de produção por salário não gera satisfação ao empregado, é apenas recompensa justa pelo seu trabalho e o empregado busca a garantia de sua sobrevivência. De uma maneira geral, as pessoas desejam dinheiro, porque este ajuda a permitir não só a satisfação de necessidades fisiológicas e de segurança, mas também auxilia na aquisição de plenas condições para a satisfação das necessidades sociais, de estima e de auto realização.

Diante disso, a organização deve ver o salário como função agregada de motivação e procurar utilizá-lo como um instrumento a mais na compatibilização dos objetivos organizacionais e pessoais. Para ter pessoas integradas, produtivas e ambiente motivador no contexto hospitalar, é preciso que elas creiam haver ligação entre diferenças de remuneração e de desempenho, só assim o salário poderá ser um excelente motivador e para isso, serão necessários, portanto, planos adequados de recursos humanos.

6 CONCLUSÕES

As unidades investigadas (internação pediátrica e unidade neonatal de médio risco) apresentaram um clima organizacional regular, na maioria dos fatores avaliados. Em dois fatores pesquisados, no entanto, a percepção dos trabalhadores sobre a ambiência do trabalho foi negativa: estratégia e remuneração.

Constatou-se associação entre variáveis ocupacionais com a percepção do clima organizacional. Assim, carga horária de trabalho semanal exaustiva e o vínculo de trabalho por cooperativa foram as variáveis mais atribuídas ao pior clima organizacional. Além disso, enfermeiros avaliaram a liderança e o relacionamento/espírito de equipe mais favoravelmente do que os técnicos; a menor carga horária de trabalho esteve associada à melhor percepção sobre estratégia e remuneração, mesmo as médias destas dimensões tendo sido equivalentes a um clima organizacional ruim.

O vínculo empregatício também foi preponderante na avaliação do clima organizacional, pois os profissionais efetivos atribuíram médias bem superiores à maioria das dimensões do que os cooperados, com destaque para a liderança, o relacionamento/espírito de equipe, a segurança no trabalho e a estratégia.

Dos relatos colhidos nas entrevistas, diversos elementos emergem como fatores que elucidam os resultados negativos iniciais, entre os quais se pode citar: a insatisfação com política de remuneração limitada e defasada, o desconhecimento do planejamento estratégico da Secretaria de Saúde, assim como a sua estrutura organizacional e percepção negativa quanto ao reconhecimento por parte da população da eficácia estratégica da Unidade em seu contexto, que oportunizam a reflexão sobre situações deficitárias que, consideradas do ponto de vista da gestão estratégica, se constituem em importantes oportunidades de melhoria.

Os mesmos relatos, não obstante negativos, também oportunizam a reflexão sobre situações positivas como gerência bem preparada tecnicamente, desenvolvimento profissional por meio de educação continuada oferecido pelo próprio serviço e bom dimensionamento de pessoal.

Restou evidenciado que a forma e a dinâmica próprias com que as unidades executam sua política de gestão de pessoas têm desdobramentos diretos sobre a percepção do ambiente de trabalho e, conseqüentemente, sobre a

forma como os trabalhadores caracterizam e definem o clima organizacional de suas unidades.

Sobre a relação do clima organizacional com a segurança do paciente, percebemos, nas entrevistas, que as pesquisadas abordaram o que já é comprovado nas pesquisas da área. Em relação às questões de segurança do paciente, embora deva ser considerada uma prioridade dos serviços de saúde em todos os países, as discussões sobre os fatores organizacionais que têm impacto nos indicadores de segurança são mais recentes. Quando os enfermeiros percebem o ambiente de trabalho como favorável à prática profissional, a segurança do paciente é melhorada e é mais fácil promover um clima de segurança e diminuir a ocorrência de eventos adversos.

O clima organizacional percebido pelas entrevistadas repercute em maior insegurança para a organização e para o paciente. Este pode sofrer danos reais, com profissionais sobrecarregados, distraídos, desatentos, ansiosos, propensos a erros e à oferta de um cuidado inseguro, que não atende aos protocolos e às evidências de uma prática de qualidade.

Como limitações do estudo, ressalta-se o fato de ter sido realizado em apenas uma instituição hospitalar, não podendo haver generalização de resultados; a dificuldade de abordar as profissionais atuantes na UTI neonatal, que recusaram participar da etapa qualitativa do estudo. Ademais, a falta do registro dos indicadores de qualidade e segurança do paciente impossibilitou o alcance de um dos objetivos específicos, não tendo sido possível investigar a real relação entre os fatores mensuráveis do clima organizacional e os indicadores do serviço.

Conclui-se assegurando que os resultados desse estudo serão divulgados na instituição em que foi realizada, na busca de apresentar os dados obtidos e a análise clínico-gerencial da instituição quanto a importância de melhorar o clima organizacional com vista a segurança do paciente.

O estudo poderá contribuir com novos olhares para as práticas de gestão de pessoas na Enfermagem com foco no clima organizacional dos trabalhadores, visando melhoria na motivação e satisfação destes com seus processos de trabalho, sabendo da repercussão positiva para a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

- ABREU, N. R. et al. Análise dos fatores intraorganizacionais influenciadores no clima organizacional em um Hospital Universitário. **RACE: Revista de Administração, Contabilidade e Economia**, v. 12, n. 1, p. 39-70, jan./jun. 2013.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Annual Report on Research and Management**. Rockville, 2004. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/about/annrpt04/>>. Acesso em: 10 out. 2016.
- ALDREES, T. M. et al. Physician well-being: prevalence of burnout and associated risk factors in a tertiary hospital, Riyadh, Saudi Arabia. **Annals of Saudi Medicine**. Saudi Arabia, v. 33, n. 5, p. 451, 2013.
- ALGREN, C. Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.p. 682-99.
- ALVES, D.F.S.; GUIRARDELLO, E.B. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança o paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Revista Gaúchade Enfermagem**, v.37, n.2, p.1-7, 2016.
- ALVES, D. F. S.; GUIRARDELLO, E. B.; KURASHIMA, A.Y. Estresse relacionado ao cuidado: o impacto do câncer infantil na vida dos pais. **Revista Latino-Americana deEnfermagem**, v. 21, n. 1, p. 356-62, 2013.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Policy statement: principles of pediatric patient safety-reducing harm due to medical care. **Pediatrics**, v. 127, n. 6, p. 1199-210, jun. 2013.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Principles of patient safety in pediatrics.**Pediatrics**, v. 107, n. 6, p. 1473-1475, 2001.
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION. Principles for delegation by registered nurses to unlicensed assistive personnel (UAP). **Silver Spring**, Maryland, v. 1, n. 29, p. 2013, 2012.
- ANDRES, C. C.; PEREIRA, A. L. Concepções de Liderança dos profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. **Estudo e Debate**, Lajeado, v. 21, n. 1, p. 26-36, 2014.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Estratégias para segurança do paciente em hospitais e clínicas**. Brasília: ANVISA, 2013.
- ARANAZ-ANDRÉS, J. M. et al.Prevalence of adverse events in the hospitals of five latinamericancountries:results of the iberoamerican study of adverse events (IBEAS). **BMJ Quality & Safety**, v. 20, n. 12, p. 1043-1051, 2011.

ARROGANTE, O. Mediator effect of resilience between burnout and health in nursing staff. **Enfermería Clínica**, España, v. 24, n. 5, p. 283-289, 2014.

ATEFI, N. et al. Factors influencing registered nurses perception of their overall job satisfaction: a qualitative study. **International Nursing Review**, v. 61, n. 3, p. 352-360, 2014.

AUSSERHOFER, D. et al. The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey. **International Journal of Nursing Studies**, v. 50, n. 2, p. 240-252, 2013.

BAGNASCO, A. et al. Applying artificial neural networks to predict communication risks in the emergency department. **Journal of Advanced Nursing**, v. 71, n. 10, p. 2293-2304, 2015. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1111/jan.12691>>. Acesso em: 15 ago.2017.

BAGNASCO, A. et al. Identifying and correcting communication failures among health professionals working in the Emergency Department. **International Emergency Nursing**, v. 21, n. 3, p. 168-172, 2013.

BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O. Liderança ideal e real dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva em hospitais privados e públicos. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2016.

BARBOZA, M. C. N. *et al.* Estresse ocupacional em enfermeiros atuantes em setores fechados de um hospital de Pelotas/RS. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 3, p. 374-382, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010. 281p.

BECCARIA, L.M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.21, n.3, p.276-282, 2009.

BELELA, A. S. C.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S. Erros de medicação em pediatria. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, 2011.

_____. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 3, p. 257-263, 2010.

BLANCO, B. et al. A importância da liderança do enfermeiro no gerenciamento das relações interpessoais entre a equipe de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 5, n. 3, p. 211-217, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2303>>. Acesso em: 04 maio 2017.

BOWIE, P. et al. Participatory design of a preliminary safety checklist for general practice. **British Journal of General Practice**, v. 65, n. 634, p. 330-343,

2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3399/bjgp15X684865>>. Acesso em: 15 ago, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36 de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jul. 2013.

BURKE, T. F. et al. Emergency and urgent care capacity in a resource-limited setting: an assessment of health facilities in western Kenya. **BMJ open**, v. 4, n. 9, p. e006132, 2014.

CAMERINI, F. G. *et al.* Fatores de risco para ocorrência de erro no preparo de medicamentos endovenosos: uma revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i2.37362>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

CAMERINI, C. G.; SILVA, L. D. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 41-49, 2011.

CANO, F. G.; ROZENFELD, S. Adverse drug events: a systematic review. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 360-72, 2009.

CARVALHO, P. A. et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1041-1048, dez. 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/108014/106344>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

CASSIANI, S. H. B. A. Segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 1, p. 95-99, 2005.

_____. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, 2010.

CASTEL, E. S. et al. Understanding nurses' and physicians' fear of repercussions for reporting errors: clinician characteristics, organization demographics, or leadership factors? **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, p. 326, 2015.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 4. ed. Barueri: Manole, 2014.

CIMIOTTI, J. P. et al. The magnet process and the perceived work environment of nurses. **Nursing Research**, v. 54, n. 6, p. 384-390, 2005.

CLANCY, C. M. Ten Years After to Err is Human. **American Journal of Medical Quality**, v. 24, n. 6, p. 525-528, 2009.

CLARO, C. M. et al. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 167-72, 2011.

COELHO, M. A.; HARB, A. G.; VEIGA, R. S. S. Qualidade de vida no trabalho em uma instituição pública da cidade de Manaus. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 8, n. 2, p. 212-229, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/24243>>. Acesso em: 23 out. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO (COREN-SP). **10 Passos para a segurança do paciente**. São Paulo: COREN-SP, 2010. Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/node/34764>>. Acesso em: 2017 fev. 20.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Erros de medicação definições e estratégias de prevenção**. São Paulo: COREN-SP; REBRAENSP, 2011. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/phocadownload/publicacoes/erros_de_medicao-definicoes_e_estrategias_de_prevencao.pdf>. Acesso em: 24 maio 2017.

COSTACURTA, J. R. **O processo de implantação da pesquisa de clima organizacional numa instituição de ensino superior -o caso da universidade católica de Brasília(UCB)**. 2010. 23f. Trabalho de Conclusão do Curso (Especialização em Gestão Educacional) – Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa, Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2010.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 288p. (Série Métodos de Pesquisa).

DAL-FARRA, R. A.; LOPES, P. T. C. Métodos mistos de pesquisa em educação: pressupostos teóricos. **Nuances: Estudos sobre Educação**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 67-80, set./dez. 2013.

D'AQUINO, F. F. R. et al. Incidentes relacionados a medicamentos em uma instituição hospitalar: subsídios para a melhoria da gestão. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 616-621, set./out. 2015.

DANIELS, K.; AUGUSTE, T. Moving forward in patient safety: multidisciplinary team training. **Seminars in Perinatology**. Elsevier, v. 37, n. 3, p. 146-50, 2013.

DESAI, R. J. et al. Exploratory evaluation of medication classes most commonly involved in nursing home errors. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 14, n. 6, p. 403-408, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2012.11.006>>. Acesso em: May 4 maio 2017.

DUTRA, D. D. et al. Eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva: estudo bibliométrico. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 3, p. 669-675, jul./set. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.669-675>>. Acesso em: 17 nov. 2017

DUARTE, E. B.; DUARTE, L. P. A. Política de gestão de pessoas e clima organizacional na Secretaria de Saúde de Crateús-CE. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, p. 2261-2282, jun. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22449>>. Acesso em: 26 out. 2017.

FERNANDES, H. N. et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 7, n. 1, p. 1915-1926, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750945016>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

FERNANDES, J. C. et al. Jornada de trabalho e comportamentos de saúde entre enfermeiros de hospitais públicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 5, set./out. 2013.

FERREIRA, M. M. M.; JACOBINA, F. M. B.; ALVES, F. S. O profissional de enfermagem e a administração segura de medicamentos. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v3i1.208>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

FERREIRA, P. C. et al. Evento adverso versus erro de medicação: percepções da equipe de enfermagem atuante em terapia intensiva. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, n. 6, v. 2, p. 725-734, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750622027>>. Acesso em: 04 maio 2017.

FERREIRA, T. C. R. et al. Prevalência de *burnout* em enfermeiros do hospital metropolitano de urgência e emergência, por meio do questionário Maslach. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 1, p. 175-185, 2015.

FIRTH-COZENS, J.; MOWBRAY, D. Leadership and the quality of care. **BMJ Quality & Safety**, v. 10, n. sup. 2, p. 3-7, 2001.

GALLOTTI, R. M. D. Eventos adversos: o que são? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 114-114, 2004.

GERSHON, R. R. M. et al. Measurement of organizational culture and climate in healthcare. **Journal of Nursing Administration**, v. 34, n. 1, p. 33-40, 2004.

GOMES, A. T. L. et al. Erros na administração de medicamentos: evidências e implicações na segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2016.

GONÇALVES, M. I. et al. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2310014.pdf>>. Acesso em: 4 jul. 2016.

GONÇALVES, M. I. et al. Segurança do paciente e passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, 2017.

GRIEP, R. H. et al. Enfermeiros dos grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro: características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. esp., p. 151-157, 2013.

HARADA, M.J.C.S. **Desafios globais para a segurança do paciente**. In: PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. (Orgs.). *Enfermagem dia a dia: Segurança do paciente*. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009.

HARADA, M. J. C. S. *et al.* Safety in medication administration in pediatrics. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 639-642, 2012.

HOLLOWAY, J. B. Leadership, behavior and organizational climate: empirical study in a Non-profit organization. **Emerging Leadership Journeys**, v. 5, n. 1, p. 9-35, 2012.

HORTA, P.; DEMO, G.; ROURE, P. Políticas de gestão de pessoas, confiança e bem-estar: estudo em uma multinacional. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 566-585, jul./ago. 2012.

HEINEN, M. M. et al. Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. **International Journal of Nursing Studies**, v. 50, n. 2, p. 174-184, 2013.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Patient Safety Goals Created. **Joint Commission Perspectives**, v. 26, n. 2, p. 8, 2006.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **National patient safety goals**. Illinois: Joint Commission International, 2011. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2011_NPSGs_HAP.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

JYOTI, J. Impact of Organizational Climate on Job Satisfaction, Job Commitment and Intention to Leave: An Empirical Model. **Journal of Business Theory and Practice**, v. 1, n. 1, mar. 2013.

KALISCH, B. J.; LEE, K. H. Variations of nursing teamwork by hospital, patient unit, and staff characteristics. **Applied Nursing Research**, v. 26, n. 1, p. 2-9, 2013.

KAUSHAL, R. et al. Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. **Jama**, v. 285, n. 16, p. 2114-2120, 2001.

KIRWAN, M.; MATTHEWS, A.; SCOTT, P. A. The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: a multi-level modelling approach. **International Journal of Nursing Studies**, v. 50, n. 2, p. 253-263, 2013.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.N.; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system**. Washington, D.C: National Academy Press, 2000.

LACOMBE, F. J. M. **Comportamento Organizacional Fácil**. São Paulo: Saraiva, 2012.

LLAPA-RODRIGUEZ, E. O. et al. Nurses leadership evaluation by nursing aides and technicians according to the 360-degree feedback method. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 29-36, 2015.

LANKSHEAR, S. et al. Professional practice leadership roles: the role of organizational power and personal influence in creating a professional practice environment for nurses. **Health Care Management Review**, v. 38, n. 4, p. 349-360, 2013.

LANZILLOTTI, L. S. et al. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, 2015.

LAROS, J. A.; PUENTE-PALACIOS, K. E. Validação cruzada de uma escala de clima organizacional. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, 2004.

LEAPE, L. L. et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. **New England Journal of Medicine**, v. 324, n. 6, p. 377-384, 1991.

LEAPE, L. L. et al. Perspective: a culture of respect, part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. **Academic Medicine**, v. 87, n. 7, p. 845-852, 2012.

LEITÃO, I. M. T. A. **Adaptação transcultural e validação do questionário do Capital Humano no contexto brasileiro**. 2016. 217 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

LEITÃO, J. S. S.; GUIMARÃES, T. A.; ROSAL, M. A. A. **Metodologia de diagnóstico de clima organizacional em ambiente de inovação tecnológica**. São Paulo: ANPAD, 1998. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_1998/RH/1998_RH17.pdf>. Acesso em: 16 out. 2016.

LIMA, F. D. et al. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia-2004. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 137-46, 2007.

LOPES, L. N. et al. Qualidade das prescrições médicas em um Centro de Saúde Escola da Amazônia Brasileira. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 12, n. 2, p. 1-5, 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2014/v12n2/a4184>>. Acesso em: 24 maio 2015.

LUX, K. M.; HUTCHESON, J. B.; PEDEN, A. R. Ending disruptive behavior: staff nurse recommendations to nurse educators. **Nurse education in practice**, v. 14, n. 1, p. 1-6, 2013.

MALIK, S. H. Relationship between Leader Behaviors and Employees' Job Satisfaction: A Path-Goal Approach. **Pakistan Journal of Commerce & Social Sciences**, v. 7, n. 1, 2013.

MARTINS, C. C. F. *et al.* The nursing team's interpersonal relationships v. stress: limitations for practice. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 287-93, 2014. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/36985/22757>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

MARTINS, M. C. F. Clima organizacional. In: SIQUEIRA, M. M. M. (Org.). **Medidas do comportamento organizacional: ferramentas do diagnóstico de gestão**. Porto Alegre: Artmed, 2008, 344 p.

MARTINS, M. C. F. *et al.* Construção e validação de uma escala de medida de clima organizacional. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 4, n. 1, p. 37-60, jan./jun. 2004.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1667-1676, 2013.

MAXFIELD, D. G. *et al.* Confronting safety gaps across labor and delivery teams. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 209, n. 5, p. 402-408. e3, 2013.

MELO, L. R.; PEDREIRA, M. L. Erros de medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 58, n. 2, p. 180-185, 2005.

MENDES, W. *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.

MENEZES, I. G. *et al.* Escala de clima organizacional para organizações de saúde: desenvolvimento e estrutura fatorial. **Estudos de Psicologia**, v. 26, n. 3, p. 305-316, jul./set. 2009.

MENEZES, I.G.; GOMES, A.C.P. Clima Organizacional: Uma revisão histórica do construto. **Psicologia em Revista**, v. 16, n. 1, p. 158-79, 2010.

MIASSO, A. I. *et al.* Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 4, 2006.

MOREIRA, P. A. *et al.* Modelo de remuneração na gestão de pessoas: a estruturação tradicional de cargos e salários ainda pode trazer benefícios?. **Future Studies Journal**, Sao Paulo, v. 8, n. 3, p. 3-31, set./dez. 2016.

MOURA, G.M. S. S. *et al.* Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 198-204, 2013.

MUELLER, C.; VOGELSMEIER, A. Effective delegation: understanding responsibility, authority, and accountability. **Journal of Nursing Regulation**, v. 4, n. 3, p. 20-27, 2013.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. **preventing medication errors: quality chasm series**. Washington, DC: National Academy of Institute of Medicine, 2007.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. National Reporting and Learning Service. **Seven steps to patient safety in general practice**. London: National Patient Safety Agency, 2009. Disponível em: <<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2015.

OLIVEIRA, E. B. et al. Esforço e recompensa no trabalho do enfermeiro residente em unidades especializadas. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 2, p. 173-178, abr./jun. 2013.

OLIVEIRA, R. M. **Comportamento destrutivo no trabalho em saúde: análise de conceito**. 2015. Tese (Doutorado e, Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

OLIVEIRA, R.M. et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.49, n. 1, p.104-113, 2015.

PANUNTO, M. R.; GUIRARDELLO, E. B. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 765-72, 2013.

PARANAGUÁ, T. T. B. *et al.* Prevalência e fatores associados aos incidentes relacionados à medicação em pacientes cirúrgicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100005>>. Acesso em: 4 set. 2017.

PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. Aprendendo com os erros. In: HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G.; PEREIRA, S. R. (Orgs.). **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006.

PEIXOTO, L. S. et al. Permanent, continuous and of use education: revealing its concepts. **Enfermería Global**, v. 12, n. 1, p. 307-22, 2013.

PEREHUDOFF, K. et al. Medication discrepancies in older patients admitted to non-geriatric wards: an exploratory study. **European Geriatric Medicine**, v. 6, n. 1, p. 41-45, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2014.10.005>>. Acesso em: 4 maio 2015.

PEREIRA, N. M. D.; MOREIRA, V. Avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem: percepção de justiça dos avaliados. **Pensar Enfermagem**, v.19, n. 2, 2015.

PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J.; GONÇALVES, V. L. M. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento profissional. In: KURGANCT,P. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2011.

PEROSI, G. R.; AQUINO, W. S. T. Pesquisa de clima organizacional em um hospital filantrópico. **Revista de Administração em Saúde- RAS**, São Paulo, v. 15, n. 58, jan./mar. 2013.

POGHOSYAN, L. et al. Nurse practitioner organizational climate in primary care settings: implications for professional practice. **Journal of Professional Nursing**, v. 29, n. 6, p. 338-349, nov./dez. 2013.

PORTO, S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 10, p. 74-80, 2010.

PORTO, T. P. et al. Identificação do paciente em unidade pediátrica: uma questão de segurança. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatra**, v. 11, n. 2, p. 67-74, 2011.

PRESTES, F. C. et al. Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.31, n.4, p.738-45, 2010.

PROCOPIUCK, M.; COSTA, L. C.; ROGLIO, K. D.; EL-KOUBA, A. Avaliação do clima organizacional: desenvolvimento de sub-escalas dimensionais e de uma escala global. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, v. 7, n. 2, p. 170-191, mai./ago. 2009.

PUENTE-PALACIOS, K. E.; PACHECO, É. A.; SEVERINO, A. F. Clima organizacional e estresse em equipes de trabalho. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 13, n. 1, p. 37-48, 2013.

REASON, J. **Humanerror**. London: Cambridge University Press, 2000.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, p. 2029-2036, 2013.

RIBEIRO, A.C.; SOUZA, J.F.; SILVA, J.J. A precarização do trabalho no SUS na perspectiva da enfermagem hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, v.19, n.3, p.569-575, 2014.

RIVAS E. Entrevista a Silvina Malvárez. **Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería**, v. 6, n. 2, p. 9-14. Disponível em: <<http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/198/>>. Acesso em: 5 jul. 2016.

ROCHA, F. L. R. et al. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.2, p.308-14, 2014.

ROCHA, P. K. et al. A segurança do paciente neonatal. In: MORAISS, S. K. V; DUARTE, E. (Orgs.). **Programa de atualização em enfermagem saúde materna e neonatal** – PROENF. Porto Alegre: Artmed, 2016.

ROCH, G.; DUBOIS, C.; CLARKE, S.P. Organizational Climate and Hospital Nurses' Caring Practices: A Mixed-Methods Study. **Research in Nursing & Health**, v.37, p.229-240, 2014.

ROQUE, K. E.; MELO, E C. P. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 607-619, 2010.

_____. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 121-127, 2012.

ROZENFELD, S. Adverse drug events in hospitals: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, sup. 3, p. 360-372, 2009.

ROZENFELD, S. et al. Efeitos adversos a medicamentos em hospital público: estudo piloto. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 887-890, 2009.

ROZENFELD, S.; RANGEL, I. T. M. Farmacovigilância. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 336-341, 1988.

RUEDA, F. J. M.; SANTOS, A. A. A. **Escala de Avaliação do Clima Organizacional**. São Paulo: Vetor, 2011.

SAHAY, A.; HUTCHINSON, M.; EAST, L. Exploring the influence of workplace supports and relationships on safe medication practice: A pilot study of Australian graduate nurses. **Nurse Education Today**, v. 35, n. 5, p. e21-e26, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.012>>. Acesso em: 4 maio 2015.

SANTIAGO, T.H.R.; TURRINI, R.N.T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. esp., p. 123-130, 2015.

SANTOS, S. M. P.; SOUSA, V.; RUEDA, F. J. M. Burnout e sua relação com o clima organizacional em funcionários de um hospital. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 1, 2015.

SANTOS, V. L.; CAMELO, S. H. H. A competência da liderança em enfermagem: conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. **Revista EnfermagemUERJ**, v. 21, n. 4, p. 533-539, 2013.

SCHATKOSKI, A. M. et al. Safety and protection for hospitalized children: literature review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 410-416, 2009.

SCHMIDT, D. R. C. et al. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 13-17, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2017.

SCHNEIDER, B.; EHRHART, M. G.; MACEY, W. H. Organizational climate and culture. **Annual Review of Psychology**, v. 64, p. 361-388, 2013.

SCHRADER, G. *et al.* Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 222-228, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2017.

SCHWENDIMANN, R. et al. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. **BMJ Quality & Safety**, p. bmjqs-2011-000446, jul. 2012.

SERRA, J. N.; BARBIERI, A. R.; CHEADE, M. F. M. Situação dos hospitais de referência para implantação/funcionamento do núcleo de segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, 2016.

SILVA, C.R.A. **Erros de medicação no processo de assistência hospitalar em UTI neonatal**. 2010. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, E. S.; PEREIRA, M. G. N.; MUNHOZ, C. J. M. R. Os erros de medicação cometidos pelo profissional de enfermagem: como atuar nessa questão? **Revista Internacional em Saúde Coletiva**, v. 6, n. 6, p. 633-41, 2014.

SILVA, L. D.; CAMERINI, F. G. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300019>>. Acesso em: 4 maio 2017.

SILVA, L.D. Segurança do paciente no contexto hospitalar. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 291-2, jul./set. 2012.

SILVA, U. L.; OLIVEIRA, A. F. Qualidade de Vida e Valores nas Organizações: Impactos na Confiança do Empregado. **PsicologiaCiência eProfissão**, Brasília, v. 37, n. 1, p. 7-17, jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2017.

SILVEIRA, A. L. P. et al. Burnout Syndrome: consequences and implications of an increasingly prevalent reality in health professionals' lives. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 3, p. 275-84, 2016.

SIQUEIRA, V. T. A.; KURCGANT, P. Job Satisfaction: a quality indicator in nursing human resource management. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 151-157, 2012.

SODRE, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 365-380, jun. 2013.

SORRA, J.; NIEVA, V. F. **Hospital survey on patient safety culture**. Rockville, MD: AHRQuality, 2004. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>>. Acesso em: 22 out. 2017.

SOUZA, F. T. et al. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 152-162, 2014.

SOUZA, R. B. et al. Organização e liderança no trabalho do enfermeiro: percepção de enfermeiros e técnicos de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 3, n. 2, p. 687-695, maio/ago. 2013.

SOUZA, S. et al. Use of safety strategies to identify children for drug administration. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. 6-11, 2014.

STONE, P.W.; DU, Y.; GERSHON, R.R. Organizational Climate and Occupational health outcomes in hospital nurses. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 49, n. 1, p. 50-8, 2007.

TECLAW, R. et al. Employee age and tenure within organizations: relationship to workplace satisfaction and workplace climate perceptions. **The Health Care Manager**, v. 33, n. 1, p. 4-19, 2014.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 44, n. 1, p. 139-46, 2010.

TOMAZONI, A. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectiva da equipe de enfermagem e médica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 755-63, set. 2014.

VALERETTO, F. A.; PARRECHI, M. C. T. O papel do enfermeiro na prevenção de riscos ergonômicos nas empresas. In: ENCONTRO MINEIRO DE ESTUDOS EM ERGONOMIA, 3.,2013, Viçosa, MG. **Anais...** Viçosa: UFV, 2013, p. 1-8.

VENTURA,C. M. U.;ALVES,J. G. B.; MENESES,J. D. A. Eventos adversos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**,v. 65, n. 1, p. 49-55, 2012.

VIANA, D. M. S. et al. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 5, n. 2, p. 1658-1668, maio/ago. 2015.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos.1. ed. São Caetano do Sul: Editora Yendis, 2009. 87 p.

VRIES, E. N. et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: systematic review. **Quality Safety & Health Care**, v. 17, n. 3, p. 216-223, 2008.

WANG, S.; LIU, Y.; WANG, L. Nurse burnout: personal and environmental factors as predictors. **International journal of nursing practice**, v. 21, n. 1, p. 78-86, 2015.

WATCHER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WEGNER,W.; PEDRO,E.N.R. Patient safety in care circumstances:prevention of adverse events in the hospitalization of children.**Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n.3, p. 427-34, 2012.

WEGNER,W.;SILVA,T. Segurança e proteção da criança e família na unidade de tratamento intensivopediátrico.In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICO E NEONATAL, 3.; 2009, Florianópolis. **Anais...**Florianopolis: SOBEP, 2009. p. 298-300.

WEINGART, C. et al. Making good better: implementing a standardized handoff in pediatric transport. **Air medical journal**, v. 32, n. 1, p. 40-46, 2013.Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.amj.2012.06.005>>. Acessoem: 2016 jul. 6.

WILSON, S. et al. The effect of nurse staffing on clinical outcomes of children in hospital: a systematic review. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, v. 9, n. 2, p. 97-121, 2011.

WONG, C. A.; CUMMINGS, G. G.; DUCHARME, L. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. **Journal of Nursing Management**, v. 21, n. 5, p. 709-724, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.**More than words**: conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Geneva: WHO, 2009.

_____. World alliance for patient safety.**Forward programme 2008-2009**. Geneva: WHO, 2008. 80 p.

YAMAMOTO, M. S.; PETERLINI, M. A. S.; BOHOMOL, E. Notificação espontânea de erros de medicação em hospital universitário pediátrico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 6, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/a06v24n6.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2016.

ZAHEER, S. et al. Patient safety climate (PSC) perceptions of frontline staff in acute care hospitals: Examining the role of ease of reporting, unit norms of openness, and participative leadership. **Health Care Management Review**, v. 40, n. 1, p. 13-23, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico e profissional

1. Sexo: 1 () Masculino 2 () Feminino
2. Estado Civil: 1 () Casado/união estável 2 () Solteiro 3 () Divorciado 4 () Viúvo
3. Idade atual: _____
4. Categoria profissional: 1 () Enfermeiro (a) 2 () Técnico/auxiliar de enfermagem
5. Quanto tempo de formado em enfermagem ou no curso técnico/auxiliar? (em anos) _____
6. Tempo de atividade no serviço atual (em anos): _____
7. (Só para enfermeiros) Possui pós-graduação? 1 () Sim 2 () Não.
Se sim, Qual e em que instituição cursou? _____
8. Quantos empregos possui atualmente? _____
9. Carga horária semanal de trabalho: _____ horas por semana.
10. Tipo de Vínculo Empregatício:
 - 1 () Trabalho Sem Vínculo/Cooperado
 - 2 () Concursado SESA
 - 3 () Concursado Ministério de Saúde
 - 4 () Outro: _____
11. Qual setor em que trabalha?
 - 1 () Internação Pediátrica (1º andar)
 - 2 () Médio risco (4º andar)
12. Já ocupou cargo de chefia? 1 Sim () 2 Não ()

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Caro (a) Trabalhador:

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Análise dos fatores intervenientes no processo de trabalho de enfermagem no contexto hospitalar: enfoque nas medidas de comportamento organizacional e sua relação com a segurança do paciente”**, cujo objetivo geral é: analisar o processo de trabalho da Enfermagem em hospital público de ensino, mediante avaliação do comportamento organizacional dos trabalhadores da equipe, com ênfase em instrumentos de medida validados para o contexto brasileiro.

Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a um questionário e a uma entrevista sobre a temática: comportamentos e atitudes, satisfação e envolvimento no trabalho em Enfermagem. Também solicitamos gravá-la, caso o (a) Sr. (a) concorde e autorize.

Os riscos inerentes à participação nesta pesquisa podem ser insatisfação relacionada a medo de eventuais repercussões e perda de tempo. Nesse caso, estaremos preparadas para intervir sugerindo a suspensão da entrevista, concedendo um tempo para que você se recomponha e deixando-o à vontade para decidir sobre sua participação no estudo. Por outro lado, benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação: reflexão contínua sobre a temática do Comportamento Organizacional na Enfermagem e suas implicações na Gestão de Pessoas e na Qualidade na prática assistencial dos profissionais inseridos na pesquisa; desenvolvimento técnico, científico, ético e humano da enfermagem no âmbito da gestão; garantia de *feedback* ao serviço de enfermagem quanto aos resultados alcançados; e construção e validação de indicadores de gestão de pessoas para uma prática de enfermagem segura.

Vale ressaltar que sua participação é voluntária e que todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. O (a) Sr. (a) poderá, a qualquer momento, deixar de participar deste estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, pode entrar em contato com as pesquisadoras através dos seus telefones: Roberta Meneses Oliveira: (85) 8725 3983 e Ilse Tigre de Arruda Leitão (85) 88917766.

O Comitê de Ética do Hospital Geral de Fortaleza encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (085) 3101.3344 – Endereço Rua. Ávila Goulart, 900 - Papicu, CEP: 60.175-295 – Fortaleza – Ceará. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

ANEXOS

ANEXO A – Escala de Clima Organizacional para Profissionais de Saúde

Essa é uma Pesquisa de Clima Organizacional. Por gentileza, responda às perguntas abaixo de acordo com a seguinte escala:

1-Discordo Totalmente	2-Discordo Levemente	3- Nem concordo nem discordo	4-Concordo levemente	5-Concordo totalmente
----------------------------------	---------------------------------	---	---------------------------------	----------------------------------

continua

Itens	Resposta				
	1	2	3	4	5
1. Meu chefe trata de forma justa e adequada seus servidores.					
2. Confio nas decisões tomadas pelo meu chefe.					
3. Meu chefe tem capacidade de motivar a equipe.					
4. Meu chefe aceita sugestões para melhoria do trabalho.					
5. Meu chefe encara os erros não propositais como oportunidade de crescimento.					
6. Meu chefe conhece bem os aspectos técnicos do seu trabalho.					
7. Meu chefe me mantém informado sobre as metas da Unidade.					
8. Recebo elogios do meu chefe pela qualidade do meu trabalho.					
9. Meu chefe tem uma visão clara para onde estamos indo e como fazer para chegar lá.					
10. Participo das decisões que atingem o meu trabalho.					
11. A comunicação com meu chefe é fácil e aberta.					
12. Sou informado sobre a contribuição do meu trabalho para os resultados da minha Unidade.					
13. Existe igualdade de tratamento entre chefia e subordinados.					
14. Sou avaliado de acordo com os resultados do meu trabalho.					
15. Sou informado pelo meu chefe sobre os assuntos relativos à Unidade na qual trabalho					
16. A chefia envolve as pessoas em decisões que afetam os diferentes aspectos do trabalho (ambiente de trabalho, segurança, remuneração, estratégias, etc).					
17. Considero que os servidores se sentem livres para expressar abertamente suas opiniões.					
18. O que tenho aprendido nos treinamentos oferecidos na Unidade melhora minhas condições de trabalho.					
19. O que tenho aprendido nos treinamentos oferecidos pela Secretaria melhora minha produtividade.					
20. Os programas de treinamento e desenvolvimento têm procurado desenvolver o potencial técnico dos servidores da Secretaria.					
21. Os programas de treinamento e desenvolvimento têm procurado desenvolver o potencial humano dos servidores da Secretaria.					
22. Os últimos treinamentos que recebi pela secretaria atenderam às minhas expectativas.					
23. Os conhecimentos que adquiro em programas de treinamento e desenvolvimento são aplicados no meu trabalho.					
24. Participo do levantamento de minhas necessidades de treinamento e desenvolvimento.					
25. Os programas de treinamento e desenvolvimento preparam realmente o profissional para desempenhar as atividades do cargo que ocupa.					
26. Os treinamentos preparam o indivíduo para adaptar-se a sua Unidade.					

continuação

Itens	Resposta				
	1	2	3	4	5
27. Na minha Unidade existe plano de treinamento e desenvolvimento para todos os servidores.					
28. Realizo o meu plano de treinamento e desenvolvimento de forma negociada.					
29. O trabalho da minha equipe é bem distribuído entre os servidores.					
30. Sou acolhido como um importante membro da minha equipe de trabalho.					
31. Na minha equipe existe cooperação para o alcance da metas.					

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS FATORES INTERVENIENTES NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR: enfoque nas medidas de comportamento organizacional e sua relação com a segurança do paciente

Pesquisador: Roberta Meneses Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52900016.5.0000.5040

Instituição Proponente: Hospital Geral de Fortaleza/SUS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.408.233

Apresentação do Projeto:

Projeto guarda-chuva envolvendo pesquisa descritiva, analítica, com abordagem quanti-qualitativa.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o processo de trabalho da Enfermagem em hospital público de ensino, mediante avaliação do comportamento organizacional dos trabalhadores da equipe, com ênfase em instrumentos de medida validados para o contexto brasileiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora os riscos são de sentir incomodada/cansada de responder as perguntas, porém será minimizado interrompendo a entrevista. E como benefício, será o subsídio para outros estudos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e viável

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Anexou todos os termos de apresentação obrigatória

Recomendações:

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.406.233

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendencias

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_657707.pdf	01/02/2016 19:14:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclehgf.docx	01/02/2016 19:11:28	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Outros	liberacaodrartur.pdf	01/02/2016 19:08:28	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoHgf.docx	01/02/2016 19:08:03	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostohgf.pdf	01/02/2016 19:07:37	Roberta Meneses Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 14 de Fevereiro de 2016

Assinado por:

Ilvana Lima Verde Gomes
(Coordenador)

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br