

CULTURA ORGANIZACIONAL NO TRABALHO DA ENFERMAGEM: INFLUÊNCIAS NA ADESÃO ÀS PRÁTICAS DE QUALIDADE E SEGURANÇA

ORGANIZATIONAL CULTURE IN NURSING WORK: INFLUENCES IN ADHERENCE TO QUALITY AND SAFETY PRACTICES

CULTURA ORGANIZACIONAL EN EL TRABAJO DE ENFERMERÍA: INFLUENCIAS EN LA ADHESIÓN A PRÁCTICAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD

 Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura¹
 Doane Martins da Silva²
 Marília Alves¹

¹ Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem - EE, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Belo Horizonte, MG - Brasil.

² UFMG, EE, Departamento de Gestão em Saúde. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Autor Correspondente: Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura
E-mail: pallomavaz@hotmail.com

Contribuições dos autores:

Aquisição de Financiamento: Marília Alves; **Coleta de Dados:** Palloma F. E. V. Ventura; **Conceitualização:** Palloma F. E. V. Ventura, Doane M. Silva, Marília Alves; **Gerenciamento do Projeto:** Palloma F. E. V. Ventura; **Investigação:** Palloma F. E. V. Ventura, Doane M. Silva, Marília Alves; **Metodologia:** Palloma F. E. V. Ventura, Doane M. Silva, Marília Alves; **Redação - Preparação do original:** Palloma F. E. V. Ventura, Doane M. Silva, Marília Alves; **Redação - Revisão e Edição:** Palloma F. E. V. Ventura, Doane M. Silva, Marília Alves; **Validação:** Palloma F. E. V. Ventura, Marília Alves; **Visualização:** Palloma F. E. V. Ventura, Doane M. Silva, Marília Alves.

Fomento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) com fomento à pesquisa. Chamada 01/2018 - Demanda Universal.

Submetido em: 13/03/2020

Aprovado em: 16/06/2020

RESUMO

Objetivo: analisar a influência da cultura organizacional na adesão da equipe de Enfermagem ao modelo de gestão da qualidade e segurança do paciente em um hospital universitário. **Método:** estudo de caso único, de abordagem qualitativa, utilizando-se o referencial teórico de Fleury e Fischer, nas unidades de clínica médica. Participaram 11 enfermeiros e 11 técnicos de Enfermagem. Os dados foram coletados por meio de observação, consulta documental e entrevistas, sendo submetidos à análise de conteúdo temática. **Resultados:** foram identificados os elementos simbólicos da cultura organizacional: o poder do professor e poder do médico, força da cultura da universidade, estabilidade dos profissionais estatutários, mito do sétimo andar da clínica médica, processo de trabalho do serviço público, sobrecarga de trabalho e quantitativo de pessoal insuficiente. Esses elementos orientam ações e determinam os comportamentos perante as rotinas, normas e propostas institucionais. **Conclusão:** a Enfermagem vivencia conflitos, dificuldades de liderança e ineficiência dos mecanismos regulatórios, criando um ambiente no qual autoridades, atribuições e responsabilidades não são reconhecidas. Mantém em suas práticas os elementos simbólicos da cultura e mecanismos de resistências em uma estrutura na qual o poder do professor e do médico determina decisões das unidades.

Palavras-chave: Cultura Organizacional; Gestão da Qualidade; Hospitais Universitários; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the influence of organizational culture on the Nursing team's adherence to the model of quality management and patient safety in a university hospital. **Method:** a single case study, with a qualitative approach, using the theoretical framework of Fleury and Fischer, in the internal medicine units. Eleven nurses and 11 Nursing technicians participated. The data was collected through observation, documentary consultation and interviews, being subjected to thematic content analysis. **Results:** the symbolic elements of the organizational culture were identified: the power of the teacher and the power of the doctor, strength of the university culture, stability of statutory professionals, myth of the seventh floor of the medical ward, public service work process, work overload and insufficient number of staff. These elements guide actions and determine behaviors in the face of institutional routines, rules and proposals. **Conclusion:** Nursing experiences conflicts, leadership difficulties and inefficiency of regulatory mechanisms, creating an environment in which authorities, roles and responsibilities are not recognized. It maintains in its practices the symbolic elements of culture and mechanisms of resistance in a structure in which the power of the teacher and the doctor determines decisions of the units.

Keywords: Organizational Culture; Quality Management; Hospitals, University; Nursing.

Como citar este artigo:

Ventura PFEV, Silva DM, Alves M. Cultura organizacional no trabalho da Enfermagem: influências na adesão às práticas de qualidade e segurança. REME - Rev Min Enferm. 2020[citado em _____];24:e-1330. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20200067

RESUMEN

Objetivo: analizar la influencia de la cultura organizacional en la adherencia del equipo de enfermería al modelo de gestión de la calidad y seguridad del paciente en un hospital universitario.

Método: estudio de caso único, con enfoque cualitativo, utilizando el marco teórico de Fleury y Fischer, en las unidades de medicina clínica. Participaron once enfermeros y 11 técnicos de enfermería. Los datos fueron recogidos mediante observación, consulta documental y entrevistas y sometidos a análisis de contenido.

Resultados: se identificaron los elementos simbólicos de la cultura organizacional: el poder del docente y el poder del médico, fortaleza de la cultura universitaria, estabilidad de los profesionales estatutarios, mito del séptimo piso de la clínica médica, proceso de trabajo del servicio público, sobrecarga de trabajo y número insuficiente de personal. Estos elementos orientan acciones y determinan comportamientos ante rutinas, reglas y propuestas institucionales. **Conclusión:** Enfermería vive conflictos, dificultades de liderazgo e ineficiencia de los mecanismos regulatorios, generando un entorno en el que no se reconocen autoridades, roles y responsabilidades. Mantiene en sus prácticas los elementos simbólicos de la cultura y los mecanismos de resistencia en una estructura en la que el poder del profesor y del médico determina las decisiones de las unidades.

Palabras clave: Cultura Organizacional; Gestión de la Calidad; Hospitales Universitarios; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A cultura organizacional é a base sobre a qual se alicerçam comportamentos e ações das pessoas nas organizações. Propostas de mudança devem considerá-la para que se obtenha sucesso, pois a cultura e seus elementos vão influenciar na aceitação e adesão aos projetos assistenciais/gerenciais. Em hospitais, a adesão à gestão da qualidade e segurança do paciente pela Enfermagem é influenciada pela natureza do trabalho, que implica a relação com pacientes e familiares nas 24 horas, bem como lidar com os processos organizacionais para a assistência. Assim, enfermeiros e técnicos se inserem na cultura organizacional como atores importantes em processos de mudança.

Neste estudo tem-se como objeto a cultura organizacional no trabalho da equipe de Enfermagem com gestão da qualidade e segurança do paciente em um hospital universitário, tendo em vista que a compreensão da cultura organizacional é preponderante para o sucesso da implantação de programas de gestão da qualidade capazes de promover melhoria e segurança assistencial.

O hospital universitário é um sistema complexo, tornando-se necessário considerar as interações entre as áreas assistenciais, administrativas, como também de ensino e pesquisa, para implementar projetos de gestão da qualidade e segurança do paciente que promovam redução da fragmentação da assistência e melhoria de processos. Projetos de gestão da qualidade podem

possibilitar assistência integral e segura, contribuindo para remodelar o cenário de inseguranças nas instituições de saúde.¹

Assim, a perspectiva cultural das organizações deve ser abordada, inicialmente, com ampla reflexão de que mudar tornou-se necessário. Nos últimos anos, houve, na saúde, a incorporação tecnológica e capacitação técnica, porém pouca mudança nas relações de trabalho e na formação de uma cultura da qualidade e segurança.²

A cultura organizacional reflete a maneira como os indivíduos vivenciam a realidade cotidiana. É na arena cultural que a capacidade de adaptação é desenvolvida, o que influencia a decisão de cumprir regras coletivas.² A cultura é um elemento que governa as ações das pessoas, consolidando comportamentos esperados pelo grupo, para a criação de uma identidade cultural e um sentido de pertencimento.² Essa complexidade multifacetada passa pela abordagem de padrões político-culturais.³

Ainda, a cultura organizacional constitui-se em um conjunto de valores e pressupostos básicos expressos por elementos simbólicos que, em sua capacidade de ordenar, atribuir significações e construir a identidade organizacional tanto agem como elemento de comunicação e consenso quanto ocultam e instrumentalizam as relações de dominação.^{3,22}

Os elementos simbólicos são construções sociais capazes de atribuir significados às ações individuais e coletivas e, ao mesmo tempo, construir relações de poder nas organizações em um movimento de comunicação e consenso que cria a identidade do grupo.³ Tais elementos são criados e mantidos no cotidiano de trabalho em um universo simbólico único, próprio e com múltiplas facetas, capazes de manter o *status* e repelir mudanças não desejadas pelos grupos, sem que na prática seja identificado o motivo do insucesso das propostas.³

Os elementos simbólicos são, no cotidiano de trabalho, o sentimento de colaboração entre os colaboradores, o mito da equipe como uma grande família, o sentimento de reconhecimento social e amor à instituição e a afetividade entre os colaboradores. Os fatos históricos marcantes contados e repassados pelos sujeitos, como diretores ou coordenadores que realizaram melhorias no processo de trabalho e valorização dos colaboradores, também completam o quadro dos elementos simbólicos.³

Nessa perspectiva, abordar a gestão da qualidade e segurança do paciente em hospitais é entrar no universo simbólico da cultura, considerando que são as pessoas no cotidiano que interagem e modelam a cultura organizacional.³ A implantação de projetos de qualidade e segurança do paciente envolve mudanças nas unidades, nas práticas profissionais e nas relações entre os grupos. Entretanto, esses projetos, às vezes, assumem modelos incompatíveis com a cultura da organização, portanto, a implementação e manutenção desses projetos devem estar respaldadas na cultura organizacional para que as pessoas reconheçam seus benefícios.⁴

Enfermeiros devem compreender a gestão da qualidade inserida na cultura organizacional como atores decisivos em

processos de mudança, por promoverem articulação entre os profissionais, possibilitando, dessa forma, a interdisciplinaridade e a integralidade propostas pelas metodologias da gestão da qualidade.⁵

Tem-se, a partir do exposto, o seguinte problema de pesquisa: como a cultura organizacional influencia a adesão da equipe de Enfermagem às práticas de gestão da qualidade e segurança do paciente em um hospital universitário?

O estudo é relevante por abordar elementos simbólicos da cultura organizacional no trabalho da Enfermagem com a gestão da qualidade e segurança do paciente, visto que tais elementos podem influenciar a adesão da equipe às práticas de qualidade e segurança. E, ainda, pode contribuir para a reflexão de profissionais da Enfermagem devido à sua participação em programas de qualidade nos hospitais. Questões relacionadas à cultura organizacional podem influenciar o alcance dos objetivos desses programas, considerando as questões subjetivas e os significados atribuídos pelos sujeitos às ações práticas no cotidiano de trabalho.

O objetivo desta pesquisa foi analisar a influência da cultura organizacional na adesão da equipe de Enfermagem ao modelo de gestão da qualidade e segurança do paciente em um hospital universitário.

MÉTODOS

Estudo de caso único, qualitativo, utilizando o referencial teórico de Fleury e Fischer³, cujos cenários foram as unidades de clínica médica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), que possuem 87 leitos, sendo 24 no 3º andar e 63 no 7º andar. Os critérios de escolha do hospital foram: introdução do sistema de gestão da qualidade há 10 anos com resultados parciais; importância histórica e referência do Sistema Único de Saúde (SUS) para alta complexidade; e a entrada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) na gestão do hospital.

Os participantes foram 11 enfermeiros e 11 técnicos de Enfermagem que atenderam ao critério de inclusão de trabalhar nas unidades de clínica médica há mais de um ano. Entre os participantes havia profissionais com vínculo UFMG e EBSERH. Foram critérios de exclusão trabalhar no setor de Enfermagem da comissão de feridas e laboratório clínico e estar afastado do trabalho no momento da coleta de dados. O número de profissionais não foi definido *a priori*. A coleta foi interrompida quando os dados coletados não acrescentavam novas informações à avaliação dos pesquisadores.⁶ Não houve recusa de participação.

Inicialmente, realizaram-se contatos com a chefe da unidade de clínica médica e da coordenação de Enfermagem para apresentar o projeto e solicitou-se a escala de trabalho da Enfermagem. A partir dessa escala realizou-se sorteio aleatório dos profissionais. Após o sorteio, os profissionais foram contatados para verificar se concordavam em participar da pesquisa e se atendiam

ao critério de inclusão; diante da anuência, agendou-se a entrevista (hora e data) de acordo com a sua disponibilidade.

Os dados foram coletados no período de maio a setembro de 2018 por meio de entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado, submetido previamente a teste-piloto, observação e consulta documental. O roteiro semiestruturado abordou questões direcionadas para o planejamento da assistência de Enfermagem, o processo de gestão da qualidade e segurança do paciente nas unidades, a entrada da EBSERH na gestão do hospital e a rotina de treinamentos.

As entrevistas foram realizadas por um único pesquisador em horários previamente agendados, em ambiente privativo em salas disponíveis na unidade, tendo duração média de 40 minutos. Foram gravadas em equipamento *media player* e, posteriormente, transcritas na íntegra, sendo codificadas com as siglas E= enfermeiro e T= técnico de Enfermagem, seguidas da numeração sequencial.

As observações foram realizadas no ambiente de trabalho da equipe de Enfermagem, em reuniões dos colegiados gestores, da qualidade, do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), da Divisão de Enfermagem e durante a realização das entrevistas, sendo registradas em diário de campo.

Consultaram-se os documentos: 90 anos de cuidado e celebração da vida - catálogo comemorativo (D1)⁷; Política de Gestão de Pessoas (D2)⁸; Plano de Gestão de Pessoas (D3)⁹; Proposta de dimensionamento de leitos por grau de complexidade do 7º andar da Clínica Médica, Unidade Pós-UCO/Cardiologia, Unidade de Prevenção Respiratória (D4)¹⁰; relatório interno da pesquisa de avaliação da cultura de segurança do paciente - *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) – 2016 (D5)¹¹; e relatório interno da pesquisa de avaliação da cultura de segurança do paciente - *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) – 2017 (D6).¹² Os cinco últimos documentos são de uso interno, sendo autorizada a utilização na pesquisa.

As entrevistas foram transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo temática, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos dados.¹³ Os documentos foram analisados para a descrição da biografia e estrutura hierárquica, funcional e da construção do sistema de gestão da qualidade e segurança do paciente do hospital universitário, subsidiando a apreensão da origem dos elementos simbólicos da cultura organizacional. As observações foram utilizadas para compreensão da realidade e enriquecimento da análise dos fenômenos culturais. Os dados das entrevistas e do diário de campo foram organizados com auxílio do *software* MAXQDA, versão 2018.2.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG sob o Parecer nº 2.585.139/2017 e CAAE nº 84969818.2.0000.5149, atendendo às diretrizes da Resolução nº 466/2012. A Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFMG exige que a instituição seja citada em publicações. Os participantes, após os esclarecimentos sobre a pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A cultura do hospital não se modificou com a mudança de gestão com a entrada da EBSERH em 2013, sendo os elementos simbólicos repassados aos trabalhadores novatos mantendo as práticas cotidianas de trabalho da equipe de Enfermagem inalteradas.

Identificaram-se os elementos simbólicos: poder do professor e poder do médico, força da cultura da universidade, estabilidade dos profissionais estatutários, mito do sétimo andar da clínica médica, processo de trabalho do serviço público, sobrecarga de trabalho e quantitativo de pessoal insuficiente. Estes exercem influência no trabalho da Enfermagem, evidenciando a complexidade da cultura de um hospital universitário.

O HC-UFMG foi fundado em 1928 e vinculado à Faculdade de Medicina, no qual o professor médico catedrático possuía a cadeira da especialidade. Esse modelo durou até 1968, dando origem ao elemento simbólico poder do médico e do professor.

Em 2004, o HC tornou-se unidade especial da UFMG (D1) historicamente inserido no contexto desta, constituindo o elemento simbólico força da cultura da universidade.

A estabilidade dos profissionais da UFMG admitidos por concurso público é assegurada pelo Regime Jurídico Único (RJU) descrito na política (D2) e no plano (D3) de gestão de pessoas do HC-UFMG, estabelecendo o elemento simbólico estabilidade dos profissionais estatutários.

Esse elemento simbólico, historicamente estabelecido, contribui para a deslegitimação dos instrumentos de ajustes, tais como ficha funcional, avaliação de desempenho, *feedbacks* dos gestores, advertência verbal e escrita, suspensão e processo administrativo. Estes se tornam disfuncionais no cotidiano do hospital, sendo pouco utilizados e seus fluxos pouco conhecidos pelos trabalhadores e chefias, embora previstos nos documentos institucionais.

A avaliação de desempenho também não é feita de forma verídica, porque no hospital tem uma cultura que tem uma norma para fazer, mas não se cumpre. Por exemplo, um setor fala vou dar 100 para todo mundo. Você não faz uma avaliação fidedigna ali não (E2).

Não é uma coisa muito rígida, muito rigorosa, penso que aqui corre meio solto. Para você chegar a fazer uma advertência, tem toda uma burocracia da qual nós mesmos não sabemos qual a linha exata a seguir, não temos orientação. Nunca fomos orientados como advertir um funcionário (E7).

A equipe de Enfermagem da unidade de clínica médica, em sua maioria, possui vínculo EBSERH, tanto no 3º quanto no 7º andar. O “7º leste” recebe pacientes complexos e é chamado “Timor Leste”, constituindo o elemento simbólico mito do 7º leste da clínica médica.

E o sétimo andar é aquela coisa, tudo vem para cá, no terceiro não pode receber pacientes graves porque não tem aspirador, não tem O₂. A gente está trabalhando num CTI sem recurso, o que não cabe no CTI vem para cá (E7).

Os conflitos na Enfermagem ocorrem frequentemente pela diferença de vínculos e direitos dos profissionais da EBSERH e UFMG, bem como pela organização do processo de trabalho, conforme verificado nas observações e nos relatos dos entrevistados. O concurso da EBSERH buscou profissionais especialistas, gerando sentimento de perda dos valores e da identidade da universidade, resistência e conflitos com a entrada dos concursados pela EBSERH, haja vista que a gestão do hospital passaria à gestão de uma empresa que, em sua criação, trouxe o discurso de mercado e a proposta de aumento de eficiência. Isso, na percepção dos entrevistados, se contrapõe aos modelos de gestão e assistencial propostos pela universidade.

Eles [EBSERH] não têm o comprometimento que a gente tem. A UFMG quando passa no concurso fica orgulhosa, vem com amor e eu não vejo isso na EBSERH. Eu acho que é mais uma questão financeira mesmo (T10).

O Hospital das Clínicas não queria a EBSERH, o que gerou conflito. A UFMG achou que estávamos entrando para ocupar os lugares deles. Mas nós mostramos nosso valor através da melhoria dos indicadores (E3).

Os conflitos relacionados ao processo de trabalho ocorrem ainda em razão de os enfermeiros não acompanharem diretamente os técnicos e não avaliarem sempre todos os pacientes. Na passagem de plantão solicitam aos técnicos dados para completar o registro de passagem de plantão.

O enfermeiro consegue fazer avaliação da pele? Olhar o sítio de inserção de um cateter de nutrição parenteral? Ele não vê e o paciente de quimioterapia 24 horas que tem de controlar a bomba (E1).

Acho que, muitas vezes, é o próprio colega [enfermeiro] que não chega junto (E11).

É enfermeiro para lá, técnico para cá, tem uma separação, por mais que se fale que é uma equipe. Algumas pessoas têm dificuldade em aceitar ordens. Então, isto pode causar divergência (T4).

Os meios de comunicações oficiais, como o *e-mail* intranet, o fundo de tela dos computadores, os quadros gestão à vista e o *site* institucional, não são suficientes e

utilizados rotineiramente, sendo empregado aplicativo de mensagem que contribuiu para aumentar os conflitos no processo de trabalho.

Eu não participo mais de WhatsApp. Não fiz o programa do ISBAR, não tive uma comunicação oficial, foi comunicado pelo aplicativo e eu não participo do grupo. Estou ficando desinformado porque não participo do WhatsApp* do setor (E4).*

Não tem muita comunicação, acho que só via WhatsApp, o necessário (T1).*

A Escola de Enfermagem da UFMG (EEUFMG) desenvolveu um projeto de gestão de conflitos no 7º andar que melhorou as relações. Há mais aproximação com as professoras do que com a Divisão de Enfermagem, o que traduz o poder do professor como elemento simbólico.

A professora fez e faz cumprir várias coisas, ninguém fala para ela “não vamos fazer”, sabe aquela coisa do respeito porque é a professora (E1).

Acho que a relação com a Divisão de Enfermagem é bem distante. Devia estar mais próximo de quem está na ponta, participando, ouvindo, contribuindo (E8).

A Divisão de Enfermagem é bem distante da realidade do técnico (T9).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nem sempre é feita pelos enfermeiros, apesar de obrigatória no hospital. Os relatos mostram pouca adesão às normas e os fluxos para advertência são desconhecidos em função da estabilidade dos estatutários e do processo de trabalho do serviço público (elementos simbólicos).

Temos problemas sérios e as coisas não acontecem, não sei se é morosidade do processo de trabalho do serviço público e burocracia. As pessoas não assumem suas funções totalmente. No privado você assume a sua função e aqui não, acham que aqui não é de ninguém (E1).

Não presenciei advertência nem comigo nem com colega (T7).

A professora relatou que fica pesarosa por não ter aproveitado o tempo da empolgação, do novo, dos trabalhadores que ingressaram pela EBSERH na instituição.

Hoje eles entraram na lógica do serviço público (Nota de Observação 15/06/2018).

Há resistências às propostas de mudanças mesmo entre os novos profissionais da EBSERH, e o discurso de sobrecarga de trabalho (elemento simbólico) é o mesmo nos dois vínculos.

É feita a proposta no turno do dia para depois ser levado para noite, a informação é passada aos poucos e tem a questão de aceitação, da resistência à mudança (E2).

Tudo que é novo causa tumulto. Então, o pessoal vai muito contra, não é assim, vai ter que mudar e mudou. Tem uma luta em cima disso (T2).

De início as pessoas sempre têm a tendência de resistir à mudança (E9).

Estudo de dimensionamento em 2018 (D4), realizado pela Enfermagem do 7º andar com a EEUFMG, demonstrou que 43,39% dos pacientes no 7º andar ala sul e 75,92% no 7º andar ala leste são de cuidados mínimos, mas há pacientes semi-intensivos, intensivos e de alta dependência (D4).

O dimensionamento antigamente tinha um cálculo que ficava, em média, dois enfermeiros para toda a ala da clínica médica. Para cada técnico de Enfermagem era de cinco a seis pacientes, era sobrecarregado. Aí teve o concurso, praticamente dobrou a equipe e, realmente, a gente não vê que a assistência melhorou (E6).

Os enfermeiros articulam o trabalho da equipe multiprofissional assumindo demandas que não são próprias da Enfermagem, como a guarda e controle de medicamentos de alta vigilância. Na rotina da unidade foi possível observar que esse controle gera problemas de segurança e é mais uma fonte de conflitos na equipe.

O relacionamento com a equipe médica é distante e com a equipe de profissionais não médicos é mais próximo. A situação é acentuada no plantão noturno, no qual o médico plantonista só é acionado em caso de urgência. O fisioterapeuta fica no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) e tem dificuldade para atender às demandas da unidade.

Passa muito médico-residente, na verdade, eu não conheço e não faço questão de conhecer. Passam vários por dia, eu não me arrisco a querer saber o nome (T3).

Pouco contato. Geralmente quando temos um problema, primeiro a gente passa para o enfermeiro e ele para o médico (T8).

A gente da noite não tem relacionamento nenhum com fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, não tem esses profissionais à noite. Fisioterapia só do CTI numa emergência e com os médicos a gente não tem muito contato, só quando precisa mesmo (E10).

Relatou-se que o hospital funciona de maneira diferente nos plantões diurno e noturno. Os profissionais do plantão noturno têm dificuldades para participar das reuniões, decisões e treinamentos, pois estes ocorrem durante o dia. No 3º andar há noites sem enfermeiro e a cobertura é feita por enfermeiro de outra unidade.

O hospital vem trabalhando as questões de qualidade, conforme os requisitos das metas internacionais de segurança do paciente da *Join Commission International (JCI)*, mas sem controle das atividades e fluxo de comunicação para manter as ações. No momento da auditoria, há mais cobrança.

Eu sou pessimista, acho que funciona na teoria, pouco na prática para atingir padrão JCI (E4).

Quando está tendo as creditações, a gente é mais cobrado. Mas fora isso não (T6).

Estamos num hospital público e às vezes falta muito para que possamos trabalhar realmente com qualidade e segurança do paciente. Prejudica o nosso trabalho (T5).

Não adianta você pensar só no dia que está fazendo auditoria [...] acho isso bobagem (T11).

Os eventos adversos (EA) não são notificados pela equipe com o argumento do quantitativo de pessoal insuficiente (elemento simbólico). Os relatos revelam que o indicador de EA notificados, cadastrado no VIGIHOSP (*software* de Gestão de Riscos e Segurança do paciente), não reflete a realidade da unidade.

A notificação de EA no VIGIHOSP pelos técnicos é rara, eles não têm esse costume, mas estão cientes que podem fazer. Mas é o enfermeiro que faz (E10).

A Joint Commission fez um diagnóstico e pactuaram as notificações dos EA, a gente tem muito evento aqui (E6).

A Gestão pela Qualidade em Saúde (Gesqualis), nos anos de 2016 e 2017, aplicou o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* (D5, D6), que mostrou melhorias, mas a cultura de segurança ainda não está consolidada.

Mencionou-se a fragmentação da assistência prestada, os profissionais trabalham de forma isolada e a autonomia dos

profissionais é limitada pelo poder médico (elemento simbólico) com distanciamento entre profissionais.

O enfermeiro corre o leito e vê a demanda de Enfermagem. O médico faz a corrida de leito dele. Mas a parte de sentar e discutir o caso em equipe, médica e de Enfermagem não acontece (E5).

Ainda estamos naquela fase onde o médico mandava e o técnico e o enfermeiro obedeciam. Não tem que ser assim, podemos dialogar. Acho que no cruzamento diário no corredor a Enfermagem e o médico podem se cumprimentar e comentarem sobre determinado paciente. Vejo que eles são mais fechados no conhecimento deles e não gostam de expandir (T7).

DISCUSSÃO

As Universidades Federais sempre exerceram papel importante no cenário social e político do país como lugar de discussão e centro formador de opinião. Na época da ditadura, foi local de resistência contra um regime de arbitrariedades imposto à sociedade. Destacam-se a Universidade Federal de Brasília (UnB) e a UFMG como participantes ativas do processo de busca pela liberdade, autonomia e relações igualitárias nas complexas relações entre o Estado autoritário e a elite acadêmica, que foram permeadas por resistência, acomodação e adesão com profundos impactos nessas instituições, com professores perseguidos, presos, torturados e mortos.¹⁴

Com a abertura democrática, os mecanismos que assegurassem relações iguais e direitos foram instituídos pela Constituição Brasileira de 1988, que, em seu artigo 41, assegurou a estabilidade dos servidores nomeados que prestassem concurso público.¹⁴ A regulamentação dessa estabilidade se deu por meio da Lei nº 8.112, em 1990, que instituiu o RJU ao qual estão submetidos os profissionais da universidade.¹⁴

Por outro lado, ao longo dos anos, a estabilidade tornou-se disfuncional na prática, pois mecanismos de regulação previstos em documentos institucionais e na legislação como *feedbacks* dos gestores, advertências, avaliação de desempenho e processos administrativos são pouco utilizados. Mecanismos de regulação construídos historicamente, mas pouco efetivos, dão corpo ao elemento simbólico “estabilidade dos profissionais estatutários”. Assim, a estabilidade no setor público tende a desencorajar os funcionários do hospital a se envolverem em ações voltadas para melhorias no trabalho.¹⁵ A falta de reconhecimento deve ser considerada como um fator que pode interferir no trabalho e na produtividade de funcionários públicos, pois o comprometimento dos profissionais está associado ao ambiente de trabalho.¹⁵

O HC-UFMG foi criado vinculado à Faculdade de Medicina, herdando seus valores, mitos, ritos e os elementos simbólicos da cultura organizacional. As crenças e valores são cristalizados nos elementos simbólicos do grupo, focalizando as construções coletivas que expressam a elaboração da identidade, da coesão e do pertencimento ao grupo, que, contraditoriamente, desvelam as relações de dominação nas relações de trabalho.³ No entanto, para moldar a convergência com as normas culturais existentes, as pessoas assumem modelos de comportamento esperado pelo grupo.²

Assim, toda construção e proposta de mudança se deparam com os valores de uma cultura arraigada no hospital e na universidade. As propostas institucionais para serem implementadas necessitam transpor resistências e passar por discussões até chegar a consenso nas instâncias deliberativas do hospital, nas quais a universidade tem participação ativa e poder de decisão. Nesse âmbito, tornam-se necessárias discussões sobre modelos de gestão e soluções ampliadas, visando mais envolvimento dos funcionários com a busca pela melhoria da qualidade da assistência.¹⁵

A entrada da EBSEERH, em 2013, provocou um choque cultural e atritos entre profissionais com diferentes regimes de contratação e falta de isonomia, decorrentes dos diferentes vínculos.¹⁶ A EBSEERH é uma estrutura nova, introduzida nacionalmente como uma solução para os hospitais universitários, tendo em vista que a administração direta pelas universidades era e ainda é vista como uma dificuldade de gestão. Trata-se de um modelo de empresa que busca resultados, alcance de metas, controle e pouca participação dos funcionários nas decisões sobre o trabalho.¹⁶ A criação da EBSEERH se insere no cenário histórico de reforma do Estado e precarização de relações trabalhistas, com lógica de mercado e de empresa privada, com proposta de trazer eficiência para os hospitais universitários federais.¹⁷

Contudo, percebe-se a manutenção de práticas de trabalho na instituição com repetição dos ritos e rituais que dão significado ao elemento simbólico “força da cultura da universidade”, revelando que a identidade da universidade se mantém presente e forte. E, ainda, os celetistas da EBSEERH foram treinados pelos estatutários da UFMG, perpetuando a cultura.

A cultura organizacional é transmitida pelo processo de socialização dos ingressantes em um movimento de confirmação e adaptação da cultura e das relações de poder estabelecidas.³ A socialização é instrumento poderoso de compartilhamento de concepções com suas várias interpretações, e para os novatos a organização se revela como um objeto complexo com muitas facetas, isto é, o que ele vê, o que o treinamento diz e o que os trabalhadores antigos veem.³

Assim, as práticas e os discursos não são lineares, evoluindo em negação, conflito, aceitação e adaptação, em uma construção dinâmica da cultura organizacional, uma vez que a percepção de pertencer ao grupo é o principal elemento para sua manutenção.^{2,3}

Dessa forma, insere-se a unidade de clínica médica, notadamente o 7º andar, pelo desempenho do sistema de gestão da qualidade reconhecido na instituição, pois foi local de implantação de vários projetos pilotos institucionais, principalmente os projetos da JCI.

O 7º andar é reconhecido para atendimento a pacientes complexos e os funcionários o chamam de “Timor Leste”, em analogia aos conflitos na República Democrática de Timor-Leste. Para a instituição, possui equipe de Enfermagem preparada, material e equipamentos, o que nem sempre é reconhecido pelos entrevistados, que reclamam das condições de trabalho para cuidar de pacientes graves. O elemento simbólico “o mito do 7º leste da clínica médica” está presente no cotidiano e influencia a lotação de profissionais e remanejamentos. A clínica médica do 3º andar possui infraestrutura pouco adequada e alguns plantões têm cobertura de enfermeiro de outras unidades, gerando na equipe médica a percepção de que o cuidado de Enfermagem é pior. As condições de trabalho influenciam na organização do serviço, dificultando ou facilitando a garantia da segurança do paciente.⁵

Os diferentes vínculos entre os profissionais de Enfermagem e as dificuldades nas relações de trabalho, no cumprimento das rotinas e para a realização das atividades privativas do enfermeiro aumentam os conflitos. A liderança na Enfermagem e os mecanismos regulatórios insuficientes criam um ambiente de tensões no qual autoridades, atribuições e responsabilidades nem sempre são claras para a equipe. Percebe-se um movimento de adaptação cultural dos vários membros da equipe, tendo em vista que alguns trazem consigo maneiras de fazer arraigadas e outros ainda estão em processo de adaptação.

Nesse sentido, para que a equipe de Enfermagem trabalhe harmoniosamente, respeitando os limites de cada atribuição, é necessário que a liderança de Enfermagem tenha papel representativo para a equipe. A liderança em Enfermagem é responsável pela melhoria da qualidade da assistência aos pacientes e reflete na qualidade das relações de trabalho e na cultura organizacional.^{15,18} Os desafios para esses processos incluem dificuldades na gestão de pessoas no ambiente hospitalar.¹⁵

Diante das situações de conflitos na equipe de Enfermagem, a EEUFMG desenvolveu projeto de gerenciamento de conflitos na Unidade, o que trouxe melhorias nas relações. Assim, o elemento simbólico “poder do professor” foi essencial para conduzir os conflitos de maneira positiva, ao considerar que estes impactam no cuidado ao paciente, de acordo com a satisfação da equipe de Enfermagem e do seu desempenho. Ressalta-se, neste caso, que a intervenção de professores tem um foco específico, por projeto, que é diferente da gestão da equipe nas 24 horas.

Apesar dos entrevistados relatarem distanciamento da Divisão de Enfermagem, foi possível observar que há esforços desta no sentido de planejar ações, com a participação das chefias de Enfermagem intermediárias, voltadas para melhorias do processo

de trabalho e o fortalecimento da comunicação entre equipes e destas com a Divisão. Nesse sentido, as enfermeiras no exercício de chefias intermediárias são responsáveis pela equipe da unidade, têm mais proximidade com os funcionários e devem propor soluções para problemas identificados, além de auxiliar a Divisão de Enfermagem em planejamentos setoriais. À chefia da Divisão de Enfermagem cabem ações estratégicas e diretrizes para o trabalho da Enfermagem em todo o hospital. Importante considerar também que o trabalho da Divisão de Enfermagem tornou-se mais complexo com a entrada da EBSERH e seu processo de contratação, o que trouxe o desafio de administrar estatutários e celetistas trabalhando juntos em projetos institucionais.

A Enfermagem, diante do poder do médico e do professor médico, percebe na realidade uma estrutura pouco favorável ao seu fazer, que dá corpo aos elementos simbólicos, sobrecarga de trabalho e quantitativo de pessoal insuficiente, assumindo, além dos cuidados de Enfermagem, atribuições que não são próprias da categoria.

Ademais, a interdisciplinaridade no hospital como condição de convivência entre diferentes áreas, criando o sentimento de pertencimento, essencial na cultura organizacional²³ na prática, é fragilizada pelas relações de trabalho. Foi possível perceber o cuidado centrado no médico (elemento simbólico) e fragmentação da assistência.

Ressalta-se que a construção da interdisciplinaridade é um desafio para as organizações de saúde. É necessário romper com a lógica de assistência fragmentada e centrada no médico, em um movimento que busque contemplar as múltiplas dimensões presentes nas questões da saúde e contribua para as transformações. A interdisciplinaridade, ao considerar um conceito ampliado da saúde, possibilita o processo de trabalho articulado em diferentes equipes de profissionais e melhorias na relação profissional/paciente e nos resultados institucionais.¹⁹ Entretanto, a interdisciplinaridade, na prática, exige horizontalização das relações e tem aderência à cultura organizacional existente.

No hospital, a resistência torna-se um mecanismo de sobrevivência que mantém os mitos, os ritos e os rituais constituintes da cultura e expressos em elementos simbólicos que até hoje deram certo para manutenção do *status* de poder. Assim, os discursos e as práticas se mantêm mesmo que a situação se mostre diferente, considerando que são reforçados pelos elementos simbólicos. As práticas cotidianas estão além do conhecimento das ações delineadas nas normas e nas rotinas de trabalho.²⁰ Estas resultam em práticas implícitas e explícitas, estabelecendo comportamentos e a organização do trabalho.

Assim, está inserida a gestão da qualidade que, apesar de valorizada pelos entrevistados, é fragilizada pela manutenção das ações. Pode estar relacionada à perenidade das ações, comunicação ineficiente, importância das capacitações permanentes e adesão da equipe multiprofissional às questões de qualidade e segurança

do paciente. A certificação, embora percebida como importante, depende, ainda, de questões institucionais não resolvidas pela gestão, por exemplo, atrasos na entrega da escala de plantão, conflitos, poucas reuniões de equipe com ampla participação e trabalho interdisciplinar.

A essas questões acrescenta-se a baixa notificação de EA, que se associa à sobrecarga de trabalho, decorrente do quantitativo de pessoal insuficiente que é utilizado, muitas vezes, para justificar a baixa notificação e pouca adesão às propostas da gestão da qualidade. No entanto, as notificações de EA constituem ferramenta valiosa que auxilia na identificação de riscos, possibilitando aprendizado com os incidentes e a implementação de medidas de prevenção.²¹

O enfermeiro, como líder da equipe de Enfermagem, é elemento-chave com competência para coordenar e administrar todas as fases do cuidado e fazer a gestão organizacional, possibilitando credibilidade e envolvimento da equipe com o programa de qualidade e segurança do paciente.²² Está sujeito às forças decorrentes da cultura organizacional do hospital e da universidade que, em grande parte, influencia suas ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificaram-se como elementos simbólicos da cultura organizacional o poder do professor e do médico, força da cultura da universidade, estabilidade dos profissionais estatutários, mito do sétimo andar da clínica médica, processo de trabalho do serviço público, sobrecarga de trabalho e quantitativo de pessoal insuficiente. Esses elementos atribuem significado às ações que deram certo e expressam a identidade e sentimento de pertencimento ao grupo, mas também desvelam relações de poder. A gestão da EBSERH trouxe conflitos e gerou resistências, porém houve manutenção do processo de trabalho e da cultura do hospital, reforçando a cultura da universidade.

A Enfermagem esforça-se para ocupar seu lugar na estrutura de poder do hospital, dominada por médicos e professores. Entretanto, mantém ritos e rituais em suas práticas, fortalecendo os elementos simbólicos da cultura organizacional. Como contribuição para a prática em saúde e da Enfermagem, a pesquisa revela a necessidade de o hospital estimular a gestão participativa encorajando os trabalhadores a assumir papéis de protagonistas na gestão da qualidade em saúde e na Enfermagem.

O resultado desta pesquisa não é passível de generalização, por ser um estudo qualitativo, realizado em um cenário específico. No entanto, avança na construção do conhecimento ao abordar a análise dos elementos simbólicos da cultura organizacional que influenciam na adesão da equipe de Enfermagem às práticas de gestão da qualidade e segurança do paciente em um hospital universitário. São aspectos relevantes por se tratar de um hospital universitário federal cuja cultura reflete valores da universidade ainda pouco estudados no Brasil.

Sugerem-se novos estudos incluindo diferentes unidades e profissionais, considerando-se a complexidade do hospital universitário e as subculturas existentes que podem influenciar o trabalho da Enfermagem na gestão da qualidade. São importantes, também, estudos comparando a cultura organizacional de diferentes hospitais universitários.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), pelo fomento à pesquisa. Chamada 01/2018 - Demanda Universal.

REFERÊNCIAS

1. Caldana G, Gabriel CS. Evaluation of the hospital accreditation program: face and content validation. *Rev Bras Enferm*. 2017[citado em 2020 mar. 13];70(1):47-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0184>
2. Aristova N. Rethinking cultural identities in the context of globalization: linguistic landscape of Kazan, Russia, as an emerging global city. *Procedia Soc Behav Sci*. 2016[citado em 2019 dez. 13];236:153-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.12.056>
3. Fleury MTL, Fischer RM. Cultura e poder nas organizações. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2013.
4. Oliveira JLC, Matsuda LM. Benefits and difficulties in the implementation of hospital accreditation: the voice of quality managers. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016[citado em 2020 mar. 13];20(1):63-9. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160009>
5. Freire EMR, Guimarães MFL, Ventura PFEV, Alves M. Vivências de enfermeiros no processo de avaliação da qualidade em um Hospital Universitário. *Nursing*. 2016[citado em 2019 dez. 12];17(219):1154-60. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/308677561_Vivencias_de_enfermeiros_no_processo_de_avaliacao_da_qualidade_em_um_hospital_universitario
6. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qualitativa*. 2017[citado em 2020 fev. 8];5(7):1-2. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>
7. Hospital das Clínicas da Universidade Federal Minas Gerais. 90 anos de cuidado e celebração da vida: catálogo comemorativo. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018[citado em 2020 jan. 18]. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/218065/404274/Catalogo_Hospital+das+Cl%C3%AADnicas_final_%28nov+a+corre%C3%A7%C3%A3o%292baixa.pdf/0b076042-3d2d-437e-b5d4-822fa90b981b
8. Hospital das Clínicas da Universidade Federal Minas Gerais. Política de Gestão de Pessoas. Belo Horizonte: HC-UFGM; 2016.
9. Hospital das Clínicas da Universidade Federal Minas Gerais. Plano de Gestão de Pessoas. Belo Horizonte: HC-UFGM; 2016.
10. Hospital das Clínicas da Universidade Federal Minas Gerais. Proposta de dimensionamento de leitos por grau de complexidade: 7º andar Clínica Médica, Unidade, Pós UCO/Cardiologia, Unidade de Prevenção Respiratória. Belo Horizonte: HC-UFGM; 2018.
11. Hospital das Clínicas da Universidade Federal Minas Gerais. Pesquisa de avaliação da cultura de segurança do Paciente - Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Belo Horizonte: HC-UFGM; 2016.
12. Hospital das Clínicas da Universidade Federal Minas Gerais. Pesquisa de avaliação da cultura de segurança do Paciente - Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Belo Horizonte: HC-UFGM; 2017.
13. Bardin L. Análise de Conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2016.
14. Motta RPS. Universities and culture under the Brazilian military dictatorship. *Estud SHIR*. 2018[citado em 2020 fev. 05];8(20):92-106. Disponível em: <https://ojs.rosarioconicet.gov.ar/index.php/revistaSHIR/article/view/825>
15. Santos JLC, De Pin SB, Guanilo MEE, Balsanelli AP, Erdmann AL, Ross R. Liderança em Enfermagem e qualidade do cuidado em ambiente hospitalar: pesquisa de métodos mistos. *Rev Rene*. 2018[citado em 2019 nov. 13];19(e3289):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193289>
16. Daneliú JL, Santos DVD, Stefanelli S, Oliveira VG, Albuquerque GSC. A percepção dos trabalhadores sobre o processo de trabalho em um Hospital Universitário Federal sob gestão de uma empresa estatal de direito privado. *Saúde Debate*. 2019[citado em 2020 fev. 8]; 43(121):378-89. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912107>
17. Druck G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trab Educ Saúde*. 2016[citado em 2020 fev. 8];14(Suppl.1):15-43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000400015&lng=en&nrm=iso
18. Kodama Y, Fukahori H, Sato K, Nishida T. Is nurse managers' leadership style related to Japanese staff nurses' affective commitment to their hospital? *J Nurs Manag*. 2016[citado em 2020 jan. 13];24(7):884-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12392>
19. Rios DRS, Sousa DAB, Caputo MC. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. *Interface (Botucatu)*. 2019[citado em 2020 mar. 10];23:e180080. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100263&lng=en
20. Araujo MT, Velloso ISC, Alves M. Everyday practices of professional in the mobile emergency service. *REME - Rev Min Enferm*. 2017[citado em 2020 fev. 05];21e-1042. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1180>
21. Alves WSB, Nunes MGS, Gouveia VA, Silva JTT. Análise do nível de informação da equipe de Enfermagem sobre eventos adversos. *Rev Epidemiol Controle Infec*. 2018[citado em 2019 out. 02];8(2):287-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/revi.v8i2.11489>
22. Siqueira CL, Silva CC, Teles JKN, Feldman LB. Management: perception of nurses of two hospitals in the south of the State of Minas Gerais, Brazil. *REME - Rev Min Enferm*. 2015[citado em 2019 nov. 2];19(4):919-26. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150071>

