



MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

JORGE MARCELO DA CRUZ OLIVEIRA MOTTA

**INFLUÊNCIAS DO CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE SOBRE O
DESEMPENHO INDIVIDUAL NO TRABALHO, EM ORGANIZAÇÕES
HOSPITALARES: UMA ANÁLISE UTILIZANDO O MODELO DE EQUAÇÕES
ESTRUTURAIS**

Salvador
2024

JORGE MARCELO DA CRUZ OLIVEIRA MOTTA

**INFLUÊNCIAS DO CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE SOBRE O
DESEMPENHO INDIVIDUAL NO TRABALHO, EM ORGANIZAÇÕES
HOSPITALARES: UMA ANÁLISE UTILIZANDO O MODELO DE EQUAÇÕES
ESTRUTURAIS**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Administração do Programa de Pós Graduação em Administração da Universidade Salvador – UNIFACS, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Miguel Angel Rivera Castro.
Coorientador: Prof. Dr. Lindomar Pinto da Silva.

Salvador
2024

FICHA CATALOGRÁFICA

(Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UNIFACS Universidade Salvador)

Motta, Jorge Marcelo da Cruz Oliveira

Influências do clima de segurança do paciente sobre o desempenho individual no trabalho, em organizações hospitalares: uma análise utilizando o modelo de equações estruturais./ Jorge Marcelo da Cruz Oliveira Motta. – Salvador: Unifacs, 2024.

119 f.: il.

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Administração do Programa de Pós Graduação em Administração da Universidade Salvador – UNIFACS, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Miguel Angel Rivera Castro.

Coorientador: Prof. Dr. Lindomar Pinto da Silva.

1. Administração. 2. Desempenho individual. 3. Comprometimento afetivo. 4. Organizações hospitalares. 5. Clima de segurança do paciente. I. Castro, Miguel Angel Rivera, orient. II. Silva, Lindomar Pinto da, coorient. III. Título.

CDD: 658

JORGE MARCELO DA CRUZ OLIVEIRA MOTTA

INFLUÊNCIAS DO CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE SOBRE O
DESEMPENHO INDIVIDUAL NO TRABALHO, EM ORGANIZAÇÕES
HOSPITALARES: UMA ANÁLISE UTILIZANDO O MODELO DE EQUAÇÕES
ESTRUTURAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Salvador – UNIFACS, como requisito final para obtenção de título e grau de Mestre à seguinte banca examinadora:

Miguel Angel Rivera Castro – Orientador _____
Doutor em Energia e Ambiente pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e em Economia pela Universidade de Santiago de Compostela
Universidade Salvador – UNIFACS

Lindomar Pinto da Silva - Coorientador _____
Doutor em Administração pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Universidade Salvador – UNIFACS

Fábio Campos Aguiar – Membro Externo _____
Doutor em Administração pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Rede InovarH/Ba, Universidade Federal da Bahia – UFBA

Salvador, 11 de março de 2024.

Aos meus filhos, Beatriz, Luísa, Letícia e Matheus, para que nunca esqueçam que a vida é um aprendizado constante, e que sempre, sempre mesmo, vale a pena aprender.

Ao meu segundo pai, Fábio Motta (*i.m*), e à minha segunda mãe, Mercedes Mendonça (*i.m*), amores inesquecíveis.

*“Faça sempre o teu melhor, nas condições que
você tem, enquanto você não tem condições
melhores, para conseguir fazer melhor ainda”*

Mário Sérgio Cortella

*“A maior recompensa para o trabalho do homem
não é o que ele ganha com isso, mas o que ele se
torna com isso”*

John Ruskin (1819-1900)

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos iniciais vão para o meu Deus, meu pai, a quem amo e respeito acima de tudo, com todo meu coração, minha alma e minha mente. Inteligência suprema, fonte infindável de amor, luz e inspiração, minha eterna gratidão por estar comigo sempre, mesmo nas horas em que não mereci.

Agradeço a minha esposa Ticiania Lima, mulher de fibra e amorosa, que se dedica ao máximo a mim e a nossa família, muitas vezes esquecendo-se de si mesma. Obrigado por todos os momentos juntos e pelo auxílio nessa caminhada, você soube transformar, com leveza, minhas dificuldades em força pra seguir.

Não poderia deixar de agradecer aos meus pais, Alba e Celso, que sempre se sacrificaram por mim e por meus irmãos, ensinando-nos, numa vida de muitas lutas e desafios, a importância da família e dos estudos na construção de pessoas de bem em prol de um mundo melhor, mais justo e equânime.

Da mesma forma agradeço a minha irmã Andréa, que, já tendo trilhado brilhantemente esse caminho, sempre procurou me auxiliar com dicas sobre como fazê-lo. Sei que nunca estivemos sozinhos irmã, e que nunca estaremos.

Meus agradecimentos especiais ao meu orientador, Prof. Dr. Miguel Angel Rivera Castro, um cara realmente diferenciado e brilhante que me apresentou aos métodos quantitativos de pesquisa em administração. Muito obrigado, professor, por ter acreditado em mim, mesmo quando eu duvidei, e por sempre ter estado disponível para clarear o caminho, com assertividade e lucidez. Espero não ter decepcionado você!

Aos meus queridos professores e colegas de mestrado, as experiências que compartilhamos nessa caminhada me fez crescer muito.

À Sra. Tereza Valente e à Dra. Lícia Cavalcanti, representando, nesse momento, todos os integrantes do Hospital Jorge Valente e do Hospital do Subúrbio, meu muito obrigado pelo acolhimento e pela generosidade que possibilitaram a realização dessa pesquisa.

A todos vocês, sou eternamente grato!

RESUMO

Introdução: Inserida num setor de alto risco intrínseco, a gestão de organizações hospitalares se torna, cada vez mais, complexa e desafiadora. Nesse ambiente, infelizmente, práticas inseguras não são infrequentes, e propiciam a ocorrência de eventos adversos que atingem os diferentes *stakeholders* e prejudicam o negócio, acarretando transtornos individuais e coletivos, econômicos ou não, significativos para a sociedade. No início do séc. XXI, a segurança do paciente ganhou ênfase global como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde, e a cultura de segurança foi identificada como uma prioridade. Para a teoria da administração, a cultura e o clima organizacionais destacam-se como fenômenos de grande interesse e importância, que delineiam e orientam o comportamento dos indivíduos nas organizações. A cultura e o clima de segurança do paciente apresentam-se como um recorte particular do fenômeno cultural nas organizações hospitalares, sendo reconhecidos empiricamente como elementos indispensáveis para a estruturação dos serviços. Nessa perspectiva, faz-se necessário maior envolvimento e comprometimento dos profissionais de saúde, destacando-se, assim, a importância do desempenho individual no trabalho (DIT). No âmbito científico, os estudos sobre clima de segurança do paciente (CSP) dedicam-se prioritariamente a revisões sobre o tema e mensurações desse construto, havendo lacunas na análise objetiva dos seus impactos potenciais. Assim, conhecer melhor as relações de influência entre o CSP e o DIT surge como necessidade preponderante para as organizações do setor saúde e relevante tema para o meio acadêmico científico. **Objetivo geral:** compreender as influências do CSP sobre o DIT, nas organizações hospitalares, na cidade de Salvador-Ba, em 2023. **Objetivos específicos:** verificar o CSP como um construto de segunda ordem, a partir de suas dimensões, e avaliar as influências do comprometimento afetivo no trabalho (CAT), na mediação das relações entre o CSP e o DIT. **Metodologia:** pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, que usa a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e a Modelagem de Equações Estruturais (MEE) na investigação das relações entre os construtos de interesse, em três modelos analíticos dedicados para cada dimensão do DIT. Utilizou-se questionário com componentes individuais e do sistema organizacional, para medir os construtos sob investigação, sendo a participação voluntária e livremente consentida. **Resultados:** com 1.163 observações, a AFC demonstrou consistência e confiabilidade das variáveis medidas. O CSP foi confirmado como construto de segunda ordem, considerando suas dimensões mensuradas (p-valor <0,001). A MEE demonstrou correlações significativas entre os construtos (p-valor <0,001), com efeito direto positivo do CSP sobre o DIT nas dimensões tarefa ($\beta +0,620$) e contextual ($\beta +0,446$), e efeito direto negativo sobre o comportamento contraproducente ($\beta +0,456$, em análise invertida). Constatou-se efeito positivo direto do CSP sobre o CAT, nos três modelos estudados (β entre +1,487 e +1,792, p-valor <0,001). A mediação do CAT foi favorável apenas nos modelos das dimensões tarefa e contextual (p-valor <0,001). Em relação ao comportamento contraproducente, o CAT influenciou desfavoravelmente, com um efeito indireto positivo, em análise invertida ($\beta -0,120$, p-valor <0,05), apesar do efeito total do modelo manter um efeito negativo ($\beta +0,337$, em análise invertida, p-valor <0,001), por conta do papel inibidor direto do CSP. Os efeitos totais, nos modelos estudados, foram favoráveis a um maior DIT (p-valor < 0,001). **Conclusão:** O CSP foi confirmado como um construto de extrema importância para a gestão das organizações hospitalares, capaz de influenciar favoravelmente o Comprometimento Afetivo e Desempenho Individual dos profissionais, com efeitos positivos sobre as dimensões tarefa e contexto, e desestimulando o comportamento contraproducente. O efeito mediador do Comprometimento Afetivo foi confirmado, sendo favorável apenas nas dimensões tarefa e contextual.

Palavras-chave: Clima de segurança do paciente, desempenho individual, comprometimento afetivo, organizações hospitalares.

ABSTRACT

Introduction: Inserted in a sector with high intrinsic risk, the management of hospital organizations becomes increasingly complex and challenging. In this environment, unfortunately, unsafe practices are not infrequent, and lead to the occurrence of adverse events that affect different stakeholders and harm the business, causing individual and collective disruptions, economic or otherwise, that are significant for society. At the beginning of the 21st century, patient safety has gained global emphasis as a fundamental dimension of healthcare quality, and safety culture has been identified as a priority. For administration theory, organizational culture and climate stand out as phenomena of great interest and importance, which outline and guide the behavior of individuals in organizations. Culture and patient safety climate present themselves as a particular aspect of the cultural phenomenon in hospital organizations, being empirically recognized as indispensable elements for structuring services. From this perspective, greater involvement and commitment from health professionals is necessary, thus highlighting the importance of individual work performance at work (IWP). In the scientific sphere, studies on patient safety climate (PSC) are primarily dedicated to reviews on the topic and measurements of this construct, with gaps in the objective analysis of its potential impacts. Therefore, better understanding the relationships of influence between the PSC and the IWP emerges as a preponderant need for organizations in the health sector and a relevant topic for the scientific academic world. **General objective:** to understand the influences of PSC on IWP, in hospital organizations, in the city of Salvador-Ba, in 2023. **Specific objectives:** verify PSC as a second-order construct, based on its dimensions, and evaluate the influences of affective commitment at work (AFW), in mediating the relationships between PSC and IWP. **Methodology:** descriptive research, with a quantitative approach, which uses Confirmatory Factor Analysis (CFA) and Structural Equation Modeling (SEM) to investigate the relationships between the constructs of interest, in three analytical models dedicated to each dimension of the IWP. A questionnaire with individual components and the organizational system was used to measure the constructs under investigation, with participation being voluntary and freely consented. **Results:** with 1,163 observations, the CFA demonstrated consistency and reliability of the measured variables. CSP was confirmed as a second-order construct, considering its measured dimensions (p-value <0.001). The SEM demonstrated significant correlations between the constructs (p-value <0.001), with a positive direct effect of CSP on DIT in the task ($\beta +0.620$) and contextual ($\beta +0.446$) dimensions, and a negative direct effect on counterproductive behavior ($\beta +0.456$, in inverted analysis). A direct positive effect of CSP on CAT was found in the three models studied (β between +1.487 and +1.792, p-value <0.001). CAT mediation was favorable only in the task and contextual dimension models (p-value <0.001). In relation to counterproductive behavior, CAT influenced unfavorably, with a positive indirect effect, in an inverted analysis ($\beta -0.120$, p-value <0.05), despite the total effect of the model maintaining a negative effect ($\beta +0.337$, in inverted analysis, p-value <0.001), because of the direct inhibitory role of CSP. The total effects, in the models studied, were favorable to a greater DIT (p-value <0.001). **Conclusion:** PSC was confirmed as an extremely important construct for the management of hospital organizations, capable of favorably influencing the Affective Commitment and Individual Work Performance of professionals, with positive effects on the task and context dimensions, and discouraging counterproductive behavior. The mediating effect of Affective Commitment was confirmed, being favorable only in the task and contextual dimensions.

Keywords: Patient safety climate, individual work performance, affective commitment, hospital organizations

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - Diferenças e interfaces entre as pesquisas de cultura e clima organizacionais	35
Figura 2 - Teoria das diferenças individuais no desempenho na tarefa e contextual	41
Quadro 1 - Visão Geral das Perspectivas no Desempenho	43
Figura 3 - Cultura de Segurança do Paciente, e seus níveis, em organizações hospitalares	56
Figura 4 - Clima de Segurança do Paciente e suas dimensões	57
Figura 6 - Modelo Geral de Análise	59
Figura 7 - Modelo Específico de Análise 1	62
Figura 8 - Modelo de Específico de Análise 2	62
Figura 9 - Modelo Específico de Análise 3	63
Quadro 2 - Hipóteses sob investigação	64
Figura 10 - Diagrama de representação para o Modelo de Segunda Ordem.....	73
Quadro 3 - Situações das hipóteses investigadas a partir dos resultados da Modelagem de Equação Estrutural.....	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil da Amostra – Dados Gerais	67
Tabela 2 - Perfil da Amostra – Dados da Prática Laboral	68
Tabela 3 - Análise Fatorial Confirmatória – Cargas Fatoriais - Indicadores das Dimensões do Clima de Segurança do Paciente (CSP).....	71
Tabela 4 - Análise Fatorial Confirmatória - Cargas Fatoriais - Dimensões do Clima de Segurança do Paciente (CSP) como variáveis de primeira ordem	72
Tabela 5 - Análise Fatorial Confirmatória – Avaliação Complementar - Clima de Segurança do Paciente (CSP) como variável de segunda ordem	73
Tabela 6 - Regressão - Clima de Segurança do Paciente e suas dimensões teóricas	74
Tabela 7 - Cargas Fatoriais e R-quadrados - Variáveis e Itens do Modelo Específico de Análise 1	75
Tabela 8 - Análise de Ajuste de Modelo - Modelo 1 – Clima de Segurança do Paciente e Desempenho Individual na Tarefa.....	76
Tabela 9 - Resultados da Modelagem de Equações Estruturais - Modelo Específico de Análise 1	77
Tabela 10 - Cargas Fatoriais e R-quadrados - Variáveis e Itens do Modelo Específico de Análise 2	78
Tabela 11 - Análise de Ajuste de Modelo - Modelo 2 – Clima de Segurança do Paciente e Desempenho Individual Contextual	79
Tabela 12 - Resultados da Modelagem de Equações Estruturais - Modelo Específico de Análise 2	80
Tabela 13 - Cargas Fatoriais e R-quadrados - Variáveis e Itens do Modelo Específico de Análise 3	81
Tabela 14 - Análise de Ajuste de Modelo - Modelo 3 – Clima de Segurança do Paciente e Comportamento Contraproducente.....	82
Tabela 15 - Resultados da Modelagem de Equações Estruturais - Modelo Específico de Análise 3	83
Tabela 16 - Regressões dos Modelos Estudados através da Modelagem de Equações Estruturais	85
Tabela 17 - Diferentes efeitos do CSP sobre o Desempenho Individual - Modelagem de Equação Estrutural	86

LISTA DE SIGLAS, ACRÔNIMOS E ABREVIATURAS

AFC	Análise Fatorial Confirmatória
β	Beta
BA	Bahia
CAT	Comprometimento Afetivo com o Trabalho
CFA	<i>Confirmatory Factor Analysis</i>
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CLT	Consolidação de Leis Trabalhistas
COMPAF	Comprometimento Afetivo no Trabalho
COMPCONT	Comportamento Contraproducente
CQS	Gestão de Qualidade e Segurança
CS	Clima de Segurança
CSP	Clima de Segurança do Paciente
CT	Condições de Trabalho
CTE	Clima de Trabalho em Equipe
DESINDCONT	Desempenho Individual Contextual
DESINDT	Desempenho Individual na Tarefa
Df	Graus de Liberdade
DIT	Desempenho Individual no Trabalho
EA	Eventos Adversos
EUA	Estados Unidos da América
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IPWQ	<i>Individual Work Performance Questionnaire</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MEE	Modelagem de Equações Estruturais
MS	Ministério da Saúde
NOTIVISA	Notificações em Vigilância Sanitária
OCQ	<i>Organizational Commitment Questionnaire</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONA	Organização Nacional de Acreditação
PE	Percepção de Estresse
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPP	Parceria Público Privada
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SEM	<i>Structural Equation Modeling</i>
SRMR	<i>Standardized Root Mean Square Residual</i>
ST	Satisfação no Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Estudo
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
χ^2	qui-quadrado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	23
2.1 A CULTURA E O CLIMA NAS ORGANIZAÇÕES	24
2.2 A CULTURA E O CLIMA DE SEGURANÇA E SUAS RELAÇÕES COM AS ORGANIZAÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	27
2.3 A CULTURA E O CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	31
2.3.1 Mensurando o Clima de Segurança do Paciente	35
2.3.1.1 O <i>Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006</i>.....	36
2.4 DESEMPENHO INDIVIDUAL NO TRABALHO	38
2.4.1 Fatores que impactam o desempenho individual nas organizações.....	44
2.4.2 Medindo o desempenho individual no trabalho – o <i>individual work performance questionnaire</i>	52
2.5 ARTICULAÇÕES ENTRE CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E O DESEMPENHO INDIVIDUAL NO TRABALHO	54
3 METODOLOGIA.....	61
3.1 MODELOS ESPECÍFICOS DE ANÁLISE E SUAS HIPÓTESES	61
3.2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	64
3.3 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	66
3.4 INSTRUMENTO DE MEDIDA	68
3.5 MEDIÇÃO APLICADA AOS MODELOS	70
3.5.1 Modelo do Clima de Segurança do Paciente e suas dimensões	70
3.5.2 Modelos específicos de análise.....	74
4 ANÁLISE DE RESULTADOS.....	84
5 DISCUSSÃO	89
6 CONCLUSÃO.....	97
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICE A - CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA	111
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	112
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE INVESTIGAÇÃO	113
ANEXO A - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA – HOSPITAL PÚBLICO.....	117
ANEXO B - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA – HOSPITAL PRIVADO.....	118

1 INTRODUÇÃO

Inserida num setor de alto risco intrínseco, no qual a prestação de serviços está intimamente vinculada à preservação da saúde e do bem estar humanos, a gestão de organizações hospitalares tem se tornado cada vez mais desafiadora, em todo o mundo. Dentre outros aspectos, pode ser caracterizada como uma atividade certamente difícil e trabalhosa, em função da complexidade e da abrangência observadas, com a particular necessidade de reunir e alinhar múltiplos interesses, nem sempre convergentes (Tanaka; Tamaki, 2012).

No Brasil, esse cenário é potencialmente agravado por alguns elementos, tais como as dimensões continentais do país, seu elevado quantitativo populacional e suas importantes desigualdades econômicas e socioculturais. Como resultante, notam-se características que reforçam os desafios enfrentados pela gestão das instituições e organizações de saúde, tais como a diversidade do perfil epidemiológico da população; a distribuição irregular dos recursos humanos e tecnológicos no território nacional, com uma maior concentração *per capita* nas capitais; a disponibilidade limitada de recursos financeiros destinados à assistência à saúde; dentre outras.

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro pode ser representado por dois macrocomponentes, um público e outro privado. Na esfera pública, a assistência é garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sistema detentor de princípios como a universalidade e a equidade, que se encontra distribuído em uma rede hierarquizada de serviços, predominantemente utilizado pela população mais pobre e de baixa renda. De maneira complementar, tem-se o sistema privado, que é utilizado por uma minoria da população, de média e alta renda, possuidora de planos e seguros de saúde particulares. Importante ressaltar que ambos os segmentos podem se articular na prestação dos serviços, interagindo a partir de convênios e concessões, enquadrados sob diferentes modelos alternativos de gestão, a exemplo das gestões indiretas de serviços públicos feitas através de organizações sociais ou por meio de parcerias público privadas.

De um modo geral, sem desmerecer a participação das unidades ambulatoriais e outras unidades da rede de atenção primária e secundária, os hospitais ocupam um papel de destaque na estrutura assistencial de média e alta complexidades na saúde, utilizando-se, para tanto de equipes multiprofissionais amplas, suportadas por alta tecnologia, muitas vezes com a disponibilidade de técnicas e equipamentos de última geração. Em uma única organização hospitalar, é possível verificar uma inúmera variedade de serviços disponibilizados aos

usuários/clientes, tanto nas práticas assistenciais diretas, relacionadas à atividade fim, quanto naquelas não assistenciais, que compõem as atividades meio e de apoio.

Mesmo que caibam o aprimoramento e o desenvolvimento de alguns de seus processos, no Brasil, a significância da estrutura da rede hospitalar pode ser verificada, em parte, pela capacidade de internações em leitos do SUS, com os seus respectivos tempos médios de permanência e custos relacionados. Segundo Finkelstein e Borges (2020), entre julho de 2018 e junho de 2019, esse quantitativo foi representado por 9.275.680 pacientes internados, totalizando 63.817.613 diárias hospitalares, com uma média de 6,3 dias de internação, a um custo total de aproximadamente R\$ 183 bilhões.

Faz-se importante destacar que as atividades desenvolvidas em ambiente hospitalar oferecendo assistência a uma ampla variedade de condições clínicas e cirúrgicas, possuem a potencial propriedade de expor os pacientes a riscos clínicos e não clínicos, além de consumir significativo montante dos recursos financeiros disponíveis, tanto nas realidades da rede pública quanto privada. Nesse ambiente complexo e de risco, a ocorrência de eventos adversos, definidos como incidentes que resultam em dano aos pacientes, causados pelo tratamento em saúde e não pela doença ou condição clínica subjacente (Brasil, 2014), acarreta, em diferentes graus, consequências negativas ao cuidado, sejam elas de ordem qualitativa e/ou quantitativa.

De acordo com Lima Júnior *et al.* (2023), no Brasil, a prevalência de eventos adversos tem variado de 8,6% a 33,7%, com uma densidade de incidência entre 0,8 a 4,9 por 100 pacientes-dia. Entre 2014 e 2016, as notificações voluntárias de eventos, realizadas pelas organizações de saúde brasileiras no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), representaram uma relevante quantidade de ocorrências de incidentes relacionados à assistência à saúde e aos respectivos desfechos com óbito. Naqueles registros, feitos na sua maioria por hospitais, foram contabilizados 63.933 incidentes relacionados à assistência à saúde, sendo que 417 (0,6%) tiveram como desfecho o óbito (Maia *et al.*, 2018). Dentre os exemplos de eventos adversos, incluem-se os diagnósticos imprecisos, os erros de medicação, os tratamentos inadequados ou desnecessários, e as práticas clínicas inseguras, sendo a maioria dos eventos considerados evitáveis (Lima Júnior *et al.*, 2023; WHO, 2021).

Infelizmente, práticas assistenciais inseguras, que podem vir a colocar em risco a vida do paciente, não são infrequentes nas organizações de saúde, e a ocorrência de eventos adversos remete a implicações negativas que atingem pacientes, profissionais e, em última análise, a sociedade como um todo (Magalhães *al.*, 2019). Eventos relacionados ao uso de medicamentos em ambiente hospitalar, por exemplo, implicam em aumento do tempo médio de internação dos

pacientes e em custos adicionais substanciais para o sistema de saúde, justificando, assim, a adoção de esforços e investimentos para seu gerenciamento e sua prevenção. Em estudo realizado, Bates *et al.* (1997) identificaram um aumento no tempo médio de internação hospitalar de 4,6 dias, acompanhado do aumento médio nos custos de cada internação na ordem US\$ 4,6 mil, em decorrência de eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos, nos Estados Unidos da América (EUA).

No início do século XXI, com a publicação do relatório *To Err is Human* (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000), do *Institute of Medicine (IOM)*, a segurança do paciente ganhou relevância global, passando a ser reconhecida como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde (Brasil, 2014). Constatou-se, naquela oportunidade, que as ocorrências de erros e eventos adversos (EA) na prestação de serviços em saúde, relacionavam-se com importantes transtornos e prejuízos, sociais e econômicos, muitas vezes irreversíveis, aos pacientes, seus familiares e às organizações/instituições. O relatório do *IOM* apontou a ocorrência de 44 a 98 mil óbitos anualmente nos Estados Unidos da América (EUA), em decorrência de eventos adversos (Reis; Martins; Laguardia, 2013). O levantamento constatou, ainda, elevados níveis de despesas relacionadas a ocorrência de eventos adversos, chegando a valores entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais nos EUA, e, no Reino Unido e na Irlanda do Norte, a gastos da ordem de 2 bilhões de libras por ano, nesse último caso, em razão de um maior tempo de permanência de pacientes em hospitais por conta de eventos adversos (Brasil, 2014).

Progressivamente, evidenciou-se a necessidade de sistemas e serviços de saúde com qualidade, nos quais as organizações hospitalares estivessem, cada vez mais, estruturadas a partir de modelos de gestão e modelos assistenciais bem definidos, alinhados e integrados, capazes de mitigar os riscos clínicos e não clínicos do negócio, garantindo, assim, uma maior segurança para as diferentes partes interessadas e para a sociedade. Para Kohn, Corrigan e Donaldson (2000 *apud* Reis; Martins; Laguardia, 2013), a qualidade no cuidado em saúde pode ser representada por três domínios, nomeadamente: a segurança do paciente; práticas assistenciais consistentes, fundamentadas em conhecimento médico atualizado e baseado em evidências; e a customização dos serviços ofertados, a partir do atendimento aos valores e expectativas dos pacientes/clientes. Sendo assim, considera-se, empiricamente, que os cuidados assistenciais e as atividades de apoio das organizações de saúde, devem estar devidamente mapeados, e os potenciais riscos e perigos identificados, com as suas respectivas ações de barreira/mitigação implementadas, nos diversos macro e microprocessos organizacionais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), reconhecendo a relevância do tema, estabeleceu, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), objetivando a identificação de prioridades na área da segurança do paciente, em diversas partes do mundo. Nessa linha, através do Programa de Segurança do Paciente da OMS (*WHO Patient Safety Program*), a cultura de segurança foi destacada como uma das questões prioritárias e de alta relevância para a pesquisa na área de segurança do paciente objetivando uma prática assistencial segura (Reis; Martins; Laguardia, 2013). Desde então, diferentes estratégias vêm sendo propostas e adotadas, por instituições e organizações, com o intuito de melhorar a performance dos serviços de saúde de maneira adequada, equilibrada e segura. A observação prática, por sua vez, sugere um olhar crítico sobre a estruturação dessas iniciativas, direcionado à necessidade de definição de objetivos suficientemente abrangentes, de maneira que se consiga reunir diferentes perspectivas relacionadas aos cuidados em saúde, destacadamente os aspectos assistenciais e financeiros, além daqueles pontos relacionados à experiência dos pacientes e também dos profissionais, sem esquecer da equidade em saúde (Mery *et al.*, 2017; Silva; Reis, 2016,).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), a partir da Portaria n. 529, de 1º. de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com vistas à qualificação do cuidado assistencial em todas as unidades de saúde brasileiras, propondo adoção de medidas específicas tais como a implementação da gestão de riscos e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde, além do estímulo à produção e difusão de conhecimento relacionado ao tema, incluindo a segurança do paciente nos cursos técnicos e de nível superior voltados a área da saúde, sem esquecer, porém, de informar e envolver a sociedade em geral nessa temática (Brasil, 2013). O Ministério da Saúde considerou, dentre outros elementos, que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente engloba princípios e diretrizes, destacando a criação de cultura de segurança (Brasil, 2013). Dessa compreensão, advém a busca pela construção da cultura e do clima de segurança do paciente nas organizações hospitalares brasileiras.

Na atualidade, a cultura de segurança continua sendo reconhecida como um elemento fundamental para quaisquer esforços sustentáveis com vistas a melhoria da segurança do paciente, nos diversos sistemas de saúde ao redor do mundo. Enquanto fenômeno capaz de inspirar a modelagem de serviços e qualificar as entregas do cuidado nas organizações de saúde, aliada a componentes como comprometimento, políticas de não culpabilidade e aprendizagem contínua, considera-se que a cultura de segurança deve estar intimamente relacionada com a

cultura organizacional, de maneira a influenciar as atitudes e práticas profissionais dos diversos *stakeholders* nas organizações de saúde (WHO, 2021).

Na literatura relacionada a teoria da administração, especialmente a partir do final do século XX, a cultura organizacional já vinha se destacando como um tema de grande interesse e relevância (Aktouf, 1994; Machado; Maranhão; Pereira, 2016). Admitindo-se, nesse aspecto, seu reconhecimento como um fenômeno capaz de orientar o comportamento dos membros da organização, delineador das condutas e das ações (Schein, 2004; Silva *et. al.*, 2018). Como será demonstrado ao longo desse estudo, a cultura organizacional pode ser compreendida como o elemento mais nuclear do conjunto cultural de cada organização. Por sua vez, a representação mais superficial desse conjunto cultural é verificada a partir de artefatos, que compõem o clima organizacional, fenômeno que, capaz de ser mensurado, possibilita a captura dos construtos relacionados à cultura nas organizações (Schein, 2004).

Dessa maneira, compreende-se que, nas organizações hospitalares, a cultura e o clima de segurança do paciente surgiram como um recorte particular da cultura e do clima organizacionais. Avaliando os problemas de segurança do paciente, dentro de uma perspectiva diagnóstica mais ampla, Reis, Martins e Laguardia (2013) reconhecem ainda haver uma lacuna sobre o tema nos hospitais brasileiros. Segundo os autores, a elevada proporção de eventos adversos evitáveis reforça a necessidade de uma cultura de segurança mais consolidada e fortalecida entre os profissionais das organizações hospitalares.

Globalmente, os profissionais de saúde vêm desempenhando suas funções em organizações hospitalares que, há pouco mais de duas décadas, com maior ou menor grau de intensidade e êxito, buscam estruturar seu ambiente a partir da cultura de segurança do paciente. De maneira geral, todavia, ainda vislumbra-se haver a necessidade de um maior envolvimento e comprometimento desses profissionais, em todos os seus níveis de atuação (Dhingra-Kumar; Brusaferrro; Arnoldo, 2021). Com isso, torna-se ainda mais relevante o compromisso das organizações hospitalares com a qualidade e a sustentabilidade dos serviços de saúde disponibilizados à população, adotando políticas e diretrizes relacionadas à segurança do paciente, sem esquecer, da mesma maneira, de aprimorar e acompanhar o desempenho individual no trabalho dos profissionais de saúde, ajustando-se à realidade de cada organização. Nessa oportunidade, considera-se o desempenho individual no trabalho como um importante construto da psicologia organizacional, de natureza multidimensional, capaz de contribuir para as atividades relevantes desenvolvidas pelas organizações, na busca pelo atingimento dos seus objetivos (Campbell; Wiernick, 2015 *apud* Ramos-Villagrasa *et al.*, 2019).

Adaptando-se a questões externas e enfrentando as suas questões internas, as organizações hospitalares e os seus integrantes constroem e modificam/adaptam o ambiente de trabalho, em um mecanismo cíclico vinculado a um propósito de melhoria contínua. Muitos dos esforços das organizações hospitalares terminam por ser materializados em certificações de qualidade, a exemplo das acreditações hospitalares, relacionadas a instituições certificadoras nacionais e/ou internacionais, tais como a Organização Nacional de Acreditação (ONA) e a *Joint Commission International (JCI)*, respectivamente (Brasil, 2014). Admite-se, por outro lado, que o gerenciamento de sistemas complexos de saúde pode ser viabilizado, através da melhor compreensão da sua estrutura, a partir da utilização das ideias de inter-relação entre os seus componentes, enquanto medida de complexidade, e da decomposição funcional, enquanto mecanismo para análise dos subcomponentes mais significativos (Kannampallil *et al.*, 2011).

Apesar das frequentes dificuldades enfrentadas tanto na busca por um cuidado em saúde mais seguro quanto na concepção e delineamento de estudos sobre o tema, a pesquisa envolvendo segurança do paciente é considerada um campo promissor. A literatura sugere que estudos sobre a cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar são cada vez mais presentes no meio científico, mesmo considerando que a investigação nessa linha necessita de diretrizes melhor estabelecidas (Reis; Martins; Laguardia, 2013). Machado, Maranhão e Pereira (2016) destacam o consenso acadêmico sobre a existência do fenômeno cultural e a sua capacidade de influenciar a organização, porém identificam uma lacuna de conhecimento reflexivo sobre sua complexidade, particularmente sob a ótica de variáveis voltadas aos trabalhadores, sua subjetividade e valores individuais.

Conforme verificado até aqui, um olhar de valorização sobre a importância de uma assistência de qualidade e segura aos clientes do setor saúde, trazido mais fortemente a partir do início do século XXI e reforçado nos últimos anos em decorrência da pandemia pela COVID-19, destaca a relevância de estudos sobre as temáticas que envolvam o clima de segurança do paciente nas organizações hospitalares. Nesse entendimento, as análises que busquem esclarecer as relações entre o clima de segurança do paciente e o desempenho individual dos profissionais de saúde no exercício de suas funções, seja em posições de gestão ou assistenciais diretas, ganham contornos de especial importância. Dessa forma, diante do contexto apresentado, o que se questiona como pergunta norteadora na presente pesquisa é: quais as influências do clima de segurança do paciente sobre o desempenho individual no trabalho dos profissionais em organizações hospitalares, do setor público e privado, na cidade de Salvador-BA, em 2023?

Para tanto, foram identificados, como campo empírico, um hospital integrante do segmento privado (Hospital Privado), e um outro hospital pertencente a rede hospitalar pública (Hospital Público), ambos localizados na cidade de Salvador-Bahia. O Hospital Privado detém um perfil geral de médio porte, com atendimento eletivo e de urgência/emergência, voltado à média e alta complexidades, sendo reconhecido como um dos pioneiros na busca pela acreditação hospitalar na Bahia, alcançando a acreditação em nível de excelência, pela ONA, há pelo menos 17 anos. Por sua vez, o Hospital Público, primeiro no setor de saúde brasileiro a adotar o modelo alternativo de gestão e operação através de Parceria Público Privada (PPP), é um hospital de grande porte, com atendimento dedicado exclusivamente aos usuários do SUS, voltado ao perfil de urgências e emergências, em média e alta complexidades, também acreditado pela ONA desde 2012, atingindo o nível de excelência há cerca de 07 anos.

Importante frisar que os hospitais acreditados pela ONA apresentam, habitualmente, modelos de gestão definidos que contemplam, entre seus elementos, a estratégia pretendida e as políticas estabelecidas de qualidade da assistência à saúde e segurança do paciente, com acompanhamento sistemático de marcadores de processo e indicadores de desempenho quantitativo e qualitativo. Portanto, verifica-se que as organizações hospitalares escolhidas como campo empírico reúnem, condições satisfatórias para o desenvolvimento do estudo, facilitando a sua operacionalização e a busca pelas evidências necessárias.

A delimitação temporal do estudo está reservada ao ano de 2023, momento em que já se passaram pouco mais duas décadas desde o reconhecimento da segurança do paciente como um assunto de relevância na agenda global do setor saúde, favorecendo, dessa forma, uma análise, mais atual e consistente, do clima de segurança do paciente e sua relação com o desempenho individual dos trabalhadores nas organizações hospitalares. Além disso, a delimitação temporal escolhida contempla o contexto do “novo normal”, experienciado após o término da pandemia relacionada à COVID 19.

O presente estudo busca, como objetivo geral, compreender quais as influências do clima de segurança do paciente (CSP), enquanto variável independente que reúne às percepções a respeito da cultura de segurança do paciente, sobre o desempenho individual no trabalho (DIT) dos profissionais no contexto organizacional hospitalar, abrangendo a realidade dos setores público e privado, na cidade de Salvador-BA, em 2023. Como objetivos específicos, têm-se a busca pela verificação do CSP como um construto de segunda ordem, a partir de suas dimensões descritas em literatura; e, a avaliação das influências do comprometimento afetivo

no trabalho, construto utilizado como variável controle/mediadora na relação entre CSP e DIT, assumindo o comprometimento como variável que sucede ao CSP e antecede o DIT.

Com isso, no campo teórico, especialmente no âmbito dos estudos organizacionais e da gestão de pessoas e relações de trabalho, a pesquisa se justifica por sua contribuição por complexificação, ampliação e aprofundamento, do conhecimento sobre o clima de segurança do paciente e suas relações com o desempenho individual e o comprometimento afetivo dos profissionais no ambiente de trabalho das organizações hospitalares, no cenário do setor saúde após a pandemia da COVID-19. De maneira complementar, ainda se vislumbra a justificativa para o estudo por sua contribuição empírica aos gestores de organizações hospitalares, públicas e privadas, que poderão utilizar-se dos achados da pesquisa para identificar eventuais pontos de atenção e oportunidades de aprimoramento na gestão. Oportuniza-se, assim, a concentração dos esforços e dos recursos disponíveis naquilo que implique em maior relevância, para uma prestação de serviço assistencial delineada por práticas mais seguras e com maior qualidade no cuidado, além de um maior ganho de desempenho.

Considerando a sua estratégia metodológica, o estudo caracteriza-se, segundo seus objetivos, como uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa. A fonte prevista, para obtenção das informações de interesse do estudo, é um questionário, aplicado a uma amostra de profissionais nas organizações hospitalares. O instrumento reúne componentes individuais e do sistema organizacional, correlacionados aos conceitos estruturantes, nomeadamente o clima de segurança do paciente e desempenho individual no trabalho, fundamentado a partir do *Safety Attitude Questionnaire – Short Form*, onde o clima encontra-se composto por seis dimensões, e do *Individual Work Performance Questionnaire*, contendo 03 dimensões do desempenho individual no trabalho (relacionadas à tarefa, ao contexto e ao comportamento contraproducente). Além disso, o instrumento permite a mensuração das variáveis relacionadas ao comprometimento afetivo com o trabalho.

De uma maneira geral, as operações de coleta e de análise de dados aplicadas na pesquisa, podem ser sintetizadas da seguinte forma: obtenção de declaração de anuência dos representantes dos hospitais escolhidos para a realização da coleta de dados, utilizando-se um instrumento formal; alinhamento com a equipe de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) dos hospitais, além das equipes de Gestão de Pessoas e Gestão da Qualidade, para estabelecimento da melhor maneira de estruturar e disponibilizar o questionário aos profissionais de saúde, de modo a facilitar e estimular a sua aplicação, com as necessárias garantias de livre e consentida participação, com total e irrestrita liberdade de expressão,

confidencialidade e confiabilidade; aplicação do instrumento de coleta em período pré-estabelecido; extração dos dados coletados e análise estatística através da Análise Fatorial Confirmatória (AFC), e da Modelagem de Equações Estruturais (MEE). Espera-se, hipoteticamente, que o Clima de Segurança do Paciente, enquanto construto de segunda ordem, influencie positivamente o Desempenho Individual no Trabalho dos profissionais nas organizações hospitalares, havendo um papel mediador positivo do comprometimento afetivo nessa relação.

O estudo empreendido encontra-se distribuído em seis seções, sinteticamente descritas nessa oportunidade. A primeira seção apresenta a introdução, contendo o tema e seu contexto, o problema de pesquisa, os objetivos (geral e específicos), além de aspectos preliminares gerais da estratégia metodológica. Na segunda seção, desenvolve-se a abordagem teórica, aprofundada a partir de uma pesquisa bibliográfica fundamentada, predominantemente, nos conceitos estruturantes, nomeadamente o Clima de Segurança do Paciente e o Desempenho Individual no Trabalho, e suas possíveis articulações, identificando-se, ao final, o modelo geral de análise proposto para o trabalho. A terceira seção versa sobre a metodologia de pesquisa e suas etapas, incluindo: o detalhamento dos modelos específicos de análise e suas respectivas hipóteses, a descrição dos procedimentos para coleta e das características da amostra estudada, além do tratamento e análise estatística dos dados obtidos. Na quarta seção, são apresentados os resultados alcançados, e avaliadas as relações entre os construtos pesquisados, permitindo-se, assim, confirmar ou refutar as hipóteses investigadas. As discussões sobre os resultados, e suas correlações com os elementos teóricos e empíricos levantados sobre o tema, encontram-se detalhadas na quinta seção. Por fim, na sexta e última seção, apresenta-se a conclusão, destacando os aspectos mais relevantes do estudo, seus achados, suas limitações e as suas possíveis contribuições para trabalhos futuros no âmbito acadêmico.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Locke (1969), pautando-se no método científico, assevera que, para ser possível entender adequadamente um determinado fenômeno, deve-se começar com uma análise conceitual, identificando, ao menos, alguns dos seus atributos e algumas das suas características, antes que determinadas quantidades específicas dele possam ser medidas ou, até mesmo, correlacionadas com outras medidas arbitrariamente escolhidas. Com esse pensamento, inicia-se essa seção, que procura desenvolver a abordagem teórica sobre o tema de pesquisa, a partir da análise dos seus conceitos estruturantes, nomeadamente o Clima de Segurança do Paciente, enquanto representação perceptível da Cultura de Segurança do Paciente, e o Desempenho Individual no Trabalho, com suas possíveis implicações nas organizações, em geral e do setor saúde. Para tanto, foi realizada uma revisão de literatura, com acesso à produção acadêmica e publicações em livros, teses, dissertações e artigos científicos, através das bases de busca do *Google Scholar*[®], *Mendeley*[®] e *PubMed*[®].

Cumprе salientar que o racional teórico sobre a Cultura e o Clima de Segurança do Paciente, verificado nessa oportunidade, envolve os conceitos e definições a respeito da cultura e do clima nas organizações, perpassando pelos temas de cultura e clima de segurança, e suas relações com setor saúde na perspectiva da dimensão de qualidade relacionada à segurança do paciente, e alcança, por fim, as observações necessárias sobre a medição da cultura e do clima de segurança do paciente nos serviços de saúde, com a apresentação do instrumento de mensuração adaptado para o presente estudo. Em sequência, a fundamentação teórica prossegue com uma análise geral sobre o Desempenho Individual no Trabalho, incluindo, além de conceitos e definições, algumas das possíveis influências sofridas por esse fenômeno, a partir de elementos relacionados a aspectos organizacionais e individuais, a exemplo dos construtos que o antecedem, especialmente a motivação, o comprometimento e a satisfação no trabalho. Sem esquecer, porém, de apresentar o ferramental necessário à medição do desempenho em suas diferentes dimensões.

Ao final dessa seção, destaca-se a articulação entre os conceitos estruturantes, com a apresentação de um modelo teórico geral, elaborado pelo autor, que apresenta e correlaciona os fenômenos investigados, sustentando, com isso, as bases necessárias ao atingimento dos objetivos definidos na presente pesquisa.

2.1 A CULTURA E O CLIMA NAS ORGANIZAÇÕES

A cultura organizacional é considerada um tema de grande interesse para os estudos em administração. Especialmente a partir da década de 1980, enfatizou-se a cultura organizacional como variável-chave na análise das organizações, com enfoque na sua relação com o desempenho organizacional (Ouchi, 1981; Pascale; Athos, 1981; Peters; Waterman, 1982). Ao longo do tempo, o assunto tem ocupado significativo destaque nas pesquisas que envolvem a teoria das organizações (Machado; Maranhão; Pereira, 2016). Aktouf (1994, p. 40) chegou a enfatizar que “[...] esta corrente da teoria da gestão continuou a se afirmar e a crescer até constituir, nos dias de hoje, quase uma área disciplinar específica, com seus especialistas, suas escolas, suas tendências, seus clássicos”.

De acordo com a literatura, percebe-se que diferentes campos do conhecimento, tais como a antropologia, a sociologia e a psicologia, têm contribuído com os estudos dedicados à cultura organizacional, sendo inúmeras as definições atribuídas a esse fenômeno, mesmo que, por vezes, possam parecer imprecisas ou distantes de um contexto operacional (Santos, 2021). Allaire e Firsirotu (1984, p. 215) chegaram a demonstrar “a qualidade porosa e ambígua das noções de cultura encontrada no campo da teoria da administração e organização”.

Ernest (1985 *apud* Santos, 2021, p. 32) define a cultura organizacional como “[...] um sistema de valores e crenças compartilhados que modelam o estilo de administração de uma empresa e o comportamento cotidiano de seus empregados”. Nesse caminho, Barney (1986) destaca a capacidade que a cultura organizacional possui de influenciar a condução do negócio, a partir das potenciais interferências sobre as escolhas dos chamados elementos-chave da organização (entre empregados, clientes, fornecedores e concorrentes), e sobre o grau de interrelação e convivência entre esses elementos e a empresa em si.

Schein (2004) conceituou o fenômeno cultural nas organizações sintetizando-o a partir de um conjunto de pressupostos básicos, assumidos pelos membros da organização como delineadores das condutas e das ações. O autor propôs a análise da cultura sob três níveis, que representam o grau de visibilidade do fenômeno cultural para o observador. No nível mais profundo do fenômeno cultural, verificam-se premissas e pressupostos básicos, contendo o inconsciente organizacional, a exemplo de crenças mais significativas, pensamentos e sentimentos envolvendo elementos como a natureza da verdade e da realidade, além da natureza humana e suas relações, circunstâncias essas capazes de figurar como determinantes de valores e atitudes. Em um nível mais superficial estão os artefatos, onde se encontram as estruturas e

os processos visíveis da organização, portanto um retrato perceptível da cultura organizacional. E, por fim, situado entre os dois níveis anteriores, encontra-se um nível intermediário contendo filosofias, estratégias e metas, que caracterizam valores de suporte desse conjunto cultural. Alguns dos pressupostos básicos existentes nas organizações são identificados, desenvolvidos e aprimorados pelos indivíduos que delas são integrantes, através do aprendizado contínuo obtido no enfrentamento das dificuldades oriundas dos fenômenos de adaptação externa e de integração interna, auxiliando, então, na composição do arcabouço cultural de cada organização (Schein, 1984).

Torna-se possível perceber que a cultura organizacional possibilita a materialização e a capilarização de valores e crenças junto aos diversos níveis organizacionais, dando certo sentido e impacto àquilo que poderia figurar como algo restrito ao campo do abstrato (Ouchi, 1981 *apud* Santos, 2021). Assim, considerando as organizações simultaneamente como “criações sociais e criadoras de significados sociais”, a cultura organizacional, assentada conceitualmente em componentes socioestruturais, culturais e individuais, pode ser entendida como uma “ferramenta poderosa para interpretar a vida e o comportamento organizacional, e para entender os processos de decadência, adaptação e mudança radical nas organizações” (Allaire; Firsirotu, 1984, p. 216).

Apesar de uma relação estreita entre si, os conceitos de cultura e clima organizacionais diferem um do outro, sendo que o clima organizacional também possui diferentes abordagens na literatura (Santos, 2021). Souza (1983, p. 68) considera que o termo clima, quando usado para “designar atmosfera de trabalho, não oferece dificuldades maiores para seu entendimento”, porém a autora assevera que “do ponto de vista científico, no entanto, há controvérsia quanto à sua conceituação, elementos constituintes e fatores causais”.

De acordo com Souza (1978 *apud* Santos, 2021, p. 39) o clima pode ser definido como “[...] um fenômeno resultante da interação cultural”, compreendendo que os diferentes componentes dos elementos culturais permitem a criação de climas diversos, com diferentes níveis de “[...] maior ou menor rigidez, realização ou emocionalidade”. Para a autora, a cultura e o clima nas organizações têm, pois, uma posição de alternância na relação de causalidade, sendo a cultura uma condição fundamental para qualidade do clima, seja sob o aspecto facilitador ou mesmo sob o caráter mais restritivo. Além disso, compreende-se que fatores externos, relacionados a condições individuais, podem igualmente impactar na qualidade do clima, sobretudo por envolver circunstâncias como satisfação e motivação, influenciando, assim, nas atitudes no trabalho.

Ainda diferenciando os dois elementos, admite-se que o clima, camada mais superficial e acessível, “tem uma natureza mais transitória, podendo aceitar intervenções de curto prazo”, enquanto que a cultura “envolve mudanças organizacionais mais profundas, e, normalmente, de longo prazo” (Santos, 2021, p. 40). Para Schein (2004), o clima é um artefato superficial, que representa os elementos mais profundos da cultura, e que, portanto, configura-se como um componente perceptível e mensurável desse fenômeno, na realidade organizacional.

O caráter mensurável do clima sustenta-se a partir da percepção, direta ou indireta, de propriedades do ambiente de trabalho por parte daqueles indivíduos que o vivenciam, destacando-se, nessa oportunidade, a sua capacidade de influenciar a motivação e o comportamento desses mesmos indivíduos (Litwin; Stringer, 1968 *apud* Santos, 2021). Tomando como exemplo a Teoria X e Y de McGregor (1980), Santos (2021) enfatiza a capacidade do clima organizacional em medir a consistência entre a cultura e os valores individuais dos empregados, podendo em última análise influenciar não apenas a motivação mas também o desempenho desses integrantes da organização.

Verifica-se, com isso, uma argumentação teórica suficientemente consistente para considerar a organização como um verdadeiro sistema vivo, em constante processo de aprendizagem e adaptação, inserida em um determinado ambiente externo com o qual se relaciona e se integra, mas também detentora de um ambiente interno formado por diferentes componentes, sendo ambos os ambientes permeados por diversos *stakeholders*. Nesse contexto, é possível admitir a cultura e o clima organizacionais como diferentes camadas de um mesmo conjunto cultural. A cultura, camada mais nuclear, representa os pressupostos básicos que sustentam e alimentam os valores e crenças da organização, enquanto que o clima, camada mais superficial, corresponde à manifestação perceptível dessa cultura, sendo passível de modificações pelos indivíduos integrantes da organização e, simultaneamente, capaz de influenciá-los, numa relação que integra características organizacionais e individuais.

No que diz respeito às possíveis direções das pesquisas sobre cultura organizacional, Smircich (1983), apresenta duas perspectivas: uma que analisa a cultura como uma variável pertencente à organização, que funciona como um instrumento capaz de ser utilizado em favor da efetividade organizacional, equilibrando sociabilidade e desempenho; e outra, que interpreta a cultura como uma metáfora, constituinte à organização, resultante de uma construção social da realidade. Machado, Maranhão e Pereira (2016) destacam o consenso acadêmico sobre a existência do fenômeno cultural e a sua capacidade de influenciar a organização, porém

identificam uma lacuna de conhecimento reflexivo sobre sua complexidade, particularmente sob a ótica de variáveis voltadas aos trabalhadores, sua subjetividade e valores individuais.

A investigação da cultura organizacional, por sua vez, admite diferentes abordagens metodológicas, qualitativas ou quantitativas, ambas possuidoras de limitações e pontos fortes. Estudos qualitativos têm sido influenciados por tradições funcionalistas e semióticas, vinculadas a antropologia, enquanto as pesquisas quantitativas têm sido, cada vez mais, desenvolvidas nos meios acadêmicos da administração, procurando, em geral, “identificar e validar dimensões da cultura, desenvolver tipologias e achar relações entre cultura e outras variáveis como desempenho organizacional” (Santos, 2021, p. 46).

Diante dos diferentes conceitos e distintas definições e abordagens relacionados à cultura e clima organizacionais, para fins dessa pesquisa, dentro de uma abordagem quantitativa, serão admitidos os entendimentos conceituais de Schein (1984, 2004), e os pontos de concordância e as considerações sobre o tema apresentados por Santos (2021), que, analisando a literatura, destacadamente identificou:

a) em relação à cultura organizacional – que se encontra singularmente presente nas organizações, representando um poderoso instrumento na tentativa de dirimir e prever o comportamento das organizações e seus membros; e, além disso, interage e influencia determinadas ações comportamentais, podendo funcionar como mecanismo de controle organizacional.

b) em relação ao clima organizacional – que caracteriza a expressão ou manifestação da própria cultura, sendo considerado como um atributo da organização, mas sob a percepção de seus integrantes; ademais, também influencia o comportamento dos membros da organização, afetando a motivação e satisfação no trabalho, podendo ser mensurável objetiva ou subjetivamente.

2.2 A CULTURA E O CLIMA DE SEGURANÇA E SUAS RELAÇÕES COM AS ORGANIZAÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

No final do século XX, a ocorrência de alguns acidentes, em diferentes tipos de indústrias fora do setor saúde, envolvendo especialmente organizações de alta confiabilidade/fiabilidade e de alto risco intrínseco (a exemplo das organizações dos setores de energia nuclear, petróleo e gás, e aviação civil), possibilitou uma discussão mais ampla, e progressivamente mais consistente, sobre cultura de segurança e seus conceitos. Destacadamente a partir do

acidente nuclear de Chernobyl em 1986, a cultura de segurança passou a ser mais difundida, quando, naquela oportunidade, as causas do acidente, apontadas pela *International Atomic Energy Agency* foram atribuídas a uma cultura de segurança frágil (Reis, 2019).

Com o passar do tempo, tornou-se inevitável a busca pela comparação entre organizações do setor saúde e as organizações de alta confiabilidade, isto é, aquelas organizações, com atuação de sucesso e baixa ocorrência de falhas, onde a cultura de segurança figura como elemento-chave, mesmo sob condições desafiadoras. Helmreich (2000) identificou semelhanças entre os setores da aviação civil e saúde, admitindo que pilotos e médicos atuam em ambientes complexos, com importante interação tecnológica e com amplo espectro de exposição a riscos a partir de diferentes fontes de ameaças. Nesse contexto, admite-se a existência de diferentes tipos de erro, sejam aqueles relacionados a questões individuais, a exemplo de violações ou reduzida proficiência, e/ou aqueles vinculados a circunstâncias do ambiente e dos processos de trabalho.

Apesar da segurança constituir um elemento fundamental para ambos os setores, determinadas características relacionadas ao grau de exposição dos acidentes na aviação civil, que geralmente envolvem elevada perda de vidas e ampla divulgação, resultam em investigação exaustiva dos fatores causais, relatórios públicos e ações corretivas. Por outro lado, os eventos adversos médicos acontecem com pacientes individuais e raramente recebem ampla publicidade, não existindo um método padronizado de investigação, documentação e divulgação (Helmreich, 2000). Como resultante, algumas autoridades do setor saúde passaram a recomendar a introdução e utilização de métodos de gerenciamento de segurança, comuns a outros setores relacionados a indústria de alta confiabilidade e de alto risco. A cultura de segurança foi um dos conceitos prontamente adotados, num contexto de acompanhamento e identificação de oportunidades de intervenções, visando o aprimoramento do nível de segurança existente nas unidades de saúde (Flin, 2007).

Em revisão sistemática sobre o assunto, Nascimento (2011) defende que a partir da publicação do relatório *To Err is Human*, do *Institute of Medicine*, no início dos anos 2000, houve uma mudança significativa no paradigma cultural no meio médico, oportunidade na qual o tema da cultura de segurança foi fortemente introduzido no setor saúde, ganhando escala global. Naquele momento, início do século XXI, com a observação dos eventos adversos e erros relacionados à assistência à saúde gerando impactos individuais, organizacionais e sociais, o nível de segurança no cuidado prestado aos pacientes nos hospitais tornava-se um problema de saúde pública que não poderia ser ignorado (Flin, 2007). A importância do conceito de cultura

ou clima de segurança tem sido enfatizada pela maioria dos autores, porém poucos buscaram suportar suas afirmações indicando suas validades de construto ou preditiva; pelo contrário, a maioria dos esforços não ultrapassou o estágio de validade de face. Demonstrando-se, assim, que não houve avanço conceitual além de seus estágios iniciais de desenvolvimento (Guldenmund, 2000).

A partir do entendimento do *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations*, Nieva e Sorra (2003, p.18) destacaram a definição de cultura de segurança, considerando-a adaptável para organizações de saúde, no contexto da segurança do paciente:

cultura de segurança de uma organização é o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e grupais que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de saúde e segurança de uma organização. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações baseadas na confiança mútua, por percepções compartilhadas sobre a importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas.

Por vezes, nota-se que os termos cultura e clima de segurança são igualmente utilizados com pouca ou nenhuma diferenciação, seja em estudos voltados às organizações industriais ou às organizações do setor saúde (Flin *et al.*, 2006; Halligan; Zohar, 1980; Zecevic, 2011 *apud* Reis, 2019; Zhang *et al.*, 2002). Zohar (2003, p. 125) argumentou que “o clima de segurança está relacionado a percepções compartilhadas com relação à segurança políticas, procedimentos e práticas”. Para Flin *et al.* (2000, p. 178), o clima de segurança pode ser definido como a representação das “características superficiais da cultura de segurança” identificada a partir das percepções e atitudes dos indivíduos que compõem a força de trabalho de uma organização, em um determinado ponto do tempo, tratando-se, pois, de “um instante do estado de segurança”. Sendo assim, o clima de segurança pode ser entendido como o conjunto de componentes mensuráveis da cultura de segurança (Colla *et al.*, 2005 *apud* Reis, 2019).

Nesse prisma, argumenta-se que “a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança no nível organizacional é apontada como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar” (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000 *apud* Reis; Martins; Laguardia, 2013, p. 2033). O aprendizado gerado a partir da experiência de organizações pertencentes a setores da indústria de alta confiabilidade e de alto risco intrínseco, conseguiu ser transposto para o setor saúde por Hudson (2003). Naquela oportunidade, o autor listou características importantes que permeiam as organizações marcadas por uma cultura de segurança, a saber: disponibilidade ampla e fluída de informação, com disposição ao relato de erros e quase erros; cautela, associada a constante alta vigilância; justiça, com foco naquilo que é aceitável ou inaceitável, mas sem ênfase na culpa; flexibilidade, demarcada por uma elevada

capacidade adaptativa às mudanças; e aprendizagem, especialmente considerada no contexto de busca pela melhoria contínua.

De maneira complementar, Hudson (2003) especificou a existência de cinco diferentes níveis de maturidade para a cultura de segurança, que evoluiriam progressivamente à medida que o ambiente organizacional fosse permeado por uma crescente disponibilidade de informação e confiança. Num grau de menor maturidade, encontra-se o nível patológico, no qual a segurança é entendida como um problema causado pelos trabalhadores. Segue-se o nível reativo, momento em que as organizações começam a levar a segurança a sério, mas as contramedidas acontecem apenas após os incidentes, de maneira reativa. Por sua vez, no nível calculativo, subentende-se que a segurança é impulsionada pela gestão e orientada por sistemas de monitoramento, com intensa coleta de dados, imposta num mecanismo hierárquico *top-down*. A seguir, tem-se o nível proativo, destacado pelo aprimoramento no enfrentamento de desafios, com o envolvimento da força de trabalho e afastamento da abordagem puramente de cima para baixo. E, em um grau de maturidade mais desenvolvido, verifica-se o nível generativo, em que há uma participação ativa de todos os níveis da organização, e a segurança é percebido como parte integrante do negócio.

Compreende-se que a cultura de segurança dependa, em grande parte, de valores compartilhados e normas de comportamento, articulados pela alta administração e traduzidos, com elevada uniformidade, em práticas de trabalho eficazes no nível operacional. Para Magalhães *et al.* (2019, p. 2), nas organizações do setor saúde, “a segurança do paciente deve ser vista como um compromisso de toda equipe multiprofissional, tornando todos os envolvidos nas relações de trabalho corresponsáveis na promoção de ações seguras aos pacientes”. Os hospitais, porém, ainda demonstram precisar passar por mudanças substanciais para alcançar um clima de segurança consistente como o status das organizações de alta confiabilidade (Gaba *et al.*, 2003).

Segundo Leape *et al.* (1998 *apud* Flin, 2007), muitos sistemas hospitalares são projetados para confiar no desempenho individual livre de erros, enquanto deveriam considerar que o erro humano é inevitável e que os sistemas podem não funcionar adequadamente, por conta de combinações de falhas ativas (erros por ações ou omissões) e condições latentes (características do sistema que permanecem ocultas até serem expostas por eventos que levam a um acidente), sendo esse cenário previsto pelo modelo de causa de acidentes descrito por Reason (2000), o Modelo do Queijo Suíço. Flin (2007, p. 655) considera que “ambas, falhas

ativas e condições latentes, são influenciadas pela cultura de segurança subjacente da organização, a exemplo do nível de comprometimento da gerência com a segurança”.

Importante frisar que a cultura de segurança em uma organização é considerada bem estabelecida quando associada a alguns entendimentos e comportamentos organizacionais. A existência de tratativas abertas e justas com os profissionais diante da ocorrência de incidentes, o estímulo à notificação dos erros, e a utilização dos erros prioritariamente como fonte de aprendizado, são alguns dos exemplos de comportamento organizacional encontrados em organizações com a cultura de segurança bem sedimentada. O foco, então, deixa de ser a simples identificação de culpados e aplicação de punições, e passa a ser direcionado para a melhoria contínua, a partir da correção do sistema de trabalho e da atuação dos indivíduos (Cox; Cox, 1991).

2.3 A CULTURA E O CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Pautada em princípios bioéticos, em especial o princípio da não maleficência, somados a elementos técnicos e gerenciais, a segurança do paciente é definida como “a prevenção de erros e efeitos associados aos cuidados de saúde” (Dhingra-Kumar; Brusaferrro; Arnoldo, 2021, p. 93). Para Runciman *et al.* (2009, p. 21) a segurança do paciente é entendida como a “redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável”.

Inserida num contexto de crescentes desafios e complexidades, representados em parte pelo envelhecimento populacional, com uma maior prevalência de doenças crônicas, e pelos avanços das tecnologias e práticas do cuidado assistencial, a segurança do paciente requer um maior envolvimento e comprometimento dos profissionais de saúde em todos os níveis de atuação, desde as posições de gestão e liderança, até mesmo àquelas relacionadas ao cuidado assistencial mais direto (Dhingra-Kumar; Brusaferrro; Arnoldo, 2021).

No início do século XXI, com a publicação do relatório *To err is human* (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000), do *Institute of Medicine (IOM)*, a segurança do paciente ganhou relevância global, passando a ser reconhecida como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde (Brasil, 2014). Constatou-se, naquela oportunidade, que as ocorrências de erros e eventos adversos (EA) na prestação de serviços em saúde, relacionavam-se com importantes transtornos e prejuízos, sociais e econômicos, muitas vezes irreversíveis, aos pacientes, seus familiares e às organizações/instituições. O relatório do *IOM* apontou a ocorrência de 44 a 98 mil óbitos anualmente nos Estados Unidos (EUA), em decorrência de eventos adversos (Reis;

Martins; Laguardia, 2013). O levantamento constatou, ainda, elevados níveis de despesas relacionadas a ocorrência de eventos adversos, chegando a valores entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais nos EUA, e, no Reino Unido e na Irlanda do Norte, a gastos da ordem de 2 bilhões de libras por ano, nesse último caso, em razão de um maior tempo de permanência de pacientes em hospitais por conta de eventos adversos (Brasil, 2014).

Importante ressaltar que o erro humano pode ser compreendido sob duas perspectivas: a abordagem da pessoa, que se concentra nos atos inseguros com erros e violações processuais, em consequência de processos mentais anômalos, tais como descuido, desatenção, esquecimento, ou ainda reduzida motivação; e a abordagem do sistema, cujas premissas incluem a falibilidade humana, sendo os erros vistos como consequências esperadas em todas as organizações, e as fragilidades sistêmicas vinculadas ao ambiente de trabalho, incluindo desde suas condições gerais até os seus processos específicos (Reason, 2000). Para cada uma das abordagens descritas são previstas ações de contramedida específicas, sabendo-se particularmente que, embora não se possa mudar determinados elementos da condição humana, é possível atuar naquelas condições sob as quais os indivíduos trabalham, criando, assim, mecanismos de defesa no próprio sistema. Ao que tudo indica, o conhecimento equilibrado sobre essas duas abordagens, torna-se essencial na prática do setor saúde, oportunizando a mitigação de riscos inerentes à atividade, presentes tanto nos domínios clínicos quanto não clínicos (Reason, 2000).

Sob a ótica organizacional, a “segurança em indústrias de alto risco intrínseco, como aviação, operações militares, nuclear e cuidados de saúde, é conhecida por ser uma propriedade principalmente de sistemas, em vez de indivíduos” (Gaba *et al.*, 2003, p. 173). Segundo Reason (2000, p. 770), essas “organizações de alta confiabilidade são os principais exemplos da abordagem do sistema [...] não estão imunes a eventos adversos, mas aprenderam como converter os contratempos em aprimoramento do sistema”.

O conceito atual de segurança do paciente aponta, como principais fatores responsáveis pela ocorrência de eventos adversos, as deficiências do sistema de prestação de cuidados de 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, portanto, erros são esperados. Os erros são consequências, não causas [...]. Os eventos adversos podem ser resultados de problemas na prática, produtos, processos ou sistemas. As organizações de saúde são complexas e a ocorrência de eventos adversos é 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 (Reis; Martins; Laguardia, 2013, p. 2032).

Portanto, evidencia-se que erros, violações e falhas no processo de cuidado, envolvendo pessoas ou o ambiente de trabalho, aumentam o risco de incidentes no cuidado em saúde, compreendendo incidente como um “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário a um paciente” (Runciman *et al.*, 2009, p. 21). Por conseguinte, entre as consequências dos incidentes encontram-se os potenciais impactos negativos sobre as organizações de saúde, que podem incluir desde danos à sua imagem e/ou mesmo repercussões indesejadas sobre as suas finanças.

De acordo com Reis, Martins e Laguardia (2013, p. 2030), a Organização Mundial de Saúde (OMS), reconhecendo a relevância do tema, estabeleceu, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), objetivando “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”. Nesse diapasão, a OMS, através do seu Programa de Segurança do Paciente (*WHO Patient Safety Program*), destacou, a cultura de segurança como uma das questões prioritárias e de alta relevância para pesquisa na área de segurança do paciente.

A despeito dos inúmeros esforços em todo mundo para a mitigação do problema, atualmente os eventos adversos em saúde ainda representam uma preocupação para a sociedade em geral, em especial para as organizações hospitalares, que possuem em sua atividade elevada concentração de riscos clínicos e não clínicos. A inobservância à segurança do paciente, considerando as perspectivas dos sistemas de trabalho e do indivíduo, configura uma importante fragilidade para o cuidado assistencial, resultando em desfechos desfavoráveis para os clientes e para o negócio como um todo.

Evidencia-se, pois, a necessidade de sistemas e serviços de saúde de qualidade, com organizações estruturadas a partir de modelos de gestão e assistenciais bem definidos e alinhados, capazes de mitigar riscos, garantindo a segurança do paciente. Os processos assistenciais e de apoio devem estar devidamente mapeados, e os potenciais riscos e perigos identificados, com as suas respectivas ações de barreira/mitigação implementadas, nos diversos macro e microssistemas encontrados nas organizações de saúde.

Reis, Martins e Laguardia (2013, p. 2034) afirmam que “no Brasil, não há ainda um diagnóstico amplo sobre os problemas de segurança do paciente em hospitais, e a elevada proporção de eventos adversos evitáveis reforça a necessidade do fortalecimento da cultura de segurança entre os profissionais de hospitais”. Com isso, torna-se ainda mais relevante o comprometimento das organizações hospitalares, especialmente com a qualidade e a

sustentabilidade dos serviços disponibilizados à população, incluindo a adoção de políticas e diretrizes relacionadas à segurança do paciente, com o acompanhamento e a busca contínua pelo aprimoramento do desempenho individual dos profissionais de saúde, frente a realidade de cada organização.

Numa perspectiva de futuro, Lachman (2021) assevera que a segurança do paciente, dentro de um contexto de redesenho, estará voltada não apenas aos processos do cuidado, mas sim, destacadamente, orientada às pessoas, tanto os pacientes quanto os profissionais do setor saúde, buscando, sobretudo, apoiar a prestação de uma assistência segura e confiável e o conceito de dano zero, sustentando-se em ações de coprodução e parcerias na prestação de serviços, com o enfrentamento de determinantes sociais, culturas hierárquicas e novas oportunidades tecnológicas.

Apoiado por uma grande base de literatura teórica em fatores humanos, em domínios médicos e não médicos, as habilidades não técnicas estão rapidamente tornando-se um ponto estabelecido e indispensável da segurança do paciente [...]. Um corpo crescente de pesquisas sugerem que um bom treinamento em habilidades não técnicas, melhora os processos e resultados da saúde, em ambientes simulados e em ambientes reais, especialmente em áreas de cuidados mais críticos [...] (Prineas *et al.*, 2021, p. 429).

Dessa forma, verifica-se a importância do bom desempenho individual dos profissionais de saúde, alinhados à cultura de segurança do paciente, de maneira a reverberar e amplificar os esforços organizacionais, materializando-os numa prática assistencial caracterizada por um cuidado em saúde de qualidade e seguro. Apesar das frequentes dificuldades enfrentadas tanto na busca por um cuidado em saúde mais seguro quanto na concepção e delineamento de estudos sobre o tema, a pesquisa envolvendo segurança do paciente é considerada um campo promissor. A literatura sugere que estudos sobre a cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar são cada vez mais presentes no meio científico, mesmo considerando que a investigação nessa linha necessita de diretrizes melhor estabelecidas (Reis; Martins; Laguardia, 2013).

Assim, resta evidenciada a importância do desenvolvimento de estudos que possam ampliar e aprofundar os conhecimentos sobre segurança do paciente na realidade das organizações de saúde brasileiras, especialmente no âmbito hospitalar, buscando identificar potenciais relações entre a cultura/clima de segurança do paciente e outras variáveis da dimensão organizacional, destacadamente o desempenho dos profissionais de saúde e seus antecedentes. Nesse contexto, a presente pesquisa busca compreender quais as influências do clima de segurança do paciente, enquanto representação da cultura de segurança do paciente e dos demais esforços e atitudes organizacionais dela decorrentes, sobre o desempenho individual dos profissionais integrantes das organizações hospitalares. Com isso, vislumbra-se a

possibilidade de identificar oportunidades de aperfeiçoamento da gestão nas organizações hospitalares, no sentido de manter e aprimorar a qualificação e a segurança do cuidado assistencial, com ganho de eficiência.

2.3.1 Mensurando o Clima de Segurança do Paciente

A discussão sobre a mensuração do clima de segurança do paciente, perpassa pela retomada do entendimento, já apresentado anteriormente nesse estudo, de que o clima, determinado por atitudes, valores e crenças adotados numa organização, caracteriza-se como uma manifestação mais superficial e perceptível da cultura, que, por sua vez, encontra-se em níveis mais complexos e profundos de suposições inconscientes (Schein, 2004). Santos (2021, p. 40-41) sustenta que “as pesquisas de cultura organizacional estão centradas nas crenças, valores e nos pressupostos básicos compartilhados, enquanto as pesquisas de clima procuram retratar os atributos específicos ou fatores do ambiente interno organizacional”, reconhecendo entre ambas uma zona de intersecção formada pelos padrões de comportamento, conforme demonstrado na figura a seguir (Figura 1).

Figura 1 - Diferenças e interfaces entre as pesquisas de cultura e clima organizacionais



Fonte: Santos (2021, p.41).

A distinção entre clima e cultura, construtos que compõem o conjunto cultural das organizações, pode ser igualmente identificada a partir dos métodos usados nas pesquisas sobre o tema, acreditando-se na tendência de que a cultura deva ser investigada por métodos qualitativos, enquanto o clima por métodos quantitativos (Denison, 1996 *apud* Flin, 2007). De acordo com Mearns *et al.* (1998), as pesquisas com base em questionários parecem apropriadas para a avaliação do clima de segurança, tendo em vista que estes são capazes de detectar características transitórias e superficiais das atitudes da força de trabalho em relação à segurança em um determinado momento, ou seja, um ponto instantâneo da cultura de segurança

predominante. Esse entendimento é reforçado por Nascimento (2011) ao argumentar que a abordagem metodológica qualitativa prevê a avaliação da cultura de segurança através de técnicas de observação e associadas a entrevistas, enquanto a abordagem quantitativa comumente utiliza questionários de autopreenchimento, estando estreitamente relacionada à avaliação do clima de segurança. De maneira complementar, Reis, Martins e Laguardia (2013, p. 2033) argumentam que:

os estudos que utilizam questionários como instrumento de coleta de dados constituem a maioria dos estudos que avaliam cultura de segurança em organizações de saúde. Esses questionários baseiam-se em uma combinação de dimensões e são considerados como estratégia eficiente, por ser anônima e com custos mais reduzidos que as abordagens qualitativas, para coletar dados sobre cultura de segurança.

Assim sendo, e considerando que a presente pesquisa envolve o clima de segurança do paciente como um de seus conceitos estruturantes sob análise, buscou-se a elaboração de um questionário, adaptado a partir de uma ferramenta identificada em literatura, capaz de ser utilizado para capturar e mensurar o referido fenômeno, sob uma perspectiva de investigação quantitativa, objetivando, assim, uma estratégia de abordagem metodológica mais eficiente. Dentre as possibilidades existentes, encontrou-se o *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006*, cujas características mais relevantes passam a ser detalhadas a seguir.

2.3.1.1 O *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006*

A mensuração do clima de segurança do paciente permite a identificação de elementos que podem contribuir para a adoção de práticas seguras no processo do cuidado assistencial realizado pelos serviços de saúde nas organizações hospitalares. De acordo com a literatura, um dos instrumentos capazes de realizar essa medida é o *Safety Attitudes Questionnaire* (Magalhães, 2019). O *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* caracteriza-se como um instrumento, estruturado em modelo de questionário, que possibilita a mensuração do clima de segurança do paciente em diferentes unidades ou serviços de saúde, valorizando a característica multidimensional do construto.

Desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas, a partir de outras duas escalas, o *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire* e o *Flight Management Attitudes Questionnaire*, o questionário demonstra reunir características favoráveis e boas propriedades psicométricas, com um alfa de Cronbach de 0,7 a 0,8, para a sua utilização nos estudos que envolvam a mensuração das percepções sobre a cultura de segurança nas organizações de saúde hospitalares (Carvalho, 2011). Disponível em diferentes idiomas, o SAQ já foi aplicado em mais

de 1.300 hospitais em todo o mundo, em países como Estados Unidos, Inglaterra, Austrália, Suíça, Itália, Espanha, Portugal, Nova Zelândia e China (Deilkås; Hofoss, 2008; Lee *et al.*, 2010 *apud* Carvalho, 2011). Dentre os instrumentos voltados a mensuração do clima, o *SAQ* é considerado, de acordo com Colla (2005), como o mais sensível para avaliação individual de atitudes de segurança. Importante ressaltar que o *SAQ* apresenta boa validade de construto e consistência interna, podendo ser utilizado sob diferentes perspectivas, incluindo a avaliação do clima de segurança antes e após intervenções desenvolvidas junto às equipes de profissionais de saúde, bem como os seus resultados podem ser comparados ao comportamento de indicadores de segurança do paciente, a exemplo da taxa de infecção hospitalar e o tempo médio de permanência (Provonost; Sexton, 2005 *apud* Carvalho, 2011).

Em 2011, o *SAQ* teve sua versão genérica, o *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006*, traduzida e submetida a adaptação transcultural no Brasil (Carvalho, 2011). Essa versão, que abrange fatores organizacionais, do ambiente de trabalho e da equipe de saúde, encontra-se dividida em duas partes principais (Sexton *et al.*, 2006). A primeira delas está voltada para a coleta de dados sobre a identificação/caracterização dos respondentes, trazendo informações tais como gênero, categoria profissional, tempo e a unidade de atuação. A segunda parte está destinada a mensuração da percepção do clima de segurança propriamente dito, e organizada em seis domínios ou dimensões, a saber: trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão em qualidade e segurança (da unidade e/ou do hospital), clima de segurança, condições de trabalho e percepção do estresse. Em cada dimensão, a resposta é dada de acordo com uma escala *Likert*, com cinco pontos, sendo, nomeadamente, discorda totalmente, discorda parcialmente, neutro, concorda parcialmente e concorda totalmente, cabendo, em algumas circunstâncias, a identificação da resposta com o termo não se aplica (Carvalho, 2011). Para Saraiva e Almeida (2018, p. 3), as dimensões podem ser assim entendidas:

clima de trabalho em equipe, percepção da qualidade da colaboração entre os profissionais da equipe; clima de segurança, percepção de um forte e proativo compromisso organizacional com a segurança; satisfação no trabalho, sentimento agradável ou estado emocionalmente positivo resultante da percepção da experiência de trabalho; reconhecimento do estresse, reconhecimento de como o desempenho é influenciado por fatores estressores; percepção da gestão, aprovação das ações da administração quanto às questões de segurança, (em níveis da gestão do serviço e da gestão hospitalar); e condições de trabalho, percepção da qualidade do suporte ambiental e logístico no local de trabalho (por exemplo: equipamentos e profissionais).

Carvalho (2011) esclarece que o *SAQ* pode ser adaptado e aplicado por pesquisadores em qualquer unidade hospitalar, admitindo a adoção de determinadas particularizações do texto

descrito em cada item, desde que conservados os conteúdos relacionados aos diferentes itens em seus respectivos domínios. Dessa forma, a versão do *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006* foi escolhida, adaptada e utilizada para a composição de parte do questionário elaborado e aplicado junto aos profissionais de saúde das organizações hospitalares que figuram como campo empírico do presente estudo, com o intuito de capturar e mensurar a percepção do clima de segurança do paciente. Com isso, considera-se que será possível a avaliação das relações potenciais entre as dimensões do clima de segurança do paciente e do desempenho individual no trabalho, o segundo conceito estruturante do presente estudo, que passa a ser retratado a partir do tópico a seguir.

2.4 DESEMPENHO INDIVIDUAL NO TRABALHO

O desempenho individual dos empregados no trabalho assume, cada vez mais, um papel importante no mundo empresarial contemporâneo, onde evidencia-se um elevado nível de competitividade entre as organizações, correspondente à crescente globalização econômica dos diferentes mercados e as suas consequências. Nesse contexto, no qual se faz igualmente crescente a necessidade de empregabilidade sustentável, torna-se progressivamente considerável manter, aprimorar e qualificar o desempenho individual do trabalhador nas organizações, o que tem sido alvo de interesse de diferentes campos do conhecimento, tais como a psicologia organizacional e a administração (Koopmans, 2014). De acordo com Bendassolli (2012, p. 172), o desempenho individual representa um tema relevante, tanto sob aspectos práticos, por figurar como um dos principais elementos geradores de valor para indivíduos e organizações, quanto por aspectos acadêmicos, por ser uma “categoria comportamental capaz de integrar, num mesmo processo de ação, diversas dimensões psicossociais, como a individual (habilidades, competências, disposições, afetos), a interpessoal e a situacional”.

Para Campbell (1990), o desempenho individual no trabalho é retratado como um conjunto de comportamentos e/ou ações dos membros integrantes de uma organização, desenvolvidos no contexto do cumprimento de requisitos esperados no exercício de suas respectivas funções, e que são relevantes ao alcance dos objetivos e metas organizacionais. Admite-se, de maneira adicional, que, em situações nas quais a cultura organizacional encontra-se associada ao contexto de um modelo de gestão apoiado na qualidade total, o desempenho no trabalho pode ser definido mais amplamente, abrangendo um comportamento orientado à adoção de iniciativas e à realização de atividades que transcendem o dever formal, incluindo,

por exemplo, o compartilhamento de informações e a cooperação entre membros da organização, podendo, nessa ocasião, ser formalmente recompensado (Bushe, 1988; Scholtes, 1988 *apud* Waldman, 1994).

O entendimento do desempenho individual no trabalho como um construto comportamental implica, segundo Bendassolli (2012), em diferenciá-lo de outros termos, tais como resultado - considerado como elemento pertencente às consequências do desempenho - e eficiência, que, por sua vez, faz referência à avaliação do resultado. Nessa oportunidade, vale salientar a diferenciação entre desempenho e produtividade, muito embora esses dois termos tenham sido usados como sinônimos no passado (Koopmans *et al.*, 2011). A partir dos entendimentos estabelecidos por autores como Koopmans *et al.* (2011), Tangen (2005), Zabolotna (2019, p. 22) demarcou os dois fenômenos asseverando que, em definição, a produtividade “varia de acordo com o contexto, [...] tem a ver com a relação entre *outputs* e *inputs*, e é quase sinônimo de resultados”, enquanto que o desempenho assume um “conceito mais amplo que inclui fatores que não estão relacionados a custos, como qualidade, velocidade, entrega e flexibilidade”.

Sendo assim, o desempenho individual no trabalho pode ser conceitualmente entendido como um importante construto da psicologia organizacional, que engloba comportamentos sob o controle do trabalhador, capaz de contribuir para as atividades relevantes desenvolvidas pelas organizações, na busca pelo atingimento das suas metas e dos seus objetivos (Campbell; Wiernick, 2015 *apud* Ramos-Villagrasa *et al.*, 2019). Apesar da existência de definições relativamente abertas para esse fenômeno, considera-se haver um consenso geral no que diz respeito a sua característica enquanto construto de natureza multidimensional (Austin; Villanova, 1992; Dalal *et al.*, 2012). Além disso, para Sonnentag e Frese (2002) é possível destacar outras características do desempenho individual, como a sua condição dinâmica e caráter mensurável, configurando-o, assim, como elemento de significativa importância tanto para as organizações quanto para os indivíduos em si. Dessa forma, os autores posicionam o desempenho individual como “um conceito central dentro da psicologia organizacional e do trabalho” (Sonnentag; Frese, 2002, p. 3).

Essa natureza multidimensional observada carrega ao menos três grandes domínios, que, reunidos, guardam relativa abrangência e parcimônia na abordagem geral do desempenho individual no trabalho. São eles, nomeadamente: o desempenho da tarefa, o desempenho contextual, que abrange elementos do desempenho adaptativo, e o comportamento

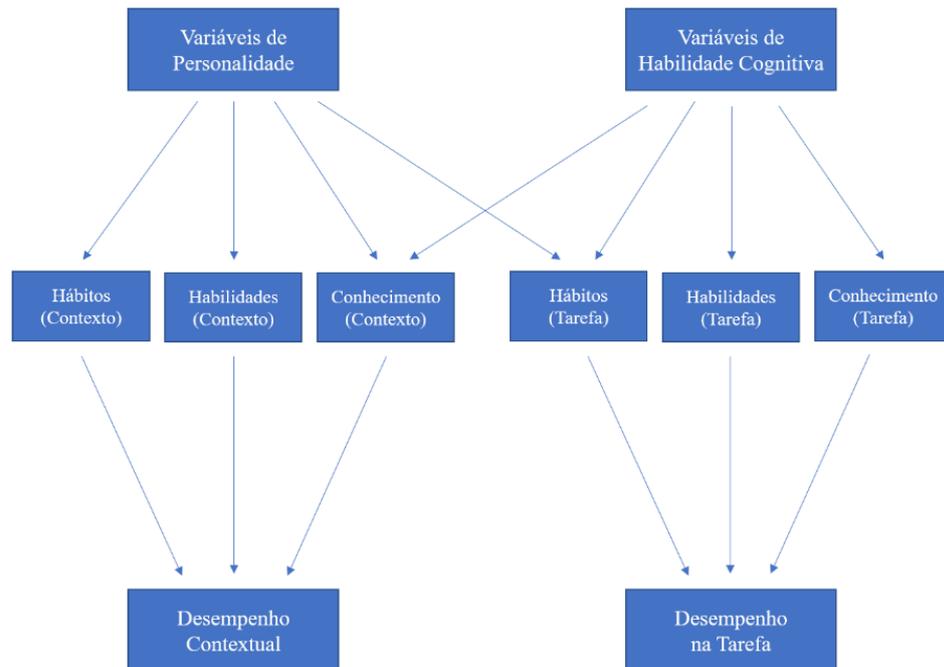
contraproducente no trabalho (Dalal *et al.*, 2012; Koopmans *et al.*, 2013 *apud* Ramos-Villagrasa *et al.*, 2019; Sackett; Lievens, 2008).

De acordo com Campbell (1990, p. 708-709 *apud* Koopmans *et al.*, 2013, p. 7), o desempenho frente à tarefa pode ser compreendido como “a proficiência com a qual os indivíduos executam as tarefas essenciais substantivas ou técnicas centrais para o seu trabalho”, com comportamentos que comumente incluem elementos relacionados a quantidade e a qualidade do trabalho, além de conhecimento e habilidades no exercício da atividade laboral. Conforme citado por Zabolotna (2019, p. 24), o desempenho da tarefa “pode incluir exemplos como operação, vendas, distribuição de produtos, escrita de códigos, reposição de estoque, dentre outros”.

Considerando que a organização é um organismo vivo, constituído por indivíduos que interagem em diferentes níveis, o desempenho contextual deve ser compreendido como mais do que o simples cumprimento de metas no trabalho. Pode ser definido pelo conjunto de comportamentos que dão suporte ao ambiente organizacional, incluindo os seus componentes social e psicológico, no qual a atividade técnica central deve se desenrolar (Borman; Motowidlo, 1993 *apud* Koopman *et al.*, 2013). Comportamentos que envolvam demonstração de esforço, cooperação e facilitação da comunicação entre indivíduos e equipes, são exemplos capazes de descrever o desempenho contextual (Campbell, 1990 *apud* Koopman *et al.*, 2013; Rotundo; Sackett, 2002).

Os desempenhos contextual e na tarefa foram diferenciados, teoricamente, por Motowidlo, Borman e Schmit (1997). Na oportunidade, os autores, reconhecendo que ambos requerem um conjunto correspondente de conhecimentos, hábitos e habilidades, identificaram que um dos domínios está baseado, predominantemente, a partir de variáveis de personalidade, enquanto o outro em variáveis relacionadas a habilidades cognitivas (Figura 2).

Figura 2 - Teoria das diferenças individuais no desempenho na tarefa e contextual



Fonte: Motowidlo, Borman e Schmit (1997, p. 79).

Por fim, o domínio do comportamento contraproducente no trabalho faz referência ao comportamento dos trabalhadores que atinge negativamente o ambiente organizacional, prejudicando o bem estar e a eficácia da organização (Rotundo; Sackett, 2002 *apud* Koopmans *et al.*, 2013). Nesse contexto, estão incluídos elementos comportamentais tais como absenteísmo, *turnover*, e comportamentos negativos que prejudicam a atividade laboral em geral, incluindo danos à itens ou bens, ou até mesmo roubos e abuso de substâncias (Koopmans *et al.*, 2011 *apud* Koopmans *et al.*, 2013).

Sendo assim, Ramos-Villagrasa *et al.* (2019, p. 195) consideraram o desempenho no trabalho como uma “variável dependente final na gestão de recursos humanos”, destacando, assim, o caráter fundamental da sua avaliação e análise para diferentes processos organizacionais, incluindo desde a seleção de pessoal, treinamento e avaliação com utilização de sistemas de remuneração e recompensas. Em uma revisão de literatura, que envolve a origem e a consolidação dos sistemas de avaliação de desempenho nas organizações, Coelho Júnior (2009) identificou, historicamente, uma ampla utilização de diferentes procedimentos organizacionais com vistas à mensuração do desempenho individual. Porém, foram observadas críticas quanto ao mau uso desses sistemas de avaliação, incluindo pontos relacionados aos seus pressupostos, aplicabilidades e propósitos, reconhecendo-se, nessa oportunidade, a pouca

atenção dispensada às necessidades psicológicas relacionadas à atuação dos indivíduos nas organizações. Para Coelho Júnior (2009, p. 31-32) tem-se que:

a avaliação de desempenho era concebida como apenas mais uma etapa no gerenciamento do processo de controle organizacional a fim de verificar se os subordinados que atuavam nas organizações executavam seu trabalho de acordo com os indicadores organizacionais, estimulando-se a competitividade entre eles e esperando, com isso, que houvesse ganhos de produtividade. O ponto nodal verificado na literatura refere-se ao alcance e aplicabilidade dos resultados da avaliação de desempenho. Esta perspectiva de análise de desempenho remete ao pensamento de Foucault (1981), posto que o resultado de uma avaliação de desempenho era compreendido como a representação simplificada de um mecanismo gerencial de administração de poder e manipulação, efetivando o sistema de controle social sobre o comportamento do indivíduo executando suas atribuições.

Em geral, verifica-se que as empresas utilizam-se de indivíduos com alto desempenho no trabalho para conseguir entregar, adequadamente, os seus produtos e/ou serviços, alcançando, dessa maneira, seus objetivos com um maior diferencial competitivo no mercado. Da mesma forma, a execução das atividades no trabalho com um alto desempenho, possibilita ao trabalhador experimentar sentimentos positivos como aqueles relacionados à satisfação, à competência e ao reconhecimento. Por outro lado, o oposto pode ser observado quando o baixo desempenho marca a atuação do trabalhador, gerando insatisfação e, algumas vezes, sensação de fracasso pessoal (Sonnetag; Frese, 2002). Admite-se, assim, a posição do desempenho como uma variável antecedente à determinados construtos como a satisfação.

Além disso, o bom desempenho no trabalho, quando reconhecido pela organização, e a depender das suas políticas internas e das regras do seu respectivo setor no mercado, pode ativar mecanismos de recompensa, permitindo que o trabalhador usufrua de benefícios, de curto ou de médio e longo prazos, tais como ganhos financeiros adicionais ou até mesmo o desenvolvimento profissional e a ascensão na carreira. Usualmente, verifica-se que os indivíduos com alto desempenho no trabalho são mais promovidos e têm mais oportunidades na carreira dentro das organizações, diferentemente daqueles com baixo desempenho (Van Scotter; Motowidlo; Cross, 2000 *apud* Sonnetag; Frese, 2002).

Sonnetag e Frese (2002) categorizam a pesquisa relacionada ao desempenho individual, a partir de três perspectivas que, isoladamente ou de maneira integrada, representam diferentes abordagens ao fenômeno do desempenho: a perspectiva das diferenças individuais, a perspectiva situacional, e, por fim, a perspectiva da regulação do desempenho. Para cada uma das categorias, há, em uma visão geral, aspectos relacionados às suas questões centrais,

pressupostos e implicações práticas para a melhoria do desempenho, conforme detalhado na tabela a seguir (Quadro 1).

Quadro 1 - Visão Geral das Perspectivas no Desempenho

	Perspectiva das Diferenças Individuais	Perspectiva Situacional	Perspectiva da Regulação do Desempenho
Questão central	Quais indivíduos tem melhor desempenho?	Em quais situações os indivíduos performam melhor?	Como o processo de desempenho parece? O que acontece enquanto alguém está “desempenhando”?
Pressupostos centrais e descobertas	Habilidade cognitiva, motivação e personalidade, experiência profissional	Características do trabalho, fatores estressores, situações de restrição	Fatores operacionais do processo, adequado nível hierárquico
Implicações práticas para a melhoria do desempenho	Seleção de pessoas, treinamento, exposição a experiências específicas	Modelagem do trabalho	Definição de metas, feedbacks, modificação comportamental, melhorias do processo, treinamento da modelagem do trabalho

Fonte: Sonnentag e Frese (2002, p. 9).

Vale ressaltar que o desempenho individual, tratado na maioria dos estudos como variável dependente, não pode ser totalmente compreendido se estiver dissociado do contexto em que está inserido, por conta de diferentes circunstâncias, tais como, por exemplo, o aumento do uso de sistemas tecnológicos complexos e a globalização dos processos de trabalho. De acordo com Coelho Júnior (2009, p. 23), em uma análise sobre a literatura, “frequentemente pesquisadores combinam duas ou mais perspectivas quando tentam prever variância de desempenho”, sendo necessária uma integração das diferentes perspectivas de desempenho apresentadas por Sonnentag e Frese (2002). No entendimento do autor, “o *link* entre diferenças individuais e a perspectiva situacional no desempenho surge como mais promissor”.

Nessa direção, assume-se, nos modelos de caracterização do trabalho, que uma combinação de fatores situacionais e fatores de diferenças individuais é essencial para o desempenho individual (Hackman; Oldham, 1976 *apud* Sonnentag; Frese, 2002). Waldman (1994, p. 510), assevera que tanto variáveis de diferenças individuais quanto variáveis situacionais influenciam o desempenho individual, ao afirmar que “o sistema é visto como uma importante fonte de variação que afeta o desempenho tanto indiretamente quanto interativamente. Além disso, o indivíduo é visto como potencialmente afetando o sistema”.

Para fins do presente estudo, admite-se o conceito de desempenho apresentado por Campbell (1990) e Campbell e Wiernick (2015 *apud* Ramos-Villagrasa *et al.*, 2019),

entendendo-o como um fenômeno de natureza multidimensional, que representa uma importante variável dependente na gestão de recursos humanos das organizações (Koopmans *et al.*, 2013; Ramos-Villagrasa *et al.*, 2019). Sendo assim, busca-se a seguir, compreender a natureza do desempenho individual em relação a sua causalidade e, por conseguinte, apresentar fatores que possam influenciá-lo na realidade organizacional, de maneira a auxiliar a elaboração consistente do modelo conceitual de análise utilizado na presente pesquisa.

2.4.1 Fatores que impactam o desempenho individual nas organizações

Em uma revisão de literatura sobre o tema, Bendassolli (2012, p. 174) identifica o desempenho como um “fenômeno multicausal”, determinado por múltiplas variáveis, e de “natureza intencional”, constituído por um conjunto de ações sob controle do indivíduo, admitindo-se, nesse contexto, a ocorrência de interações complexas entre dimensões psicológicas, sociais, organizacionais e situacionais. De maneira complementar, o autor ressalta existência de diferentes exemplos de “estudos sobre desempenho realizados a partir de construtos como cultura organizacional, trabalho em equipe, liderança, e condições e *design* de trabalho”.

A literatura na área de comportamento organizacional vem apresentando algumas evidências empíricas acerca das relações preditivas estabelecidas entre variáveis psicológicas e desempenho no trabalho. Nota-se, entretanto, que estas variáveis são comumente investigadas em nível micro de análise, ou seja, são variáveis de nível individual predizendo os resultados de trabalho do indivíduo. Raros são os estudos, como encontrado em Brandão (2008) e Coelho Júnior (2009), que investigam a influência de variáveis de contexto, de nível meso ou macro, na predição de desempenho individual no trabalho (Coelho Júnior; Borges-Andrade, 2011, p. 112).

Conforme citado previamente, Motowildo, Borman e Schmit (1997) propõem o entendimento teórico de que as diferenças individuais - em variáveis de personalidade e capacidade cognitiva, em combinação com experiências de aprendizagem - levam à variabilidade em conhecimento, habilidades e hábitos de trabalho, que medeiam os efeitos da personalidade e da capacidade cognitiva no desempenho no trabalho, com comportamentos diferentes em relação ao desempenho da tarefa e contextual.

De acordo com Campbell (1990 *apud* Coelho Júnior, 2009) existem cerca de 30 principais preditores de desempenho no trabalho. Nesse rol, de acordo com o autor, alguns preditores merecem destaque como variáveis/construtos que podem explicar uma parcela significativa do desempenho, a saber: idade, tempo de serviço na organização, motivação,

comprometimento e satisfação. Esse entendimento é acompanhado por Sunarsih e Helmiatin (2017) ao incluírem o clima organizacional, a motivação e satisfação como fenômenos capazes de influenciar o desempenho individual no trabalho.

a) Motivação no Trabalho

A motivação representa um importante construto para os estudos que envolvem o comportamento humano, sendo aplicável, portanto, à realidade do ambiente organizacional. Segundo Locke e Latham (2004, p. 388), “a motivação pode afetar não apenas a aquisição de competências e habilidades das pessoas, mas também como e em que medida eles utilizam essas habilidades e competências”. Vale frisar, porém, que a motivação deve ser analisada e compreendida a partir dos contextos específicos com os quais esteja relacionada. De acordo com a literatura, verificam-se duas correntes de pensamento a respeito da motivação e seus fatores impulsionadores: a primeira delas, sustenta que fatores intrínsecos, representados por um conjunto de elementos psicológicos, que interagem entre si em um processo individual e interior, atuam como única fonte para a motivação humana; enquanto que, a outra corrente, mais amplamente reconhecida, defende um processo mais complexo, no qual a motivação humana desenvolve-se a partir de fatores intrínsecos sujeitos a influência de fatores extrínsecos, esses últimos entendidos como variáveis situacionais que podem estimular determinadas ações (Cunha, 2013; Locke; Latham, 2004; Rocha, 2007).

Nesse diapasão, percebeu-se que as motivações extrínsecas e intrínsecas podem ter relações de interação tanto positivas quanto negativas. Enquanto algumas recompensas extrínsecas intangíveis reforçam positivamente a motivação intrínseca, algumas recompensas extrínsecas tangíveis, pensadas originalmente para motivar o comportamento no trabalho, podem, em realidade, ser prejudiciais à motivação intrínseca, levando, por conseguinte, a consequências negativas para o ajustamento psicológico, para o desempenho em atividades interessantes e pessoalmente importantes, e para o comportamento nas organizações (Gagne; Deci, 2005). A Teoria da Avaliação Cognitiva (Deci, 1975; Deci; Ryan, 1980) foi proposta para explicar os efeitos dos motivadores extrínsecos na motivação intrínseca, sendo mais tarde complementada pela Teoria da Autodeterminação aplicada ao trabalho. A teoria da autodeterminação detalhou os processos através dos quais a motivação extrínseca pode se tornar autônoma; a partir dela, sugeriu-se que a motivação intrínseca (baseada em interesse) e motivação extrínseca autônoma (baseada em importância) estão relacionadas ao desempenho, satisfação, confiança e bem-estar no local de trabalho (Gagne; Deci, 2005).

A motivação tem sido considerada, em boa parte dos casos, como um antecedente da satisfação e do comprometimento no trabalho, mesmo que em perspectivas específicas e em diferentes intensidades (Cunha, 2013; Vandenabeele, 2009). Considerando análises envolvendo organizações do setor público, Vandenabeele (2009) identificou uma ligação robusta entre motivação e desempenho individuais, além de um efeito de mediação, parcial ou total, da satisfação no trabalho e do comprometimento organizacional sobre essa relação, a depender das dimensões observadas. Esse entendimento foi corroborado por Cunha (2013), em estudo que avaliava a motivação na realidade de um hospital público, ao identificar, em uma análise de regressão linear bivariada, que a motivação é um antecedente da satisfação e do comprometimento, em graus de dependência que variaram de moderado a pequeno, respectivamente.

Com isso, compreendendo e assumindo o pressuposto de que motivação comporta-se como uma variável antecedente da satisfação e do comprometimento no trabalho, inclusive em organizações hospitalares, a motivação não será uma variável diretamente adotada no modelo conceitual de análise no presente estudo. Na oportunidade, serão privilegiados os construtos comprometimento e satisfação no trabalho, que são apresentados, em síntese, nos tópicos seguintes. Dessa forma, espera-se manter o melhor aproveitamento do modelo conceitual, facilitando a operacionalização da pesquisa, particularmente o procedimento de coleta de dados, evitando um instrumento de coleta demasiadamente extenso.

b) Comprometimento no Trabalho (Comprometimento Organizacional)

O comprometimento no trabalho, conhecido também como comprometimento organizacional, é um tema que, ao longo do tempo, tem despertado o interesse dos estudos que investigam comportamento humano e as organizações. De acordo com Almeida (2009, p. 21), “como sustenta Scholl (1981) e é reforçado por Rego (2003), é uma tarefa difícil encontrar um trabalho sobre organizações que não se refira de alguma forma ao construto do comprometimento”. A maioria dos estudos sobre o comprometimento no trabalho terminam por buscar a elaboração de modelos para a quantificação desse construto, analisando-o em relação a variáveis que lhe são antecedentes e/ou consequentes (Medeiros; Enders, 1998).

Considera-se haver, em algum grau, uma falta de singularidade na definição de comprometimento, em parte devido às múltiplas abordagens adotadas, associadas a diferentes campos do conhecimento interessados na investigação desse fenômeno, a exemplo da sociologia, psicologia, teoria organizacional (Pinto *et al.*, 2012 *apud* Cunha, 2013). Para

Almeida (2009, p. 21) “as expressões mais comuns para a definição do conceito são as de “estado psicológico” (Allen; Meyer, 1990), “ligação psicológica” (O’Reilly; Chatman, 1986) ou “laço psicológico” (Mathieu; Zajac, 1990)”.

A despeito da compreensão sobre a existência de diferentes definições e linhas para o constructo, Mowday, Steers e Porter (1979 *apud* Medeiros; Enders, 1998, p. 69-70) defendem que o comprometimento organizacional representa uma relação forte de identificação e envolvimento entre um indivíduo e a organização, dentro de uma corrente chamada afetiva, podendo ser caracterizada por “estar disposto a exercer um esforço considerável em benefício da organização; a crença e a aceitação dos valores e objetivos da organização e um forte desejo de se manter como membro da organização”. Nesse diapasão, os autores conseguiram a validação de um instrumento para a medição do comprometimento, o *Organizational Commitment Questionnaire (OCQ)*.

Por sua vez, Bastos (1994), identificou o significado de comprometimento como relacionado a engajamento e envolvimento. Para além da propensão à ação de se comportar sob determinada forma, o autor destaca o caráter disposicional do construto ao afirmar que “como uma disposição, comprometimento é usado para descrever não só ações, mas o próprio indivíduo, é assim tomado como um estado, caracterizado por sentimentos ou reações afetivas positivas tais como lealdade em relação a algo” (Bastos, 1994, p. 86).

Compartilhando desse entendimento, Medeiros e Enders (1998, p. 69) adotaram a definição de comprometimento organizacional como um “conjunto de sentimentos e ações do indivíduo em relação a sua organização”. Verifica-se, na evolução dos estudos sobre seu conceito, que o comprometimento organizacional evoluiu de um enfoque unidimensional para um enfoque multidimensional (Almeida, 2009; Medeiros *et al.*, 2003).

Em investigação sobre o estado da arte da pesquisa sobre o comprometimento organizacional no Brasil, Medeiros *et al.* (2003) identificaram os enfoques conceituais afetivo, normativo e instrumental como predominantes, sendo tratados isoladamente, particularmente o enfoque afetivo, ou em modelos multidimensionais, como observado no modelo de conceitualização de três componentes do comprometimento organizacional, estabelecido pelos pesquisadores Meyer e Allen (1991).

Na revisão da literatura realizada por Allen e Meyer (1990), os autores [...] conceitualizam três componentes na definição do comprometimento organizacional: 1) comprometimento como um apego *affective*, ou afetivo com a organização; 2) comprometimento percebido como custos associados a deixar a organização, que os autores chamam de *continuance* e que tratamos como instrumental; 3) e comprometimento como uma obrigação em permanecer na organização, que os

autores denominam de *obligation* e depois reconceituam como *normative* (Meyer; Allen; Smith, 1993), e que chamamos de normativo. Allen e Meyer (1990, p. 3) caracterizam os indivíduos das três dimensões da seguinte forma: “Empregados com um forte comprometimento afetivo permanecem na organização porque eles querem, aqueles com comprometimento instrumental permanecem porque eles precisam e aqueles com comprometimento normativo permanecem porque eles sentem que são obrigados (Medeiros; Enders, 1998, p. 71).

No que se refere as relações entre comprometimento organizacional e desempenho individual no trabalho, diferentes estudos apontam para as relações identificadas entre o comprometimento e o desempenho no trabalho, figurando esse último construto como consequente ao primeiro. Medeiros e Enders (1998, p.72) descrevem esse achado ao asseverarem que:

apesar dos consequentes do comprometimento serem menos explorados que os correlatos e antecedentes, alguns autores já encontraram relação entre essas variáveis. Larson e Fukami (*apud* Mathieu; Zajac, 1990) afirmam que altos níveis de comprometimento devam relacionar-se com a melhora da performance no trabalho em algumas situações. Meyer *et al.* (1989) afirmam que existe correlação positiva entre o comprometimento afetivo e a performance no trabalho, e uma relação negativa entre o comprometimento instrumental e a performance no trabalho.

Além disso, estudos apontam o papel do comprometimento como mediador entre construtos da dimensão organizacional com o desempenho no ambiente de trabalho. Por exemplo, Donkor, Appienti e Achiaah (2022) concluíram que o comprometimento medeia a relação entre os estilos de liderança transformacional e *laissez-faire* e o desempenho dos trabalhadores. Entende-se que estas relações se sustentam na compreensão de que indivíduos comprometidos teriam mais disposição para dedicar maiores esforços em prol da organização (Ashikali; Groeneveld, 2015; Hur; Perry, 2020; Mowday; Porter; Steers, 1982; Porter *et al.*, 1974).

Diante do exposto, para fins do presente estudo, adota-se o conceito de comprometimento de Bastos (1994), reforçado por Medeiros e Enders (1998) que defendem o comprometimento afetivo como de fato associado à lealdade do indivíduo para com a organização, assim como a literatura tem focado nesta dimensão como geradora de resultados positivos para as empresas. Além disso, assume-se o modelo multidimensional de Meyer e Allen (1991), validado no Brasil por Medeiros e Enders (1998). Todavia, no modelo geral de análise será utilizada apenas a dimensão afetiva, como variável latente controle/mediadora, considerando os achados de Meyer, Allen e Smith (1993) que identificaram relação positiva entre essa dimensão e o desempenho no trabalho. Importante salientar que, empiricamente, o comprometimento no trabalho, ou comprometimento organizacional, tem apresentado uma correlação positiva com um outro construto importante para a realidade das organizações, a

satisfação no trabalho (Mathieu *et al.*, 2016 *apud* Hora; Ribas Júnior; Souza, 2018; Yousef, 2017), para o qual está dedicado o tópico a seguir.

c) Satisfação no Trabalho

A satisfação no ambiente de trabalho, de uma maneira geral “entendida como a extensão do quanto um trabalhador gosta da sua atividade laboral”, tem sido um fenômeno amplamente estudado, especialmente a partir dos anos 1970, e compreendido como um importante construto capaz de influenciar o comportamento dos trabalhadores e, por conseguinte, a realidade das organizações (Hora; Ribas Júnior; Souza, 2018, p. 972). Todavia, ainda se observa uma falta de consenso, entre diferentes autores, quanto ao seu conceito e aos modelos teóricos desse fenômeno (Cunha, 2013).

Após uma breve revisão sobre o tema, Marqueze e Moreno (2005) destacaram alguns aspectos gerais sobre o processo da satisfação no trabalho, com ênfase nas consequências sobre as condições de vida do trabalhador e sobre o ambiente de trabalho. No entendimento desses autores:

o processo de satisfação no trabalho resulta da complexa e dinâmica interação das condições gerais de vida, das relações de trabalho, do processo de trabalho e do controle que os próprios trabalhadores possuem sobre suas condições de vida e trabalho. A satisfação no trabalho pode ser, por conseguinte, fonte de saúde, bem como a insatisfação pode gerar prejuízos à saúde física, mental e social, acarretando problemas à organização e ao ambiente de trabalho (Marqueze; Moreno, 2005, p. 77).

Segundo Locke (1969, 1976), a satisfação no trabalho configura-se como um estado emocional do trabalhador, a partir das suas percepções sobre o trabalho e as experiências vivenciadas durante a atividade laboral. Nesse contexto, o autor considera possível classificar os fatores causais da satisfação em dois grandes grupos, a saber: o grupo dos eventos e condições do trabalho, e o grupo dos agentes do trabalho (trabalhadores nas mais diversas posições e relações hierárquicas, incluindo as representações da organização). Para Locke (1976 *apud* Marqueze; Moreno, 2005, p. 71), a satisfação no trabalho carrega consigo efeitos que podem ocasionar “consequências tanto para o indivíduo como para a organização, afetando aspectos comportamentais e a saúde física e mental do trabalhador”. A concepção trazida por Locke (1969, 1976), acompanhada por outros autores (Begley; Czajka, 1993; Elovainio *et al.*, 2000; Henne; Locke, 1985; O’driscoll; Beehr, 2000), aponta a satisfação e a insatisfação como elementos posicionados nos extremos opostos de um único e contínuo componente fenomenológico (Marqueze; Moreno, 2005).

Vale salientar, assim, a natureza dinâmica da satisfação no trabalho, que se submete a um constante processo de mudança, em decorrência de diferentes condições determinantes, intrínsecas e extrínsecas, tanto do trabalho quanto do trabalhador, que exercem, sobre a satisfação, algum grau de influência (Fraser, 1996 *apud* Marqueze; Moreno, 2005). Ferreira e Assmar (2004) ratificam essa compreensão ao observarem um consenso na literatura apontando para a existência de fatores determinantes da satisfação no trabalho, relacionados ao ambiente (exógenos) e a aspectos individuais (endógenos).

Por outro lado, Robbins (2005, p. 61) define a satisfação com o trabalho “como a atitude geral de uma pessoa em relação ao trabalho que realiza”, correlacionando um alto nível de satisfação com atitudes positivas e a insatisfação com atitudes negativas. Robbins (2005, p. 61) assevera que as expressões “satisfação com o trabalho” e “atitude do trabalhador” são frequentemente usadas como “termos equivalentes”. O entendimento da satisfação no trabalho como atitude é corroborado por Weiss (2002), distinguindo-a, assim, de uma resposta afetiva. Ao considerar a satisfação como uma atitude, depreende-se a posição ativa do trabalhador frente às situações do trabalho, possibilitando, inclusive, atitudes de mudança quando necessário. Nesse contexto, a satisfação e a insatisfação no trabalho são compreendidas como fenômenos distintos e opostos (Marqueze; Moreno, 2005).

Admitindo o caráter bastante amplo da sua definição, Robbins (2005, p. 66) salienta “a complexa somatória de diferentes elementos” envolvidos na avaliação da satisfação no trabalho, compreendendo que, para além de realizar “atividades óbvias”, na atividade laboral necessita-se da “convivência com colegas e superiores, a obediência às regras e políticas organizacionais, o alcance de padrões de desempenho, e a aceitação de condições de trabalho geralmente abaixo do ideal”. Hora, Ribas Júnior e Souza (2018, p. 972), porém, consideram que a teoria da satisfação no trabalho de Locke (1976) “sugere que estar satisfeito é essencialmente uma atitude a partir da qual se constituem as relações do trabalhador com seu exercício laboral”. Martins e Santos (2006), por sua vez, reforçam a correlação da satisfação no trabalho com fatores afetivos e atitudes, sob a influência de variáveis em diferentes perspectivas, individuais ou coletivas, nos ambientes organizacionais.

Para Quijano e Navarro (1999 *apud* Cunha, 2013, p. 68) a satisfação no trabalho caracteriza-se como “atitude generalizada frente ao trabalho, que inclui sentimentos e respostas afetivas, a apreciação de valores, e a predisposição a comportar-se de determinada maneira, todos eles referindo-se a facetas específicas da situação de trabalho”. Percebe-se, assim, que, a despeito de tratar-se de uma resposta individual, a satisfação no trabalho compreende uma

realidade multidimensional, composta por uma vasta e complexa rede de aspectos afetivos, cognitivos e comportamentais. Nessa realidade, observam-se conexões e relações de interdependência, estabelecidas entre os trabalhadores, individualmente ou em grupos, e entre os trabalhadores e a organização como um todo.

Historicamente, de acordo com Coelho Júnior (2009) a satisfação vem sendo uma das variáveis mais comumente investigadas na predição de desempenho no trabalho, com as relações preditivas entre esses fenômenos descritas em uma série de estudos empíricos da literatura em comportamento organizacional. As relações positivas entre satisfação no trabalho e desempenho foram encontradas, por diferentes autores, em variadas magnitudes (Audia; Locke; Smith, 2000; Judge *et al.* 2001; Judge; Locke, 1993; Nathan; Morman; Milliman, 1991; Steijn, 2004; Valle, 2007). Todavia, considera-se que ainda existem controvérsias sobre o direcionamento e a magnitude dessa relação preditiva (Coelho Júnior, 2009). Mason e Griffin (2003), consideram difícil estabelecer a direção de causalidade entre essas duas variáveis, apesar de reconhecerem que, devido ao objetivo primário das organizações em aperfeiçoar o desempenho, há uma maior relevância em estudar esse último fenômeno como uma variável dependente.

Autores [...] sugerem que a satisfação está associada com performance no trabalho e seus mediadores. Estudos mais recentes mostraram que a satisfação com o trabalho está correlacionada positivamente com a orientação para o serviço, que por sua vez constitui fator mediador da produtividade (Van De Voorde; Paauwe; Van Veldhoven, 2012). Nyberg (2010), em sua meta-análise, buscou avaliar a relação entre satisfação no trabalho e performance, apresentando resultados que exibem correlação significativa ($r=0,34$) entre essas variáveis (Nyberg, 2010). O modelo teórico de Locke e Latham (2002) sugere que a satisfação no trabalho afeta diretamente a vontade do trabalhador em se comprometer com novos desafios no seu ambiente de trabalho (Hora; Ribas Júnior; Souza, 2018, p. 972).

No entendimento de Robbins (2005, p. 68), porém, ao nível individual, não se verifica relação positiva da satisfação sobre a produtividade, ou, caso exista, a relação é muito baixa. De acordo com o autor, identifica-se, em realidade, uma relação inversa, na qual trabalhadores mais produtivos são mais satisfeitos, ou seja, o desempenho influencia e conduz à satisfação no trabalho. Robbins reconhece, noutra senda, o efeito positivo da satisfação sobre o desempenho quando a análise ocorre no nível organizacional, ou seja, “organizações com funcionários mais satisfeitos tendem a ser mais eficazes do que aquelas com funcionários menos satisfeitos”. A percepção controversa do autor se amplifica sobre alguns outros elementos, tais como as relações da satisfação sobre o absenteísmo e a rotatividade, ambas negativas ao menos moderadamente.

De acordo com o exposto, e reforçado por Coelho Júnior (2009), um número considerável de pesquisas justificam a inserção da satisfação no trabalho como variável preditora de desempenho no âmbito das organizações. Além disso, conforme tratado anteriormente, no início da fundamentação teórica, a satisfação no trabalho representa uma das dimensões do Clima de Segurança do Paciente, um dos conceitos estruturantes dessa pesquisa, potencialmente capaz, teoricamente, de influenciar o desempenho individual no trabalho em organizações hospitalares. Sob essas perspectivas, e admitindo a definição apresentada por Quijano e Navarro (1999 *apud* Cunha, 2013), para fins do presente estudo, a variável será considerada no modelo conceitual de análise, como um dos construtos que compõem o Clima de Segurança do Paciente.

2.4.2 Medindo o desempenho individual no trabalho – o *individual work performance questionnaire*

Considerando o entendimento, anteriormente apresentado, sobre a diferenciação existente entre os termos desempenho e produtividade (Koopmans, 2011; Tangen, 2005; Zabolotna, 2019), ressalta-se que a produtividade está relacionada, principalmente, com os resultados, enquanto que o conceito de desempenho, apresentado por Campbell (1990), por sua vez, concentra-se nos comportamentos e nas ações, e não no resultado proveniente desses comportamentos e ações. Sendo assim, avaliar o desempenho individual no trabalho, não significa simplesmente avaliar o resultado do trabalho de alguém, mas sim considerar como múltiplos fatores, situados dentro ou fora do escopo de trabalho do profissional, podem influenciar os desfechos do trabalho ou o próprio trabalhador em si (Motowidlo; Borman; Schmit, 1997 *apud* Zabolotna, 2019).

De acordo como Koopmans (2014), a medição configura-se como um pré-requisito para estabelecer, com precisão, a eficácia das intervenções, procedimentos e estratégias adotados para manter, melhorar ou otimizar o desempenho individual no trabalho. Diversas escalas foram desenvolvidas com o objetivo de mensurar as diferentes dimensões do desempenho individual (Bennet; Robinson, 2000; Spector *et al.*, 2006; Van Scotter; Motowidlo, 1996; Williams; Anderson, 1991). Sobre esse assunto, Koopmans *et al.* (2013, p. 8) asseveram que:

várias limitações podem ser observadas nas escalas desenvolvidas para medir dimensões do Desempenho Individual no Trabalho. O mais impressionante é que nenhuma dessas escalas mede todas as dimensões do Desempenho Individual no Trabalho juntas. Como resultado, eles não conseguem incorporar toda a gama de comportamentos individuais no trabalho. Isso requer que o pesquisador procure, compare e combine diferentes escalas para obter uma imagem completa do

Desempenho Individual no Trabalho. A tarefa de decidir qual(is) escala(s) usar é complicada pelo fato das escalas, muitas vezes, operacionalizarem a mesma dimensão de forma diferente. Isso dá ao pesquisador a difícil tarefa de decidir qual operacionalização é mais adequada e relevante para sua população de estudo. As diferentes operacionalizações devem-se, em parte, a conceituações diferentes das dimensões, e em parte devido a populações específicas.

Por conta disso, Koopmans *et al.* (2013) identificaram um *framework* geral e tridimensional para o desempenho individual no trabalho, constituído pelos domínios relacionados ao desempenho da tarefa, desempenho contextual e desempenho contraproducente. Na oportunidade, os autores observaram que escalas curtas e genéricas poderiam ser construídas, de acordo com o Modelo Rasch. Nessa linha, desenvolveram a versão inicial do *Individual Work Performance Questionnaire (IWPQ)*, um questionário genérico e curto capaz de ser usado para medir desempenho individual no trabalho, nos diversos setores ocupacionais.

Apesar das diferentes possibilidades metodológicas para a coleta de dados, e de se reconhecer eventuais fragilidades no contexto de uma autoavaliação, no caso do *Individual Work Performance Questionnaire (IWPQ)*, optou-se pela adoção de uma escala de autorrelato, em razão, principalmente, de alguns motivos, sinteticamente descritos a seguir. Inicialmente, tem-se a dificuldade em se obter medidas objetivas em algumas ocupações, sobretudo no caso de atividades delineadas por um maior nível de conhecimento ou de por uma alta complexidade, circunstâncias nas quais determinadas medidas diretas de comportamentos são difíceis. Em segundo lugar verifica-se, em favor do autorrelato, o fato dos funcionários, comumente, terem mais oportunidades de observar seus próprios comportamentos do que seus colegas ou seus superiores (Van Der Heijden; Nijhof, 2004 *apud* Koopmans *et al.*, 2013). Tal circunstância ganha contornos especiais para os comportamentos contraproducentes, que, na maioria das vezes são de ordem privativa e, portanto, de difícil observação. Além disso, verifica-se que colegas ou superiores avaliam o desempenho de um funcionário tendo como base referencial a sua impressão geral sobre o mesmo (Dalal, 2005; Viswesvaran *et al.*, 2005 *apud* Koopmans *et al.*, 2013), condição conhecida como efeito halo. Com isso, as pontuações nas diferentes dimensões do desempenho individual no trabalho podem ser mais semelhantes e as intercorrelações entre as dimensões podem sofrer superestimação. Por fim, em comparação com medidas objetivas ou classificações gerenciais, os autorrelatos guardam vantagens práticas, tais como a facilidade de coleta, a preservação da confidencialidade e menos problemas com ausência de dados (Schoorman; Mayer, 2008 *apud* Koopmans *et al.*, 2013).

Ramos-Villagrasa *et al.* (2019) apresentaram a versão em espanhol do *Individual Work Performance Questionnaire (IWPQ) - Brief Self-Report Scale*. composto por uma escala breve de autoavaliação, com 18 itens capazes de medir as principais dimensões do desempenho no trabalho (desempenho na tarefa, o desempenho contextual e o comportamento contraproducente), em uma ampla variedade de atividades laborais. O *IWPQ*, com sua estrutura tridimensional, demonstra uma boa confiabilidade, exibindo associações significativas com outras medidas de desempenho, comportando-se como uma medida adequada de desempenho no trabalho, tendo ênfase em comportamentos voltados para as organizações (Ramos-Villagrasa *et al.*, 2019).

O presente estudo, então, mensura o desempenho individual no trabalho, conceito estruturante sob investigação, em cada uma das suas três dimensões apresentadas por Koopmans *et al.* (2013) e Ramos-Villagrasa *et al.* (2019). Para tanto, foi utilizada a tradução livre (realizada pelo pesquisador) para a língua portuguesa, do *Individual Work Performance Questionnaire (IWPQ) - Brief Self-Report Scale*, que se encontra detalhadamente demonstrada na apresentação do instrumento para coleta de dados (Apêndice C).

2.5 ARTICULAÇÕES ENTRE CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E O DESEMPENHO INDIVIDUAL NO TRABALHO

Inicialmente, a proposta de articulação entre os conceitos estruturantes, abordados no presente estudo, encontra sustentação teórica a partir da Teoria de Sistemas e da Teoria Comportamental (Behaviorista) aplicadas à Administração. Conforme demonstrado a seguir, essas duas teorias parecem reunir elementos conceituais que, satisfatoriamente, representam e descrevem determinadas características organizacionais, incluindo as organizações hospitalares, que resguardam a capacidade de fundamentar algumas das relações existentes entre diferentes fenômenos nesses estabelecimentos do setor saúde.

De acordo com a Teoria de Sistemas, as organizações podem ser compreendidas como um conjunto de partes que, sendo capazes de interagir, guardam uma relação de interdependência e atuam de maneira coordenada, com o objetivo de alcançarem determinadas finalidades específicas e pré-estabelecidas. Nesse contexto, podem assumir diferentes níveis de complexidade, caracterizando-se como sistemas abertos ou fechados, a partir da existência ou não de relações com o ambiente externo à organização (Motta, 1971; Pizza Júnior, 1986). As organizações hospitalares parecem se enquadrar, adequadamente, no conceito trazido pela

Teoria de Sistemas. Os hospitais destacam-se como sistemas notadamente complexos e abertos, compostos por diferentes subsistemas, que buscam constantemente a sua homeostase. Nessas organizações, os permanentes exercícios de interação e interdependência, presentes sobretudo nas relações de interdisciplinaridade entre seus integrantes, tanto intra quanto intersetoriais, definem fortemente o desenvolvimento das atividades de trabalho, que, de certa forma, concentram-se em uma finalidade comum, representada principalmente pela busca de uma prestação de serviços que permita o reestabelecimento da saúde e o bem estar dos pacientes assistidos, sem deixar de garantir a sustentabilidade do negócio.

Da mesma forma, a associação entre os conceitos estruturantes da pesquisa também encontra amparo no posicionamento da psicologia comportamental, ou behaviorista, de Skinner (1978), aplicado às organizações. Nessa circunstância, reconhece-se que determinados comportamentos dos indivíduos nas organizações estão vinculados a “fatores relacionados aos estímulos provenientes do ambiente e, portanto, passíveis de alteração a partir de sua compreensão e da introdução de esquemas de reforços positivos e recompensas” (Andrade; Pereira; Ckagnazaroff, 2007, p. 71). Importante frisar que a Teoria Comportamental na Administração, em certo ponto, representa uma oposição à Teoria Clássica, rejeitando, porém, algumas das concepções mais ingênuas da Teoria das Relações Humanas. Além disso, envolve preocupações com o comportamento organizacional, com os processos de trabalho e com as pessoas, enfatizando a busca de soluções democráticas e flexíveis para os problemas organizacionais, conseguindo ampliar as discussões sobre a motivação humana e a valorização dos indivíduos nas organizações (Matos; Pires, 2006).

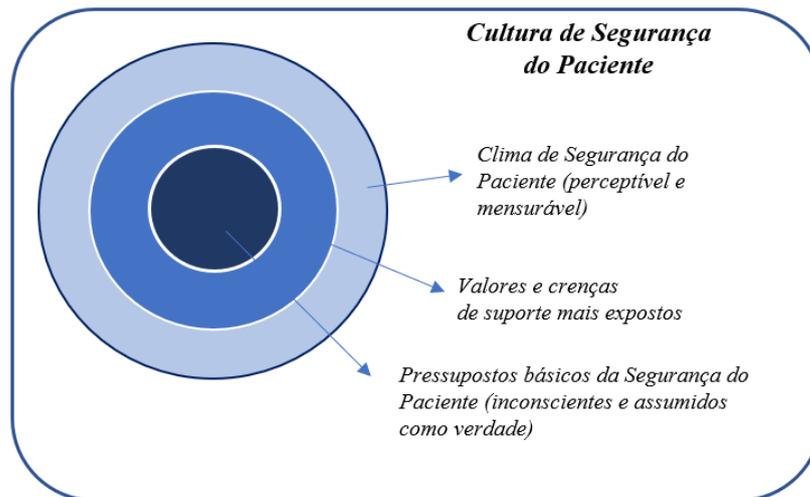
Desde as contribuições de Simon (1997), orientadas à busca de uma melhor compreensão do real comportamento humano no processo de tomada de decisão e na resolução de problemas dentro das organizações, a Teoria Comportamental tem recebido diferentes contribuições que a trouxeram para um patamar de maior amplitude e maior aprofundamento. Como exemplo, tem-se as proposições dos estudos de Herzberg, com a Teoria dos Dois Fatores, e MacGregor, com a Teoria Y, pelas quais, em geral, constata-se a influência de diferentes elementos relacionados às pessoas e ao trabalho, sejam eles intrínsecos ou extrínsecos, sobre as percepções e os comportamentos dos trabalhadores integrantes das organizações.

Portanto, em teoria, identifica-se como possível, ou até mesmo provável, a existência de relações de influência do Clima de Segurança do Paciente sobre o Desempenho Individual no Trabalho nas organizações hospitalares. Porém, antes do aprofundamento a respeito dessas relações potenciais, faz-se necessário reforçar, em síntese, as bases conceituais utilizadas para

o presente estudo. A partir da ampla fundamentação teórica, apresentada anteriormente, envolvendo especialmente os conceitos adotados por Schein (2004) e os entendimentos consolidados por Santos (2021), o Clima de Segurança do Paciente, para fins da presente pesquisa, está compreendido como um artefato, perceptível e mensurável, do conjunto cultural das organizações hospitalares que adotam a qualidade e a segurança assistenciais como elementos fundamentais para a gestão e operacionalização do negócio.

Sendo assim, propõe-se, nessa oportunidade, a representação da Cultura de Segurança do Paciente em organizações hospitalares, entendendo-a como um recorte delimitado que integra contexto geral do conjunto cultural organizacional. De maneira semelhante à perspectiva cultural global, considera-se que a Cultura de Segurança do Paciente possui diferentes níveis, dispostos desde suas camadas mais profundas, que dão conta dos seus pressupostos básicos, até aquelas camadas mais superficiais, onde se percebe, e se mensura, o Clima de Segurança do Paciente (Figura 3).

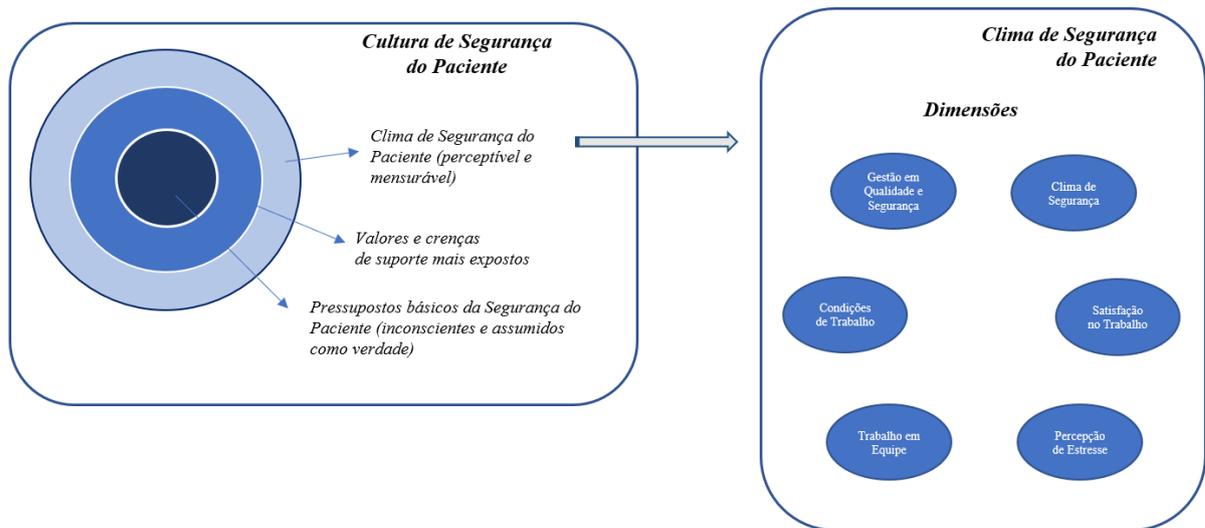
Figura 3 - Cultura de Segurança do Paciente, e seus níveis, em organizações hospitalares



Fonte: baseado em Schein (2004).
Nota: elaborado pelo pesquisador (2023).

No que lhe concerne, o Clima de Segurança do Paciente, para o presente estudo, segue o conceito multidimensional apresentado por Sexton *et al.* (2006), reforçado por Carvalho (2011) e Saraiva e Almeida (2018), que retrata sua composição a partir de seis dimensões ou domínios, conforme representação apresentada na figura a seguir (Figura 4).

Figura 4 - Clima de Segurança do Paciente e suas dimensões



Fonte: adaptado a partir de Carvalho (2011).

Nota: elaborado pelo pesquisador (2023).

Em relação ao Desempenho Individual no Trabalho, a presente pesquisa assume o conceito de Campbell (1990) e Campbell e Wiernick (2015 *apud* Ramos-Villagrasa *et al.*, 2019), associado a compreensão da característica multidimensional do fenômeno, com ênfase nos seus três domínios principais, representados pelo Desempenho Individual na Tarefa, o Desempenho Individual Contextual e o Comportamento Contraproducente, conforme sustentado por Koopmans *et al.* (2013) e Ramos-Villagrasa *et al.* (2019). Isto posto, faz-se importante, então, discutir as considerações necessárias à estruturação do modelo conceitual que suporta a presente pesquisa.

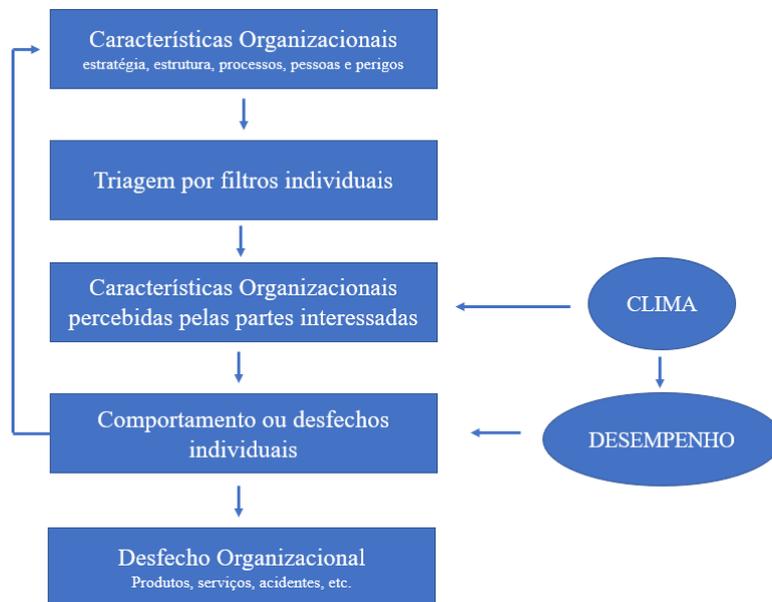
Apesar da existência de outras possibilidades, para fins do presente estudo, adota-se uma abordagem funcionalista, conforme descrito por Nascimento (2011), em revisão de literatura sobre o tema. De acordo com a autora, nessa abordagem, a cultura de segurança é considerada como uma variável, entre outras que caracterizam uma organização, e as pesquisas realizadas buscam definir, com a maior precisão possível, os componentes e dimensões dessa variável cultural, colocando-a em relação com outras variáveis relevantes. Espera-se, com isso, identificar oportunidades de melhorar a segurança dos serviços prestados nos cuidados em saúde, tendo “o objetivo é ser capaz de identificar e gerenciar especificidades culturais, que condicionam, numa lógica explicativa, o funcionamento e eficácia de uma organização em termos de segurança” (Nascimento, 2011, p. 3594).

Guldenmund (2000, p. 238) reconhece a carência, em muitas publicações, de um “modelo teórico que delinea a maneira como a cultura de segurança é considerada incorporada

em todas as práticas e estrutura do sistema de uma organização”. Para o autor, idealmente, “este modelo deve ser sobre a causa, o conteúdo e a consequência da cultura ou clima de segurança. Nessa perspectiva, são distinguidos dois tipos de modelos, os normativos ou prescritivos e os descritivos ou empíricos.

Nesse sentido, dentre os poucos modelos teóricos disponíveis, assume-se aqui o modelo de Glennon (1982), modelo normativo que consegue delinear, de maneira simples e geral, a causa, o conteúdo e as consequências do clima de segurança na organização. Para Guldenmund (2000, p. 239), o modelo proposto por Glennon (1982) “operacionaliza o clima de segurança como a percepção da realidade organizacional, o que parece sugerir uma espécie de medida de atitude, mas apenas em parte, porque as percepções não são idênticas às atitudes”. Admite-se, assim, a base teórica de causa-conteúdo-consequência do clima de segurança, enquanto característica organizacional percebida, refletindo sobre o desempenho dos profissionais, compreendido como comportamento ou defecho individual, e sendo aplicável às organizações hospitalares do setor saúde, de acordo com a representação estabelecida abaixo (Figura 5).

Figura 5 - Adaptação do Modelo de Funcionamento do Clima Organizacional de Glennon

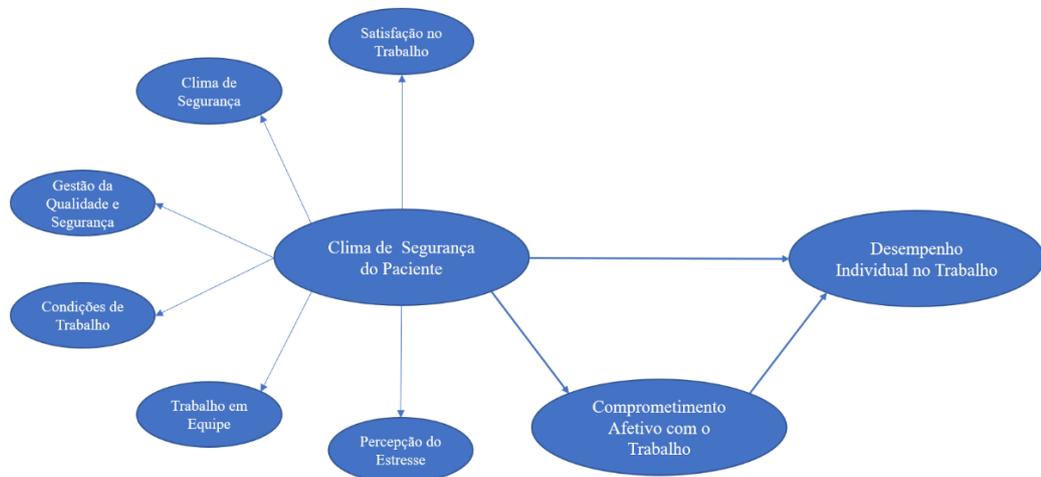


Fonte: Guldenmund (2000, p. 238).
Nota: adaptado pelo pesquisador (2023).

Com isso, e diante da impossibilidade de encontrar em literatura um modelo teórico que demonstrasse especificamente a relação entre a Cultura ou Clima de Segurança do Paciente e o Desempenho Individual no Trabalho, mas, ao mesmo tempo, compreendendo-se, teoricamente, a influência do clima organizacional, enquanto resultante da cultura, sobre o desempenho

individual, foi estruturado o modelo geral e inicial de análise para o presente estudo (Figura 6). Nele, encontram-se os três construtos latentes investigados nessa pesquisa: o Clima de Segurança do Paciente (CSP), e suas seis dimensões, como uma variável independente; o Desempenho Individual no Trabalho (DIT), como variável dependente, e o Comprometimento Afetivo com o trabalho (CAT), esse último, considerado como uma variável de controle/mediação, antecedente ao DIT. Compreende-se, dessa forma, a oportunidade de investigar do DIT utilizando-se de elementos que, direta ou indiretamente, possam representar perspectivas individuais e situacionais presentes na realidade organizacional.

Figura 6 - Modelo Geral de Análise



Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

Com a análise do modelo proposto, a partir do campo empírico definido, pretende-se atender ao objetivo geral do estudo, ou seja, compreender quais as influências do Clima de Segurança do Paciente sobre o Desempenho Individual no Trabalho dos profissionais, em organizações hospitalares, abrangendo a realidade dos setores público e privado, na cidade de Salvador-Ba, em 2023. De modo complementar, possibilita-se o cumprimento dos objetivos específicos da pesquisa, que incluem: a verificação do CSP como um construto multidimensional de segunda ordem, e a avaliação das influências do Comprometimento Afetivo com o trabalho, como variável controle/mediadora na relação entre CSP e DIT, assumindo-se o comprometimento como uma variável que sucede ao CSP e antecede o DIT. Importante frisar que as análises propostas na presente pesquisa guardam especial relevância por acontecerem pouco mais de duas décadas após a segurança do paciente ter sido apontada globalmente como uma das dimensões da qualidade em serviços de saúde, em um ano que

marcou o final da pandemia da COVID 19, conforme declaração amplamente divulgada pela Organização Mundial da Saúde, no primeiro semestre de 2023.

O Modelo Geral de Análise em comento oportuniza o detalhamento analítico subdividido em três Modelos Específicos de Análise, sendo um modelo dedicado para cada uma das dimensões do DIT, destacadamente as dimensões tarefa, contextual e o comportamento contraproducente. As especificidades desses modelos, e suas respectivas hipóteses, encontram-se demonstradas na seção seguinte que trata da metodologia empregada na realização do presente estudo.

3 METODOLOGIA

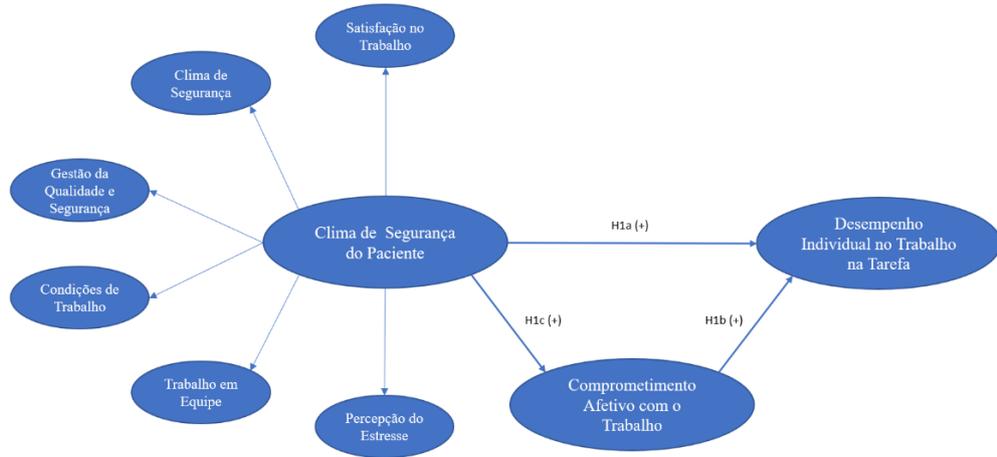
3.1 MODELOS ESPECÍFICOS DE ANÁLISE E SUAS HIPÓTESES

Amparado pela fundamentação teórica apresentada, a modelagem adotada no presente estudo considera o Clima de Segurança do Paciente (CSP) como um significativo elemento organizacional, potencialmente capaz de influenciar o Desempenho Individual no Trabalho (DIT), nas organizações hospitalares. O CSP representa, nessa oportunidade, a camada mais superficial e mensurável da Cultura de Segurança do Paciente, relevante fenômeno que compõe o conjunto cultural dessas organizações, quando se prima pela prestação de um cuidado em saúde com qualidade e segurança. Sob essa perspectiva, assume-se, teoricamente, a hipótese de que o CSP se configura como um construto de segunda ordem, verificado a partir das seis dimensões que o compõem (Carvalho, 2011, Saraiva; Almeida, 2018; Sexton *et al.*, 2006). Construtos de segunda ordem, ou de ordem superior, de acordo com Hair Jr. *et al.* (2009, p. 620), são observados quando existem duas camadas de construtos latentes, circunstância na qual o “fator latente de segunda ordem é a causa de múltiplos fatores latentes de primeira ordem, os quais, por sua vez, são a causa das variáveis medidas”.

Além disso, adiciona-se ao modelo o Comprometimento Afetivo com o Trabalho, na qualidade de uma variável controle/mediadora das relações entre o CSP e o DIT. Esse entendimento, sustenta-se na fundamentação teórica, apresentado na seção anterior, que identifica o Comprometimento Afetivo como variável antecedente ao Desempenho Individual, no ambiente do trabalho (Campbell, 1990, Coelho Júnior, 2009), sendo ao mesmo capaz de mediar relações entre o desempenho e outras variáveis latentes da dimensão organizacional (Donkor; Appienti; Achiaah, 2022).

Em consequência, foram elaborados três Modelos Específicos de Análise dedicados, cada um deles, a uma das dimensões do DIT, apontadas por Koopmans *et al.* (2013) e Ramos-Villagrasa *et al.* (2019). Sobre o Modelo Específico de Análise 1 (Figura 7), sustentam-se as hipóteses de que há uma influência positiva direta do CSP sobre a dimensão tarefa do DIT (H1a), e que essa relação é mediada favoravelmente pelo Comprometimento Afetivo com o trabalho (H1b); além de que o CSP, da mesma maneira, influencia positivamente o Comprometimento Afetivo com o trabalho (H1c).

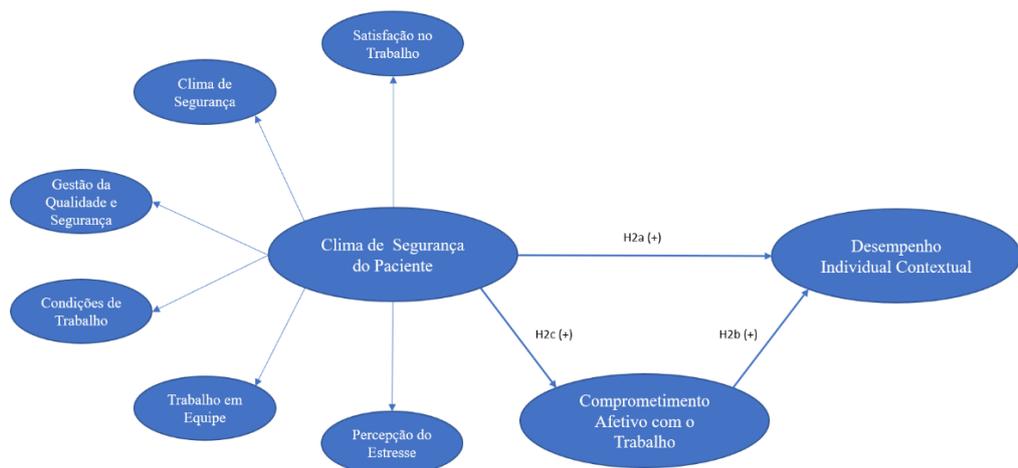
Figura 7 - Modelo Específico de Análise 1



Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

Raciocínio semelhante é proposto na elaboração das hipóteses dedicadas à análise da relação do CSP sobre a dimensão contextual do DIT. Considera-se, nessa oportunidade, a hipótese de que existe uma influência positiva entre esses dois construtos, tanto diretamente (H2a) quanto mediada pelo Comprometimento Afetivo no trabalho (H2b). Além disso, propõe-se hipoteticamente que o Comprometimento Afetivo no trabalho, também nesse modelo, seja influenciado positivamente pelo CSP (H2c). A seguir, verifica-se a representação gráfica do Modelo Específico de Análise 2 (Figura 8).

Figura 8 - Modelo de Específico de Análise 2

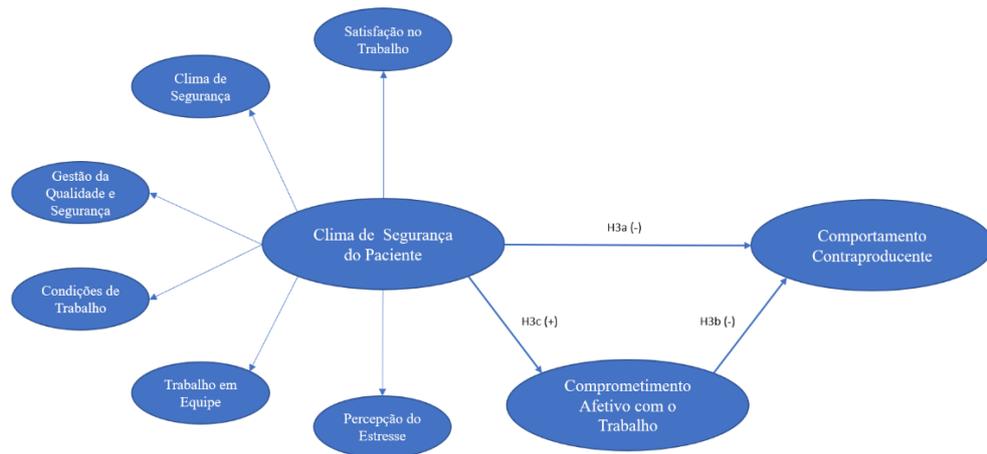


Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

Para a análise do impacto do CSP sobre o Comportamento Contraproducente, desenvolveu-se o Modelo de Análise Conceitual 3 (Figura 9). Nesse modelo, compreende-se

hipoteticamente a influência negativa (inibitória) do CSP em uma relação direta sobre o Comportamento Contraproducente (H3a). Além disso, admite-se a hipótese do papel mediador favorável do Comprometimento Afetivo, nessa relação do CSP sobre o Comportamento Contraproducente (H3b), e que a variável comprometimento continua a ser influenciada positivamente pelo CSP (H3c).

Figura 9 - Modelo Específico de Análise 3



Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

Compreende-se que as hipóteses propostas nessa seção possibilitam o desenvolvimento adequado da investigação pretendida nessa pesquisa, sobretudo no que se refere ao cumprimento dos seus objetivos geral e específicos. A seguir, visando facilitar a compreensão sobre a investigação desenvolvida no estudo, encontra-se um quadro resumo que, reúne, sinteticamente, as hipóteses elaboradas, subdividindo-as para cada um dos modelos analíticos específicos propostos (Quadro 2). Por ocasião da análise dos resultados obtidos, ter-se-á condições de confirmar ou refutar, parcial ou totalmente, cada uma das hipóteses desenhadas.

Quadro 2 - Hipóteses sob investigação

Modelos	Hipóteses
Modelo de medida do CSP	H-CSP: O CSP configura-se como construto de segunda ordem, em relação às suas dimensões, nomeadamente: condições de trabalho, clima de segurança, clima de trabalho em equipe, gestão de qualidade e segurança, percepção do estresse e satisfação no trabalho.
Modelo de Análise 1	H1a: O CSP influencia favoravelmente a dimensão tarefa do DIT, em organizações hospitalares.
	H1b – O Comprometimento Afetivo com o trabalho, medeia favoravelmente a relação do CSP sobre a dimensão tarefa do DIT, em organizações hospitalares.
	H1c - O CSP, em organizações hospitalares, apresenta uma relação de influência positiva sobre o Comprometimento Afetivo com o trabalho.
Modelo de Análise 2	H2a - O CSP influencia favoravelmente a dimensão contextual do DIT, em organizações hospitalares.
	H2b - O Comprometimento Afetivo com o trabalho, medeia favoravelmente a relação do CSP sobre a dimensão contextual do DIT, em organizações hospitalares.
	H2c - O CSP, em organizações hospitalares, apresenta uma relação de influência positiva sobre o Comprometimento Afetivo com o trabalho.
Modelo de Análise 3	H3a - O CSP inibe o comportamento contraproducente do DIT, em organizações hospitalares.
	H3b - O Comprometimento Afetivo com o trabalho, medeia favoravelmente a relação do CSP sobre o comportamento contraproducente do DIT, em organizações hospitalares.
	H3c - O CSP, em organizações hospitalares, apresenta uma relação de influência positiva sobre o Comprometimento Afetivo com o trabalho.

Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

3.2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Considerando a sua estratégia metodológica, o estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, que utiliza um questionário, elaborado pelo autor a partir da adaptação de instrumentos de medida pré-existentes, aplicado a uma amostra de profissionais das organizações hospitalares identificadas como campo empírico. O questionário foi estruturado com o intuito de propiciar a obtenção dos dados de interesse do estudo, nomeadamente os seus construtos latentes: Clima de Segurança do Paciente (CSP), composto por seis dimensões (condições de trabalho, clima de segurança, clima de trabalho em equipe, gestão de qualidade e segurança, percepção do estresse e satisfação no trabalho); Comprometimento Afetivo com Trabalho (CAT); e Desempenho Individual no Trabalho (DIT), esse último, representado por três dimensões (desempenho individual na tarefa, desempenho individual contextual e comportamento contraproducente).

De uma maneira geral, a operação de coleta de dados aplicada na pesquisa pode ser sintetizada nas seguintes etapas:

- a) obtenção de declaração de anuência das organizações hospitalares que figuram como campo empírico, para a realização do estudo, incluindo a coleta de dados, a partir de entendimento firmado em reunião com o corpo diretivo de cada uma das unidades (ANEXOS A e B);
- b) alinhamento com as respectivas equipes de Tecnologia da Informação e Comunicação, de Gestão de Pessoas e de Gestão da Qualidade dos hospitais, para o estabelecimento da melhor maneira de organizar e disponibilizar o questionário aos profissionais, em meio eletrônico, de maneira a facilitar a aplicação, garantindo uma participação livremente consentida, com total e irrestrita liberdade de expressão, confidencialidade e confiabilidade;
- c) disponibilização do instrumento de coleta aos profissionais, durante período pré-estabelecido e previamente acordado com as unidades campo, juntamente com a carta de apresentação (APÊNDICE A) e o termo de consentimento livre e esclarecido do estudo (TCLE). A participação efetiva, com respostas ao instrumento, ocorria mediante adesão livre e espontânea ao TCLE (APÊNDICE B);
- d) extração e análise dos dados através de técnicas estatísticas apropriadas.

Importante salientar que a escolha da abordagem quantitativa encontra fundamento no entendimento proposto por Gil (2008), que reconhece o significativo auxílio das teorias e técnicas estatísticas para a investigação nas ciências humanas e sociais, incluindo a administração, fornecendo razoável precisão e confiabilidade ao tratamento dos dados e às conclusões obtidas a partir das observações realizadas no campo empírico. Sendo assim, para a análise dos dados coletados foram escolhidas as técnicas estatísticas abrangendo a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e a Modelagem de Equações Estruturais (MEE).

De acordo com Hair Jr. *et al.* (2009), a utilização da AFC, visando a confiabilidade dos instrumentos de coleta dos dados, permite avaliar o grau de concordância entre a configuração teórica dos fatores e a realidade dos dados coletados, fornecendo, assim, ferramental adequado para validar ou refutar, completamente ou parcialmente, as hipóteses iniciais do estudo. Para Hair Jr. (2009, p. 544), a confiabilidade indica “o grau em que um conjunto de indicadores de um construto latente é internamente consistente, com base em quão altamente interrelacionados são os indicadores [...], representa a extensão em que todos eles medem a mesma coisa”.

Por sua vez, a Modelagem de Equações Estruturais (MEE), caracterizada como uma família de modelos estatísticos que tem como objetivo investigar as relações entre múltiplas variáveis, foi empregada para testar o modelo teórico proposto. A MEE é uma técnica de

modelagem estatística multivariada de caráter geral, amplamente utilizada nas Ciências Humanas e Sociais (Neves, 2018). Por meio de equações que descrevem as relações entre os construtos (variáveis independentes e dependentes) envolvidos na análise, semelhantes a uma série de equações de regressão múltipla, o MEE permite estimar simultaneamente e de forma interdependente as relações entre as variáveis, utilizando o modelo estrutural especificado (Hair Jr. *et al.*, 2009). Para Neves (2018, p. 8), dentre outras vantagens, a MEE permite que “se trabalhe simultaneamente com estimação e mensuração; [...] que sejam estimados efeitos diretos e indiretos de variáveis explicativas sobre variáveis respostas”; além de apresentar “facilidade interpretativa advinda de suas interfaces gráficas”.

3.3 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

O estudo contou com a participação de um total de 1.163 respondentes, sendo 586 profissionais atuantes no hospital público e 577 na unidade privada, com um tempo médio de resposta aos questionários de 14,7 minutos, sendo, em média, 13,3 minutos para o hospital público e 16,1 minutos para o hospital privado. De acordo com o recomendado por Hair Jr. *et al.* (2009), incluindo as suas considerações sobre a distribuição multivariada de dados, a técnica de estimação e a complexidade do modelo, o tamanho amostral pareceu estar adequado para a produção de resultados confiáveis através da utilização da Modelagem de Equações Estruturais.

A descrição amostral foi organizada a partir da reunião dos dados conforme as suas características gerais e as características da prática laboral, identificadas no campo pesquisado. Os achados do estudo passam a ser demonstrados a seguir, de maneira totalizada e subdividida em cada uma das organizações hospitalares pesquisadas, facilitando, assim, uma melhor compreensão sobre as características da amostra pesquisada.

De um modo geral, a idade média observada foi de 39 anos (variando de 17 a 77 anos), sendo a maioria dos participantes do sexo feminino (69,9%) e detentora de ensino superior completo (55,9%). Em relação ao tempo de atuação na profissão, a maior parte dos respondentes tem mais de 05 anos de experiência (77,7%), e uma parcela considerável tem mais de 10 anos atuando profissionalmente (57,6%). Ao se considerar o número de hospitais em que trabalham, nota-se que apenas uma minoria (16,7%) atua em mais de duas organizações hospitalares no seu cotidiano. Comparativamente, verifica-se que, em relação aos dados gerais mencionados, o perfil da amostra pareceu bastante semelhante entre as duas organizações,

pública e privada, estudadas. O detalhamento desses dados gerais encontra-se disponibilizado na tabela a seguir (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil da Amostra – Dados Gerais

	Hospital Público	Hospital Privado	Total
No. de respondentes	586	577	1163
Tempo médio de resposta (min.)	13,3	16,1	14,7
Idade (anos)	37 (17 a 63)	41 (18 a 73)	39 (17 a 73)
Sexo			
<i>masculino</i>	29,5%	30,8%	30,1%
<i>feminino</i>	70,5%	69,2%	69,9%
Escolaridade			
<i>ens. médio completo</i>	40,3%	48,0%	44,1%
<i>ens. superior completo</i>	59,7%	52,0%	55,9%
Tempo de Atuação na Profissão			
<i>0 a 5 anos</i>	27,3%	17,3%	22,3%
<i>6 a 10 anos</i>	23,7%	16,5%	20,1%
<i>> 10 anos</i>	49,0%	66,2%	57,6%
No. de hospitais em que trabalha			
<i>até 2 hospitais</i>	82,6%	84,0%	83,3%
<i>mais que 2 hospitais</i>	17,4%	16,0%	16,7%

Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

No que se refere as características da prática laboral no campo, demonstradas na tabela a seguir (Tabela 2), observa-se que a maioria dos respondentes são da área assistencial (84,7%), sendo predominantemente representados por enfermeiros (44,4%) e médicos (21,6%), enquanto o restante da equipe multiprofissional representa 18,7% da amostra. A equipe não assistencial, que atua na área de apoio/administrativa das organizações pesquisadas, corresponde a minoria (15,3%). O vínculo da relação de trabalho é, na maioria dos casos, formalizado pelo regime da Consolidação de Leis Trabalhistas (CLT) (76,1%), sendo o restante representado por terceirizações ou contratações através de pessoas jurídicas. A grande maioria dos respondentes atuam na área operacional (92,5%), enquanto a minoria identifica-se como atuante em uma atividade de liderança (7,5%). Em relação ao tempo de atuação na organização, a maioria dos respondentes trabalha no respectivo hospital há mais de 05 anos (59%), e uma maior parcela com uma carga horária semanal superior a 24h semanais (78,2%). A renda mensal de 53,2% da amostra supera o montante de R\$ 2,5mil. De maneira semelhante aos dados gerais, comparando o hospital público e o privado, observa-se uma semelhança no perfil da amostra, em relação às práticas do trabalho realizado.

Tabela 2 - Perfil da Amostra – Dados da Prática Laboral

	Hospital Público	Hospital Privado	Total
Área de Atuação Profissional			
<i>assistencial – medicina</i>	22,2%	21,0%	21,6%
<i>assistencial – enfermagem</i>	46,4%	42,6%	44,4%
<i>assistencial – outros</i>	19,9%	17,3%	18,7%
<i>apoio/administrativo</i>	11,5%	19,1%	15,3%
Vínculo de Trabalho			
<i>CLT</i>	73,9%	80,9%	76,1%
<i>PJ/Terceiros</i>	26,1%	19,1%	23,9%
Tipo de Atividade			
<i>operacional</i>	93,2%	92,0%	92,5%
<i>liderança</i>	6,8%	8,0%	7,5%
Tempo de Hospital			
<i>0 a 5 anos</i>	39,7%	42,3%	41,0%
<i>6 a 10 anos</i>	30,5%	19,7%	25,2%
<i>> 10 anos</i>	29,8%	38,0%	33,9%
Carga horária			
<i>até 24h semanais</i>	17,9%	25,8%	21,8%
<i>> 24h semanais</i>	82,1%	74,2%	78,2%
Renda mensal (em reais)			
<i>até 2500</i>	45,2%	48,5%	46,8%
<i>2501 a 5000</i>	28,6%	27,4%	28,0%
<i>5001 a 10000</i>	12,4%	13,5%	13,0%
<i>> 10000</i>	13,8%	10,6%	12,2%

Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

3.4 INSTRUMENTO DE MEDIDA

Para o estudo empreendido foi utilizado um questionário contemplando os seguintes componentes, abaixo discriminados:

- a) caracterização da amostra, a partir dos elementos: idade, sexo, nível de escolaridade, vínculo de trabalho, área de atuação profissional, tipo de atividade, tempo de atuação na organização, tempo de atuação na profissão, renda mensal no hospital, quantidade de hospitais que trabalha e carga horária semanal.
- b) sentenças para a captura das percepções sobre os construtos latentes relacionados ao Clima de Segurança do Paciente, adaptadas a partir do *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form*, traduzido e submetido a adaptação transcultural no Brasil (Carvalho, 2011).

- c) sentenças para a captura das percepções sobre o Desempenho Individual no Trabalho, em suas três dimensões, elaboradas através de tradução livre, feita pelo pesquisador, do *Individual Work Performance Questionnaire (IWPQ) - Brief Self-Report Scale*, que abrange as dimensões tarefa, contexto e comportamento contraproducente (Koopmans *et al.*, 2013; Ramos-Villagrasa *et al.*, 2019).
- d) sentenças para a captura das percepções sobre o construto Comprometimento no Trabalho, na sua dimensão afetiva, propostas por Medeiros e Enders (1998), em trabalho de validação do instrumento de Meyer e Allen (1991), sendo escolhidas aquelas afirmações cujo alfa de Cronbach encontrado foi superior a 0,6.

Ao todo, o questionário de coleta de dados possui 54 sentenças, sendo que 36 delas possibilitam a múltipla escolha sobre a percepção de concordância, enquanto 18 das sentenças propõem múltipla escolha sobre a percepção de frequência. Para as respostas utilizaram-se escalas do tipo *Likert* de cinco pontos, que variaram desde “discordo totalmente” até “concordo totalmente”, para que os participantes indicassem seu grau de concordância às diferentes afirmações atreladas às dimensões do Clima de Segurança do Paciente e ao Comprometimento Afetivo, além de escalas *Likert* de cinco pontos que variaram de “raramente” a “sempre” e “nunca” a “frequentemente” para que os respondentes indicassem a sua percepção sobre a frequência dos indicadores relacionados às dimensões do Desempenho Individual no Trabalho.

O instrumento foi desenvolvido seguindo as recomendações gerais apontadas por Vieira (2009). A escala tipo *Likert* é considerada uma das escalas mais habitualmente usadas para mensuração de conceitos, sendo capaz de avaliar expressões de concordância, frequência, importância, qualidade ou mesmo probabilidade (Vieira, 2009). Segundo Hair Jr. *et al.* (2009), a escala *Likert*, comum em estudos quantitativos, é amplamente utilizada em pesquisas de comportamento humano nas áreas de administração, psicologia, sociologia e educação. Acompanhado da carta de apresentação da pesquisa e do termo de consentimento informado livre e esclarecido, o questionário foi inserido no sistema informatizado dos hospitais que figuram como campo empírico, com o auxílio das respectivas equipes de tecnologia da informação e comunicação.

O modelo de medida proposto na análise fatorial confirmatória, técnica estatística utilizada para testar a adequação de um modelo teórico a um conjunto de dados observados, apresenta 10 (dez) construtos latentes de primeira ordem - condições de trabalho (CT), clima de segurança (CS), clima de trabalho em equipe (CTE), gestão de qualidade e segurança (GQS), percepção de estresse (PE); satisfação no trabalho (ST); comprometimento afetivo no trabalho

(COMPAF); desempenho individual na tarefa (DESINDT), desempenho individual contextual (DESINDCONT), comportamento contraproducente (COMPCONT). De acordo com Hair Jr. *et al.* (2009, p. 541), um construto latente não pode ser medido diretamente, mas pode ser representado ou medido por uma ou mais variáveis (indicadores) [...] que fornecem uma medida razoavelmente precisa do construto latente (atitude) para um indivíduo”. Dessa forma, cada variável latente considerada no presente estudo possui um conjunto de indicadores observáveis/mensuráveis, que estão detalhadamente apresentados, juntamente com as respectivas escalas de medida, no questionário de investigação empregado (APÊNDICE C).

Visando, dentre outros pontos, garantir a qualidade do instrumento utilizado, testes de validade e confiabilidade foram realizados, em medições dos modelos, suas as variáveis latentes e suas correlações. Essa etapa metodológica, que se encontra detalhada no tópico a seguir, em geral, indicou que as escalas utilizadas no estudo possuem uma boa consistência interna e boa confiabilidade, elementos necessários para medir, com segurança, as variáveis de interesse.

3.5 MEDIÇÃO APLICADA AOS MODELOS

3.5.1 Modelo do Clima de Segurança do Paciente e suas dimensões

Na presente pesquisa, o Clima de Segurança do Paciente (CSP) foi medido a partir das suas seis dimensões, detalhadas por Sexton *et al.* (2006) e Carvalho (2011), e a sua avaliação foi realizada a partir de uma análise fatorial confirmatória utilizando os dados coletados. As dimensões do CSP foram mensuradas por meio de 32 itens (indicadores). A confiabilidade dessa medição foi avaliada utilizando o coeficiente alfa de *Cronbach* (Nunnally, 1978), uma medida de confiabilidade amplamente utilizada na análise de dados psicométricos, que examina a consistência interna de um conjunto de itens ou perguntas que visam medir a mesma construção subjacente. O coeficiente alfa de *Cronbach* apresenta variação de 0 a 1, sendo que os valores mais próximos de 1 indicam uma maior consistência interna dos itens.

Os dados coletados demonstraram uma consistência interna satisfatória das medidas para cada uma das dimensões do CSP enquanto variáveis latentes, indicando que os itens selecionados são suficientemente confiáveis e consistentes na medição das suas características subjacentes. As cargas fatoriais estimadas para cada variável observada indicam a força do relacionamento entre a variável observada e sua respectiva variável latente subjacente. Dos 32 indicadores avaliados, 29 apresentaram cargas fatoriais significativas (carga fatorial > 0,7, com

$p < 0,001$) e consistentes com as hipóteses do modelo, o que sugere que o modelo de medida proposto para as dimensões do CSP é uma boa representação das relações entre as variáveis observadas e as variáveis latentes subjacentes (Hair Jr. *et al.*, 2009). De maneira complementar, o coeficiente R^2 também foi calculado, para avaliar a proporção de variância explicada pelas variáveis latentes em suas variáveis observadas correspondentes, apresentando valores considerados satisfatórios e boa capacidade explicativa, ou seja, $R^2 > 0,5$ (Hair Jr. *et al.*, 2009). Os resultados verificados estão apresentados na tabela abaixo (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise Fatorial Confirmatória – Cargas Fatoriais - Indicadores das Dimensões do Clima de Segurança do Paciente (CSP)

Item	Carga Fatorial	Indicação Latente	R² construídos
CT1	0,745	Condições de Trabalho	0,555
CT2	0,856	Condições de Trabalho	0,733
CT3	0,875	Condições de Trabalho	0,766
CT4	0,767	Condições de Trabalho	0,589
CT5	0,907	Condições de Trabalho	0,823
CS1	0,930	Clima de Segurança	0,865
CS2	0,869	Clima de Segurança	0,755
CS3	0,893	Clima de Segurança	0,797
CS4	0,795	Clima de Segurança	0,633
CS5	0,914	Clima de Segurança	0,836
CTE1	0,899	Clima de Trabalho em Equipe	0,808
CTE2	0,843	Clima de Trabalho em Equipe	0,711
CTE3	0,842	Clima de Trabalho em Equipe	0,709
CTE4	0,822	Clima de Trabalho em Equipe	0,676
CTE5	0,902	Clima de Trabalho em Equipe	0,813
CTE6	0,855	Clima de Trabalho em Equipe	0,731
GQS1	0,892	Gestão de Qualidade e Segurança	0,796
GQS2	0,930	Gestão de Qualidade e Segurança	0,864
GQS3	0,901	Gestão de Qualidade e Segurança	0,811
GQS4	0,907	Gestão de Qualidade e Segurança	0,823
GQS5	0,854	Gestão de Qualidade e Segurança	0,729
GQS6	0,721	Gestão de Qualidade e Segurança	0,520
PE1	0,828	Percepção do Estresse	0,685
PE2	0,945	Percepção do Estresse	0,893
PE3	0,894	Percepção do Estresse	0,799
ST1	0,934	Satisfação no Trabalho	0,872
ST2	0,855	Satisfação no Trabalho	0,730
ST3	0,962	Satisfação no Trabalho	0,926
ST4	0,822	Satisfação no Trabalho	0,676

Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

Da mesma forma, o CSP foi avaliado como um construto de segunda ordem, ou seja, um fator latente de ordem superior que causa uma camada de primeira ordem de fatores latentes (Hair Jr. *et al.*, 2009), representados, nessa oportunidade, pelas dimensões que o compõem teoricamente, a saber: condições de trabalho (CT), clima de segurança (CS), clima de trabalho em equipe (CTE), gestão de qualidade e segurança (GQS), percepção do estresse (PE) e satisfação no trabalho (ST). Compondo essa análise, as cargas fatoriais e os respectivos R^2 calculados para as dimensões do CSP enquanto camada de primeira ordem, foram considerados bastante satisfatórios e encontram-se representados na tabela a seguir (Tabela 4).

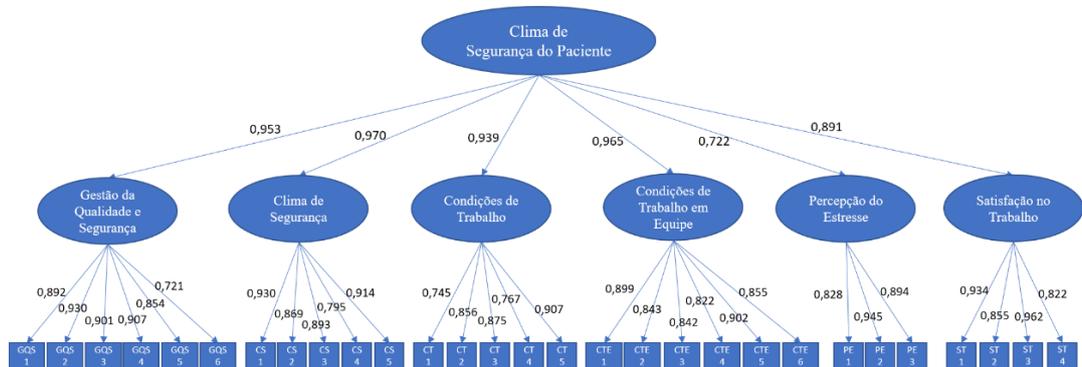
Tabela 4 - Análise Fatorial Confirmatória - Cargas Fatoriais - Dimensões do Clima de Segurança do Paciente (CSP) como variáveis de primeira ordem

Dimensões do CSP	Carga Fatorial	Indicação Latente	R² construídos
CT	0,939	Condições de Trabalho	0,881
CS	0,970	Clima de Segurança	0,941
CTE	0,965	Clima de Trabalho em Equipe	0,931
GQS	0,953	Gestão de Qualidade e Segurança	0,908
PE	0,722	Percepção do Estresse	0,521
ST	0,891	Satisfação no Trabalho	0,794

Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

Objetivando uma melhor compreensão das relações entre as variáveis investigadas no CSP, foi elaborado um diagrama de representação para o modelo de segunda ordem envolvendo o CSP e suas dimensões, que busca demonstrar visualmente a carga fatorial das variáveis (observadas e latentes) e as interações das duas camadas de construtos latentes, que representam o CSP, em ordem superior, e suas seis dimensões, em primeira ordem (Figura 10). As cargas fatoriais destacam a intensidade e a direção das relações, contribuindo para uma melhor compreensão das relações estabelecidas no modelo, permitindo, com isso, uma análise mais abrangente e uma interpretação aprofundada dos achados obtidos.

Figura 10 - Diagrama de representação para o Modelo de Segunda Ordem



Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

De maneira complementar, foram realizadas outras análises estatísticas para se obter a avaliação da validade do modelo de medida do CSP, e uma estimativa precisa do ajuste do modelo. Optou-se pela utilização do qui-quadrado (χ^2), medida fundamental usada em MEE, além de outras medidas como os graus de liberdade (df), a raiz padronizada do resíduo médio (SRMR), a raiz do erro quadrático médio de aproximação (RMSEA), e, por fim, os índices de ajuste incremental, representados, nesse estudo, pelos índices de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index (CFI)*) e de *Tucker Lewis (Tucker Lewis Index (TLI))*. Os resultados encontrados foram satisfatórios (Hair Jr. *et al.*, 2009), e encontram-se detalhados na tabela disposta a seguir (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise Fatorial Confirmatória – Avaliação Complementar - Clima de Segurança do Paciente (CSP) como variável de segunda ordem

Índice	User Model	Baseline Model	p-valor
Qui-quadrado (χ^2)	899,779*	404.483,281*	0,000
Graus de liberdade (df)	371	406	-
χ^2 / df	2,425	-	-
CFI	0,999	-	-
TLI	0,999	-	-
SRMR	0.032	-	-
RMSEA	0.035	-	-

Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

Por fim, as análises estatísticas possibilitaram identificar, de maneira significativa, as relações de efeito positivo existentes entre o CSP e as suas dimensões (CT, CS, CTE, GQS, PE e ST), conforme verificado nos parâmetros da tabela abaixo (Tabela 6). Por conseguinte,

consolida-se a compreensão da configuração do CSP como um construto de segunda ordem, em relação às suas dimensões descritas.

Tabela 6 - Regressão - Clima de Segurança do Paciente e suas dimensões teóricas

Variável Latente Seg. Ordem	Variáveis Latentes Prim. Ordem	Estimadores	Std. err.	Z-valor	P(> z)	Std.lv	Std.all
CSP	CT	2,719	0,165	16,438	0,000	0,939	0,939
	CS	4,001	0,331	12,089	0,000	0,970	0,970
	CTE	3,676	0,217	16,906	0,000	0,965	0,965
	GQS	3,146	0,204	15,417	0,000	0,953	0,953
	PE	1,043	0,054	19,308	0,000	0,722	0,722
	ST	1,962	0,120	16,325	0,000	0,891	0,891

Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

Com base nos dados coletados, pode-se inferir que o modelo proposto é eficaz, sendo capaz de mensurar as variáveis de interesse relacionadas ao Clima de Segurança do Paciente, de maneira confiável e consistente. Além disso, é possível afirmar, com razoável grau de certeza, que o CSP se comporta como um construto de segunda ordem em relação às dimensões descritas em teoria, representadas no *Safety Attitudes Questionnaire* (Carvalho, 2011; Sexton *et al.*, 2006). Essas análises configuram-se como de extrema importância para garantir a precisão dos resultados obtidos, além de propiciar uma base consistente para estudos futuros.

3.5.2 Modelos específicos de análise

As análises empreendidas na presente pesquisa concentram-se nas relações do Clima de Segurança do Paciente (CSP) sobre o Desempenho Individual no Trabalho (DIT), distribuídas em três modelos de análise conceitual distintos, detalhados anteriormente. Acrescente-se a isso, o papel mediador do Comprometimento Afetivo nessa relação. Nessa oportunidade, serão apresentados os achados obtidos em cada um dos modelos, examinados separadamente.

a) Modelo de Específico de Análise 1 - Clima de Segurança do Paciente e Desempenho Individual na Tarefa

O Modelo Específico de Análise 1 foi criado com base em 195 parâmetros e 1.163 observações, utilizando o método de estimação *DWLS*. Os achados identificados na análise desse modelo indicaram uma adequada consistência interna e confiabilidade dos dados

coletados. As cargas fatoriais, e os respectivos R^2 , das variáveis relevantes do modelo encontram-se demonstradas na tabela a seguir (Tabela 7).

Tabela 7 - Cargas Fatoriais e R-quadrados - Variáveis e Itens do Modelo Específico de Análise 1

Variáveis/ Itens	Carga Fatorial	Indicação Latente	R ² construídos
CT	0,937	Condições de Trabalho	0,877
CS	0,965	Clima de Segurança	0,932
CTE	0,961	Clima de Trabalho em Equipe	0,923
GQS	0,955	Gestão de Qualidade e Segurança	0,913
PE	0,746	Percepção do Estresse	0,557
ST	0,892	Satisfação no Trabalho	0,796
COMPAF1	0,759	Comprometimento Afetivo	0,576
COMPAF2	0,902	Comprometimento Afetivo	0,815
COMPAF3	0,942	Comprometimento Afetivo	0,887
COMPAF4	0,820	Comprometimento Afetivo	0,673
DESINDT1	0,802	Desempenho Individual na Tarefa	0,643
DESINDT3	0,903	Desempenho Individual na Tarefa	0,815
DESINDT4	0,910	Desempenho Individual na Tarefa	0,828
DESINDT5	0,858	Desempenho Individual na Tarefa	0,737

Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

Além disso, a avaliação complementar de validade e ajuste do modelo de medida, levando em consideração o qui-quadrado, os graus de liberdade, a *SRMR*, a *RMSEA*, e os índices de ajuste incremental - *Comparative Fit Index (CFI)* e *Tucker Lewis Index (TLI)* - igualmente demonstrou resultados satisfatórios, conforme observado na tabela abaixo (Tabela 8).

Tabela 8 - Análise de Ajuste de Modelo - Modelo 1 – Clima de Segurança do Paciente e Desempenho Individual na Tarefa

Índice	User Model	Baseline Model	p-valor
Qui-quadrado (χ^2)	1497,734	508289,698	0,000
Graus de liberdade (df)	619	666	-
χ^2 / df	2,419	-	-
<i>CFI</i>	0,998	-	-
<i>TLI</i>	0,998	-	-
<i>SRMR</i>	0.037	-	-
<i>RMSEA</i>	0.035	-	-

Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

Os resultados indicaram, em geral, um bom ajuste do modelo. Com um teste qui-quadrado com um p-valor $<0,001$, foi observada uma razão entre o qui-quadrado e os graus de liberdade satisfatória ($\chi^2 / df < 3,0$). Além disso, ambos os índices de ajuste incremental, *CFI* e *TLI*, foram de 0,998, indicando um bom ajuste do modelo. Segundo Hair Jr. *et al.* (2009), o *CFI*, cujos valores tipicamente variam entre 0 e 1, é um dos índices mais utilizados, incluindo complexidade do modelo em uma medida de ajuste, estando associado a um modelo que se ajusta bem quando apresenta valores superiores a 0,90. Por sua vez, o *TLI*, em modelos com bom ajuste, guarda valores que se aproximam a 1.

Continuando a análise estatística, identifica-se uma raiz padronizada do resíduo médio (*SRMR*) de 0,037, e uma raiz do erro quadrático médio de aproximação (*RMSEA*) com o valor de 0,035, esta última com um intervalo de confiança de 90% (variando de 0,033 a 0,037). O *SRMR* e o *RMSEA*, que avaliam os resíduos do modelo, são conhecidos como medidas de má qualidade de ajuste que devem ser menores à medida que melhores forem os ajustes (Hair Jr. *et al.*, 2009). Ressalte-se que o *RMSEA* representa uma medida que “tenta corrigir complexidade do modelo e tamanho amostral incluindo cada um desses dados em sua computação”, sendo que valores *RMSEA* abaixo de 0,10 são considerados típicos “para a maioria dos modelos aceitáveis” (Hair Jr. *et al.*, 2009, p.569). Considerando os dados obtidos, verifica-se que o Modelo de Análise Conceitual 1, portanto, apresenta um ajuste satisfatório para os dados analisados.

A Modelagem de Equações Estruturais permitiu confirmar as relações de efeito entre às variáveis latentes que representam o Clima de Segurança do Paciente (CSP) e as suas dimensões

(CT, CS, CTE, GQS, PE e ST), juntamente com as suas respectivas variáveis observáveis, demonstrando que o CSP se configura bem como um construto latente de segunda ordem. Além disso, restaram evidenciadas as relações de efeito das variáveis observadas sobre as suas respectivas variáveis latentes (COMPAF e DESINDT), conforme demonstrado na tabela a seguir (Tabela 9). De acordo com os dados verificados, constata-se que os parâmetros de regressão entre as variáveis latentes e as observáveis foram considerados significativos, compreendendo-se, dessa forma, que as variáveis observáveis e latentes consideradas são boas medidas das variáveis de interesse do estudo, e contribuem significativamente para explicar a variação dessas variáveis.

Tabela 9 - Resultados da Modelagem de Equações Estruturais - Modelo Específico de Análise 1

Var. Latente Seg. Ordem	Var. Latentes Prim. Ordem	Variáveis Observáveis	Estimadores	Std. err.	Z- valor	P(>[z])	Std.lv	Std.all
CSP	CT	--	2,672	0,121	22,000	0,000	0,937	0,937
	CS	--	3,700	0,249	14,883	0,000	0,965	0,965
	CTE	--	3,454	0,188	18,367	0,000	0,961	0,961
	GQS	--	3,232	0,148	21,794	0,000	0,955	0,955
	PE	--	1,120	0,019	59,201	0,000	0,746	0,746
	ST	--	1,977	0,056	35,175	0,000	0,892	0,892
		COMPAF1	0.423	0.009	47,824	0,000	0,759	0,759
	COMPAF	COMPAF2	0.504	0.010	50,652	0,000	0,902	0,902
		COMPAF3	0.526	0.010	50,355	0,000	0,942	0,942
		COMPAF4	0.458	0.009	48,638	0,000	0,820	0,820
		DESINDT1	0,660	0,010	69,250	0,000	0,802	0,802
	DESINDT	DESINDT3	0,743	0,010	73,101	0,000	0,903	0,903
		DESINDT4	0,749	0,009	82,034	0,000	0,910	0,910
		DESINDT5	0.707	0.009	78,435	0,000	0.858	0.858

Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

b) Modelo Específico de Análise 2 - Clima de Segurança do Paciente e Desempenho Individual Contextual

O Modelo Específico de Análise 2 foi constituído com base em 199 parâmetros em 1.163 observações, utilizando o método de estimação *DWLS*. Da mesma maneira que o modelo

anterior, nesse segundo modelo, os achados apontaram para uma boa consistência interna e uma boa confiabilidade dos dados coletados, com a identificação das seguintes cargas fatoriais e R^2 adequados para as variáveis relevantes (Tabela 10).

Tabela 10 - Cargas Fatoriais e R-quadrados - Variáveis e Itens do Modelo Específico de Análise 2

Itens	Carga Fatorial	Indicação Latente	R² construídos
CT	0,931	Condições de Trabalho	0,866
CS	0,961	Clima de Segurança	0,924
CTE	0,956	Clima de Trabalho em Equipe	0,914
GQS	0,949	Gestão de Qualidade e Segurança	0,902
PE	0,739	Percepção do Estresse	0,546
ST	0,928	Satisfação no Trabalho	0,861
COMPAF1	0,754	Comprometimento Afetivo	0,568
COMPAF2	0,902	Comprometimento Afetivo	0,813
COMPAF3	0,949	Comprometimento Afetivo	0,901
COMPAF4	0,815	Comprometimento Afetivo	0,665
DESINDCONT1	0,761	Desempenho Individual Contextual	0,579
DESINDCONT2	0,757	Desempenho Individual Contextual	0,573
DESINDCONT3	0,887	Desempenho Individual Contextual	0,787
DESINDCONT4	0,931	Desempenho Individual Contextual	0,866
DESINDCONT5	0,707	Desempenho Individual Contextual	0,500

Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

Além disso, na avaliação complementar de validade e ajuste do modelo de medida, levando em consideração o qui-quadrado, os graus de liberdade, a *SRMR*, a *RMSEA*, e os índices de ajuste incremental, de modo semelhante, demonstrou-se resultados satisfatórios, para um bom ajuste do modelo, conforme observado na tabela a seguir (Tabela 11). Com um teste qui-quadrado com um p-valor <0,001, foi observada uma razão entre o qui-quadrado e os graus de liberdade satisfatória ($\chi^2 / df < 5,0$). Ademais, os índices de ajuste incremental, *CFI* e *TLI*, foram de 0,997, ratificando um bom ajuste do modelo. Na análise estatística, identificou-se ainda uma raiz padronizada do resíduo médio (*SRMR*) de 0,042, e uma raiz do erro quadrático médio de aproximação (*RMSEA*) com o valor de 0,045, esta última com um intervalo de

confiança de 90% (variando de 0,043 a 0,047), valores compatíveis com modelos bem ajustados de acordo com a literatura (Hair Jr. *et al.*, 2009). Considerando os dados obtidos, verifica-se que o Modelo Específico de Análise 2, com isso, também apresenta um ajuste satisfatório para os dados analisados.

Tabela 11 - Análise de Ajuste de Modelo - Modelo 2 – Clima de Segurança do Paciente e Desempenho Individual Contextual

Índice	User Model	Baseline Model	p-valor
Qui-quadrado (χ^2)	2176,336	508427,968	0,000
Graus de liberdade (df)	656	703	-
χ^2 / df	3,317	-	-
<i>CFI</i>	0,997	-	-
<i>TLI</i>	0,997	-	-
<i>SRMR</i>	0.042	-	-
<i>RMSEA</i>	0.045	-	-

Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

Nesse modelo, a Modelagem de Equações Estruturais igualmente permitiu confirmar as relações de efeito entre às variáveis latentes que representam o Clima de Segurança do Paciente (CSP) e as suas dimensões (CT, CS, CTE, GQS, PE e ST), juntamente com as suas respectivas variáveis observáveis, ratificando que o CSP se configura bem como um construto latente de segunda ordem. Ademais, foram demonstradas as relações de efeito das variáveis observadas sobre as suas respectivas variáveis latentes (COMPAF e DESINDCONT), conforme demonstrado na tabela a seguir (Tabela 12). De acordo com os dados verificados, constata-se que os parâmetros de regressão foram considerados significativos, compreendendo-se, dessa forma, que as variáveis observáveis e latentes consideradas são boas medidas das variáveis de interesse investigadas, e contribuem significativamente para sua explicação.

Tabela 12 - Resultados da Modelagem de Equações Estruturais - Modelo Específico de Análise 2

Var. Latente Seg. Ordem	Var. Latentes Prim. Ordem	Variáveis Observáveis	Estimadores	Std. err.	Z- valor	P(> z)	Std.lv	Std.all
	CT	--	2,546	0,106	23,930	0,000	0,931	0,931
	CS	--	3,490	0,210	16,597	0,000	0,961	0,961
	CTE	--	3,269	0,161	20,359	0,000	0,956	0,956
	GQS	--	3,026	0,123	24,638	0,000	0,949	0,949
CSP	PE	--	1,096	0,018	60,536	0,000	0,739	0,739
	ST	--	2,493	0,098	25,373	0,000	0,928	0,928
		COMPAF 1	0.367	0.010	38,457	0,000	0,754	0,754
	COMPAF	COMPAF 2	0.439	0.011	39,868	0,000	0,902	0,902
		COMPAF 3	0.463	0.012	39,412	0,000	0,949	0,949
		COMPAF 4	0.397	0.010	38,809	0,000	0,815	0,815
		DESINDCONT 1	0,643	0,011	60,505	0,000	0,761	0,761
		DESINDCONT 2	0,640	0,010	62,670	0,000	0,757	0,757
	DESINDCONT	DESINDCONT 3	0,750	0,010	76,304	0,000	0,887	0,887
		DESINDCONT 4	0,787	0,010	76,481	0,000	0,931	0,931
		DESINDCONT 5	0,597	0,010	58,941	0,000	0,707	0,707

Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

c) Modelo Específico de Análise 3 - Clima de Segurança do Paciente e Comportamento Contraproducente

Esse modelo foi construído com base em 199 parâmetros em 1.163 observações, utilizando o método de estimação *DWLS*. As análises estatísticas, utilizadas nos modelos anteriores, foram repetidas para esse terceiro modelo. Os achados verificados apontam, igualmente, para uma boa consistência interna e uma confiabilidade adequada, com seus respectivos resultados favoráveis para as cargas fatoriais e os R^2 , das variáveis relevantes, que encontram-se, sinteticamente, demonstrados na tabela abaixo (Tabela 13).

Tabela 13 - Cargas Fatoriais e R-quadrados - Variáveis e Itens do Modelo Específico de Análise 3

Itens	Carga Fatorial	Indicação Latente	R ² construídos
CT	0,932	Condições de Trabalho	0,869
CS	0,963	Clima de Segurança	0,927
CTE	0,955	Clima de Trabalho em Equipe	0,912
GQS	0,949	Gestão de Qualidade e Segurança	0,900
PE	0,736	Percepção do Estresse	0,542
ST	0,929	Satisfação no Trabalho	0,863
COMPAF1	0,748	Comprometimento Afetivo	0,559
COMPAF2	0,903	Comprometimento Afetivo	0,816
COMPAF3	0,952	Comprometimento Afetivo	0,906
COMPAF4	0,814	Comprometimento Afetivo	0,663
COMPCONT1	0,734	Comportamento Contraproducente	0,539
COMPCONT2	0,911	Comportamento Contraproducente	0,829
COMPCONT3	0,920	Comportamento Contraproducente	0,846
COMPCONT4	0,765	Comportamento Contraproducente	0,586
COMPCONT5	0,855	Comportamento Contraproducente	0,731

Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

Em avaliação complementar, para a validade e ajuste do modelo de medida, os resultados verificados foram considerados apropriados, levando-se em consideração, particularmente, o qui-quadrado, os graus de liberdade, a *SRMR*, a *RMSEA*, e os índices de ajuste incremental (*CFI* e *TLI*), especificados na tabela 14. Os resultados indicaram, em geral, um bom ajuste do modelo. Com um teste qui-quadrado com um p-valor <0,001, foi observada uma razão entre o qui-quadrado e os graus de liberdade satisfatória ($\chi^2 / df < 5,0$).

Por sua vez, os índices de ajuste incremental, *CFI* e *TLI*, foram de 0,997, ratificando um bom ajuste do modelo. Na análise estatística, identificou-se ainda uma raiz padronizada do resíduo médio (*SRMR*) de 0,042, e uma raiz do erro quadrático médio de aproximação (*RMSEA*) com o valor de 0,044, esta última com um intervalo de confiança de 90% (variando de 0,041 a

0,046), valores compatíveis com modelos bem ajustados de acordo com a literatura (Hair Jr. *et al.*, 2009). Considerando os dados obtidos, verifica-se que o Modelo Específico de Análise 3, dessa maneira, apresenta um ajuste satisfatório para os dados analisados.

Tabela 14 - Análise de Ajuste de Modelo - Modelo 3 – Clima de Segurança do Paciente e Comportamento Contraproducente

Índice	User Model	Baseline Model	p-valor
Qui-quadrado (χ^2)	2103,640	501882,843	0,000
Graus de liberdade (df)	656	703	0,000
χ^2 / df	3,206	-	-
<i>CFI</i>	0,997	-	-
<i>TLI</i>	0,997	-	-
<i>SRMR</i>	0.042	-	-
<i>RMSEA</i>	0.044	-	-

Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

A Modelagem de Equações Estruturais, da mesma maneira que os modelos anteriores, confirmou as relações de efeito entre às variáveis latentes que representam o Clima de Segurança do Paciente (CSP) e as suas dimensões (CT, CS, CTE, GQS, PE e ST), juntamente com as suas respectivas variáveis observáveis, reiterando a configuração do CSP como um construto latente de ordem superior. Ademais, foram demonstradas as relações de efeito das variáveis observadas sobre as suas respectivas variáveis latentes (COMPAF e COMPCONT), conforme demonstrado na tabela a seguir (Tabela 15).

Tabela 15 - Resultados da Modelagem de Equações Estruturais - Modelo Específico de Análise 3

Var. Latentes Seg. Ordem	Var.Latentes Prim. Ordem	Variáveis Observáveis	Estimadores	Std. err	Z-valor	P(> z)	Std.lv	Std.all
CSP	CT	--	2,578	0,110	23,375	0,000	0,932	0,932
	CS	--	3,562	0,223	15,953	0,000	0,963	0,963
	CTE	--	3,229	0,156	20,745	0,000	0,955	0,955
	GQS	--	2,998	0,120	24,958	0,000	0,949	0,949
	PE	--	1,089	0,018	60,637	0,000	0,736	0,736
	ST	--	2,507	0,100	25,071	0,000	0,929	0,929
		COMPAF 1	0.364	0.009	38,353	0,000	0,748	0,748
	COMPAF	COMPAF 2	0.440	0.011	39,820	0,000	0,903	0,903
		COMPAF 3	0.464	0.012	39,357	0,000	0,952	0,952
		COMPAF 4	0.397	0.010	38,737	0,000	0,814	0,814
		COMPCONT 1	0,694	0.011	64,744	0,000	0,734	0,734
		COMPCONT 2	0,861	0.011	79,923	0,000	0,911	0,911
	COMPCONT	COMPCONT 3	0,870	0.011	80,454	0,000	0,920	0,920
		COMPCONT 4	0,724	0.011	64,459	0,000	0,765	0,765
		COMPCONT 5	0,809	0.011	72,505	0,000	0,855	0,855

Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

De acordo com os dados verificados, também no modelo específico de análise 3, constata-se que os parâmetros de regressão entre as variáveis latentes e as observáveis foram considerados significativos. Percebendo-se, assim, que as variáveis observáveis e latentes são boas medidas das variáveis de interesse e contribuem significativamente para explicar a variação dessas variáveis.

Diante das considerações apresentadas, até o presente momento, especialmente sobre a descrição da amostra e sobre os modelos específicos de análise utilizados na presente pesquisa, que demonstram as adequações necessárias para a investigação pretendida, serão abordados, na seção seguinte, os resultados alcançados no estudo. Nessa oportunidade, as análises serão

aprofundadas, avaliando-se as relações (diretas, mediadas e totais) entre os construtos latentes de interesse, de maneira a ser possível a confirmação, ou não, das hipóteses do estudo, possibilitando assim o atingimento dos objetivos definidos para a pesquisa.

4 ANÁLISE DE RESULTADOS

Conforme demonstrado na seção anterior, a análise fatorial confirmatória (AFC), envolvendo as variáveis latentes e os seus respectivos itens, relacionados ao Clima de Segurança do Paciente (CSP) em primeira e em segunda ordem, apontou para uma adequação dos parâmetros observados. Igualmente, a mesma conformidade foi verificada quanto aos indicadores dedicados à medição dos demais construtos, Comprometimento Afetivo e Desempenho Individual no Trabalho (DIT), esse último representado separadamente por suas três dimensões. Com isso, foi possível demonstrar, satisfatoriamente, uma adequação das medições dos construtos incluídos em cada um dos três modelos de análise utilizados, evidenciando-se bons níveis de consistência e confiabilidade.

Aprofundando as análises estatísticas, através do MEE, para a investigação das hipóteses elaboradas em cada um dos modelos analíticos pesquisados, foram realizados testes de regressão e correlação, cujos coeficientes, p-valores e significâncias encontram-se, resumidamente, demonstrados na tabela a seguir (Tabela 16). A MEE opera com um conjunto de regressões, com os estimadores calculados simultaneamente a partir da matriz de covariância das variáveis envolvidas. Os achados obtidos indicam que o Clima de Segurança do Paciente, enquanto construto de segunda ordem, afeta direta e favoravelmente as três dimensões do Desempenho Individual no Trabalho.

Debruçando-se sobre os resultados alcançados, nessa perspectiva, nota-se uma relação positiva moderada do CSP sobre a dimensão tarefa do DIT, com um coeficiente $\beta = +0,501$, e uma relação positiva, fraca a moderada, do CSP considerando a dimensão contextual do desempenho, com um coeficiente $\beta = +0,251$. Enquanto isso, referindo-se especificamente à relação do CSP com a dimensão comportamento contraproducente do DIT, verifica-se uma relação positiva, de intensidade moderada, com um coeficiente $\beta = +0,456$, que deve ser interpretado de maneira invertida, por conta da escala de medida inversa utilizada para a análise. Importante frisar que, na análise dos modelos, todas as relações assinaladas, entre o CSP e as dimensões do DIT, foram estatisticamente significativas (p-valor $<0,001$).

Tabela 16 - Regressões dos Modelos Estudados através da Modelagem de Equações Estruturais

Modelos	Var. Latentes	Estimativa	Std. err.	Z-valor	P(> z)	Std.lv	Std.all
	DESINDT						
Modelo 1	CSP	0,501	0,040	12,5012	0,000	0,412	0,412
	COMPAF	0,120	0,025	4,767	0,000	0,177	0,177
	COMPAF CSP	1,487	0,033	45,111	0,000	0,830	0,830
	DESINDCONT						
Modelo 2	CSP	0,251	0,055	4,548	0,000	0,212	0,212
	COMPAF	0,195	0,030	6,421	0,000	0,339	0,339
	COMPAF CSP	1,792	0,048	36,963	0,000	0,873	0,873
	COMPCONT						
Modelo 3	CSP	0,456*	0,052	8,856	0,000	0,432	0,432
	COMPAF	-0,067*	0,027	-2,470	0,014	-0,130	-0,130
	COMPAF CSP	1,793	0,049	36,929	0,000	0,873	0,873

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Nota: * escala *Likert* invertida.

Da mesma maneira, as evidências levantadas direcionam para a identificação de uma influência direta, e mais fortemente favorável, do Clima de Segurança do Paciente sobre o Comprometimento Afetivo no ambiente de trabalho. Em todos os modelos estudados, foram obtidas relações positivas na relação entre esses dois construtos, demarcadas por um coeficiente β que variou entre +1,487 a +1,793, mantendo-se sempre um p-valor significativo (p-valor <0,001).

Quanto ao comportamento específico do Comprometimento Afetivo sobre o Desempenho Individual no ambiente do trabalho, também são notadas influências diretas, de intensidades fracas a moderadas, todas com significância estatística (p-valor <0,05), apesar de nem sempre essas relações serem interpretadas como favoráveis para um melhor desempenho individual. Os dados sugerem que o Comprometimento Afetivo influencia positivamente o Desempenho Individual nas dimensões tarefa ($\beta = +0,120$, com p-valor <0,001) e contextual

($\beta = +0,195$, com p-valor $<0,001$). Porém, o construto se relacionou negativamente com o comportamento contraproducente, fato identificado a partir de um coeficiente $\beta = -0,067$ (p-valor $<0,05$), que deve ser interpretado de maneira invertida, por conta da inversão na escala de medida utilizada para a análise. Ou seja, na população estudada, os resultados apontam que o Comprometimento Afetivo afeta o DIT sob duas perspectivas: a primeira, favoravelmente estimulando as dimensões tarefa e contextual; e a segunda, desfavoravelmente, através do estímulo direto sobre a dimensão do comportamento contraproducente.

Ademais, as análises estatísticas realizadas, através do Modelo de Equações Estruturais, permitiram não apenas avaliar as relações diretas do CSP sobre as dimensões do DIT no ambiente hospitalar, denominadas nessa oportunidade de efeito direto, como também possibilitaram analisar outros efeitos, decorrentes das relações envolvendo a interação entre os construtos de interesse da pesquisa, em cada um dos modelos estudados separadamente. Sendo assim, conseguiu-se verificar o comportamento da relação entre o CSP e as dimensões do DIT, incluindo, nessa relação, o papel mediador do Comprometimento Afetivo, denominando-se esse fenômeno como efeito indireto. Outrossim, conseguiu-se examinar a relação do CSP sobre as dimensões do DIT, a partir de uma análise estatística que considera a reunião dos efeitos obtidos (diretos e indiretos), levando em consideração o conjunto dos três construtos em cada um dos modelos estudados, ao que se denominou efeito total. Os resultados estatísticos, que envolvem os três efeitos citados (direto, indireto e total), encontram-se demonstrados na tabela a seguir, para cada um dos modelos investigados (Tabela 17).

Tabela 17 - Diferentes efeitos do CSP sobre o Desempenho Individual - Modelagem de Equação Estrutural

Modelos	Variáveis Latentes	Estimativa		Z-valor	P(> z)	Std.lv	Std.all
			Std. err.				
Modelo 1 (CSP → DESINDT)	Efeito Direto	0,620	0,017	36,388	0,000	0,589	0,589
	Efeito Indireto	0,178	0,037	4,765	0,000	0,147	0,147
	Efeito Total	0,798	0,025	31,445	0,000	0,735	0,735
Modelo 2 (CSP → DESINDCONT)	Efeito Direto	0,446	0,026	16,924	0,000	0,551	0,551
	Efeito Indireto	0,350	0,056	6,257	0,000	0,296	0,296
	Efeito Total	0,797	0,033	24,238	0,000	0,847	0,847
Modelo 3 (CSP → COMPCONT)	Efeito Direto	0,456*	0,052	8,856	0,000	0,432	0,432
	Efeito Indireto	-0,120*	0,049	-2,445	0,014	-0,113	-0,113
	Efeito Total	0,337*	0,006	59,363	0,000	0,318	0,318

Fonte: elaborado pelo autor (2023).
Nota: * análise a partir de escala invertida.

Os resultados destacam e ratificam os efeitos diretos favoráveis moderados, do CSP sobre as três dimensões do DIT investigadas. Para as dimensões contextual e tarefa do desempenho, os efeitos favoráveis são demonstrados por um coeficiente β de +0,446 a +0,620 (p-valor <0,001), respectivamente. Enquanto isso, o efeito direto favorável do CSP sobre o comportamento contraproducente é comprovado por um coeficiente $\beta = +0,456$ (p-valor <0,001), interpretado de maneira invertida.

Considerando a mediação do Comprometimento Afetivo, observa-se um efeito indireto igualmente favorável nas relações do CSP com o DIT, exclusivamente nas dimensões tarefa e contextual, com coeficientes β de +0,178 e +0,350, respectivamente (p-valor <0,001). Porém, verifica-se um efeito indireto desfavorável, fraco e estatisticamente significativo, quanto à dimensão do comportamento contraproducente, com um coeficiente β de -0,120 (p-valor <0,05), em análise invertida, sugerindo-se, nesse caso, a contribuição do comprometimento afetivo para um comportamento contraproducente, mesmo que mais fracamente.

Atentando para os efeitos totais nas relações entre os construtos, faz-se importante destacar a sinergia observada entre o CSP e o Comprometimento Afetivo, no que se refere aos às relações com as dimensões tarefa e contexto do DIT. Nesse cenário (modelos de análise 1 e 2), evidencia-se a potencialização do efeito positivo do CSP sobre as dimensões tarefa e contexto do DIT, caracterizada por uma relação mais positiva identificada pelos coeficientes β de +0,798 e +0,797, respectivamente, com um p-valor <0,001. Em relação ao efeito total no modelo de análise 3, dedicado à investigação das relações sobre o comportamento contraproducente, verifica-se a relevância do CSP que, quando presente de forma suficientemente representativa, compensa o efeito do Comprometimento Afetivo sobre o comportamento contraproducente, sustentando, assim, um efeito total favorável de inibição sobre essa dimensão do DIT, conforme demonstrado pelo achado, estatisticamente significativo, de um coeficiente $\beta +0,337$, em análise invertida, com um p-valor <0,001. Dessa forma, resta evidenciado o papel mediador favorável do Comprometimento Afetivo sobre as relações do Clima de Segurança do Paciente sobre o Desempenho Individual no ambiente de trabalho, especificamente nas dimensões da tarefa e do contexto.

Por fim, considerando-se os resultados obtidos e as avaliações realizadas, torna-se possível uma análise geral sobre as hipóteses propostas, sinteticamente apresentada no quadro

abaixo (Quadro 3). Quase todas as hipóteses levantadas, nos três modelos investigados, foram totalmente confirmadas pelos achados do estudo. Restou refutada, porém, a hipótese H3b, indicando que o Comprometimento Afetivo não medeia favoravelmente a relação entre o Clima de Segurança do Paciente e a dimensão comportamento contraproducente do Desempenho Individual no trabalho.

Quadro 3 - Situações das hipóteses investigadas a partir dos resultados da Modelagem de Equação Estrutural

Modelos	Hipóteses	Situação
Modelo de medida do CSP	H-CSP: O CSP configura-se como construto de segunda ordem, em relação às suas dimensões, nomeadamente: condições de trabalho, clima de segurança, clima de trabalho em equipe, gestão de qualidade e segurança, percepção do estresse e satisfação no trabalho.	Confirmada
Modelo de Análise 1	H1a: O CSP influencia favoravelmente a dimensão tarefa do DIT, em organizações hospitalares.	Confirmada
	H1b – O Comprometimento Afetivo com o trabalho, medeia favoravelmente a relação do CSP sobre a dimensão tarefa do DIT, em organizações hospitalares.	Confirmada
	H1c - O CSP, em organizações hospitalares, apresenta uma relação de influência positiva sobre o Comprometimento Afetivo com o trabalho.	Confirmada
Modelo de Análise 2	H2a - O CSP influencia favoravelmente a dimensão contextual do DIT, em organizações hospitalares.	Confirmada
	H2b - O Comprometimento Afetivo com o trabalho, medeia favoravelmente a relação do CSP sobre a dimensão contextual do DIT, em organizações hospitalares.	Confirmada
	H2c - O CSP, em organizações hospitalares, apresenta uma relação de influência positiva sobre o Comprometimento Afetivo com o trabalho.	Confirmada
Modelo de Análise 3	H3a - O CSP inibe o comportamento contraproducente do DIT, em organizações hospitalares.	Confirmada
	H3b - O Comprometimento Afetivo com o trabalho, medeia favoravelmente a relação do CSP sobre o comportamento contraproducente do DIT, em organizações hospitalares.	Refutada
	H3c - O CSP, em organizações hospitalares, apresenta uma relação de influência positiva sobre o Comprometimento Afetivo com o trabalho.	Confirmada

Fonte: elaborado pelo pesquisador (2023).

5 DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, utilizando-se de conceitos depreendidos a partir da Teoria de Sistemas e da Teoria Comportamental, aplicadas à administração, as organizações hospitalares foram consideradas como sistemas vivos, complexos e abertos, marcados por constantes e dinâmicas relações de interação e interdependência. Nesse cenário, determinados comportamentos dos indivíduos são influenciados, direta ou indiretamente, por fatores intrínsecos ou extrínsecos, nos diferentes níveis do ambiente organizacional. Esse entendimento, acompanha o quanto proposto por Allaire e Firsirotu (1984, p. 216), que consideram as organizações como “criações sociais e criadoras de significados sociais”. Sendo assim, a Cultura e o Clima Organizacionais terminam por ser identificados como fenômenos capazes de interagir com os indivíduos integrantes das organizações, e influenciar, conseqüentemente, o comportamento organizacional, incluindo elementos como a motivação e o desempenho individual no ambiente de trabalho, podendo funcionar, em certo grau, como um mecanismo de controle (Santos, 2021).

Em destaque na agenda global do setor saúde desde o início do século XXI, a Cultura de Segurança do Paciente, continua assumindo uma posição de relevância nas organizações hospitalares, onde integra, representativamente, o conjunto cultural organizacional. Jeong *et al.* (2019, p. 1) asseveram que, nas últimas décadas, a segurança do paciente levou ao desenvolvimento de diferentes programas de melhoria dos cuidados em saúde, que “estão ligados ao desenvolvimento da cultura de segurança organizacional”. Segundo Carvalho *et al.* (2019), o Programa Nacional de Segurança do Paciente(PNSP) brasileiro, instituído em 2013, destaca a cultura e o clima de segurança como um dos recursos fundamentais para a qualificação do cuidado em saúde. Numa perspectiva de futuro, de acordo com o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente (WHO, 2021), proposto para a década de 2021 a 2030, o desenvolvimento de uma cultura de segurança persiste figurando como ponto fundamental para a sustentação de quaisquer esforços que visem as melhorias direcionadas a uma prática assistencial de qualidade e segura.

No âmbito científico, uma parte considerável das pesquisas desenvolvidas sobre o Clima de Segurança do Paciente estão, de algum modo, voltadas predominantemente a revisões sobre o tema e à mensuração das percepções desse construto em diferentes serviços e organizações de saúde (Carvalho, 2011; Carvalho *et al.*, 2019; Colla *et al.*, 2005; Figueiredo, 2021; Halligan; Zecevic, 2011; Magalhães *et al.*, 2019). Todavia, ainda se identificam lacunas ao se buscar estudos que, especificamente, analisem possíveis influências do Clima de Segurança do Paciente sobre alguns dos importantes desfechos na realidade das organizações hospitalares.

A despeito da medição do clima de segurança ser “uma estratégia importante no monitoramento da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde” (Carvalho *et al.*, 2019, p. 264), para Colla *et al.* (2005, p. 364) “mais esforço deve ser dedicado para se entender a relação entre as medidas do clima de segurança do paciente e os resultados do cuidado”. Essa observação reforça as considerações de Machado, Maranhão e Pereira (2016) que, apesar de destacarem o consenso acadêmico sobre a existência do fenômeno cultural e a sua capacidade de influenciar as organizações, identificam uma lacuna de conhecimento reflexivo sobre sua complexidade, particularmente sob a ótica de variáveis voltadas aos trabalhadores, sua subjetividade e seus valores individuais.

O presente estudo adota uma abordagem mais complexa, ampliada e aprofundada, na investigação do papel do Clima de Segurança do Paciente - artefato superficial da Cultura de Segurança do Paciente - como construto potencialmente capaz de influenciar desfechos relacionados aos profissionais de saúde, no ambiente de trabalho das organizações hospitalares. A pesquisa se direciona, portanto, para uma análise da cultura como uma variável pertencente à organização, que funciona como um instrumento capaz de ser utilizado em favor da efetividade organizacional (Smircich, 1983). Para tanto, buscou-se identificar e descrever as possíveis relações do Clima de Segurança do Paciente sobre as dimensões do Desempenho Individual no Trabalho em hospitais. Para Ramos-Villagrasa *et al.* (2019, p. 195) o desempenho individual no ambiente de trabalho representa uma “variável dependente final na gestão de recursos humanos”. Por sua vez, Fagundes *et al.* (2018), consideram que o desempenho dos indivíduos nas organizações representa um diferencial competitivo, ao possibilitar o alcance dos objetivos estratégicos organizacionais. O Comprometimento Afetivo foi incluído na análise, como uma variável latente controle/mediadora. Vale ressaltar que o comprometimento organizacional é considerado fundamental para o alcance dos objetivos organizacionais, por ser considerado um dos “constructos que melhor explica o vínculo do colaborador à organização, sendo também o que mais contribui para o melhorar o seu desempenho” (Zaech; Baldegger,

2017 *apud* Castro, 2021, p. 11). Além disso, o comprometimento tem sido apontado como um fenômeno relevante nas relações que abrangem diferentes e significativos construtos para a realidade das organizações (Donkor; Appienti; Achiaah, 2022; Silva *et al.*, 2018). Em geral, entende-se que estas relações se sustentam na compreensão de que indivíduos comprometidos teriam mais disposição para dedicar maiores esforços em prol da organização (Ashikali; Groeneveld, 2015; Hur; Perry, 2020; Mowday; Porter; Steers, 1982; Porter *et al.*, 1974). Com isso, compreende-se que a investigação empreendida propicia o preenchimento de parte da lacuna relacionada às pesquisas sobre o tema.

A quantidade de respondentes alcançada no estudo, mostrou-se bastante representativa e adequada à produção de resultados confiáveis através da metodologia empregada, que se utiliza da Análise Fatorial Confirmatória e da Modelagem de Equações Estruturais, conforme as definições apresentadas por Hair Jr. *et al.* (2009). Atribui-se a boa adesão dos profissionais de saúde à pesquisa realizada, num total de 1.163 observações válidas, ao fato dos hospitais, escolhidos como campo empírico, serem organizações acreditadas pela ONA em nível de excelência. Nessa realidade, as unidades estão habituadas à aplicação de levantamentos, junto aos seus integrantes, com vistas ao acompanhamento do clima de segurança e outros temas de importância organizacional.

O questionário utilizado na investigação, apresentou propriedades psicométricas satisfatórias, com consistência e confiabilidade adequadas, acompanhando, dessa maneira, a base teórica utilizada para a sua elaboração, tanto no construto Clima de Segurança do Paciente (Carvalho, 2011; Sexton *et al.*, 2006) quanto nos construtos Desempenho Individual no Trabalho (Koopmans *et al.*, 2013; Ramos-Villagrasa *et al.*, 2019) e Comprometimento Afetivo com o Trabalho (Medeiros; Enders, 1998; Meyer; Allen, 1991). O tempo médio de resposta ao questionário foi de 14,7 minutos, congruente, assim, com a média observada em estudos que avaliam as percepções sobre o Clima de Segurança do Paciente (Figueiredo, 2021; Sexton *et al.*, 2006).

O perfil da amostra, por sua vez, parece condizente com a realidade observada nas organizações hospitalares do setor saúde brasileiro. Como esperado, verificou-se um predomínio de profissionais do sexo feminino, tendo em vista que a presença das mulheres nos cuidados de saúde, sobretudo nos serviços de enfermagem, é uma característica comum ao setor, encontrada em estudos nacionais (Figueiredo, 2021; Oliveira *et al.*, 2018) e internacionais (Jeong *et al.*, 2019). Na amostra, a prevalência de representantes da área assistencial, em sua maioria enfermeiros (44,4%) e médicos (21,6%), em detrimento da área administrativa

(15,3%), com o destaque quantitativo para aqueles que desenvolvem atividades operacionais (92,5%) em relação aos que desempenham atividades de liderança (7,5%), assemelha-se com o perfil encontrado por outros estudos mais recentes (Carvalho *et al.*, 2019; Figueiredo, 2021). Além disso, os vínculos de trabalho formalmente regidos pela CLT superaram às relações de prestação de serviço terceirizado, sendo preponderante, na amostra estudada, a prática laboral com uma jornada de trabalho entre 24h e 44h semanais, com atuação em até dois hospitais, aumentando, portanto, a convivência dos profissionais com o ambiente de trabalho das suas respectivas organizações.

De forma estatisticamente significativa, os achados obtidos confirmaram as hipóteses H-CSP, H1a, H2a e H3a, permitindo, assim, a identificação do Clima de Segurança do Paciente como um construto de segunda ordem essencial para o ambiente organizacional hospitalar, tendo em vista a sua especial capacidade de impactar direta e positivamente o Desempenho Individual, estimulando-o nas dimensões da tarefa e do contexto, e obstando o comportamento contraproducente. De maneira complementar, foram confirmadas as hipóteses H1c, H2c e H3c, atestando, dessa forma, a relevância do Clima de Segurança do Paciente também pelo atributo de conseguir influenciar direta e positivamente, em todos os modelos investigados, o Comprometimento Afetivo dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho. Esse contexto, encontra amparo teórico na literatura, que enfatiza a capacidade do clima organizacional em influenciar o comportamento e o desempenho dos profissionais nas organizações (Santos, 2021; Souza, 1978). Além disso, corrobora-se o quanto proposto por Afshari *et al.* (2019) que defendem a correlação de variáveis organizacionais com os níveis de comprometimento organizacional. Entendimento que é acompanhado também por Castro (2021, p. 25) que, em geral, admite a correlação entre variáveis organizacionais e o comprometimento organizacional, sendo essas mais fortes quando comparadas aquelas existentes a partir de variáveis individuais.

Por sua vez, o Comprometimento Afetivo, mesmo que em menor intensidade, influenciou diretamente o Desempenho Individual na amostra estudada, confirmando o entendimento de que existe uma relação entre o nível de comprometimento e o desempenho no trabalho (Mowday; Steers; Porter, 1979). Porém, a relação entre esses construtos mostrou-se sob duas distintas perspectivas, a depender da dimensão do DIT considerada, conforme comentado a seguir. Identifica-se, primeiramente, uma perspectiva favorável, evidenciada por uma relação positiva de estímulo ao desempenho individual nas dimensões tarefa e contextual. Esse comportamento corrobora outros achados em literatura que indicam que o indivíduo comprometido se identifica com os objetivos organizacionais e dedica-se, por vezes além do

esperado, para sua função (Falce, 2019 *apud* Castro, 2021; Haque; Fernando; Caputi, 2021). Segundo Falce *et al.* (2023, p. 13), “o comprometimento do trabalhador para com a empresa em termos espaciais e afetivos facilita a identificação clara de seus objetivos, o desenvolvimento de suas tarefas e atividades institucionais, tornando-o mais motivado e propenso a um melhor desempenho”.

De outro modo, notou-se uma perspectiva desfavorável na relação entre os construtos, verificada através de uma relação positiva, de fraca intensidade, porém estatisticamente significativa, de estímulo ao comportamento contraproducente a partir do Comprometimento Afetivo. Esse achado apresenta algumas divergências com pesquisas anteriores, que, apesar de não se debruçarem especificamente sobre as relações entre esses dois construtos no ambiente hospitalar, destacam o comprometimento afetivo como um fenômeno que “provoca no indivíduo sentimentos de lealdade, valorização, esforço, admiração e desejo de permanecer na organização, criando uma espécie de vínculo emocional” (Mowday *et al.*, 1979 *apud* Falce *et al.*, 2023, p. 4). Para Khandakar e Pangil (2020 *apud* Castro, 2021, p. 23), “quanto mais forte é o compromisso afetivo do sujeito, maior é o sentimento de pertença, os níveis de motivação e o seu contributo para o sucesso e bem-estar organizacional”. Não obstante esse resultado faça referência apenas a uma das dimensões do Comprometimento Organizacional e do Desempenho Individual, o achado mostra-se útil por destacar a necessidade de uma atenção especial para a relação entre o Comprometimento Afetivo e o comportamento contra produtor, considerando-se a possibilidade da existência de uma fronteira para os benefícios advindos do Comprometimento Afetivo, que, ao ser ultrapassada, pode, eventualmente, direcionar o desempenho individual no trabalho rumo a esse comportamento indesejado. Essa possibilidade ancora-se nas particularidades do Comprometimento Afetivo, principalmente a sua caracterização enquanto construto que abrange diferentes níveis de envolvimento e, especialmente, intimidade entre as organizações e os empregados, o que poderia, excepcionalmente, propiciar algum grau de perda nas formalidades da relação entre trabalhadores e organização hospitalar. Por conseguinte, abre-se uma janela de possibilidades para pesquisas científicas que possam aprofundar os estudos na direção do esclarecimento dessa temática, incluindo novas variáveis, individuais e organizacionais, diversificando as organizações estudadas ou mesmo investigando qualitativamente a relação entre os construtos, considerando especificidades relacionadas aos contextos socioculturais nos quais as organizações e seus integrantes estão inseridos.

Situação semelhante foi observada quanto a participação do Comprometimento Afetivo como construto mediador das relações do CSP com cada uma das dimensões do DIT. Nessa oportunidade, foi verificada uma influência positiva favorável da mediação do Comprometimento Afetivo nas relações do CSP com as dimensões da tarefa e contextual. Todavia, restou evidenciado um impacto prejudicial quando da mediação do referido construto na relação do CSP com o comportamento contraproducente, estimulando significativamente esse último. Com esses achados, foram confirmadas as hipóteses H1b e H2b, e refutada a hipótese H3b da pesquisa. Decerto, faz-se necessário destacar, adicionalmente, e para cada um dos modelos de análise propostos no estudo, a complementação da investigação estatística, considerando-se os efeitos totais obtidos, a partir das análises das relações estabelecidas pelo conjunto dos construtos pesquisados (CSP, Comprometimento Afetivo e DIT), conforme comentado a seguir.

O efeito total observado, nos Modelos Específicos de Análise 1 e 2, indica uma sinergia significativa (p -valor $<0,001$) nas relações entre os construtos CSP e Comprometimento Afetivo influenciando positivamente o DIT, em duas de suas dimensões. Reunidos, esses dois construtos parecem explicar uma parcela significativa do DIT, nas suas dimensões tarefa e contexto, nas organizações hospitalares estudadas. Assim, de acordo com os resultados dessa pesquisa, admite-se a propriedade do CSP de influenciar o desempenho individual na dimensão da tarefa. Essa dimensão do desempenho remete a capacidade de estimular a proficiência dos indivíduos no desenvolvimento de tarefas essenciais de sua atividade laboral, interferindo, assim, tanto na qualidade quanto na quantidade das ações executadas e consequente produção de serviços (Campbell, 1990; Koopmans *et al.*, 2013). Além disso, assume-se que o CSP influencia positivamente também o desempenho individual em sua dimensão contextual. Essa dimensão do DIT abraça comportamentos que viabilizam e incentivam o cumprimento de metas de trabalho e que refletem aprimoramento, demonstração de esforço, capacidade adaptativa, cooperação, e a facilitação da comunicação entre indivíduos e equipes (Campbell, 1990; Koopmans *et al.*, 2013; Rotundo; Sackett, 2002; Sackett; Lievens, 2008). Por outro lado, no Modelo Específico de Análise 3, demonstra-se que a intensidade da influência negativa, exercida pelo CSP sobre o comportamento contraproducente, é reduzida, por conta da mediação feita pelo Comprometimento Afetivo. Nesse contexto, porém, mantém-se, mesmo assim, um efeito total negativo na relação entre os construtos e essa dimensão específica do DIT.

Dessa forma, considerando a população estudada, consolida-se o importante papel do Clima de Segurança do Paciente, para o estímulo a um bom desempenho individual no ambiente

de trabalho das organizações hospitalares. Ademais, infere-se que, além de estimular o desempenho na dimensão tarefa e contextual, e inibir diretamente o comportamento contraproducente, o Clima de Segurança do Paciente é também capaz de estimular o Comprometimento Afetivo, modulando os efeitos desfavoráveis do Comprometimento Afetivo sobre o DIT, quando considerada a dimensão do comportamento contraproducente. Com isso, verifica-se a contribuição do CSP para o desestímulo aos comportamentos contraproducentes dos trabalhadores no ambiente hospitalar. Importante salientar que dimensão contraproducente do DIT abrange fatores tais como o absenteísmo, o *turnover*, a demonstração de negatividade excessiva e outros comportamentos que possam atingir negativamente o ambiente organizacional, prejudicando o bem estar e a eficácia da organização ou dos seus integrantes (Koopmans *et al.*, 2011, 2013; Rotundo; Sackett, 2002).

Com os achados obtidos, constata-se que a presente pesquisa possibilita uma maior compreensão das relações entre as variáveis elencadas, e oferece evidências que corroboram e tornam tangíveis conceitos teóricos que destacam a relevância dos elementos culturais para a vida e o comportamento das organizações (Ouchi, 1981; Pascale; Athos, 1981; Peters; Waterman, 1982; Santos, 2021), além da importância da Cultura e do Clima de Segurança do Paciente para as organizações hospitalares (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000 *apud* Reis; Martins; Laguardia, 2013; WHO, 2021) e para o aprimoramento do nível de segurança existente nas unidades de saúde (Dhingra-Kumar; Brusaferró; Arnoldo, 2021; Flin, 2007; Runciman 2009). Demonstra-se, estatisticamente, a compreensão do clima de segurança do paciente como um elemento imprescindível, não apenas para a promoção de um cuidado livre de danos aos pacientes, mas também para favorecer um ambiente de trabalho eficiente e seguro para os profissionais de saúde. Com isso, em última análise, sustenta-se que o clima de segurança do paciente, intergrado aos demais elementos do conjunto cultural, incluindo crenças e valores da cultura organizacional, deve ser capaz de permear, influenciar e aprimorar as competências - conhecimentos, habilidades e atitudes - dos profissionais de saúde, assistenciais e gestores, nas organizações do setor (WHO, 2021).

Em relação ao Desempenho Individual no Trabalho, a pesquisa aproxima-se das linhas propostas por Sonnentag e Frese (2002), nomeadamente as linha das perspectivas individual e situacional, cujas questões centrais avaliam as circunstâncias e situações em que os indivíduos performam melhor no trabalho. Para Waldman (1994), variáveis individuais e situacionais afetam o desempenho individual no trabalho, tanto direta quanto indiretamente. De acordo como Tomazzoni (2017 *apud* Castro, 2021, p. 17), “a percepção e os sentimentos do colaborador em

relação à organização influenciam o seu esforço para obter um elevado desempenho e contribuir para alcançar as metas organizacionais”. Os resultados alcançados com a presente investigação encontram, por conseguinte, sustentação teórica e corroboram a identificação do DIT como um fenômeno multicausal nas organizações, determinado por múltiplas variáveis, incluindo, dentre elas, os construtos cultura/clima organizacional e o comprometimento, conforme asseverado por outros estudos (Bendassolli, 2012; Campbell, 1990; Coelho Júnior, 2009; Gunawan; Aunguroch; Fisher, 2018).

6 CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu a ampliação e o aprofundamento do conhecimento sobre as relações estabelecidas entre o Clima de Segurança do Paciente, o Comprometimento Afetivo e o Desempenho Individual no ambiente de trabalho das organizações hospitalares, temática relevante, na realidade do setor de saúde, e carente de investigação científica, especialmente no Brasil. Através de um referencial teórico razoavelmente robusto, foram elaborados modelos de medida e de análise estatística, suficientemente consistentes e confiáveis, que permitiram o desenvolvimento da pesquisa e o cumprimento dos objetivos propostos, geral e específicos, dentro da problemática levantada.

O Clima de Segurança do Paciente foi confirmado como um construto de segunda ordem, com fortes correlações com as suas dimensões estabelecidas em literatura, que incluem elementos concernentes à gestão de qualidade e segurança, ao clima de segurança, às condições de trabalho, ao clima de trabalho em equipe, à percepção do estresse e à satisfação no trabalho. Além disso, restou evidenciado, a partir das percepções da equipe multidisciplinar, a importância desse fenômeno cultural para a gestão das organizações hospitalares, diante da sua capacidade de influenciar, favoravelmente, o Comprometimento Afetivo e o Desempenho Individual dos profissionais no trabalho, com efeitos positivos, diretos e totais, sobre a dimensões da tarefa e do contexto, além de efeitos inibitórios sobre o comportamento contraproducente.

De acordo com os achados da pesquisa, o efeito mediador do Comprometimento Afetivo, por sua vez, também foi confirmado, sendo, todavia, uma relação positiva favorável apenas na dependência das dimensões tarefa e contextual do Desempenho Individual. Em relação a dimensão do comportamento contraproducente, não se confirmou uma mediação favorável por parte do Comprometimento Afetivo, caracterizando assim, ao menos em parte, alguma divergência em relação a conceitos gerais apresentados em pesquisas acadêmicas anteriores. Contudo, percebe-se que este estudo pode representar um direcionamento para novas

investigações. Nesse contexto, por conseguinte, favorece-se o desenvolvimento de pesquisas futuras que possam, quantitativa ou qualitativamente, aprofundar a compreensão sobre a perspectiva que envolve as relações do comprometimento organizacional, em suas diferentes dimensões, com o comportamento contraproducente, especialmente na realidade das organizações integrantes do setor saúde.

Dessa forma, considera-se que são oferecidas contribuições relevantes para o campo teórico científico, destacadamente no âmbito dos estudos organizacionais e da gestão de pessoas e relações de trabalho. Admite-se, também, benefícios da pesquisa para o campo empírico em administração, ao possibilitar, nesse caso, que os gestores e as lideranças de sistemas de saúde e organizações hospitalares, públicas e privadas, conhecendo os resultados obtidos, identifiquem os pontos de atenção e as oportunidades, na realidade do ambiente de trabalho das suas respectivas unidades. Com isso, vislumbra-se ser factível a concentração dos esforços e dos recursos disponíveis naqueles fatores mais relevantes e que impliquem numa prestação de serviço assistencial delineada por práticas, organizacionais e laborais, mais seguras e com maior qualidade, gerando, conseqüentemente, uma maior eficiência. Ademais, possibilita-se que sejam estimulados, nacional e internacionalmente, políticas e programas que fomentem a segurança do paciente como componente fundamental das redes, públicas e privadas, de assistência à saúde.

Nesse sentido, sustenta-se ser de grande importância o fortalecimento e a disseminação de uma cultura voltada para a segurança do paciente. Através desse componente cultural, torna-se possível, para as organizações hospitalares, o incentivo a um maior comprometimento e a um maior desempenho individual das suas equipes de trabalho. Garante-se, assim, uma prestação de serviços, mais eficiente, com qualidade assistencial e um cuidado em saúde mais assertivo e seguro, prevenindo a ocorrência de eventos adversos e suas conseqüências, potencialmente deletérias, para os pacientes e para as demais partes interessadas vinculadas ao negócio.

Por fim, é importante salientar, desta feita, as limitações observadas no presente estudo, que se encontram concentradas, na percepção do pesquisador, principalmente sob duas circunstâncias: a concentração da amostra em apenas duas organizações hospitalares, limitadas a uma única localidade, a despeito do expressivo número de observações válidas coletadas; e a não utilização de algumas variáveis individuais e relacionadas à prática laboral, que pudessem enriquecer os modelos de análise de maneira a ampliar, ainda mais, a compreensão das relações entre os fenômenos. Vale destacar que as limitações observadas neste instante não prejudicam

a validade do estudo, e sim, tão somente, descortinam novos caminhos a serem explorados em futuras pesquisas sobre a temática abordada. Espera-se, assim, que mais estudos sejam realizados no aprofundamento sobre o tema, de maneira a reduzir as lacunas produzidas pela escassez de pesquisas abordando a cultura e o clima de segurança nas organizações do setor saúde, voltando-se a atenção, por exemplo, às investigações envolvendo o Clima de Segurança do Paciente e outros desfechos representativos, como, por exemplo, o Desempenho Organizacional.

REFERÊNCIAS

- AFSHARI, L. *et al.* Organizational commitment: exploring the role of identity. **Personnel Review**, v. 49, n. 3, p. 774-790, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/PR-04-2019-0148> Acesso em: 11 fev. 2024.
- AKTOUF, O. O simbolismo e a cultura de empresa: dos abusos conceituais às lições empíricas. *In*: CHANLAT, J.-F. (coord.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1994. v. 2, p. 39-79.
- ALLAIRE, Y.; FIRSIROTU, M. E. Theories of organizational culture. **Organization Studies**, v. 5, n. 3, p. 193-226, 1984.
- ALLEN, N. J.; MEYER, J. P. The Measurement and Antecedents of Affective, Continuance and Normative Commitment. **Journal of Occupational Psychology**, v. 63, n. 1, p. 1-18, 1990.
- ALMEIDA, S. C. M. **O comprometimento organizacional e o stress de papel na força de vendas**. 209 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Comercial) - Faculdade de Economia, Universidade do Porto. Porto, 2009. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53836/2/GC%20%20SNIA%20ALMEIDA.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- ANDRADE, C. R.; PEREIRA, L. Z.; CKAGNAZAROFF, I. B. Elementos de satisfação e insatisfação no trabalho operacional: revisitando Herzberg. **Revista Gestão e Tecnologia**, v. 8, n. 1, p. 67-89, 2007.
- ASHIKALI, T.; GROENEVELD, S. Diversity management in public organizations and its effect on employees' affective commitment: the role of transformational leadership and the inclusiveness of the organizational culture. **Review of Public Personnel Administration**, v. 35, n. 2, p. 146-168, 2015.
- AUSTIN, J. T.; VILLANOVA, P. The criterion problem: 1917–1992. **Journal of applied psychology**, v. 77, n. 6, p. 836, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.77.6.836> Acesso em: 11 fev. 2024.
- AUDIA, P. G.; LOCKE, E. A.; SMITH, K. G. The paradox of success: an archival and laboratory study of strategic persistence following radical environmental change. **Academy of Management Journal**, v. 43, p. 837-853, 2000.
- BARNEY, J. B. Organizational culture: can it be a source of sustained competitive advantage?. **Academy of Management Review**, v. 11, n. 3, p. 656-665, 1986.
- BASTOS, A. V. B. O Conceito de Comprometimento - sua natureza e papel nas explicações do comportamento humano no trabalho. **Organizações & Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 77-106, 1994.
- BATES, D. W. *et al.* The costs of adverse drug events in hospitalized patients. **Journal of American Medical Association**, v. 277, n. 04, p. 307-311, 1997. DOI:

- 10.1001/jama.1997.03540280045032. Disponível em:
<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/413545> Acesso em: 11 fev. 2024.
- BEGLEY, T. M.; CZAJKA, J. M. Panel analysis of the moderating effects of commitment on job satisfaction, intent to quit, and health following organizational change. **Journal of Applied Psychology**, v. 78, n. 4, p. 552-556, 1993.
- BENDASSOLLI, P. F. Desempenho no trabalho: revisão da literatura. **Psicologia Argumento**, v. 30, n. 68, p. 171-186, 2012.
- BENNETT, R. J.; ROBINSON, S. L. Development of a measure of workplace deviance. **Journal of Applied Psychology**, v. 85, n. 3, p. 349-360, 2000.
- BORMAN, W.C.; MOTOWIDLO, S.J. Expanding the criterion domain to include elements of contextual performance. *In*: SCHMITT, N.; BORMAN, W.C. (ed.). **Personnel Selection in Organizations**. San Francisco, CA: Jossey Bass, 1993, p. 71-98.
- BRASIL. Ministério da Saúde do. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013**. Brasília – Distrito Federal, 2013. Disponível em:
https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudefis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 11 fev. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf Acesso em: 11 fev. 2024.
- BRIEF, A. P.; WEISS, H. M. Organizational Behavior: affect at work. **Annual Review of Psychology**, v. 53, p. 279-307, 2002.
- BUSHE, G. R. Cultural contradictions of statistical process control in American manufacturing organizations. **Journal of Management**, v. 14, n. 1, p. 19-31, 1988. Disponível em: doi.org/10.1177/014920638801400103 Acesso em: 11 fev. 2024.
- CAMPBELL, J. P. Modeling the performance prediction problem in industrial and organizational psychology. *In*: DUNNETTE, M. D.; HOUGH, L. M. (ed.). **Handbook of industrial and organizational psychology**. 2. ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1990. v.1. p. 687-732.
- CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil - Questionário de Atitudes de Segurança**. 2011. 173 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo -USP, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: DOI: 10.11606/T.22.2011.tde-30112011-085601. Acesso em: 11 fev. 2024.
- CARVALHO, P. A. *et al.* Avaliação da cultura de segurança em um hospital público no Distrito Federal, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 263-269, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0716>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- CASTRO, S. S. S. **Impacto da liderança no desempenho dos colaboradores: o compromisso organizacional como mecanismo de mediação**. 2021. 84 f. Dissertação (Mestrado em Gestão do Potencial Humano) - Business & Economics School, Instituto Superior de Gestão. Lisboa, 2021. Disponível em:
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39603/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Sara%20Castro.pdf> Acesso em: 11 fev. 2024.

- COELHO JUNIOR, F. A. **Suporte à aprendizagem, satisfação no trabalho e desempenho: um estudo multinível.** 2009. 311 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) - Universidade de Brasília - UNB, Brasília, 2009. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/4691>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- COELHO JÚNIOR, F. A.; BORGES-ANDRADE, J. E. Efeitos de variáveis individuais e contextuais sobre desempenho individual no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 16, n. 2, p. 111-120, 2011.
- COLLA, J. B. *et al.* Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual Saf Health Care**, v. 14, n. 5, p. 364-366, 2005.
- COX, S. J.; COX, T. The structure of employee attitude to safety: a European example. **Work & Stress: an International Journal of Work, Health & Organisations**, v. 5, n.2, p. 93-106, 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02678379108257007>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- CUNHA L. V. **A motivação no trabalho como antecedente da satisfação, do comprometimento e do desempenho: um estudo em um hospital público.** 2013. 180 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria - RS, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/4686/CUNHA%2c%20LUCIANE%20DA%20VEIGA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- DALAL, R. S. A meta-analysis of the relationship between organizational citizenship behavior and counterproductive work behavior. **Journal of Applied Psychology**, v. 90, n. 6, p. 1241-1255, 2005.
- DALAL, R. S. *et al.* The Relative Importance of Employee Engagement, Other Job Attitudes, and Trait Affect as Predictors of Job Performance. **Journal of Applied Social Psychology**, v. 42, n. 1, p. 295–325, 2012. Disponível em: DOI: 10.1111/j.1559-1816.2012.01017.x Acesso em: 11 fev. 2024.
- DECI, E. L. Notes on the theory and metatheory of intrinsic motivation. **Organizational Behavior and Human Performance**, v.15, n.1, 130–145, fev. 1976. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0030507376900337?via%3Dihub> Acesso em: 11 fev. 2024.
- DECI, E. L.; RYAN, R. M. The empirical exploration of intrinsic motivational processes. *In:* BERKOWITZ, L. (ed.). **Advances in experimental social psychology**. New York: Academic Press, 1980. v. 13, p. 39–80.
- DEILKÅS, E. T.; HOFLOSS, D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). **BMC Health Service Research**, v. 191, n. 5, p.1-10, 2008.
- DENISON, D. What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars. **Academy of Management Review**, v. 21, n. 3, p. 619–654, 1996.
- DHINGRA-KUMAR, N.; BRUSAFERRO, S.; ARNOLDO, L. Patient Safety in the World. *In:* DONALDSON, L. *et al.* (ed.). **Textbook of patient safety and clinical risk management**. Cham, Switzerland: Springer, 2021. cap. 8.
- DONKOR, F.; APPIENTI, W. A.; ACHIAAH, A. The impact of transformational leadership style on employee turnover intention in state-owned enterprises in Ghana. The Mediating Role of Organisational Commitment. **Public Organization Review**, v. 22, n. 1, p. 1-17, 2022.

- ELOVAINIO, M. *et al.* Organizational and individual factors affecting mental health and job satisfaction: a multilevel analysis of job control and personality. **Journal of Occupational Health Psychology**. v. 5, n. 2, p. 269-277, 2000.
- ERNEST, R. Corporate cultures and effective planning. **Personnel Administrator**, v. 30, n. 3, p. 49-60, 1985.
- FAGUNDES, E. *et al.* Contribuições decorrentes da implementação do BSC para o alcance dos objetivos estratégicos: um estudo de caso. **Navus - Revista de Gestão e Tecnologia**, v. 8, n. 3, p. 137-151, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.22279/navus.2018.v8n3.p137-151.652> Acesso em: 11 fev. 2024.
- FALCE, J. *et al.* Comprometimento organizacional: estudo comparativo entre duas organizações de ensino e pesquisa. **Revista Gestão e Planejamento**, v. 20, p. 362-381, 2019.
- FALCE, J. *et al.* Influência do Burnout no comprometimento organizacional em profissionais de saúde. **RAE**, v. 63, n. 3, p. 1-19, 2023.
- FERREIRA, M. C.; ASSMAR, E. M. L. Cultura, satisfação e saúde nas organizações. *In*: TAMAYO, A. (org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- FIGUEIREDO, L. C. **Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de longa permanência**. 2021. 108 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2021. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/4775> Acesso em: 11 fev. 2024.
- FINKELSTEIN, B. J.; BORGES, L. H. A capacidade de leitos hospitalares no Brasil, as internações no SUS, a migração demográfica e os custos dos procedimentos. **J Bras Econ Saúde**, v. 12, n. 3, p. 273-280, 2020. Disponível em: DOI: 10.21115/JBES. Acesso em: 11 fev. 2024.
- FLIN, R. *et al.* Measuring safety climate: identifying the common features. **Saf. Sci.**, n. 34, v. 1, p. 177-192, 2000.
- FLIN, R. *et al.* Measuring safety climate in health care. **Qual Saf. Health Care**, v. 15, n. 2, p. 109-115, 2006.
- FLIN, R. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. **Safety Science**, v. 45, n. 6, p. 653-667, 2007.
- GABA, D. M., *et al.* Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. **Human Factors**, v. 45, n. 2, p. 173-185, 2003. Disponível em: DOI: 10.1518/hfes.45.2.175.27238. Acesso em: 11 fev. 2024.
- GAGNE, M. ; DECI, E. L. Self-determination theory and work motivation. **Journal of Organizational Behavior**, v. 26, p. 331-362, 2005. Disponível em: DOI: 10.1002/job.322 Acesso em: 11 fev. 2024.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GLENNON, D. P. Safety climate in organisations. *In*: ANNUAL CONFERENCE OF THE ERGONOMICS SOCIETY OF AUSTRALIA AND NEW ZEALAND, 19., 1982. **Proceedings [...]** 1982.
- GULDENMUND, F. W. The nature of safety culture: a review of theory and research. **Safety Science**, v. 34, n. 1, p. 215-257, 2000. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00014-X](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00014-X). Acesso em: 11 fev. 2024.

- GUNAWAN, J.; AUNGSUROCH, Y.; FISHER, M. Competence-based human resource management in nursing: a literature review. **Nursing forum**, v. 54, n. 1, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nuf.12302> Acesso em: 11 fev. 2024.
- HAIR JR., J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety Culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Qual Saf.**, v. 20, n. 4, p. 338-343, 2011.
- HAQUE, A.; FERNANDO, M.; CAPUTI, P. How is responsible leadership related to the three-component model of organisational commitment? **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 70, n. 5, p. 1137-1161, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/IJPPM-10-2019-0486> Acesso em: 11 fev. 2024.
- HELMREICH, R. L. On error management: lessons from aviation. **BMJ**, v. 320, n.7237, p. 781-785, 2000. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.781 Acesso em: 11 fev. 2024.
- HENNE, D.; LOCKE, E. Job dissatisfaction: what are the consequences? **International Journal of Psychology**, v. 20, p. 221- 240, 1985.
- HORA, G. P. R.; RIBAS JÚNIOR, R.; SOUZA, M. A. Estado da Arte das Medidas em Satisfação no Trabalho: Uma Revisão Sistemática. **Trends Psychol.**, v. 26, n. 2, p. 971-986, 2018.
- HUDSON, P. Applying the lessons of high risk industries to health care. **Qual Saf Health Care**, v. 12, n. 1, p. 7-12, 2003.
- HUR, H.; PERRY, J. L. Job security rule changes and employee organizational commitment. **Review of Public Personnel Administration**, v. 40, n. 4, p. 641-668, 2020.
- JEONG, H. J. *et al.* The Hospital Patient Safety Culture Survey: reform of analysis and visualization methods. **Int J Environ Res Public Health**, v. 16, n. 19, p. 1-7, 2019. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31569628> Acesso em: 11 fev. 2024.
- JUDGE, T. A. *et al.* The job satisfaction-job performance relationship: a qualitative and quantitative review. **Psychological Bulletin**, v. 123, n. 3, p. 376-407, 2001.
- JUDGE, T. A.; LOCKE, E. A. Effects of dysfunctional thought processes on subjective well-being and job satisfaction. **Journal of Applied Psychology**, v. 78, p. 475-490, 1993.
- KANNAMPALLIL, T. G. *et al.* Considering complexity in healthcare systems. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 44, n. 06, p. 943-947, 2011. Disponível em: 10.1016/j.jbi.2011.06.006. Acesso em: 11 fev. 2024.
- KHANDAKAR, M.; PANGIL, F. The role of affective commitment on the relationship between human resource management practices and informal workplace learning. **Higher Education, Skills and Work-Based Learning**, v. 10, n. 5, p. 1-21, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/HESWBL-01-2020-0004> Acesso em: 11 fev. 2024.
- KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (ed.). Institute of Medicine; Committee on Quality of Health Care. **To err is human: building a Safer Health System**. Washington (DC): National Academy Press, 2000. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- KOOPMANS, L. *et al.* Conceptual frameworks of individual work performance: a systematic review. **Journal of occupational and environmental medicine**, v. 53, n. 8, p. 856-866, 2011.

- KOOPMANS, L. *et al.* Development of an individual work performance questionnaire. **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 62, n. 1, p. 6-28, 2013.
- KOOPMANS, L. **Measuring individual work performance**. Zutphen: CPI Koninklijke Wöhrmann, 2014.
- LACHMAN, P. Looking to the future. *In*: DONALDSON, L. *et al.* (ed.). **Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management**. Cham, Switzerland: Springer, 2021. cap. 4.
- LEAPE, L. *et al.* Promoting patient safety by preventing medical error. **Journal of the American Medical Association**, v. 280, n. 16, p. 1444–1447, 1998.
- LEE, W. C. *et al.* Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using chinese version safety attitude questionnaire. **BMC Health Services Research**, v. 10, p. 1-8, 2010.
- LIMA JÚNIOR, A. J. *et al.* Ocorrência e evitabilidade de eventos adversos em hospitais: estudo retrospectivo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 3, p. 1-9, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0025pt> Acesso em: 11 fev. 2024.
- LOCKE, E. A. The nature and consequences of job satisfaction. *In*: DUNNETTE, M. D. (ed.). **Handbook of Industrial Organizational Psychology**. Chicago: Rand McNally, 1976. p. 1297-1349.
- LOCKE, E. A. What is job satisfaction? **Organizational Behavior and Human Performance**, v. 4, n. 4, p. 309-336, 1969. Disponível em: [http://doi.org/10.1016/0030-5073\(69\)90013-0](http://doi.org/10.1016/0030-5073(69)90013-0). Acesso em: 11 fev. 2024.
- LOCKE E. A.; LATHAM, G. P. What should we do about motivation theory? Six recommendations for the twenty-first century. **Academy of Management Review**, v. 29, n. 3, p. 388-403, 2004.
- MACHADO, F. C. L.; MARANHÃO, C. M. S.; PEREIRA, J. J. O conceito de cultura organizacional em Edgar Schein: uma reflexão à luz dos estudos críticos em Administração. **REUNA**, v. 21, n. 1, p. 75-96, 2016.
- MAGALHÃES, F. H. L. *et al.* Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180272>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- MAIA, C. S. *et al.* Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014 – 2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 27, n. 02, 2018. DOI: 10.5123/S1679-49742018000200004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/67kfbVWmYrCNSyZ5NmyXpjR/> Acesso em: 11 fev. 2024.
- MARQUEZE, E. C.; MORENO, C. R. Satisfação no trabalho: uma breve revisão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 30, n. 112, p. 69-79, 2005.
- MARTINS, M. C. F.; SANTOS, G. E. Adaptação e validação de construto da escala de satisfação no trabalho. **PsicoUSF**, v. 11, n. 2, p. 195-205, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/pk3b53dYYVqWZptCbsn8TRv/> Acesso em: 11 fev. 2024.
- MASON, C. M.; GRIFFIN, M. A. Identifying group task satisfaction at work. **Small Group Research**, v. 34, n. 4, p. 413-442, 2003.
- MATHIEU, J. E.; ZAJAC, D. M. A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. **Psychological bulletin**, v. 108, n. 2, p. 171, 1990. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.2.171> Acesso em: 11 fev. 2024.

- MATHIEU, C. *et al.* The role of supervisory behavior, job satisfaction and organizational commitment on employee turnover. **Journal of Management & Organization**, v. 22, n. 1, p. 113-129, 2016. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1017/jmo.2015.25>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 508-514, 2006.
- MCGREGOR, D. **O lado humano da empresa**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.
- MEARNS, K. *et al.* Measuring safety climate on offshore installations. **Work & Stress**, v. 12, n. 3, p.238–254, 1998.
- MEDEIROS, C. A. F.; ENDERS, W. T. Validação do Modelo de Conceitualização de Três Componentes do Comprometimento Organizacional (Meyer e Allen, 1991). **RAC**, v.2, n.3, p. 67-87, 1998.
- MEDEIROS, C. A. F. *et al.* Comprometimento organizacional: o estado da arte da pesquisa no Brasil. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 7, p. 187-209, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552003000400010> Acesso em: 11 fev. 2024.
- MERY, G. *et al.* What do we mean when we talk about the Triple Aim? A systematic review of evolving definitions and adaptations of the framework at the health system level. **Health Policy**, v. 121, n. 06, p. 629-636, 2017. Disponível em: [10.1016/j.healthpol.2017.03.014](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.03.014). Acesso em: 11 fev. 2024.
- MEYER, J. P.; ALLEN, N. J. A three-component conceptualization of organizational commitment. **Human Resource Management Review**, v. 1, p. 61-89, 1991.
- MOTOWILDO, S. J.; BORMAN, W. C.; SCHMIT, M. J. A theory of individual differences in task and contextual performance. **Human performance**, v. 10, n. 2, p. 71-83, 1997.
- MOTTA, F.C. P. A teoria geral dos sistemas na teoria das organizações. **Rev. Adm. Emp.**, v. 11, n. 1, p. 17-33, 1971.
- MOWDAY, R. T.; PORTER, L. W.; STEERS, R. M. **Employee-organization linkages: the psychology of commitment, absenteeism, and turnover**. Academic Press: New York, 1982.
- MOWDAY, R. T.; STEERS, R. M.; PORTER, L. W. The measurement of organizational commitment. **Journal of Vocational Behavior**, v. 14, n. 2, p. 224-247, 1979.
- NASCIMENTO, A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3591-3602, 2011.
- NATHAN, B. R.; MORMAN, A. M.; MILLIMAN, J. Interpersonal relations as a context for the effects of appraisal interviews on performance and satisfaction: a longitudinal study. **Academy of Management Journal**, v. 34, p. 352-369, 1991.
- NEVES, J. A. B. **Modelo de equações estruturais: uma introdução aplicada**. Brasília: Enap, 2018.
- NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, v. 12, n. 2, p. 17-23, 2003.
- NUNNALLY, J. C. **Psychometric theory**. New York: McGraw-Hill, 1978.
- O'DRISCOLL, M. P.; BEEHR, T. A. Moderating effects of perceived control and need for clarity on the relationship between role stressors and employee affective reactions. **The Journal of Social Psychology**, v. 140, n. 2, p. 151-159, 2000.

- OLIVEIRA, I. C. L. *et al.* Safety culture: perception of health professionals in a mental hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2316-2322, 2018. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30365800>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- O'REILLY, C. A.; CHATMAN, J. Organizational commitment and psychological attachment: The effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behavior. **Journal of Applied Psychology**, v. 71, n. 3, p. 492, 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.492> Acesso em: 11 fev. 2024.
- OUCHI, W. G. **Theory Z**: how american business can meet the japanese challenge. Boston: Addison-Weslwy, 1981.
- PASCALE, R. T.; ATHOS, A. G. **The art of japanese management**: applications for American executives. New York: Simon & Shuster, 1981.
- PETERS, T. J.; WATERMAN, R. H. **In search of excellence**. New York: Harper & Row, 1982.
- PINTO, M. P. C. *et al.* As relações entre o desempenho ao longo da carreira e o comprometimento organizacional. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 36., 2012. Rio de Janeiro. **Anais [...]** Rio de Janeiro: ANPAD, 2012.
- PIZZA JÚNIOR, W. Considerações sobre a Teoria Geral de Sistemas. **Revista de Administração Pública**, v. 20, n. 2, p. 71-89, 1986.
- PORTER, L. W. *et al.* Organizational Commitment, Job Satisfaction, and Turnover among Psychiatric Technicians. **Journal of Applied Psychology**, v. 59, n. 5, p. 603-609, 1974. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/h0037335>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- PRINEAS, S. *et al.* Non-technical Skills in Healthcare. In: DONALDSON, L. *et al.* (ed.). **Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management**. Cham, Switzerland: Springer, 2021. cap. 30.
- PRONOVOST, P.; SEXTON, B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **Quality and Safety in Health Care**, v.14, n.4, p. 231-233, 2005.
- RAMOS-VILLAGRASA, P. J. *et al.* Assessing job performance using brief self-report scales: the case of the Individual Work Performance Questionnaire. **Journal of Work and Organizational Psychology**, v. 35, n. 3, p. 195-205, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5093/jwop2019a21>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- REASON, J. Human error: models and management. **British Medical Journal (BMJ)**, v. 320, p. 768-770, 2000. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768> Acesso em: 11 fev. 2024.
- REGO, A. Comprometimento organizacional e ausência psicológica: afinal, quantas dimensões?. **Revista de Administração de Empresas - RAE**, v. 43, n.3, p. 25-35, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/b3YvzFfGdvLfMGNbNyV8PXN/?lang=pt> Acesso em: 11 fev. 2024.
- REGO, A. Percepções de justiça: estudos de dimensionalização com professores do ensino superior. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 17, n. 2, p. 119-131, 2001.
- REIS, C. T. Cultura em segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: CDEAD; ENSP; FIOCRUZ, 2019. ISBN 978-85-7541-642-6. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416426>. Acesso em: 11 fev. 2024.

- 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, n. 7, p. 2029-2036, 2013.
- ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. Tradução técnica: Reynaldo Marcondes. 11. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2005.
- ROCHA, J. A. O. **Gestão de recursos humanos na administração pública**. 2. ed. Lisboa: Escolar Editora, 2007.
- ROTUNDO, M.; SACKETT, P. R. The relative importance of task, citizenship, and counterproductive performance to global ratings of performance: a policy-capturing approach. **Journal of Applied Psychology**, v. 87, n. 1, p. 66-80, 2002.
- RUNCIMAN, W. *et al.* Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn057> Acesso em: 11 fev. 2024.
- SACKETT, P. R. ; LIEVENS, F. Personnel selection. **Annu. Rev. of Psychol.**, v. 59, p. 419-450, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093716> Acesso em: 11 fev. 2024.
- SANTOS, N. M. B. F. **Cultura organizacional e desempenho: pesquisa, teoria e aplicação**. 2. ed. São Paulo: Saint Paul Editora Ltda., 2021.
- SARAIVA, D. M. R. F. ; ALMEIDA A. A. Tradução e adaptação cultural do Safety Attitudes Questionnaire - short form 2006 para Portugal. **Port J Public Health**, v. 35, n. 3, p. 145-154, 2018. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1159/000486015> Acesso em: 11 fev. 2024.
- SCHEIN, E. H. Coming to a new awareness of organizational culture. **Sloan Management Review**, v. 25, p. 3-16, 1984.
- SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. 3. ed. São Francisco: Jossey-Bass, 2004.
- SCHOLL, R. W. Differentiating organizational commitment from expectancy as a motivating force. **Academy of management Review**, v. 6, n. 4, p. 589-599, 1981. Disponível em: <https://doi.org/10.5465/amr.1981.4285698> Acesso em: 11 fev. 2024.
- SCHOORMAN, D. F.; MAYER, R. C. The value of common perspectives in self-reported appraisals: you get what you ask for. **Organizational Research Methods**, v. 11, n. 1, p. 148-59, 2008.
- SEXTON, J. B. *et al.* The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 44, p. 1-10, 2006. Disponível em: [doi:10.1186/1472-6963-6-44](https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44). Acesso em: 11 fev. 2024.
- SILVA, L. P. *et al.* Comprometimento no trabalho e sua relação com a cultura organizacional mediada pela satisfação. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v. 20 n. 3, p. 401- 420, 2018.
- SILVA, A.; REIS, A. L. Triple aim: estratégias para melhorias nos sistemas de saúde. **Revista Acreditação**, v. 6, n. 11, p. 109-123, 2016.
- SIMON, H. A. **Administrative behavior: a study of decision-making processes in administrative organizations**. 4th ed. New York, NY: Free Press, 1997.
- SKINNER, B. F. **Reflections on behaviorism and society**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1978.

- SMIRCICH, L. Concepts of culture and organizational analysis. **Administrative Science Quarterly**, v. 28, n. 3, p. 339-358, 1983.
- SONNENTAG, S.; FRESE, M. Performance concepts and performance theory. *In*: SONNENTAG, S. (org.). **Psychological management of individual performance**. Grã-Bretanha, Reino Unido: John Wiley & Sons, Ltda, 2002. cap. 1.
- SOUZA, E. L. P. **Clima e cultura organizacional**: como se manifestam e como se manejam. São Paulo: Edgard Blucher, 1978.
- SOUZA, E. L. P. Clima e estrutura de trabalho. **Revista de Administração**, v. 18, n. 3, p. 68-71, 1983.
- SPECTOR, P. E. *et al.* The dimensionality of counterproductivity: are all counterproductive behaviors created equal?. **Journal of Vocational Behavior**, v. 68, n. 3, p. 446-460, 2006.
- STEIJN, B. Human resource management and job satisfaction in the Dutch Public Sector. **Review of Public Personnel Administration**, v. 24, n. 4, p. 291-303, 2004.
- SUNARSIH, N. ; HELMIATIN. Influence of organizational climate, motivation, and job satisfaction on employee performance. **Review of Integrative Business and Economics Research**, v. 6, n. 1, p. 262-276, 2017.
- TANAKA, O. Y.; TAMAKI E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.
- TANGEN, S. Demystifying productivity and performance. **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 54, n. 1, p. 34-46, 2005.
- VALLE, A. **Monitoramento da satisfação no trabalho em uma empresa financeira**. 2007. 181 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de Brasília - UNB. Brasília, 2007. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/33532643.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- VAN DER HEIJDEN, B. I. J. M.; NIJHOF, A. H. J. The value of subjectivity: problems and prospects for 36-degree appraisal systems. **The International Journal of Human Resource Management**, v. 15, n. 3, p. 493-511, 2004.
- VAN SCOTTER, J. R.; MOTOWIDLO, S. J. Interpersonal facilitation and job dedication as separate facets of contextual performance. **Journal of Applied Psychology**, v. 81, n. 5, p. 525-531, 1996.
- VAN SCOTTER, J.; MOTOWIDLO, S. J.; CROSS, T. C. Effects of task performance and contextual performance on systemic rewards. **Journal of Applied Psychology**, v. 85, n. 4, p. 526–535, 2000.
- VANDENABEELE, W. The mediating effect of job satisfaction and organizational commitment on self-reported performance: more robust evidence of the PSM–performance relationship. **International Review of Administrative Sciences**, v. 75, n. 1, p. 11–34, 2009. Disponível em: DOI:10.1177/0020852308099504 Acesso em: 11 fev. 2024.
- VIEIRA, S. **Como elaborar questionários**. São Paulo: Atlas, 2009.
- VISWESVARAN, C. *et al.* Is there a general factor in ratings of job performance? A meta-analytic framework for disentangling substantive and error influences. **Journal of Applied Psychology**, v. 90, n. 1, p. 108-131, 2005.
- WALDMAN, D. A. The contributions of total quality management to a theory of work performance. **Academy of Management Review**, v. 19, n. 3, p. 510-536, 1994. Disponível em: DOI:10.2307/258937. Acesso em: 11 fev. 2024.

WEISS, H. M. Deconstructing job satisfactions: separating evaluations, beliefs and affective experiences. **Human Resource Management Review**, v. 12, p. 173-194, 2002.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Geneva: World Health Organization, 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1> Acesso em: 11 fev. 2024.

WILLIAMS, L. J.; ANDERSON, S. E. Job satisfaction and organizational commitment as predictors of organizational citizenship and in-role behaviors. **Journal of Management**, v. 17, n. 3, p. 601-617, 1991.

YOUSEF, D. A. Organizational commitment, job satisfaction and attitudes toward organizational change: a study in the local government. **International Journal of Public Administration**, v. 40, n. 1, p. 77-88, 2017. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1080/01900692.2015.1072217>. Acesso em: 11 fev. 2024.

ZABOLOTNA, O. **Performance in the face of internal events. Relationship between psychological flexibility and individual work performance**. 2019. 96 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia – Psicologia Social e das Organizações) – Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/7389> Acesso em: 11 fev. 2024.

ZAECH, S.; BALDEGGER, U. Leadership in start-ups. **International Small Business Journal**, v. 35, n. 3, p. 157-177, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0266242616676883> Acesso em: 11 fev. 2024.

ZANETTI, A. C. B. *et al.* Incidência e evitabilidade de eventos adversos em pacientes adultos internados em um hospital universitário brasileiro. **PLoS ONE**, v. 16, n. 4: e0249531, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249531> Acesso em: 11 fev. 2024.

ZHANG, W. *et al.* Safety culture: a concept in chaos? *In*: ANNUAL MEETING OF THE HUMAN FACTORS AND ERGONOMICS SOCIETY, 46., 2002, Santa Monica. **Proceedings [...]** Santa Monica: Human Factors and Ergonomics Society, 2002. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/252891270_Safety_Culture_A_Concept_in_Chaos/ink/0deec5298c567aa294000000/download. Acesso em: 11 fev. 2024.

ZOHAR, D. Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. **J Appl Psychol**, v. 65, n. 1, p. 96-102, 1980.

ZOHAR, D. Safety climate: conceptual and measurement issues *In*: QUICK, J.; TETRICK, L. (ed.). **Handbook of Occupational Health Psychology**. Washington, DC: American Psychological Association, 2003. cap. 6.

APÊNDICE A - CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

O Hospital Jorge Valente/Hospital do Subúrbio, com o objetivo de aprimorar a sua pesquisa de Clima de Segurança do Paciente 2023, está trabalhando em parceria com uma pesquisa científica que avalia as influências do Clima de Segurança do Paciente sobre o desempenho individual no trabalho em ambiente hospitalar, sob a responsabilidade do pesquisador Jorge Marcelo da Cruz Oliveira Motta.

Esta etapa da pesquisa (pesquisa de campo) vai de 25/09 a 15/10/2023, com a aplicação de um questionário elaborado que envolve a percepção sobre o clima de segurança do paciente e o autorrelato sobre desempenho individual no trabalho. Considerando a escala apresentada para cada questão, responda com base na sua vivência no ambiente de trabalho.

Sua participação é fundamental e contribuirá para melhorias nos processos organizacionais. Lembramos a garantia do total sigilo e completa confidencialidade sobre a sua participação.

Abaixo encontra-se o acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que confirma, caso concorde, a sua autorização para uso das respostas para fins da referida pesquisa.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa científica. Lembramos que sua participação é voluntária. Caso deseje participar, você estará contribuindo para o desenvolvimento científico na área da gestão em saúde, na realidade em que vivemos. Este documento se chama TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Nele estão contidas as principais informações sobre o estudo, tais como seus objetivos, metodologias básicas, potenciais benefícios, dentre outras informações.

Este TCLE se refere ao projeto de pesquisa “INFLUÊNCIAS DO CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO DESEMPENHO INDIVIDUAL DOS PROFISSIONAIS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES”, sob a responsabilidade do pesquisador Jorge Marcelo da Cruz Oliveira Motta. Você poderá solicitar ao pesquisador do estudo uma versão deste documento a qualquer momento, por um dos e-mails registrados no final deste termo.

A pesquisa será realizada por meio de um questionário informatizado, constituído por 54 perguntas de marcar. Estima-se que você precisará de aproximadamente 10 minutos, mas pode dedicar o tempo que você precisar para preencher o questionário. A precisão de suas respostas é determinante para a qualidade da pesquisa. O questionário estará disponível para ser respondido entre os meses de setembro e outubro de 2023. Você não será remunerado, visto que sua participação nesta pesquisa é de caráter voluntária.

Como objetivo geral a pesquisa visa identificar as influências do clima de segurança do paciente sobre desempenho individual dos profissionais em organização hospitalares, podendo assim, contribuir para qualificação da gestão e da assistência à saúde, especialmente nas áreas de estudos organizacionais e gestão de pessoas. As análises dos dados, bem como as conclusões advindas do estudo serão disponibilizadas aos hospitais participantes.

O pesquisador garante e se compromete com o sigilo e a confidencialidade de todas as informações fornecidas por você para este estudo. Da mesma forma, o tratamento dos dados coletados seguirá as determinações ético legais, incluindo a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD - Lei 13.709/18). Para contatar o pesquisador, você poderá encaminhar um e-mail ou ligar para (71) 3203-4212 em horário administrativo: Jorge Marcelo da Cruz Oliveira Motta, e-mail jorgemarcelomotta@gmail.com (Pesquisador Responsável).

Dessa forma: Após ler o presente termo e iniciar a pesquisa, confirmo a minha concordância em participar voluntariamente do presente estudo como participante, permitindo que o pesquisador utilize os dados obtidos com as minhas respostas, desde que preservados o sigilo e a confidencialidade das informações sobre a minha identificação.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE INVESTIGAÇÃO

Variável latente	Variável do modelo	Sentença/ Afirmação	Escala de Medida
PERCEPÇÃO DA GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA	GQS1	A alta administração atua em benefício da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao paciente.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	GQS2	O gestor da minha unidade atua em benefício da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao paciente.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	GQS3	Avalio como positiva a comunicação do gestor da minha unidade com a equipe, incluindo retornos (feedbacks) sobre eventos e outras situações que possam afetar o desenvolvimento do trabalho.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	GQS4	Meu desempenho no trabalho é rotineiramente avaliado levando em consideração os padrões de segurança definidos para a minha unidade.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	GQS5	Sou reconhecido pelo meu gestor quanto a minha contribuição para a segurança do paciente.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	GQS6	Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
CLIMA DE SEGURANÇA	CS1	Na organização é dada a devida importância para as questões relacionadas à segurança do paciente.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	CS2	A equipe da minha unidade conhece os perigos e riscos que estão associados ao atendimento do paciente.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	CS3	Sou encorajado a informar preocupações que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	CS4	Na unidade que trabalho, o paciente que é afetado por um evento é informado e esclarecido sobre a ocorrência.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	CS5	Após a ocorrência de um evento, ações apropriadas são tomadas para evitar que danos ou potenciais danos se repitam.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente

	CS6	A equipe avalia a efetividade das ações implementadas para melhorar a segurança do paciente.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	CS7	A forma de trabalhar aqui torna fácil aprender com o(s) erro(s) cometido(s).	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	CS8	Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado(a) aqui como paciente.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
CONDIÇÕES DE TRABALHO	CT1	A unidade em que trabalho possui condições adequadas em relação aos recursos existentes (pessoas, orçamento, equipamentos, estrutura física) para prestar assistência segura ao paciente.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	CT2	As informações necessárias para as decisões diagnósticas e terapêuticas estão disponíveis rotineiramente para a equipe que cuida do paciente.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	CT3	Considero que é realizado um bom trabalho nos treinamentos com a equipe multiprofissional, para melhorar a segurança e o desempenho do atendimento ao paciente.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	CT4	O tempo disponível é suficiente para executar as tarefas de cuidado ao paciente com segurança.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	CT5	Avalio positivamente os processos de trabalho usados para impedir que os erros aconteçam.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
CLIMA DE TRABALHO EM EQUIPE	CTE1	A equipe multiprofissional trabalha integrada e de forma coordenada, no sentido de prevenir danos ao paciente.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	CTE2	Recebo de outros membros da equipe o apoio que necessito para cuidar dos pacientes.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	CTE3	Sinto-me seguro em perguntar algo quando não me parece certo.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	CTE4	Considero eficiente a comunicação entre os membros das equipes e setores.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	CTE5	Avalio como satisfatória a interação da minha unidade com os serviços de apoio, para atender adequadamente as necessidades do paciente.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	CTE6	Os colaboradores se sentem confortáveis para questionar as ações daqueles com	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro;

		maior autoridade, quando a segurança do paciente está em risco.	4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
PERCEÇÃO DO ESTRESSE	PE1	Minha eficiência no trabalho não é afetada quando estou cansado.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	PE2	Consigo evitar erros mesmo em situações tensas ou hostis.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	PE3	Meu desempenho durante situações de emergência ou inesperadas permanece inalterado mesmo quando estou cansado.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
SATISFAÇÃO NO TRABALHO	ST1	Gosto do meu trabalho.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	ST2	Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	ST3	Orgulho-me de trabalhar nessa organização.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	ST4	Aqueles que fazem um bom trabalho aqui tem uma boa chance de serem reconhecidos.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
COMPROMETIMENTO AFETIVO	COMPAF1	Eu realmente sinto os problemas da organização como se fossem meus.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	COMPAF2	Esta organização tem um imenso significado pessoal para mim.	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	COMPAF3	Esta organização merece minha lealdade	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
	COMPAF4	Na situação atual, ficar com minha organização é na realidade uma necessidade tanto quanto um desejo	1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo parcialmente; 3 = Neutro; 4 = Concordo parcialmente; 5 = Concordo totalmente
DESEMPENHO INDIVIDUAL NO TRABALHO NA TAREFA	DESINDTAR1	Consigo organizar meu trabalho para terminar no prazo	1 = Raramente, 2 = Algumas vezes, 3 = Regularmente, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre
	DESINDTAR2	Tenho em mente o resultado do trabalho que preciso alcançar	1 = Raramente, 2 = Algumas vezes, 3 = Regularmente, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre
	DESINDTAR3	Sou capaz de definir prioridades	1 = Raramente, 2 = Algumas vezes, 3 = Regularmente, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre

	DESINDTAR4	Consigo realizar meu trabalho de maneira eficiente	1= Raramente, 2 = Algumas vezes, 3 = Regularmente, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre
	DESINDTAR5	Administro bem o meu tempo	1= Raramente, 2 = Algumas vezes, 3 = Regularmente, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre
DESEMPENHO INDIVIDUAL CONTEXTUAL NO TRABALHO	DESINDCONT1	Por minha própria iniciativa, começo uma nova tarefa, quando minhas antigas tarefas foram concluídas	1= Raramente, 2 = Algumas vezes, 3 = Regularmente, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre
	DESINDCONT2	Assumo tarefas desafiadoras quando elas estão disponíveis	1= Raramente, 2 = Algumas vezes, 3 = Regularmente, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre
	DESINDCONT3	Procuo manter meus conhecimentos relacionados ao trabalho atualizados	1= Raramente, 2 = Algumas vezes, 3 = Regularmente, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre
	DESINDCONT4	Me esforço para manter minhas habilidades de trabalho atualizadas	1= Raramente, 2 = Algumas vezes, 3 = Regularmente, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre
	DESINDCONT5	Crio soluções criativas para novos problemas	1= Raramente, 2 = Algumas vezes, 3 = Regularmente, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre
	DESINDCONT6	Assumo responsabilidades extras no trabalho	1= Raramente, 2 = Algumas vezes, 3 = Regularmente, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre
	DESINDCONT7	Busco continuamente novos desafios no meu trabalho	1= Raramente, 2 = Algumas vezes, 3 = Regularmente, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre
	DESINDCONT8	Participo ativamente de reuniões e/ou encontros de trabalho	1= Raramente, 2 = Algumas vezes, 3 = Regularmente, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre
COMPORTAMENTO CONTRAPROD.	COMPCONT1	No trabalho, reclamo sobre problemas pequenos relacionados ao trabalho	1= Nunca, 2 = Raramente, 3 = Algumas vezes, 4 = Regularmente, 5 = Frequentemente
	COMPCONT2	Torno os problemas no trabalho maiores do que realmente são.	1= Nunca, 2 = Raramente, 3 = Algumas vezes, 4 = Regularmente, 5 = Frequentemente
	COMPCONT3	Concentro-me nos aspectos negativos de situações no trabalho em vez dos aspectos positivos	1= Nunca, 2 = Raramente, 3 = Algumas vezes, 4 = Regularmente, 5 = Frequentemente
	COMPCONT4	Converso com colegas sobre os aspectos negativos do meu trabalho	1= Nunca, 2 = Raramente, 3 = Algumas vezes, 4 = Regularmente, 5 = Frequentemente
	COMPCONT5	Converso com pessoas de fora da organização sobre os aspectos negativos do meu trabalho	1= Nunca, 2 = Raramente, 3 = Algumas vezes, 4 = Regularmente, 5 = Frequentemente

ANEXO A - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA – HOSPITAL PÚBLICO



Declaração de Anuência

Declaro que estou de acordo e autorizo o desenvolvimento, nesta instituição, do trabalho de pesquisa intitulado “**INFLUÊNCIAS DO CLIMA DE SEGURANÇA DP PACIENTE NO DESEMPENHO INDIVIDUAL DOS PROFISSIONAIS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS DIMENSÕES DO SAFETY ATITUDE QUESTIONNAIRE E DO INDIVIDUAL WORK PERFORMANCE QUESTIONNAIRE**”, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a): **Jorge Marcelo da Cruz Oliveira Motta**, que deverá ser executado em consonância com as normativas vigentes que regulamentam a atividade de pesquisa envolvendo seres humanos.

Ciente dos objetivos e benefícios do estudo, concordo com a realização da coleta de dados, exclusivamente para uso nesta proposta de estudo, após a aprovação do competente Comitê de Ética em Pesquisa, caso indicado.

Salvador, 04 de abril de 2023.

Rogério Palmeira
Diretor Técnico

ANEXO B - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA – HOSPITAL PRIVADO

Declaração de Anuência

Declaro que estou de acordo e autorizo o desenvolvimento, nesta instituição, do trabalho de pesquisa intitulado “**INFLUÊNCIAS DO CLIMA DE SEGURANÇA DP PACIENTE NO DESEMPENHO INDIVIDUAL DOS PROFISSIONAIS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS DIMENSÕES DO SAFETY ATITUDE QUESTIONNAIRE E DO INDIVIDUAL WORK PERFORMANCE QUESTIONNAIRE**”, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a): **Jorge Marcelo da Cruz Oliveira Motta**, que deverá ser executado em consonância com as normativas vigentes que regulamentam a atividade de pesquisa envolvendo seres humanos.

Ciente dos objetivos e benefícios do estudo, concordo com a realização da coleta de dados, exclusivamente para uso nesta proposta de estudo, após a aprovação do competente Comitê de Ética em Pesquisa, caso indicado.

Salvador, 3 de abril de 2023.



Tereza Rita Leony Valente
Presidente