

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MILENA BALTHAZAR DE SOUZA RIBEIRO

**Validação da Escala de Clima de Equipe para o Contexto Hospitalar no  
Brasil**

SÃO CARLOS

2019

MILENA BALTHAZAR DE SOUZA RIBEIRO

**Validação da Escala de Clima de Equipe para o Contexto Hospitalar no  
Brasil**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

**Co-orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Vivian Aline Mininel

São Carlos

2019



# UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

## Folha de Aprovação

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Milena Balthazar de Souza Ribeiro, realizada em 22/02/2019:

---

Profa. Dra. Sofia Regina Zerbetto  
UFSCar

---

Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva  
UFSCar

---

Profa. Dra. Héloise Lima Fernandes Agreli  
UCC

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, Héloise Lima Fernandes Agreli e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus que colocou esse tema em meu coração e me capacitou provendo todos os meios necessários para o alcance dessa meta, em cumprimento do seu propósito em minha vida. A todos os participantes e às instituições que participaram direta e indiretamente do presente estudo. À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jaqueline Alcântara da Silva Marcelino, por estar sempre presente, participando ativamente em meu processo de amadurecimento e construção do conhecimento. O que adquiri e me tornei foi sob sua preciosa influência. À minha co-orientadora Vivian Aline Mininel, pelo apoio e orientações pertinentes ao meu crescimento acadêmico, profissional e pessoal. Em especial ao Prof. Dr. Everson Meireles, pela colaboração fundamental na parte psicometria e estatística que possibilitou a concretização desse trabalho. Ao meu esposo Ramon Paiva Ribeiro pelo apoio em todos os momentos e também por participar desse estudo na coleta, organização e tratamento dos dados. Aos meus pais Jucelino José de Souza e Maria Helena Balthazar de Souza que me guiaram e me dando força e motivação para o cumprimento dessa etapa em minha vida. Ao meu filhote Miguel Balthazar Souza Ribeiro que me inspira a construir um amanhã melhor desde hoje. A todos os amigos que participaram, direta e indiretamente, e colegas que fazem parte da minha equipe de trabalho, essa conquista é o início de uma busca e idealização e de um ambiente de trabalho melhor e eficaz para todos nós.

## **Apresentação**

Milena Balthazar de Souza Ribeiro, bacharel em Enfermagem e especialista em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo, atuou como enfermeira do Hospital das Clínicas de ribeirão Preto, Coordenadora do Núcleo de Controle de Vetores do Município de Sertãozinho/SP, enfermeira do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Sertãozinho, Enfermeira Assistencial de Ambulatório Municipal de Sertãozinho/SP e atualmente é Enfermeira Responsável Técnica de uma Unidade de atendimento de Urgência 24 horas e UBS de Cruz das Posses distrito de Sertãozinho/SP. Se interessou pelo tema: saúde do trabalhador em saúde e trabalho em equipe desde sua atuação na área hospitalar, onde observou a necessidade de maior estrutura, apoio e assistência às equipes de cuidadores em saúde. Além de Enfermeira, atua como cantora profissional em eventos de música cristã. É casada com Ramon Paiva Ribeiro, mãe de Miguel Balthazar de Souza Ribeiro.

*“Seja a Mudança que você ver no Mundo”.*

Gandhi.

RIBEIRO, Milena Balthazar de Souza. Validação da Escala de Clima de Trabalho em Equipe para o Contexto Hospitalar no Brasil. Dissertação de Mestrado. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, 2019.

## **RESUMO**

Introdução: O Clima de Trabalho em Equipe é um tema de suma importância que vem sendo estudado nos últimos anos devido a sua relação com fatores impactantes na qualidade da assistência, na satisfação dos profissionais e segurança do paciente. No contexto hospitalar as equipes assistenciais são recursos norteadores da assistência a partir de uma atuação segura, conjunta, sincronizada e com qualidade. Com vista no fortalecimento dessas equipes, o presente estudo tem como objetivo: Realizar a validação do instrumento Escala de Clima de Equipe (ECE) em contexto hospitalar. Método: Trata-se de um estudo do tipo metodológico com abordagem quantitativa para a validação do instrumento ECE com equipes de um hospital de grande porte do interior de São Paulo. A escala mensura o clima de trabalho em equipe baseada em quatro fatores para inovação: objetivos e visão compartilhados, segurança participativa, apoio à inovação e orientação para tarefas. Esse instrumento tem por finalidade a descrição do perfil do clima das equipes, caracterizando suas fragilidades e potencialidades. Resultados: A amostra foi composta por 354 profissionais alocados em 45 equipes de contato permanente e semipermanente. Os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem representaram 32%, Enfermeiros 19% e Auxiliares administrativos 15%. As análises fatoriais exploratória e confirmatória revelaram ajuste satisfatório para o modelo estrutural de 4 fatores (CFI = 0,97; RMSEA = 0,07; SRMR = 0,03). Os indicadores de confiabilidade composta e alfa de Cronbach reforçaram a precisão desses fatores. Os escores das equipes foram calculados e relacionados às medias dos quatro fatores sendo identificando os fatores mais e menos favorecidos. Os climas favoráveis se relacionam com as equipes multiprofissionais, setores com menores complexidades, jornada e turnos de trabalho menores. Conclusão: foram demonstradas evidencias de validade baseadas na estrutura interna, validade discriminante e precisão para uso da ECE junto às equipes no contexto hospitalar. A escala revelou-se um instrumento eficaz no diagnóstico de clima de trabalho em equipes com dados sólidos para seu uso no contexto hospitalar com a finalidade de mensuração do Clima concernente aos quatro fatores para a inovação.

**Palavras-chave:** Relações Interprofissionais; Equipe de Assistência à Saúde; Hospital; Trabalho em Equipe; Equipe Interprofissional.

## **ABSTRACT**

The teamwork climate is an importance subject that has been studied in recent years due to its relation with impact factors in the quality of care, in the satisfaction of professionals and patient safety. In the hospital setting, care teams are guiding resources of the assistance from a safe operation, conjunct, synchronized and with quality. Owing to strengthening of these teams the present study aims to: Perform validation of the instrument Team Climate Inventory (TCI) in the hospital context. Method: It is a methodological study with quantitative approach to validation of the instrument TCI with teams from a large hospital in the São Paulo State. The scale measures the teamwork climate based on four factors for innovation: shared vision and objective, participatory safety, innovation support and task orientation. This instrument describes the teamwork climate profile, characterizing their fragilities and potentialities. Results: The sample was composed by 354 professionals allocated in 45 teams of permanent contact or sub permanent. Nursing assistant and technician represent 32 %. Nurses 19 % and administrative assistants 15 %. The exploratory and confirmatory factorial analyzes revealed a satisfactory adjustment for the structural model of 4 factors (CFI = 0,97; RMSEA = 0,07; SRMR = 0,03). Composite reliability indicators and Cronbach's alpha reinforce the accuracy of these factors. Scores of the teams were calculated and related to the measures of the four factors being indicated the most favored and disadvantaged factors. Favorable climates are related with multi professional teams, less complexity sectors, working day and work shift reduced. Conclusion: it was demonstrated evidence of validity based in the internal structures, discriminant validity and precision to use TCI with teams in the hospital context. This scale turned out an effective instrument to diagnosis of the teamwork climate with solid data to use in the hospital context in order to measure the climate relative to the four factors to innovation.

**Keywords:** Interprofessional Relations; Teams, Health Care; Hospital, Group Practice.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estrutura física e demandas hospitalares em 2016	31
Tabela 2 – Quantitativo de pacientes e procedimentos do hospital em 2016	31
Tabela 3 – Número de profissionais por categorias ou áreas de atuação em 2016	32
Tabela 4 – Percentual de Categorias Profissionais participantes no estudo	37
Tabela 5 – Distribuição dos profissionais da amostra segundo sexo, tipo de equipe, Complexidade Assistencial, Carga horária de trabalho semanal e divisão de carga horária em outro setor, tipo de vínculo e categoria profissional	38
Tabela 6 – Distribuição dos profissionais da amostra segundo Equipe/ Setor, Complexidade e tipo de equipe	39
Tabela 7 – Índices De Ajuste dos Modelos Testados	42
Tabela 8 – Matriz Fatorial do ECE Hospital (N = 353)	42
Tabela 9 – Correlação Phi Entre os Quatro Fatores Latentes Modelados e Indicadores de Validade Discriminante entre os Mesmos	43
Tabela 10- Análise Descritiva dos Escores Considerando a Amostra Total – Análise por Participantes (N = 354)	44
Tabela 11 – Conversão dos escores em percentis para os participantes (N = 354)	44
Tabela 12 – Análise descritiva dos escores considerando a amostra agrupada por equipes (N = 45)	45
Tabela 13 – Conversão dos escores em percentis para as equipes (N = 45)	46
Tabela 14 – Comparação das equipes estratificadas nos fatores da ECE.	46
Tabela 15 – Descrição do clima das equipes por meio o número de participantes, escores médios e total dos fatores da ECE e agrupamento das equipes.	47
Tabela 16 – Escore das Equipes referente ao Fator 1 da ECE, conforme prova de Turkey.	49
Tabela 17 – Escore das Equipes referente ao Fator 2 da ECE, conforme prova de Turkey	51
Tabela 18 – Escore das Equipes referente ao Fator 3 da ECE, conforme prova de Turkey.	52

Tabela 19 – Escore das Equipes referente ao Fator 4 da ECE, conforme prova de Turkey	53
Tabela 20 - Subdivisão por complexidade e setor de atuação relacionados aos escores referentes aos 4 Fatores da ECE	55
Tabela 21 – . Subdivisão por tipo de Equipe, Uni ou Multiprofissional relacionada aos escores referentes aos 4 Fatores da ECE	56
Tabela 22 – Subdivisão por Tempo na Equipe relacionada aos escores referentes aos 4 Fatores da ECE	56
Tabela 23 – Subdivisão por faixa etária, relacionada aos escores referentes aos 4 Fatores da ECE	57
Tabela 24 – Subdivisão de Área de atuação na unidade relacionada aos escores referentes aos 4 Fatores da ECE	58
Tabela 25 – Subdivisão do Período em que trabalha relacionada aos escores referentes aos 4 Fatores da ECE	58
Tabela 26 – Subdivisão da Jornada de Trabalho relacionada aos escores referentes aos 4 Fatores da ECE	59
Tabela 27 – Subdivisão de Sexo relacionada aos escores referentes aos 4 Fatores da ECE	60

### **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Teoria dos quatro fatores do Clima para Inovação	22
Figura 2 - Escala de Clima de Equipes – ECE	24
Figura 3 - Gráfico de sedimentação da análise parelela para o ECE Hospital	41

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>17</b>
3.1	O Trabalho em Equipe	17
3.1.1	Tipos de Equipe	18
3.2	Clima de Trabalho em Equipe	21
3.3	Escala de Clima de Equipe – ECE	22
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>29</b>
4.1	Objetivo Geral	29
4.2	Objetivos Específicos	29
<b>5</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>29</b>
5.1	Descrição do Cenário do Estudo	29
5.2	Participantes do Estudo	32
5.3	Aspectos Éticos da Pesquisa	33
5.4	Pré-Teste	33
5.5	Coleta de Dados	34
5.6	Análise dos Dados	35
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>37</b>
6.1	Análise Psicométrica	40
6.1.1	Análises sobre a dimensionalidade da escala	40
6.1.2	Análises Fatoriais Exploratórias	41
6.1.3	Criação dos Escores Fatoriais	44
6.2	Tratamento dos dados em formato agrupado por equipes	45
6.3	Comparação dos Grupos	49
6.4	Caracterização dos Grupos com alterações significativas dos Escores	55
6.5	Fatores da Escala	60
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>61</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>75</b>
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES</b>	<b>77</b>

<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS</b>	<b>88</b>
<b>Apêndice A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</b>	<b>88</b>
<b>Apêndice B – CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE</b>	<b>90</b>
<b>Anexo 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	<b>92</b>
<b>Anexo 2 – ESCALA DE CLIMA DE EQUIPE</b>	<b>95</b>

## INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objeto de estudo o Clima de Trabalho em Equipe no contexto hospitalar. O Clima de Trabalho em Equipe é definido por Anderson e West (1998), como o produto das percepções, perspectivas individuais e compartilhadas de indivíduos sobre a equipe a que estão inseridos, considerando os fatores pessoais, sociais e institucionais que influenciam no seu relacionamento, interatividade e efetividade.

Anderson e West (1998) elaboraram e validaram uma escala, o *Team Climate Inventory* (TCI), que possibilita a mensuração do clima de trabalho das equipes com embasamento nos conceitos da Teoria dos quatro fatores do clima de equipe para inovação: objetivos e visão compartilhados, segurança participativa, apoio à inovação e orientação para tarefas. Conforme as variações desses fatores as equipes são caracterizadas, possibilitando a identificação e compreensão de suas fragilidades e potencialidades (AGRELI, 2017; SILVA et al., 2016; WEST e RICHTER, 2011).

O TCI foi adaptado e validado no Brasil no contexto da Atenção Primária por Silva et al. (2016), traduzido como Escala de Clima de Equipe (ECE). Esta versão foi empregada posteriormente por Agreli (2017) no mesmo contexto e utilizada no presente estudo.

A validação da ECE no âmbito hospitalar foi realizada com o intuito de caracterizar o clima de trabalho de equipes hospitalares e possibilitar a utilização de seus elementos para a identificação do potencial e das necessidades de melhoria do clima dessas equipes.

Os cuidados no cenário hospitalar envolvem equipes de variadas composições e profissões que se correlacionam conforme o exercício de suas competências e níveis de complexidades assistenciais. Dessa forma, o contexto hospitalar é um ambiente de extrema relevância para pesquisas e estratégias voltadas ao trabalho em equipe, considerando o seu processo de trabalho, as inter-relações formais e informais, a coordenação de atividades e tarefas, os objetivos, o clima organizacional, singularidades assistenciais e contextuais. (GIAMMANCO, 2017; OLIVEIRA et al., 2016; 2015).

A complexidade e a imprevisibilidade do curso clínico do paciente, presente em grande parte dos setores hospitalares podem gerar estresse, ansiedade e insegurança às equipes, pois qualquer erro interfere diretamente na vida do paciente. Dessa forma, a equipe trabalha sob intensa pressão, sendo exigido respostas rápidas e eficazes às demandas assistenciais, o que requer uma boa comunicação, coordenação das ações, agilidade, destreza, sincronia na tomada

de decisões e execução das tarefas (LAPIERRE; LEPAGE; LEFEBVRE, 2017).

No Brasil, a assistência hospitalar passou por mudanças relevantes ao longo dos anos por conta dos avanços técnico-científicos, questões sociais e políticas, hegemonias profissionais, ensino, pesquisa, assistência e apoio aos serviços de saúde, o que demanda aquisição e gestão de recursos, o planejamento, bem como a organização das equipes assistenciais e seus processos de trabalho para o atendimento de demandas das redes de atenção na qual estão inseridas (OLIVEIRA et al., 2015).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAH), foi instituída pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 e prevê diretrizes para a regularização e organização da Assistência Hospitalar no Brasil e sua inserção na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2013) com destaque à importância do trabalho em equipe.

Na estrutura da PNAH está prevista a definição e composição de equipes multiprofissionais como: grupos assistenciais multivariados, em conformidade às suas especialidades e complexidades clínicas, visando atender as necessidades da população, a regulação do acesso, a qualidade da assistência prestada e a segurança do paciente, conceito aplicado no presente estudo. Essas equipes atuam de modo integrado com outros serviços de saúde em busca da resolutividade, continuidade do cuidado, equidade e transparência, sempre de forma pactuada com os colegiados do SUS (BRASIL, 2013).

Neste mesmo ano, foram promulgadas as diretrizes da Política Nacional de Humanização no Contexto Hospitalar (PNHCH) (BRASIL, 2013). Além de princípios relevantes ao paciente e sua segurança, essa política traz importantes considerações referentes ao trabalhador e às equipes de saúde (BRASIL, 2013).

No tocante ao trabalho em equipe, o reconhecimento dos papéis e a corresponsabilidade de cada indivíduo inserido na rede de atenção são fatores imprescindíveis para a sua execução efetiva. Ressalta-se o protagonismo e autonomia dos profissionais por meio da utilização de suas habilidades, o seu conhecimento e ações para a tomada de decisões e resolução de problemas em seu espaço de atuação (BRASIL, 2013).

Embora esteja previsto o desenvolvimento e fortalecimento do trabalho em equipe nas referidas políticas do contexto hospitalar, bem como, a abordagem da humanização por meio da valorização do profissional, os autores Oliveira et al. (2016; 2015) e Oliveira, Cunha (2014) referem que o trabalho em equipe consiste em um grande desafio no setor hospitalar nacional. Os referidos autores apontam fatores e agentes estressores relacionados à complexidade das

demandas como aspectos psicossociais e culturais entre cuidadores, questões hierárquicas desde a formação de algumas categorias profissionais que interferem no processo do cuidado e convivência em equipe; a disponibilidade de ferramentas e tecnologias para o exercício assistencial, o apoio institucional na estrutura, processos e resultados, bem como a necessidade de maior comunicação e estreitamento de relações via instituição e trabalhadores para apoio e fortalecimento das equipes nesse setor, dentre outros.

No âmbito internacional, Lapierre; Lepage; Lefebvre, (2017), Cuningham et al., (2018) e Tawfik et al., (2017), consideram desafiadora a interação eficaz da equipe que, além das questões psicossociais e culturais frente a exigência de respostas rápidas às complexidades dos pacientes, devem atender a demandas institucionais e burocráticas que absorvem tempo e energia dessas equipes, o que pode gerar instabilidade e suscetibilidade do paciente envolvido no processo do cuidado.

Berry et al. (2016) ressaltam que, o trabalho em equipe integrado e focado na diminuição de erros médicos evitáveis para redução de danos e gravidade aos pacientes é considerado desafiador tanto para os trabalhadores como para as instituições envolvidas. Neste contexto, a eficácia das medidas de segurança do paciente e do bom relacionamento em equipe estão associadas à diminuição do dano ao paciente e à mortalidade ajustada pela gravidade. Salienta-se também o desafio de que, além das condições de trabalho e suas formas de execução, o apoio institucional aos profissionais envolvidos no cuidado que visa o fortalecimento de suas inter-relações impactam nos resultados da assistência prestada e na segurança do paciente (BERRY et al. 2016).

Tawfik, et al. (2017) apontam que a melhoria da qualidade do cuidado é um desafio por se tratar de um processo contínuo impulsionado pelas intervenções e ferramentas voltadas à dinâmica do clima da equipe no contexto a que se insere, com a finalidade de produzir melhor qualidade e segurança ao paciente.

Dado o contexto e a relevância do tema do clima de trabalho em equipe, no presente estudo realizou-se a validação da ECE na realidade hospitalar brasileira.

## **2 Justificativa**

A caracterização ou diagnóstico do clima de trabalho das equipes hospitalares, permite o reconhecimento de potencialidades e fragilidades de cada equipe. As informações sobre o clima das equipes contribuem para reflexão crítica sobre o processo de trabalho em equipe, com

vistas ao desenvolvimento, motivação, integração, na possibilidade de revisão de condutas propondo o reconhecimento e atenção às necessidades de reorganização das ações, as mudanças necessárias na prestação do cuidado e solicitude de apoio institucional à essas equipes (KOSSAIFY; HLEIHEL; LAHOUD, 2017).

Trata-se de um estudo pioneiro na validação da ECE em equipes hospitalares do Brasil com o intuito de contribuir na busca de melhorias na dinâmica do trabalho em equipe que poderá repercutir nos resultados clínicos, organizacionais e científicos de forma que seu incentivo por parte das instituições deva ser constante.

Conforme Espinoza (2018), Agreli, Peduzzi e Bailey (2017) o clima de equipe favorável, associa-se ao bem-estar e satisfação do profissional, sendo um importante indicador de melhores resultados assistenciais. Taylor et al. (2013), referem que o trabalho em equipe apresenta indícios que elevam a qualidade assistencial. Os autores salientam que é fundamental o apoio institucional por meio da atenção estrutural, processual, e subsídios que norteiem essas equipes e suas ações com estilos de liderança eficaz por meio do uso de métodos aprimorados que possibilitem o aprendizado compartilhado, a auto avaliação e devolutivas, bem como a avaliação efetiva dos resultados (TAYLOR et al., 2013), permitindo a essas equipes melhores padrões de cuidado com os recursos disponíveis, sendo a ECE um importante instrumento avaliativo para tais subsídios.

Aspectos individuais como a liderança e ética; coletivos, como a cooperação, comunicação e concorrência; estruturais, como o ambiente e ferramentas de trabalho, são fatores determinantes que interferem no trabalho em equipe e seus resultados. A análise do clima de trabalho em equipe oferece informações importantes para o investimento eficaz em estratégias que visam avanços e fortalecimento do seu processo de trabalho (KOSSAIFY; HLEIHEL; LAHOUD, 2017). Por meio da autorreflexão proporcionada a partir da ciência desse clima, apela-se aos gestores e profissionais em assumir o devido compromisso em promover e preservar um ambiente propício para o trabalho em equipe (KOSSAIFY; HLEIHEL; LAHOUD, 2017).

A aplicação da ECE realizada em vários países e contextos proporcionou o levantamento de dados referentes aos níveis de: participação dos integrantes na equipe, clareza de papéis e objetivos da equipe, interação entre os indivíduos durante práticas assistenciais, abertura para inovações conceituais e assistenciais na prática do cuidado, dentre outros. Tais fatores relevantes para a autorreflexão a nível individual e coletivo das equipes para o desenvolvimento

de estratégias e ações visam o fortalecimento do trabalho em equipe, bem como o empoderamento e autoconfiança de seus indivíduos no processo do cuidar (ESPINOZA et al., 2018; REIMER et al., 2017; SILVA, 2016; BEAULIEU et al., 2014; KOIVUNEN et al., 2014; KIVIMÄKI e ELOVAINIO, 1999; BOADA-GRAU et al., 2011; RAGAZZONI et al., 2002; STRATING; NIEBOER 2009; OWENS et al., 2008; MATHISEN et al., 2004; AGRELL; GUSTAFSON, 1994).

Assim justifica-se a importância da presente investigação que disponibiliza a validação contextual na realidade hospitalar brasileira de um instrumento de reconhecimento científico internacional de extrema relevância para a produção de dados pertinentes sobre o clima de trabalho das equipes hospitalares, com o intuito de contribuir para reflexões críticas e desenvolvimento de estratégias que visam o fortalecimento dessas equipes para a prestação de assistência de qualidade e priorizada na segurança do paciente

### **3 Referencial Teórico**

#### **3.1 O Trabalho em Equipe**

O trabalho em equipe é definido pela ação conjunta de dois ou mais indivíduos para a execução de um fim, envolvendo processos comportamentais como: comunicação, coordenação, responsabilização, compartilhamento de ideias e, estados emergentes como: vínculo, respeito e confiança na realização de tarefas ou determinado trabalho que vise metas e objetivos comuns (REEVES e al, 2018; PEDUZZI et al. 2013).

Reeves et al, (2018) e Peduzzi et al. (2013) ressaltam que a troca de conhecimentos e experiências, no trabalho em equipe promovem em seus membros o desenvolvimento intelectual e agilidade no cumprimento das tarefas, indo além de grupos engajados para um fim, mas visando a reorganização de modelos assistenciais voltados à atenção integral das necessidades de saúde. Segundo Salas; Reyes e Mcdaniel (2018), para entender as dinâmicas e os resultados de uma equipe é necessário analisar o contexto no qual estão inseridas.

Dentre as várias definições do trabalho de equipe de saúde descrito nas últimas décadas, Reeves et al. (2018) aponta fatores comuns que influenciam diretamente na eficácia do trabalho das equipes assistenciais em seus variados contextos como: o compartilhamento de identidade, clareza de papéis e de objetivos, interdependência dos membros, integração do trabalho,

responsabilidade compartilhada, colaboração, previsibilidade, natureza e complexidade das tarefas da equipe.

Apesar das variações conceituais na definição das equipes, que podem ser identificadas com os termos interprofissional ou interdisciplinar, Lapierre et al. (2017) e Orchard e Rykhoff (2015) consideram que a utilização dos termos interprofissional e interdisciplinar, se refere à articulação entre profissionais e à disciplinas, ou campos científicos do conhecimento respectivamente, importando no presente estudo, o conceito da interprofissionalidade, que aponta para a participação de vários segmentos profissionais inseridos em uma equipe (PEDUZZI et al. 2013).

O trabalho em equipe interprofissional colaborativo é um importante determinante da qualidade assistencial, satisfação dos profissionais e do paciente, bem como sua segurança. Agreli et al., (2017) em seu estudo associa o clima de trabalho em equipes com a colaboração interprofissional, e ressalta que além da satisfação do profissional e qualidade assistencial, o clima favorável está associado a níveis de colaboração interprofissionais positivos.

A comunicação, os níveis de confiança, o vínculo, o respeito, o reconhecimento profissional mútuo e colaboração, bem como a mediação de conflitos com o fim de refletir para agir de forma integrada e colaborativa entre e inter-equipes, são fatores qualificadores da equipe, suas ações e resultados (SOUZA et al. 2016)

É importante ressaltar que os relacionamentos interpessoais são os alicerces para comportamentos como a colaboração por meio de apoio mútuo, iniciativa de ajudar uns aos outros nas tarefas laborais e compartilhamento de conhecimentos e experiências. Relações inter-equipes positivas promovem ao indivíduo e ao seu grupo autonomia, identidade e autoconfiança, reforçando o vínculo e comprometimento do mesmo em ajudar seus colegas e membros de toda a equipe em cumprirem seus objetivos (PEDUZZI et al. 2013).

Considerando os conceitos de Reeves et al., (2018) e Peduzzi et al. (2013) e Peduzzi (2001), no contexto do presente estudo, o trabalho em equipe interprofissional, sob a perspectiva da prática colaborativa, se constitui na atuação coordenada e interativa de profissionais de diferentes formações que, promovem o cuidado ao paciente por meio da corresponsabilidade e reconhecimento das competências, no compartilhamento do conhecimento e vivências, definição dos objetivos conjuntamente no desenvolvimento de ações inerentes a um processo assistencial de saúde.

### 3.1.1 Tipos de Equipe

A literatura apresenta várias definições para tipos de equipes que possibilitam melhor compreensão sobre seus arranjos e articulação. Conforme Reeves et al., (2018) as definições de tipos de equipe vêm sendo exploradas em estudos sobre o trabalho em equipe nas últimas décadas caracterizando-as conforme seu nível de integração, visando a evolução de perfis fragmentados para mais integrados conforme descritos a seguir:

Peduzzi (2001), define **equipe agrupamento** como aquela que realiza ações fragmentadas aplicadas por diferentes profissionais que compõem a equipe, unificados pelas circunstâncias e objetivos do trabalho, com integração para fins específicos, propensa a fatores de subordinação e hierarquias profissionais, observado em equipes multiprofissionais com várias especialidades e, **equipe integração** que articula suas ações conforme a interação dos seus membros, com objetivos e ações definidos dinamicamente desde a problemática até sua intervenção.

West e Lyubovnikova (2012, 2013), denominam as **equipes reais** como grupos de pessoas trabalhando juntas de forma interdependente, compromissadas no compartilhamento para o alcance de objetivos comuns e, **pseudoequipes**, como grupos individualistas, centrados nas especialidades de trabalho, com pouca interatividade, debilidade na comunicação e na definição dos objetivos comuns.

Katzenbach e Smith (1993) explicam as **equipes potenciais**, que estão cientes da necessidade de melhoria de seu desempenho, porém apresentam debilidades na definição de papéis dos membros, bem como de seus objetivos comuns e, **equipes de alta performance ou alto desempenho**, caracterizam-se pelo comprometimento, clareza de papéis e motivação dos membros, definição integrada de objetivos com atitudes motivadoras ao desenvolvimento pessoal dos membros e da equipe em si.

As tipologias de equipes têm sua importância conceitual na prática interprofissional pois nortearam muitos estudos voltados ao desenvolvimento dessas equipes. Além de ressaltarem essa temática, Reeves et al. (2018, 2010) ampliaram os conceitos de trabalho envolvendo equipes na prática a partir das demandas contingenciais ou necessidades e complexidades conforme a natureza do serviço.

Por meio da **abordagem de contingência**, uma equipe é definida ao se adaptar em conformidade funcional, assistencial, complexa e dinâmica às necessidades específicas do

paciente. Sua eficácia não é necessariamente expressa pelo tipo de equipe em questão, mas em atingir efetivamente os objetivos assistenciais (REEVES et al. 2018; REEVES et al., 2010). Esses autores enfatizam os conceitos de trabalho em equipe como a colaboração, a coordenação interprofissional e o trabalho em rede, classificando-os como formas integrantes do trabalho interprofissional categorizados conforme a variação dos níveis de integração, identidade e responsabilidade compartilhada, clareza e interdependência necessários para o exercício das atividades requeridas.

O **trabalho em equipe** é o modelo que exige maiores níveis de atuação conjunta e sincronizada da equipe sobre os aspectos mencionados acima, primordiais em setores de alta complexidade e cuidados urgentes (REEVES et al. 2018; REEVES et al., 2010).

Considerando a previsibilidade e menor complexidade das tarefas, a **colaboração interprofissional** é uma forma de trabalho em equipe que ocorre ocasionalmente, na qual os profissionais prezam pela responsabilidade compartilhada, a clareza de papéis e interdependência ponderada entre os componentes do grupo. Observa-se que a integração dos profissionais na realização do serviço está associada a um processo em que as atividades prestadas variam de interações mais esporádicas, para atuações integradas e sincronizadas (REEVES et al. 2018; REEVES et al., 2010).

Com tarefas um tanto previsíveis, de menor complexidade e iminência, a **coordenação interprofissional** tem discreta relevância quanto à integração e interdependência, todavia, ressaltam a responsabilidade compartilhada e a clareza de papéis, tarefas e metas em suas dinâmicas laborais (REEVES et al. 2018; REEVES et al., 2010). Pode-se dizer que está relacionada às demandas de coordenação de cuidado que ocorre entre diferentes serviços da Rede de Atenção com os processos de referência e contra referência dos usuários.

Nas **redes interprofissionais** aspectos como a identidade compartilhada da equipe, a clareza dos papéis e objetivos, a interdependência, a integração e a responsabilidade compartilhada são mínimos, com tarefas previsíveis menos complexas e nada urgentes, as interações interprofissionais são casuais, ou até mesmo virtuais. Sem interação de corpo presente, os profissionais estão abertos a comunicação e colaboração mútuas (REEVES et al. 2018; DOW et al., 2017). Nessas redes de cuidados interprofissionais, o número de profissionais é bem maior e suas inter-relações são variáveis e casuais, consideradas como interações colaborativas indiretas, relacionadas a assistência que podem exigir ou não maiores complexidades, com perfil dinâmico e diversificado. Os profissionais da linha de frente ou que

passam o maior tempo assistencial com o paciente são os disparadores da dinâmica assistencial, interconectando e norteando seus componentes para a prestação da assistência (REEVES et al. 2018; DOW et al., 2017), como coordenadores do cuidado na Rede de Atenção.

Assim, quando indivíduos capacitados passam a protagonizar a execução do trabalho colaborativo em equipe, desde a comunicação à interação dos papéis profissionais atrelados ao processo de trabalho em saúde formam equipes articuladas à rede de serviços, resultando em modelos ideais de assistência à saúde com qualidade e excelência. Entretanto esse é um processo desafiador que dispense transformações de paradigmas psicossociais e culturais (ORCHARD; RYKHOFF, 2015; PEDUZZI et al., 2013; D'AMOUR, 2008).

Por se tratar do contexto hospitalar, envolvendo complexidades e ações que exigem respostas rápidas, o presente estudo adota uma definição de equipe que relaciona o conceito do trabalho em equipe e colaboração interprofissional, ancorado na abordagem contingencial. Segundo a perspectiva contingencial, por meio da inter-relação de indivíduos pertencentes a um grupo, cujo trabalho é norteado a partir da complexidade do atendimento ao usuário nos serviços de saúde em que está inserido, os membros da equipe atuam com a finalidade de prestar uma assistência de qualidade, preconizando a segurança do paciente. Os atributos do referido trabalho em equipe são a identidade profissional compartilhada, definição de papéis e tarefas a partir de objetivos esclarecidos, interdependência e corresponsabilidade dos membros e integração do trabalho (REEVES et al., 2018; PEDUZZI, 2013; MANSER, 2009).

Conforme os conceitos abordados neste estudo, a atuação de equipes no sistema de atenção do contexto hospitalar mostra-se imprescindível. Além disso, o cuidado sob a perspectiva do trabalho em equipe interprofissional é relevante e não se limita a um aglomerado de especialidades, pois requer a articulação interprofissional por meio da comunicação, confiança, o vínculo, respeito mútuo, prática colaborativa, o reconhecimento profissional e o gerenciamento eficaz de conflitos (SOUZA et al., 2016).

### **3.2 Clima de Trabalho em Equipe**

O clima de equipe, definido anteriormente por Anderson e West (1998), é dinâmico e dispõe de subsídios relevantes para o desenvolvimento e fortalecimento do trabalho em equipe, bem como o empoderamento e autoconfiança de seus indivíduos. Estudos mostram que o trabalho em equipe eficaz impacta na qualidade da assistência, na segurança do paciente, e

também no bem-estar e satisfação do profissional (TAWFIK et al., 2017; JONES E JONES, 2011; MANSER, 2009).

Agreli e Peduzzi (2018) e Agreli; Peduzzi; Bailey, (2017), consideram que as análises sobre o clima do trabalho em equipe proporcionam meios observatórios e interpretativos eficazes sobre a forma como a assistência é desenvolvida e prestada pela equipes no contexto a que estão inseridas, abrangendo seus níveis de interatividade e coordenação das ações, a forma como estas se organizam, se adaptam e se readaptam no atendimento das demandas e como são sustentadas suas inter-relações profissionais e práticas colaborativas.

### 3.3 Escala de Clima de Trabalho em Equipe (ECE)

Anderson e West (1998), criadores do Inventário de Clima de Equipes (TCI), traduzido, adaptado e validado no Brasil por Silva (2016), para Escala de Clima de Equipe (ECE), instrumento de pesquisa do presente estudo; conceituaram o clima de trabalho em equipe a partir da teoria dos quatro fatores do clima para a inovação que culminou na criação do TCI subdividido em quatro constructos: 1) segurança participativa; 2) objetivos e visão compartilhados; 3) apoio à inovação; e 4) orientação para tarefas. Tais fatores são apresentados a seguir, conforme achados da literatura científica (Figura 1).

FIGURA 1 - TEORIA DOS QUATRO FATORES DO CLIMA PARA INOVAÇÃO.



Fonte: Elaborada pela autora a partir de Agreli et al. (2017), Silva (2016) e Anderson e West (1998); São Carlos 2018.

Segundo referido anteriormente, o foco da ECE é direcionado para o contexto das equipes, seus indivíduos, suas rotinas, competências, inter-relações em seu ambiente de trabalho, como uma conexão do clima organizacional com o trabalho em equipe. Através da ECE, o clima de equipes é caracterizado por meio de escores que variam em torno desses quatro construtos determinando o perfil e características que se correlacionam mutuamente (ANDERSON; WEST, 1998).

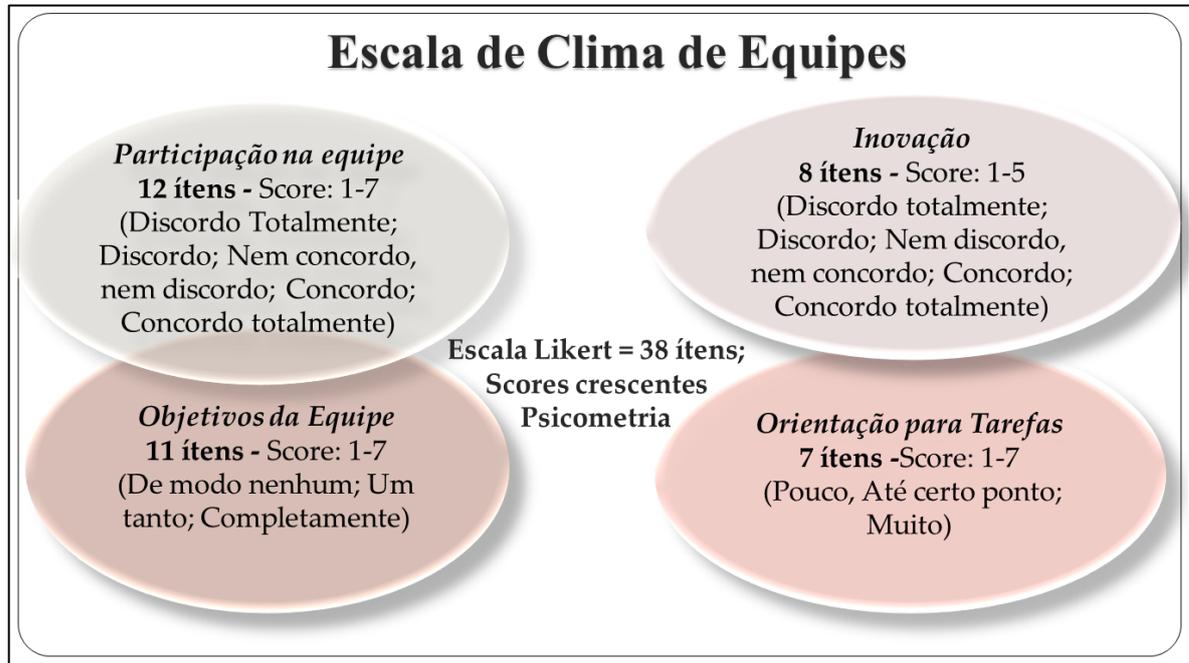
A ECE trata-se de um questionário composto por 38 tópicos subdivididos em quatro dimensões referentes à teoria dos quatro fatores de clima de trabalho em equipe, processos centrais de funcionamento da equipe que possibilitam uma análise mais precisa do clima, formados por incisos com afirmativas ou perguntas no formato de escala Likert (ANDERSON; WEST, 1998).

Com alcance de proporções mundiais, o TCI foi utilizado em vários países tais como: Chile (ESPINOZA et al., 2018); Estados Unidos (REIMER et al., 2017); Brasil (SILVA, 2016); Canadá (BEAULIEU et al., 2014); Finlândia (KOIVUNEN et al., 2014; KIVIMÄKI e ELOVAINIO, 1999); Espanha (BOADA-GRAU et al., 2011); Itália (RAGAZZONI et al., 2002); Holanda (STRATING; NIEBOER 2009; OWENS et al., 2008); Noruega (MATHISEN et al., 2004); Suécia (AGRELL; GUSTAFSON, 1994).

Estudos mostram a associação da ECE com resultados positivos em saúde, Beaulieu et al. (2013) e Bower et al. (2003) mencionam sua relação com a satisfação do paciente e do profissional, bem como a qualidade do cuidado Goh e Eccles (2009); inovação por Proudfoot et al., (2007), Gosling et al., (2003); eficácia da equipe por Lemieux-Charles e McGuire (2006) e Poulton e West (1999). Também consiste em um dos indicadores do Relatório Canadense sobre Atualização dos Indicadores de Atenção Primária, *Pan-Canadense of Health Information* (CANADÁ, 2012).

Considerando os aspectos mencionados, a necessidade de instrumentos eficazes na avaliação das equipes de saúde e tendo em vista a proximidade das dimensões da ECE com os achados em estudos de validação internacionais, prospecta-se um importante instrumento para a descrição do clima de trabalho em equipes hospitalares no âmbito nacional após sua validação nesse estudo.

FIGURA 2 - ESCALA DE CLIMA DE EQUIPES (ECE).



Elaborada pela autora a partir de Agreli et al. (2017), Silva (2016) e Anderson e West (1998); São Carlos, 2018.

A seguir serão descritos os construtos da ECE, suas disposições e definições teóricas:

1) Participação na equipe ou segurança participativa: aborda aspectos de interação, comunicação, expressão, compartilhamento de ideias e confiança entre os membros da equipe. A interação entre os membros da equipe e inter-equipes, comunicação efetiva intercâmbio de opiniões, conhecimentos e experiências são fatores relevantes no desenvolvimento da eficácia assistencial (ESPINOZA et al., 2018; AGRELLI; PEDUZZI; BAILEY, 2017; SILVA, 2016; ANDERSON; WEST, 1998). Esse construto é composto por doze incisos, com alternativas dispostas em escala crescente de um a cinco, distribuídas nas afirmativas: discordo totalmente, discordo, nem concordo e nem discordo, concordo e concordo totalmente.

2) Apoio a ideias novas: a inovação compete às formas de aceitação das equipes quanto a atualização e inovação dos conceitos e práticas assistenciais, à abertura e ao apoio a propostas que visam o bem-estar do paciente e equipe recorrentes aos avanços tecnológicos. O apoio a ideias novas, corresponde ao ato de valorizar a autonomia do indivíduo com a devida importância, recursos e segmentos necessários às ideias propostas pelos membros das equipes, se são rejeitadas ou encorajadas envolvendo questões organizacionais e suas influências. Refere-se à expectativa e o apoio da equipe à introdução de novas formas de realizar as tarefas,

por meio da otimização de recursos disponibilizados para a promoção e adesão de práticas inovadoras para o cuidado. O apoio institucional no desenvolvimento da comunicação e trabalho em equipe visando um clima promissor, pois as percepções dos trabalhadores sobre o trabalho em equipe entre as unidades estão mais intimamente ligadas aos processos de cuidado (ESPINOZA et al., 2018; AGRELLI; PEDUZZI; BAILEY, 2017; SILVA, 2016; ANDERSON; WEST, 1998).

A inovação visa a busca de melhores resultados do trabalho por meio de novas práticas. Associada ao aprimoramento do trabalho por meio do uso de formas criativas e bem-sucedidas de desenvolvimento pessoal e do grupo, meios de promover o desenvolvimento e a performance funcional e social. É a habilidade da equipe em atender as demandas, lidando com adversidades de forma assertiva, ao mesmo tempo que alcança seus objetivos. Esta busca melhorias internas e externas, bem como a mobilização para aquisição de recursos e desenvolvimento pessoal e do trabalho. O apoio à inovação é um aspecto que remete à abertura, um apoio prático a novas propostas, ideias ou novas formas de desenvolvimento de ações ao executar as tarefas, e também está associado ao bem-estar e satisfação dos membros da equipe (AGRELLI; PEDUZZI; BAILEY, 2017; REIMER et al., 2017; ANDERSON; WEST, 1998). Esse construto é composto por oito itens com alternativas dispostas em escala crescente de um a cinco, distribuídas nas afirmativas: discordo totalmente, discordo, bem concordo e nem discordo, concordo e concordo totalmente.

3) Objetivos comuns ou objetivos da equipe ou visão: remete à forma como são definidos os objetivos da equipe, sua coerência e clareza, inclusive os interesses envolvidos e empenho desta em atingi-los. Fatores como a composição da equipe, clareza na definição de seus objetivos e tarefas, a valorização dos resultados, coordenação, cooperação, comunicação efetiva, adaptabilidade e o suporte organizacional são fatores interligados a eficácia da equipe, independentemente do nível de formação e especialidade de seus componentes, mas a partir do princípio de colaboração que, por sua vez, impacta nos resultados como a satisfação dos profissionais e pacientes (SALAS; REYES; MCDANIEL, 2018; ALHARBI; CLELAND; MORRISON, 2018; ESPINOZA et al., 2018; AGRELLI; PEDUZZI; BAILEY, 2017; SILVA, 2016; ANDERSON; WEST, 1998). Esse construto é composto por onze incisos, com alternativas dispostas em escala crescente de um a sete, distribuídas nas afirmativas: de modo nenhum, um tanto e completamente.

4) Orientação para tarefas: aborda a percepção individual e da equipe sobre

responsabilidade, compromisso individual e em equipe, no que se refere ao desempenho das tarefas, em busca de qualidade, uma preocupação compartilhada pela excelência, análise crítica e outras formas de controle e monitoramento, bem como a análise do desempenho das ações como a sincronia, a coordenação e colaboração da equipe para a realização das tarefas necessárias. (ESPINOZA et al., 2018; AGRELLI; PEDUZZI; BAILEY, 2017; SILVA, 2016; ANDERSON; WEST, 1998). Esse construto é composto por sete incisos, com alternativas dispostas em escala crescente de um a sete, distribuídas nas afirmativas: pouco, até certo ponto e muito.

A seguir, serão percorridos aspectos relevantes desses construtos sob perspectiva da literatura científica.

Referente à participação na equipe, ressaltam-se as ações de troca de informações, construções coletivas, encontros formais e informais, escuta, negociação, debates e atenção, comunicação verbal e não-verbal por meio de reuniões e, inclusive durante a assistência prestada. Nesse processo a efetividade da comunicação é primordial para a qualidade da assistência à saúde pois, quando eficaz, é um norteador para definição e alcance de objetivos, prevenção e correção de situações problemas, conscientização e levantamento das necessidades, interpretação da realidade, interatividade e colaboração entre outros (SOUZA et al., 2016; RICHTER et al., 2017).

A participação na equipe por meio da interação social e a comunicação efetiva, aborda aspectos como o fato do indivíduo sentir-se parte importante da equipe, responsável e, envolvido nos processos de decisão da equipe, de forma interativa e compartilhada, sentir-se seguro e não hostilizado nesse contexto, envolvendo apoio, confiança e segurança quanto as competências e intenções dos membros da equipe, comprometimento por meio de interação, compartilhamento de informações, com abertura para o aprimoramento e inovações das ações (AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017; WEST; RICHTER, 2011; WEST, 1990).

A liderança, também é um aspecto primordial do fator participação na equipe, pois aborda a governança e o direcionamento comum, sendo exercida por um indivíduo ou de modo compartilhado, fortalecendo as questões de participação, objetivos comuns, ações compartilhadas, comprometimento e responsabilidade do grupo e propensão para novas ideias e inovação. A liderança, quando colaborativa, é assentida pelo grupo, e todos tem abertura para contribuir com ideias e opiniões, integrando princípios de melhoria da qualidade do cuidado no cumprimento de objetivos comuns (AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017; SOUZA, 2016;

WEST, 2014).

Outra questão importante nessa temática é a abertura de comunicação para respostas não punitivas aos erros, afinal, quando os profissionais se sentem livres para serem verdadeiros na comunicação de erros cometidos, o aprendizado torna-se acessível, possibilitando o crescimento e desenvolvimento de valores profissionais e morais, abstendo-se de artifícios de negações (ALHARBI; CLELAND; MORRISON, 2018).

Ritcher et al. (2017), referem que gerentes conscientes da importância do trabalho em equipe, empenhados no investimento de artifícios e ações para a promoção e desenvolvimento dos meios de comunicação e consolidação de práticas efetivas para a segurança do paciente, têm maior adesão e apoio dos trabalhadores aos processos de trabalho hospitalares. Oliveira et al. (2015) apontam que o apoio das instituições, por meio de investimentos em recursos humanos, reflete na qualidade e segurança da assistência de saúde prestada, ao paciente (OLIVEIRA et al., 2015).

É importante ressaltar o investimento de recursos para o desenvolvimento profissional como importante fator motivador para o aprendizado e aprimoramento do trabalho em equipe. Tal processo pode se constituir por meio de ações de educação permanente, capacitações, treinamento e atualizações, enfim o profissional sente que a organização investe em seu desenvolvimento (AGRELI, 2017; REIMER et al., 2017; ANDERSON; WEST, 1998).

Os objetivos comuns estão entre os elementos essenciais para a definição de uma equipe integrada por meio da comunicação e colaboração ativa em que os indivíduos da equipe desenvolvem vínculos de confiança e pertencimento mútuo transformando suas práticas sob o consenso de responsabilidades e coordenação das tarefas com abertura à inovação. Tal indicador remete à equipe, o comprometimento no alcance de metas (MORGAN et al., 2015; D'AMOUR, 2008).

Os objetivos devem ser definidos e esclarecidos previamente entre a equipe, e formalizados por meio de fluxogramas afim de facilitar a interpretação e publicados em murais informativos ou locais à vista da equipe (PEDUZZI et al., 2013). Esses objetivos devem ser tangíveis e claros pois abstrações, além de desnortarem a equipe, são desmotivadoras. Os membros da equipe devem ter ciência do papel de cada um na equipe, bem como a própria liderança. Espera-se que estejam habituados a identificar prioridades, avaliar a evolução dos casos dos pacientes e que tenham proatividade. Vale ressaltar que o trabalho em equipe efetivo é essencial e pode ser adquirido por meio do reconhecimento dos profissionais quanto ao

desenvolvimento, execução e cumprimento dos seus deveres no resultado da assistência (PEDUZZI; AGRELI, 2018; AGRELI, 2017).

Quanto aos objetivos comuns, estes devem ser realistas, e caracterizados de forma clara. A sua eficácia deve estar associada a eficiência organizacional e atenção ao paciente com qualidade. Os objetivos construídos coletivamente, envolvem e motivam os profissionais à busca do desenvolvimento, qualidade e efetividade. Esses devem ser claros, sucintos, em número equilibrado e viável (PEDUZZI; AGRELI, 2018; AGRELLI, 2017; WEST, 2004).

Partindo desse pressuposto, considerando o ambiente hospitalar e suas complexidades, encontramos diversos grupos interprofissionais com demandas contingenciais diferenciadas e complexidades envolvidas (ESPINOZA et al., 2018; LAPIERRE; LEPAGE; LEFEBVRE, 2017). Portanto, no presente estudo a ECE é um importante instrumento a ser implementado às equipes do contexto hospitalar, com a finalidade de se obter o diagnóstico do clima de trabalho dessas equipes, afim de se elaborar estratégias que visam o amparo e o fortalecimento dessas equipes afim de promover uma assistência de qualidade e eficaz.

## **4 Objetivos**

### **4.1 Objetivo geral**

Realizar a validação do instrumento Escala de Clima de Equipe (ECE) em contexto hospitalar.

### **4.2 Objetivos específicos**

Caracterizar o clima de trabalho em equipes em um hospital terciário de um município do interior paulista.

## **5 Materiais e Métodos**

Trata-se de um estudo metodológico com abordagem quantitativa para a validação de um instrumento que requer a condução de investigações com rigor acentuado (BEATON et al., 2007), afim de que os instrumentos validados sejam concernentes ao objeto de medida,

produzindo dados científicos relevantes para a realidade estudada (GERHARDT; SILVEIRA, 2009; WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003).

### **5.1 Descrição do Cenário do Estudo**

A coleta de dados foi realizada em um município do interior do Estado de São Paulo que ocupa uma área de 650,916 km<sup>2</sup>, sendo que 127,309 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano. A população local estimada pelo IBGE era de 674.405 habitantes em 2016, sendo que o município possuía 319 estabelecimentos de saúde entre hospitais, pronto-atendimentos, postos de saúde e serviços odontológicos dos quais 64 são públicos e 255 privados (IBGE, 2016).

Os dados foram coletados no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, um hospital de grande porte, de alta complexidade e referência terciária para a região nordeste do Estado de São Paulo que está integrado ao SUS desde 1988 (HCFMRP-USP, 2017).

O hospital é uma autarquia pública estadual vinculada administrativamente à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES) para fins de Ensino, Pesquisa e Assistência Hospitalar. O serviço dispõe de uma Fundação de Apoio através do convênio cooperativo, autorizado pelo Governo do Estado de São Paulo. A fundação gerencia os recursos advindos dos serviços médico-hospitalares prestados aos usuários do SUS, aos beneficiários de planos e seguros de saúde e aos pacientes particulares, bem como de convênios celebrados com agências públicas de fomento à pesquisa científica (HCFMRP-USP, 2017).

Para a efetivação da hierarquização do atendimento de atenção primária e secundária não hospitalar, o hospital mantém convênio com Centros de Saúde da cidade e Termos de Cooperação com hospitais regionais de municípios da região para as atividades médicas de média complexidade em algumas especialidades. Essa estrutura de rede permite o estabelecimento da referência e a contra referência de pacientes às unidades, conforme o grau de complexidade, a partir de protocolos clínicos definidos pelas especialidades (HCFMRP-USP, 2017).

O hospital presta atenção à saúde de alta complexidade a nível ambulatorial e terciário, desde os cuidados de prevenção, tratamento e reabilitação, de natureza clínica e/ou cirúrgica, serviços complementares de diagnóstico e tratamento, nas mais diversas especialidades médicas, prestados por equipe multiprofissional. Os principais serviços são: atendimento Ambulatorial; Urgência e Emergência; Internações; Hospital-dia; Cirurgias; Transplantes;

Exames Auxiliares ao Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação (HCFMRP-USP, 2017).

Referente à prestação da assistência médica, por meio da regulação do fluxo de pacientes de acordo com as necessidades da população, o hospital presta assistência integrada com a Secretaria Municipal de Saúde do Município, bem como as Secretarias dos municípios de sua área de abrangência, e com os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), os órgãos de Vigilância Sanitária, municipal, estadual e federal que fiscalizam as condições sanitárias das atividades assistenciais. Atende também a pacientes referenciados de outras regiões e estados, com uma população composta por cerca de 4 milhões de habitantes da região e de outros Estados (HCFMRP-USP, 2017).

Pacientes beneficiários de planos e seguros de saúde ou que assumem diretamente os custos de seus tratamentos, também são atendidos pelo hospital, no âmbito da Clínica de Convênios e Clínica Civil, sob a gestão de uma Organização Social de Saúde (OSS), representando cerca de 3% do total do atendimento prestado (HCFMRP-USP, 2017).

TABELA 1 – Estrutura física e demandas hospitalares em 2016.

<b>INSTALAÇÕES</b>	<b>TOTAL</b>
Ambulatório Consultórios/Salas de Atendimento	545
Área construída em m <sup>2</sup>	204.103,27
Capacidade de lugares das Salas de Aula e Auditórios	2512
Leitos de Enfermaria	877
Leitos de Observação	84
Leitos Especialidades	849
Salas Cirúrgicas	34
Salas de Aula e Auditórios	71
Salas de Pré-Parto e Parto	3

Fonte: (HCFMRP-USP, 2017).

TABELA 2 – Quantitativo de pacientes e procedimentos do hospital em 2016.

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>TOTAL</b>
Cesáreas	45.4000
Cirurgias	30.971
Consultas	710.910
Consultas Ambulatoriais	573.000
Exames laboratoriais	3.100.000
Internações	35.182
Pacientes registrados	1.577.927
Procedimentos de Enfermagem	144.741
Procedimentos de Reabilitação	149.000
Transfusões de Sangue	28.831
Urgências	38.000

Fonte: (HCFMRP-USP, 2017).

Como polo de ensino o hospital oferece 778 vagas de Residência Médica em 70

programas, 21 vagas de Residência Multiprofissional em 12 programas, 89 vagas de aprimoramento em 27 programas de áreas não médicas, cursos de especialização, além de complementação especializada. Também é campo de atuação para a pós-graduação em nível de mestrado e doutorado acadêmicos e para o mestrado profissionalizante, que em 2016, somou 1.514 alunos nestas modalidades, além de servir como campo de estágio para diversos cursos universitários (HCFMRP-USP, 2017).

TABELA 3 – Número de profissionais por categorias ou áreas de atuação em 2016.

CATEGORIAS	QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS
Administrativo	1186
Auxiliares de Enfermagem	841
Enfermeiros	478
Estágio de Aprimoramento	89
Fisioterapeutas	71
Médicos	589
Médicos Aprimorandos	178
Mestrandos e Doutorandos	1514
Nutricionistas	30
Operacional	749
Psicólogos	40
Residência Médica	778
Residência Multiprofissional	21
Rouparia	23
Segurança	121
Técnicos	1310
Técnicos de Enfermagem	732
Terapeutas Ocupacionais	21
Zeladoria	205

Fonte: (HCFMRP-USP, 2017).

O hospital possui um quadro total de 6.240 trabalhadores, sendo 4.892 servidores públicos, 1.348 contratados via Fundação e 351 terceirizados. Os terceirizados estão nas seguintes áreas: Centro de Processamento de Rouparias Hospitalares, Serviço de Higiene e Limpeza, Serviço de Portaria, Elevadores, Telefonia e Vigilância (HCFMRP-USP, 2017).

## 5.2 Participantes do Estudo

A amostra foi composta por profissionais de saúde, alocados em equipes de serviços hospitalares que realizavam atividades conjuntas no mínimo durante quatro meses de atuação. Considerou-se esse tempo de trabalho juntos devido a necessidade de convivência e compartilhamento de experiências para construção da grupalidade, característica das equipes apontadas por Anderson e West (1998), definindo contato permanente para equipes fixas e

semipermanente para aquelas com contatos periódicos, porém constantes.

Conforme Primi, Muniz, Nunes (2009) a amostra para a validação de um instrumento deve ser calculada conforme o número de itens, na proporção de 10 instrumentos válidos para cada item da escala. Assim, para aplicação da ECE na atenção hospitalar o número esperado foi de 380 questionários, todavia a coleta teve o alcance de 354 indivíduos que aceitaram participar do estudo.

Por meio da abordagem direta dos pesquisadores com os profissionais, e indireta, sendo com os coordenadores das equipes de setores fechados preconizados pela instituição, todos os profissionais pertencentes a equipes assistenciais das unidades foram convidados a participar do estudo, a saber: Assistenciais de internação, exames e procedimentos complementares, Hospitais dia de Psiquiatria e Saúde Mental e Centro de Reabilitação e Ambulatórios de Especialidades.

### **5.3 Aspectos Éticos da Pesquisa**

Esta pesquisa foi desenvolvida seguindo os preceitos éticos e diretrizes da Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012 e a Resolução 510/2016 de 7 de abril de 2016, sobre as pesquisas com seres humanos (CNS, 1996, 2012; 2016). Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos mediante o protocolo CAEE 71735317.3.3001.5440 no qual o hospital, por meio do Parecer 2.306.269 foi incluído como instituição coparticipante, estando assim autorizada a divulgação de sua identificação no presente estudo (Anexo-1).

A participação no estudo foi realizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), disponível em duas vias, com destaque à participação opcional, podendo ser cancelada a qualquer momento, em caso de estresse ou desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações. Foi assegurado o caráter sigiloso e liberdade de participação. Diante dessas situações, os participantes tiveram garantidas pausas no preenchimento do questionário e puderam interrompê-lo a qualquer momento, assim como realizar a entrega posteriormente.

#### **5.4 Pré-teste**

O pré-teste é a fase da pesquisa em que um grupo de indivíduos semelhantes ao público alvo da pesquisa, bem como o ambiente e cenário em que este está inserido, entra em contato com a escala permitindo ao pesquisador verificar se os itens do instrumento são compreendidos pelos sujeitos, resultando em um maior índice de validade ao instrumento (WYND; SCHMIDT; SCHAEFER et al., 2003).

Nessa pesquisa, o pré-teste foi aplicado a vinte e cinco profissionais da área de saúde hospitalar de instituições similares, selecionados aleatoriamente, residentes na mesma região na qual o estudo foi conduzido. Como essa escala já foi traduzida, adaptada e validada na Atenção Primária brasileira por Silva (2016), utilizou-se essa versão (ECE na aplicação do pré-teste (Anexo-2).

No contexto do presente estudo, considerando as observações referenciadas no estudo de Silva (2016), achou-se relevante a aplicação do pré-teste com a finalidade de reafirmar os itens e analisar qualquer indício de disparidade interpretativa da escala no processo de coleta de dados, por tratar-se de uma amostra numerosa que deve estar esclarecida para o preenchimento adequado da escala. A realização do pré-teste não apresentou a necessidade de alterações significativas na estrutura linguística da ECE, mantendo-se a ECE original de Silva (2016).

#### **5.5 Coleta de Dados**

A coleta de dados iniciou-se na segunda quinzena do mês de junho e se estendeu até a primeira quinzena do mês de novembro do ano 2018.

Os coordenadores das divisões profissionais do hospital do estudo assinaram a carta modelo de autorização proposta pela pesquisadora ou redigiram conforme parecer interno departamental, para aprovação da realização da pesquisa com todos os profissionais sob suas coordenações e setores. Também se solicitou a autorização de acesso aos setores do hospital em todos os turnos de funcionamento para a realização da pesquisa e a mesma foi concedida pela diretoria de Enfermagem por meio da confecção de crachá específico para a pesquisadora.

Solicitou-se o apoio do setor de treinamento e Departamento de Enfermagem para a comunicação formal dos supervisores responsáveis pelos setores a fim de estarem cientes da

realização da pesquisa e comunicarem suas devidas equipes.

Em cada setor visitado o enfermeiro ou profissional responsável pela equipe foi abordado pelo pesquisador que apresentou as propostas da pesquisa, prestando esclarecimentos éticos e técnicos, bem como sua relevância. Posteriormente, os membros da equipe foram convidados a participar mediante o esclarecimento de dúvidas sobre a temática, enfatizando os objetivos do estudo, sua importância, os aspectos éticos e sigilo da mesma, com orientações sobre o preenchimento do instrumento e disponibilidade do telefone contato, e-mail e rede social da pesquisadora para sanar eventuais dúvidas.

Cada participante foi convidado a preencher a ECE, (Anexo 2) e um instrumento de caracterização com as seguintes variáveis: nome da equipe; horário de início da coleta; data; pesquisador de campo; setor do hospital; equipe de referência; tempo na equipe (anos ou meses); data de nascimento; sexo; atuação profissional na Unidade; escolaridade/formação, se concluído ou em andamento; em qual área; modalidade de contratação; período em que trabalha; tipo de vínculo de trabalho no hospital; jornada de trabalho semanal; se divide carga horária em outro Setor, especificar a Unidade; se possui outro vínculo de trabalho neste hospital, especificar; se possui outro vínculo de trabalho fora deste hospital, especificar; horário de término do preenchimento (Apêndice B).

Diferentemente da abordagem proposta por Silva (2016), devido às dinâmicas assistenciais dos setores hospitalares, não foi possível a realização de entrevistas individuais para o preenchimento do questionário, pois além de demandar a interrupção dos procedimentos, os trabalhadores solicitaram outra forma de coleta, propondo que os questionários fossem entregues pessoalmente ou ao responsável pela equipe do setor, a fim de responderem em momentos oportunos da jornada de trabalho. O prazo para a devolução dos questionários foi de aproximadamente sete dias.

Após o recolhimento dos questionários, esses foram numerados sequencialmente e acondicionados em envelopes específicos para cada equipe identificados com um número representado por legenda, constando dados de identificação como andar, setor, equipe uni ou multiprofissional e turno de trabalho.

Para definir as equipes, os pesquisadores consultaram os gerentes das Unidades e as escalas fornecidas pelos enfermeiros do setor.

Foram entregues cerca de 550 questionários, com retorno de 354 recebidos e válidos que foram tabulados no software Excel.

## 5.6 Análise dos Dados

Os testes psicométricos constituem uma medida objetiva e uniformizada de amostras do comportamento das pessoas. Analisando essas amostras sob condições padronizadas e comparando-as com padrões baseados em pesquisa estatística que resulta na estabilidade e confiabilidade da pesquisa, de forma que sua validação não se direcione apenas à relação entre o item ou construto medido e outros atributos, mas aos processos que transmitem o efeito do item ou construto medido nos resultados dos testes (BEATON et al., 2009; BORSBOOM; MELLENBERGH; VAN HEERDEN, 2004).

A psicometria explica o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, tipicamente chamadas de itens. Assim, conclui-se que os parâmetros de validade e precisão são características do instrumento de medida, do teste, e não da medida feita de um objeto. A medida é confiável e legítima se o instrumento que a produziu for válido (pertinente, relevante) e preciso (calibrado), ou seja, a qualidade da medida depende da qualidade do instrumento. E a validade do instrumento diz respeito exclusivamente à pertinência do instrumento com respeito ao objeto que se quer medir (PASQUALI, 2009).

Estudos que envolvem instrumentos de mensurações, devem ser adequados a uma avaliação psicométrica para constar qualidade, validade e confiabilidade de seu conteúdo. A validade de medida dos itens de um instrumento se obtém através da associação de evidências rigorosas sob regimento de princípios e métodos psicoestatísticos descritos na literatura, com o fim de comprovar sua veracidade antes de sua implementação, oferecendo dados relevantes e concernentes a mensurações de indicadores interpretáveis, para obter resultados cientificamente sólidos (BEATON et al., 2009).

Com base nesses conceitos, salienta-se que a análise psicométrica é fundamental na definição dos escores das equipes a serem analisados mediante a aplicação da ECE, delineando os perfis de preenchimento da escala, considerando o conjunto de respostas.

Os itens foram analisados a partir dos quatro domínios da ECE, com apoio de profissional especializado em psicometria no software Mplus 7. Os dados foram submetidos à análise fatorial exploratória e confirmatória para verificar a associação entre os itens da escala, a validade dos domínios no contexto hospitalar e sua relação com as variáveis de contexto, considerando os dados de caracterização dos participantes do estudo. A confirmação da dimensionalidade da escala com os quatro fatores foi realizada por meio de Análises Fatoriais

Exploratórias a partir dos índices: Índice de Ajuste Comparativo (CFI); Raiz do Erro Quadrático Médio Aproximado (RMSEA), e sua versão padronizada (SRMR) (HAIR et al., 2010; KLINE, 2011).

## 6 Resultados

A amostra teve um total de 45 equipes, totalizando 354 profissionais de saúde participantes do estudo. O sexo feminino prevaleceu, representando 74,2% (263), da amostra. As categorias profissionais participantes nas equipes foram: auxiliares administrativos, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, agentes de captação de doadores de órgãos, gerentes de comunicação social, engenheiros, assessores técnicos administrativos, responsáveis por manutenção predial; gerentes financeiros, escriturários, auxiliares de radiologia e técnicos de Raio-X. As categorias profissionais participantes estão representadas na Tabela 4 a seguir:

TABELA 4 - Percentual de categorias profissionais participantes no estudo.

ÁREA DE ATUAÇÃO NO SETOR	%	N
Auxiliares e Técnicos de Enfermagem	32	115
Enfermeiros	18,6	66
Auxiliares Administrativos/ Escriturários/Oficial Adm.	15,2	54
Nutricionistas	5,1	18
Fisioterapeutas	3,3	12
Médicos	3,1	11
Técnicos de RX	3,1	11
Terapeutas Ocupacionais	2,8	10
Físicos Médicos	2,8	10
Agente de captação de doadores	1,6	6
Biomédicos	1,4	5
Psicólogos	1,1	4
Assistentes Sociais	1,1	4
Auxiliar Serviços Gerias	1,4	5
Técnicos de Laboratório	0,8	3
Agente Téc. Saúde	0,8	3
Fonoaudiólogos	0,5	2
Aux. Radiologia	0,5	2
Outros	3,1	11
Não especificou	0,2	1

Legenda: % = percentual; N= número absoluto; Fonte: Banco de Dados da Pesquisa

TABELA 5 - Distribuição dos profissionais da amostra segundo sexo, tipo de equipe, complexidade assistencial, carga horária de trabalho semanal e divisão de carga horária em outro setor, tipo de vínculo e categoria profissional.

<b>CATEGORIA</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
<b>Sexo</b>	100	354
Feminino	174,2	263
Masculino	25,8	91
<b>Tipo de equipe</b>	100	354
Multiprofissional	71,2	252
Uniprofissional	28,8	102
<b>Complexidade</b>	100	354
Setores ambulatoriais = hospital dia	32,4	115
Setores de diagnóstico	16,3	58
Setores de apoio	7,9	28
Internação de média dependência	21,4	76
Internação de alta dependência	21,7	77
<b>Carga Horária</b>	100	354
até 12 horas	5,3	19
13 a 20 horas	3,3	12
21 a 30 horas	43,7	155
31 a 40 horas	25,4	90
40 horas ou mais	21,4	76
Não especificaram	0,9	2
<b>Divisão de Carga horária em outro Setor</b>	100	354
Sim	92,3	327
Não	7,3	26
Não especificado	0,4	1
<b>Tipo de Vínculo</b>	100	354
Estatutário	72,5	257
Fundação	20,6	73
Terceirizado	1,6	6
Bolsista	1,9	7
Colaborador de pesquisa	1,4	5
Não especificado	1,6	6

Legenda: % = percentual; N= número absoluto; Fonte: Banco de Dados da Pesquisa

Cada equipe participante do estudo foi numerada pela pesquisadora afim de facilitar sua identificação no banco de dados. Para realizar agrupamentos necessários para análise dos dados

as equipes/setores foram classificadas em níveis de complexidade identificados com a numeração de 1 a 4 e tipos de equipe, cuja composição era uniprofissional (U) ou multiprofissional (M) conforme consta na legenda da tabela 6, a seguir.

TABELA 6. Distribuição dos profissionais da amostra segundo equipe/ setor, complexidade e tipo de equipe.

<b>Nº EQUIPE</b>	<b>EQUIPE/ SETOR</b>	<b>COMPLEXIDADE</b>	<b>TIPO DE EQUIPE</b>
1	Hemocentro-Aférese	1	U
2	Hemocentro-Equipe de coleta	1	U
3	Hemocentro- Captação de órgãos	1	M
4	Hemocentro-Sala de transfusão	1	M
5	Hemocentro-Engenharia	3	M
6	Hemocentro-Recursos Humanos	3	M
7	Hemocentro-Financeiro	3	M
8	Hemocentro-Almoxarifado	3	M
9	Clínica Civil	1	M
10	Faturamento	3	M
11	Radiologia	2	U
12	Medicina Nuclear	2	M
13	Radioterapia	2	M
14	Enfermagem Radiologia	2	U
15	Radiologia Multiprofissional	2	M
16	Ressonância	2	U
17	Recuperação Pós-anestésica	5	M
18	Psiquiatria	4	M
19	Hospital Dia HC Psiquiatria	1	M
20	Unidade de Terapia Intensiva adulto I	5	M
21	Centro de Cirurgia de Epilepsia	4	U
22	Enfermaria Obstétrica	4	U
23	Radioterapia	2	U
24	Ortopedia	4	U
25	Psiquiatria	4	M
26	Unidade Terapia Intensiva adulto II	5	M
27	Enfermagem Centro de Reabilitação	1	U
28	Centro de Reabilitação Multiprofissional	1	M
29	Oncologia clínica cirúrgica	4	M
30	Unidade Terapia Imunológica	4	M

TABELA 6. Distribuição dos profissionais da amostra segundo equipe/ setor, complexidade e tipo de equipe (continuação).

31	Psiquiatria Balcão 4	1	U
32	Unidade de Terapia Intensiva Pós-anestésica	5	M
33	Centro Terapia Intensiva Adulto	5	M
34	HC Criança 1º andar	4	M
35	Clínica Cirúrgica 7º andar	5	M
36	Hemocentro	1	M
37	Unidade Especial Terapia Doenças Infecciosas	4	U
38	Nutrição	1	U
39	Unidade Coronariana	4	M
40	HC Criança Enfermagem	4	U
41	HC Criança Pediatria	4	M
42	Clínica Civil, Centro Cirúrgico	5	M
43	HC Criança 2º andar alojamento	4	U
44	Sistema de Assistência Médica e Social do Pessoal	1	M
45	Ambulatório de Saúde Mental Infantil	1	M

**Legendas:** (1) Setores ambulatoriais = hospital dia; (2) Setores de diagnóstico; (3) Setores de Apoio; (4) Setor de internação de média dependência; (5) Setor de internação de alta dependência.  
U= uniprofissional; M= Multiprofissional Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

Observou-se que o contato entre os profissionais é semipermanente conforme definido anteriormente, nos setores que requerem cuidados contínuos (internação) atuando conjuntamente nos plantões, sujeitos a composições variadas conforme a escala vigente. A escala rotativa varia de acordo com o setor, em turnos de seis a doze horas diárias distribuídas nos períodos de manhã, tarde e noite. Esse regime requer o revezamento, de profissionais em turnos cuja composição da equipe varia diariamente com a probabilidade de trabalharem juntos periodicamente. Os setores ambulatoriais de exames complementares e hospitais dia tem horário fixo de trabalho de oito horas diárias com descanso em finais de semana e feriados.

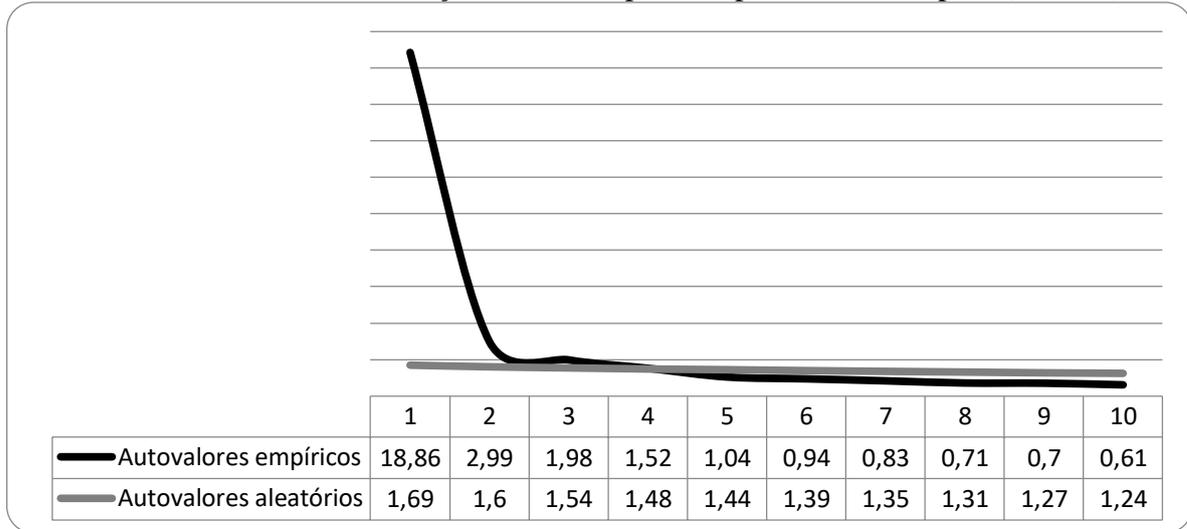
## 6.1 Análise Psicométrica

### 6.1.1 Análises sobre a dimensionalidade da escala

Foram realizadas análises paralelas (HORN, 1965), por meio do *software* de simulação *Monte Carlo for Parallel Analysis*, para obter informações sobre o número de fatores a serem extraídos/retidos. Este procedimento tem sido considerado como um dos métodos mais robustos

e amplamente recomendados para a indicação do número de fatores a serem extraídos/retidos em análises fatoriais exploratórias (DAMÁSIO, 2012; LORENZO-SEYA; FERNANDO, 2006). Os resultados desta análise estão sumarizados na Figura 3.

FIGURA 3 - Gráfico de sedimentação da análise paralela para o ECE hospital (n = 354).



Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

Conforme ilustra a Figura 3, os autovalores estimados a partir da análise da matriz empírica são superiores aos autovalores estimados a partir da análise paralela com uma matriz de dados aleatórios até o quarto fator, sugerindo que a matriz de dados pode ser reduzida em no máximo quatro fatores (Fator 1= participação na equipe; Fator 2 = apoio para ideias novas; Fator 3= objetivos da equipe e fator 4 = orientação para tarefas). De posse deste resultado, procedeu-se à análise da dimensionalidade da escala ECE, conforme relato abaixo.

### 6.1.2 Análises Fatoriais Exploratórias

As Análises Fatoriais Exploratórias (AFE) foram realizadas por meio do método *Exploratory Structural Equation Modeling* (ESEM) (ASPARUHOV; MUTHÉN, 2012) a partir do software Mplus 7. Esse tipo de análise possui a vantagem de acomodar mais adequadamente estruturas fatoriais com itens complexos (cargas cruzadas), fornecendo indicadores acerca da significância estatística das cargas fatoriais ao nível de  $p < 0,05$  (cargas significativas são assinaladas com um asterisco [\*]). Além disso, por meio dos algoritmos do software Mplus 7 é possível que as soluções fatoriais exploratórias sejam avaliadas em termos do grau de ajuste

aos dados empíricos a partir de um modelo estrutural. São oferecidos os seguintes índices de ajuste: Índice de Ajuste Comparativo - CFI [valores  $\geq 0,90$  indicam ajuste razoável]; Raiz do Erro Quadrático Médio Aproximado – RMSEA, e sua versão padronizada – SRMR [valores  $\leq 0,06$  indicam ajuste, com limite máximo aceitável de 0,08] (HAIR et al., 2010; KLINE, 2011).

As análises fatoriais da ECE foram realizadas tendo a matriz de correlações policóricas como fonte de informação, método dos mínimos quadrados ponderados robustos (WLSMV) e rotação oblíqua (GEOMIN). Esse tratamento estatístico foi escolhido por ser o mais adequado para a análise de itens cuja escala de resposta apresenta nível categórico e/ou ordinal, como é o caso do referido instrumento (ASPARUHOV; MUTHÉN, 2012).

Foram testadas quatro soluções fatoriais (de um a quatro fatores), cujos resultados de ajuste dos modelos estruturais estão apresentados na Tabela 7.

TABELA 7. Índices de ajuste dos modelos testados

MODELOS FATORIAIS TESTADOS (CRITÉRIOS DE AJUSTE)	ÍNDICES DE AJUSTE DO MODELO			
	CFI ( $\geq 0,90$ )	RMSEA ( $\leq 0,08$ )	IC90% RMSEA (MÁXIMO 0,08)	SRMR ( $\leq 0,06$ )
Um fator	0,86	0,13	0,12 a 0,13	0,10
Dois fatores	0,91	0,11	0,10 a 0,11	0,07
Três fatores	0,95	0,09	0,08 a 0,09	0,05
Quatro fatores	0,97	0,07	0,06 a 0,07	0,03

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

Conforme a Tabela 7 a solução fatorial de quatro fatores foi a que se mostrou mais ajustada aos dados empíricos (CFI = 0,97; RMSEA = 0,07; SRMR = 0,03), tendo sido a escolhida para representar a estrutura interna da ECE no presente estudo. A Tabela 8 apresenta os resultados para a matriz fatorial extraída.

TABELA 8 - Matriz fatorial do ECE hospital (n = 353)

ITENS	FATORES EXTRAÍDOS E CARGAS FATORIAIS ESTIMADAS				R <sup>2</sup>
	F1	F2	F3	F4	
I08	0,84	-0,02	-0,02	0,11	0,67
I09	0,79	-0,05	0,00	0,16	0,66
I07	0,52	0,39	0,01	-0,02	0,66
I11	0,51	0,37	0,09	-0,01	0,69
I02	0,49	0,38	-0,06	0,06	0,67
I01	0,47	0,32	0,05	-0,04	0,57
I10	0,46	0,45	0,02	0,00	0,69

TABELA 8 - Matriz fatorial do ECE hospital (n = 353) (continuação).

I03	0,45	0,17	-0,01	-0,08	0,47
I12	0,43	0,22	0,08	-0,03	0,50
I04	0,37	0,32	0,04	0,06	0,57
I19	-0,02	0,90	0,00	-0,06	0,76
I17	-0,16	0,89	-0,02	0,03	0,72
I18	-0,10	0,85	0,09	0,08	0,81
I16	-0,01	0,81	-0,06	0,10	0,76
I15	0,07	0,79	-0,02	0,03	0,76
I13	0,08	0,71	-0,06	0,11	0,71
I14	0,17	0,68	0,05	0,03	0,74
I20	0,08	0,68	0,08	-0,03	0,73
I05	0,28	0,49	0,05	0,01	0,60
I06	0,27	0,40	0,19	-0,01	0,57
I27	-0,09	-0,09	0,99	-0,01	0,81
I23	-0,02	0,12	0,82	-0,03	0,79
I22	0,04	0,01	0,81	0,03	0,78
I28	-0,06	0,13	0,80	-0,03	0,75
I29	-0,03	-0,09	0,76	-0,04	0,65
I30	0,11	-0,10	0,64	0,15	0,72
I21	0,13	0,03	0,58	0,16	0,72
I24	0,03	0,26	0,56	0,08	0,73
I26	0,17	0,02	0,54	0,18	0,75
I25	0,13	0,23	0,50	0,10	0,74
I31	0,08	0,17	0,44	0,29	0,74
I35	0,08	-0,06	-0,02	0,89	0,81
I33	-0,04	-0,05	-0,08	0,81	0,65
I36	0,02	0,10	0,03	0,81	0,85
I34	-0,01	0,01	0,14	0,79	0,83
I37	-0,02	0,18	0,03	0,78	0,84
I38	0,04	0,12	0,12	0,71	0,82
I32	-0,03	0,15	0,12	0,66	0,77
Alfa de Cronbach	0,88	0,93	0,94	0,94	
Confiabilidade composta	0,80	0,92	0,91	0,92	
Variância média extraída (VME)	0,31	0,54	0,51	0,61	
Raiz da variância media extraída	0,56	0,73	0,71	0,78	

**Legendas:** F1 = Participação na equipe; F2 = Apoio para ideias novas; F3 = Objetivos da equipe e F4 = Orientação para tarefas. \* Coeficiente de correlação item-total ( $r^{it}$ ); Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

As correlações entres os fatores latentes modelados na análise ESEM são apresentadas na Tabela 9.

TABELA 9 - Correlação phi entre os quatro fatores latentes modelados e indicadores de validade discriminante entre os mesmos.

	<b>F1. PARTICIPAÇÃO NA EQUIPE</b>	<b>F2. APOIO PARA IDEIAS NOVAS</b>	<b>F3. OBJETIVOS DA EQUIPE</b>	<b>F4. ORIENTAÇÃO PARA TAREFAS</b>
F1. Participação na equipe	<b>0,56</b>			
F2. Apoio para ideias novas	0,50	<b>0,73</b>		
F3. Objetivos da equipe	0,47	0,52	<b>0,71</b>	
F4. Orientação para tarefas	0,45	0,63	0,63	<b>0,78</b>

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

Na diagonal estão indicados os coeficientes de validade discriminante entre os quatro fatores latentes modelados devem ser maiores que as correlações entre os fatores neste caso, têm-se evidência de que os fatores se sustentam (se discriminam entre si adequadamente) no modelo. Estes indicadores são os mesmos utilizados no estudo de validação da escala de 2016 no Brasil (SILVA et al., 2016).

### 6.1.3 Criação dos Escores Fatoriais

Os escores fatoriais foram criados a partir da média aritmética simples das respostas aos itens agrupados em cada um dos fatores. A interpretação se dá na lógica monotônica crescente, ou seja, quanto maior o escore, maior a concordância do participante com o conteúdo avaliado pelos itens/fatores.

TABELA 10. Análise descritiva dos escores considerando a amostra total – análise por participantes (n = 354)

FATORES DA ECE	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	QUARTIS			AMPLITUDE OBSERVADA		AMPLITUDE ESCALA DA ECE	
			1º	2º	3º	MÍN.	MÁX.	MÍN.	MÁX.
Participação na equipe	3,73	0,63	3,40	3,80	4,10	1,70	5,00	1,00	5,00
Apoio a novas ideias	3,42	0,70	3,00	3,50	3,90	1,00	5,10	1,00	5,00
Objetivos da equipe	5,11	1,05	4,36	5,32	5,82	2,00	7,00	1,00	7,00
Orientação para tarefas	4,82	1,29	4,00	5,14	5,71	1,00	7,00	1,00	7,00

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

Tendo em vista que as respostas aos fatores da ECE são registradas em diferentes níveis (fatores 1 e 2 = 5 níveis; fatores 3 e 4 = 7 níveis), os escores fatoriais foram padronizados para permitir comparações entre os grupos e posteriormente convertidos em escores percentílicos.

TABELA 11- Conversão dos escores em percentis para os participantes (n = 354)

PERCENTIS CORRESPONDENTES	ESCORES NOS FATORES DA ECE (PARTICIPANTES)			
	PARTICIPAÇÃO NA EQUIPE	APOIO A NOVAS IDEIAS	OBJETIVOS DA EQUIPE	ORIENTAÇÃO PARA TAREFAS
5	2,50	2,20	3,18	2,43
10	2,90	2,40	3,64	2,86
20	3,30	2,90	4,18	3,71
30	3,50	3,10	4,73	4,14
40	3,60	3,30	5,00	4,71
50	3,80	3,50	5,32	5,14
60	3,90	3,70	5,45	5,29
70	4,00	3,80	5,73	5,57
80	4,20	4,00	6,00	6,00
90	4,60	4,20	6,45	6,29
95	4,80	4,50	6,64	6,71
Máximo	5,00	5,00	7,00	7,00

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

## 6.2 Tratamento dos dados em formato agrupado por equipes

Na análise de dados da ECE para efeito de comparações e descrição por equipe, realizou-se agrupamento das equipes segundo critérios empíricos definidos a partir da mediana (estrato inferior = pior clima; estrato superior = melhor clima). A partir disto, por meio de testes estatísticos avaliou-se a coerência do procedimento que foi revelada pelos resultados.

O número de participantes nas equipes variou de 2 a 31 profissionais (Média = 7,87; desvio-padrão = 5,70). Estas equipes foram divididas em três grupos em termos do seu tamanho: grupo 1 = até 04 membros; grupo 2 = entre 05 e 10 membros; grupo 3 = 11 membros ou mais. Foram conduzidas análises não paramétricas para avaliar até que ponto os escores médios das equipes poderiam ser afetados significativamente pelo número de membros das mesmas. Os resultados obtidos não foram significativos.

TABELA 12- Análise descritiva dos escores considerando a amostra agrupada por equipes (n = 45).

FATORES DO ECE	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	QUARTIS			AMPLITUDE OBSERVADA		AMPLITUDE ESCALA DO ECE	
			1º	2º	3º	MÍN.	MÁX.	MÍN.	MÁX.
Participação na equipe	3,73	0,32	3,54	3,77	3,96	2,87	4,48	1,00	5,00
Apoio a novas ideias	3,42	0,70	3,00	3,50	3,90	1,00	5,10	1,00	5,00
Objetivos da equipe	5,11	1,05	4,36	5,32	5,82	2,00	7,00	1,00	7,00
Orientação para tarefas	4,82	1,29	4,00	5,14	5,71	1,00	7,00	1,00	7,00

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

Tendo em vista que as respostas aos fatores da ECE têm configurações diferenciadas nos fatores 1 e 2 com 5 opções de respostas (Discordo totalmente; Discordo; Nem concordo, nem discordo; Concordo; Concordo totalmente), e nos fatores 3 e 4 com 7 opções subdivididas no fator 3: De nenhum modo; Um tanto; Completamente; e no fator 4: Pouco; Até certo ponto e Muito; os escores fatoriais foram padronizados para permitir comparações entre os grupos e posteriormente convertidos em escores percentílicos (Tabela 13).

TABELA 13 - Conversão dos escores em percentis para as equipes (n = 45)

PERCENTIS CORRESPONDENTES	ESCORES NOS FATORES DA ECE (EQUIPES)			
	PARTICIPAÇÃO NA EQUIPE	APOIO A NOVAS IDEIAS	OBJETIVOS DA EQUIPE	ORIENTAÇÃO PARA TAREFAS
5	3,03	2,72	4,04	3,41
10	3,20	2,84	4,20	3,96
20	3,42	3,03	4,59	4,15
30	3,53	3,09	4,83	4,55
40	3,61	3,23	5,02	4,80
50	3,77	3,50	5,15	4,89
60	3,87	3,60	5,27	5,06
70	3,98	3,73	5,36	5,23
80	4,06	3,85	5,72	5,56
90	4,24	3,97	5,93	5,80
95	4,42	4,35	6,10	6,06
Máximo	5,00	5,00	7,00	7,00

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

Os resultados médios das equipes em cada um dos fatores da ECE foram utilizados para a criação de dois agrupamentos das equipes em função das pontuações obtidas. Para tanto, utilizou-se a estatística da mediana, formando assim dois grupos: A = estrato inferior, com menores pontuações no fator, e B = estrato superior, com maiores pontuações no fator.

Na sequência foi realizada uma análise de comparação de média para avaliar até que ponto o critério de agrupamento foi eficiente em diferenciar significativamente as equipes em dois grupos (estrato inferior e superior). Os resultados destas análises são apresentados na Tabela 14.

TABELA 14 - Comparação das equipes estratificadas nos fatores da ECE.

FATORES ECE	AGRUPAMENTOS DAS EQUIPES	ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS		TESTE ESTATÍSTICO DE COMPARAÇÃO DE GRUPOS	
		MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	t	P
Participação na equipe	A. Estrato inferior	3,48	0,62	-24,483	0,001
	B. Estrato superior	3,98	0,54		
Apoio a novas ideias	A. Estrato inferior	3,10	0,21	-27,722	0,001
	B. Estrato superior	3,78	0,25		
Objetivos da equipe	A. Estrato inferior	4,75	0,34	-21,274	0,001
	B. Estrato superior	5,50	0,33		
Orientação para tarefas	A. Estrato inferior	4,36	0,43	-21,304	0,001
	B. Estrato superior	5,29	0,38		

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

Conforme apresentado na Tabela 14, a estratificação das equipes em estratos inferior e superior apresentou funcionalidade positiva, uma vez que os resultados médios para estas equipes são significativamente diferentes em todos os fatores ao nível de  $p \leq 0,001$ .

A análise dos fatores por equipes desenvolveu-se a partir da soma das médias dos fatores, conforme descrito na Tabela 15. Por meio dessa descrição das médias dos fatores, considera-se os parâmetros para a descrição e devolutiva do perfil do clima para as equipes que participaram do estudo para o planejamento de estratégias de intervenções futuras.

TABELA 15 - Descrição do clima das equipes por meio o número de participantes, escores médios e total dos fatores da ECE e agrupamento das equipes.

EQUIPES	N PARTICIPANTES POR EQUIPE	ESCORES MÉDIOS NOS FATORES				AGRUPAMENTOS DAS EQUIPES*				SOMA **
		EF1	EF2	EF3	EF4	EF1	EF2	EF3	EF4	
1	5	4,00	3,84	5,69	5,74	1	1	1	1	4
2	4	4,17	3,88	6,11	6,25	1	1	1	1	4
3	8	4,35	4,45	6,15	6,02	1	1	1	1	4
4	7	3,91	4,41	5,09	4,67	1	1	0	0	2
5	5	4,48	4,20	5,73	5,54	1	1	1	1	4
6	3	3,23	3,07	3,82	4,14	0	0	0	0	0

Continua

EQUIPES	N PARTICIPANTES POR EQUIPE	ESCORES MÉDIOS NOS FATORES				AGRUPAMENTOS DAS EQUIPES*				SOMA **
		EF1	EF2	EF3	EF4	EF1	EF2	EF3	EF4	
7	4	4,45	3,78	6,00	5,79	1	1	1	1	4
8	5	3,38	2,78	4,56	4,80	0	0	0	0	0
9	6	3,50	3,25	4,70	4,07	0	0	0	0	0
10	11	3,55	3,07	4,67	4,22	0	0	0	0	0
11	5	3,74	3,38	5,89	5,00	0	0	1	1	2
12	11	3,15	2,80	4,27	3,95	0	0	0	0	0
13	7	3,51	3,20	4,99	4,99	0	0	0	1	1
14	12	3,98	3,72	5,83	5,12	1	1	1	1	4
15	14	3,79	3,54	4,97	4,70	1	1	0	0	2
16	4	4,13	3,93	5,48	5,39	1	1	1	1	4
17	12	3,41	3,04	4,71	4,21	0	0	0	0	0
18	10	3,48	3,40	4,95	4,86	0	0	0	1	1
19	9	3,54	3,03	4,57	3,97	0	0	0	0	0
20	5	3,62	2,86	4,07	4,89	0	0	0	1	1
21	7	3,99	3,63	5,35	5,04	1	1	1	1	4
22	15	3,82	3,85	5,15	5,19	1	1	0	1	3
23	5	3,88	3,36	5,42	5,57	1	0	1	1	3
24	4	3,38	2,93	4,09	2,86	0	0	0	0	0
25	5	4,00	4,00	5,29	5,22	1	1	1	1	4
26	15	3,67	3,13	5,28	4,80	0	0	1	0	1
27	6	4,07	3,85	5,89	6,07	1	1	1	1	4
28	31	3,96	3,62	5,26	4,99	1	1	1	1	4
29	6	4,00	3,50	5,05	5,26	1	0	0	1	2
30	6	3,78	3,65	5,24	5,17	1	1	1	1	4
31	4	3,35	3,03	4,41	4,68	0	0	0	0	0
32	17	3,59	3,14	5,13	4,42	0	0	0	0	0
33	20	3,60	3,22	4,73	4,80	0	0	0	0	0
34	4	3,85	3,68	5,02	5,82	1	1	0	1	3
35	3	2,87	3,03	5,03	5,07	0	0	0	1	1
36	8	3,09	2,65	4,40	3,70	0	0	0	0	0
37	5	3,76	3,58	6,06	5,77	0	1	1	1	3
38	19	3,77	3,54	5,17	4,56	1	1	1	0	3
39	5	4,20	3,82	5,84	4,49	1	1	1	0	3
40	3	3,50	3,10	4,85	4,05	0	0	0	0	0
41	2	3,95	3,50	5,18	5,71	1	0	1	1	3
42	5	4,30	3,82	5,29	4,89	1	1	1	1	4
43	4	3,00	2,70	4,02	3,29	0	0	0	0	0
44	4	4,14	3,95	5,39	5,50	1	1	1	1	4
45	4	3,60	3,05	5,33	4,11	0	0	1	0	1

Nota: \* 0 = equipe classificada no estrato inferior do fator em questão; 1 = 0 = equipe classificada no estrato superior do fator em questão. Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

As marcas sombreadas (verde, baixo extrato e amarelo alto extrato) na Tabela 15 refletem o cruzamento de análises indicando que o sistema de divisão das equipes em alto e baixo extrato em relação ao fator em questão, revelam a mesma interpretação seja qual for a análise.

### 6.3 Comparação dos Grupos

Para avaliar até que ponto as equipes apresentaram diferença de média significativa nos fatores avaliados pela ECE foram realizadas comparações de grupos (testes t [comparação de variáveis com duas categorias; e Anovas [comparação de variáveis com 3 ou mais categorias]). Para compreender melhor essas diferenças, análises post hoc foram utilizadas. Naqueles casos em que foi observado padrão homoscedástico (Teste de homogeneidade da variância de Levene não significativo) entre as variáveis em comparação, utilizou-se o teste de comparações múltiplas das diferenças honestamente significativas de *Tukey HSD* (esse teste avalia a hipótese nula de formação de subgrupos ao nível de  $p < 0,05$  – portanto, para aceitar a sugestão deste teste, o  $p$  deve ser  $> 0,05$ ). Já naqueles casos nos quais a variância entre os grupos não foi homogênea (Teste de Levene significativo), utilizou-se o teste de comparações *Dunnnett T3* (HAIR et al., 2005).

As comparações entre as Equipes de trabalho, apontam diferenças significativas nos quatro fatores da ECE: Fator 1 [ $F(44;353)=2,430$ ,  $p \leq 0,001$ ]; Fator 2 [ $F(44;353)=3,073$ ,  $p \leq 0,001$ ]; Fator 3 [ $F(44;353)=1,820$ ,  $p \leq 0,002$ ]; Fator 4 [ $F(44;353)=2,151$ ,  $p \leq 0,001$ ].

TABELA 16 - Escore das equipes referente ao fator 1 da ECE, conforme prova de Turkey.

NÚMERO DA EQUIPE	NÚMERO DE PARTICIPANTES POR EQUIPE	SUBGRUPOS PARA ALFA = 0.05			
		1	2	3	4
35	3	2,87			
43	4	3,00	3,00		
36	8	3,09	3,09	3,09	
12	11	3,15	3,15	3,15	3,15
6	3	3,23	3,23	3,23	3,23
31	4	3,35	3,35	3,35	3,35
24	4	3,38	3,38	3,38	3,38
8	5	3,38	3,38	3,38	3,38

Continuação

FATOR 1. PARTICIPAÇÃO NA EQUIPE						
NÚMERO DA EQUIPE	NÚMERO DE PARTICIPANTES POR EQUIPE	SUBGRUPOS PARA ALFA = 0.05				
		1	2	3	4	
17	12	3,41	3,41	3,41	3,41	
18	10	3,48	3,48	3,48	3,48	
9	6	3,50	3,50	3,50	3,50	
40	3	3,50	3,50	3,50	3,50	
13	7	3,51	3,51	3,51	3,51	
19	9	3,54	3,54	3,54	3,54	
10	11	3,55	3,55	3,55	3,55	
32	17	3,59	3,59	3,59	3,59	
33	20	3,60	3,60	3,60	3,60	
45	4	3,60	3,60	3,60	3,60	
20	5	3,62	3,62	3,62	3,62	
26	15	3,67	3,67	3,67	3,67	
11	5	3,74	3,74	3,74	3,74	
37	5	3,76	3,76	3,76	3,76	
38	19	3,77	3,77	3,77	3,77	
30	6	3,78	3,78	3,78	3,78	
15	14	3,79	3,79	3,79	3,79	
22	15	3,82	3,82	3,82	3,82	
34	4	3,85	3,85	3,85	3,85	
23	5	3,88	3,88	3,88	3,88	
4	7	3,91	3,91	3,91	3,91	
41	2	3,95	3,95	3,95	3,95	
28	31	3,96	3,96	3,96	3,96	
14	12	3,98	3,98	3,98	3,98	
21	7	3,99	3,99	3,99	3,99	
1	5	4,00	4,00	4,00	4,00	
25	5	4,00	4,00	4,00	4,00	
29	6	4,00	4,00	4,00	4,00	
27	6	4,07	4,07	4,07	4,07	
16	4	4,13	4,13	4,13	4,13	
44	4	4,14	4,14	4,14	4,14	
2	4	4,18	4,18	4,18	4,18	
39	5	4,20	4,20	4,20	4,20	
42	5		4,30	4,30	4,30	
3	8		4,35	4,35	4,35	
7	4			4,45	4,45	
5	5				4,48	

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

Conforme a Tabela 15, destaca-se as pontuações significativamente inferiores no fator 1: Equipes 35, 36 e 43; e as equipes com pontuações significativamente superiores no fator 1: 3, 5, 7 e 42. Observa-se que as equipes destacadas em cinza não apresentaram pontuações significativas, todavia ressalta-se os resultados significativos extremados: equipes com pontuações significativamente inferiores no fator 1 = 35, 36 e 43; equipes com pontuações significativamente superiores no fator 1 = 3, 5, 7 e 42. A Tabela 17, representa no fator 2, que a prova de Tukey HSD formou três subgrupos:

TABELA 17 - Escore das equipes referente ao fator 2 da ECE, conforme prova de Turkey.

NÚMERO DA EQUIPE	NÚMERO DE PARTICIPANTES POR EQUIPE	FATOR 2. APOIO A NOVAS IDÉIAS		
		SUBGRUPOS PARA ALFA = 0.05		
		1	2	3
36	8	2,65		
43	4	2,70		
8	5	2,78	2,78	
12	11	2,81	2,81	
20	5	2,86	2,86	
24	4	2,93	2,93	
31	4	3,03	3,03	3,03
19	9	3,03	3,03	3,03
35	3	3,03	3,03	3,03
17	12	3,04	3,04	3,04
45	4	3,05	3,05	3,05
6	3	3,07	3,07	3,07
10	11	3,07	3,07	3,07
40	3	3,10	3,10	3,10
26	15	3,13	3,13	3,13
32	17	3,14	3,14	3,14
13	7	3,20	3,20	3,20
33	20	3,22	3,22	3,22
9	6	3,25	3,25	3,25
23	5	3,36	3,36	3,36
11	5	3,38	3,38	3,38
18	10	3,40	3,40	3,40
4	7	3,41	3,41	3,41
41	2	3,50	3,50	3,50
29	6	3,50	3,50	3,50
15	14	3,54	3,54	3,54
38	19	3,54	3,54	3,54

Continuação

<b>FATOR 2. APOIO A NOVAS IDÉIAS</b>					
<b>NÚMERO DA EQUIPE</b>	<b>NÚMERO DE PARTICIPANTES POR EQUIPE</b>	<b>SUBGRUPOS PARA ALFA = 0.05</b>			
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	
37	5	3,58	3,58	3,58	
28	31	3,62	3,62	3,62	
21	7	3,63	3,63	3,63	
30	6	3,65	3,65	3,65	
34	4	3,68	3,68	3,68	
14	12	3,72	3,72	3,72	
7	4	3,78	3,78	3,78	
39	5	3,82	3,82	3,82	
42	5	3,82	3,82	3,82	
1	5	3,84	3,84	3,84	
22	15	3,85	3,85	3,85	
27	6	3,85	3,85	3,85	
2	4	3,88	3,88	3,88	
16	4	3,93	3,93	3,93	
44	4	3,95	3,95	3,95	
25	5	4,00	4,00	4,00	
5	5		4,20	4,20	
3	8			4,45	

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

Observa-se que as equipes 36, 43, 8, 12, 20 e 24 apresentaram médias significativamente inferiores; as equipes 3 e 5 com médias significativamente superiores.

TABELA 18. Escore das equipes referente ao fator 3 da ECE, conforme prova de Turkey.

<b>FATOR 3. OBJETIVOS DA EQUIPE</b>			
	<b>EQUIPE DE PERTENÇA DO</b>		<b>SUBSET FOR ALPHA = 0.05</b>
	<b>PARTICIPANTE</b>	<b>N</b>	<b>1</b>
Tukey HSD <sup>a,b</sup>	6	3	3,8182
	43	4	4,0227
	24	4	4,0909
	12	11	4,2727
	36	8	4,3977
	31	4	4,4091
	8	5	4,5636
	19	9	4,5657
	10	11	4,6694
	9	6	4,6970

Continuação

---

**FATOR 3. OBJETIVOS DA EQUIPE**


---

17	12	4,7121
33	20	4,7323
40	3	4,8485
18	10	4,9455
15	14	4,9740
13	7	4,9870
34	4	5,0227

---

**TABELA 18. Escore das equipes referente ao fator 3 da ECE, conforme prova de Turkey.**


---

35	3	5,0303
29	6	5,0455
20	5	5,0727
4	7	5,0909
32	17	5,1262
22	15	5,1455
38	19	5,1708
41	2	5,1818
30	6	5,2424
28	31	5,2610
26	15	5,2788
25	5	5,2909
42	5	5,2909
45	4	5,3295
21	7	5,3506
44	4	5,3864
23	5	5,4182
16	4	5,4773
14	12	5,5833
1	5	5,6909
5	5	5,7273
39	5	5,8364
11	5	5,8909
27	6	5,8939
7	4	6,0000
37	5	6,0545
2	4	6,1136
3	8	6,1477

---

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

Observa-se que as equipes 6, 24 e 43 apresentaram médias significativamente inferiores e as equipes 2, 3, 7 e 37 com médias significativamente superiores.

TABELA 19 - Escore das equipes referente ao fator 4 da ECE, conforme prova de Turkey.

<b>FATOR 4. ORIENTAÇÃO PARA TAREFAS</b>		<b>SUBSETOR DE ALPHA = 0.05</b>			
	<b>EQUIPE</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
	<b>DO PARTICIPANTE</b>	<b>N</b>			
Tukey HSD <sup>a,b</sup>	24	4	2,8571		
	43	4	3,2857	3,2857	
	36	8	3,6964	3,6964	3,6964
	12	11	3,9481	3,9481	3,9481
	19	9	3,9683	3,9683	3,9683
	40	3	4,0476	4,0476	4,0476
	9	6	4,0714	4,0714	4,0714
	45	4	4,1071	4,1071	4,1071
	6	3	4,1429	4,1429	4,1429
	17	12	4,2143	4,2143	4,2143
	10	11	4,2208	4,2208	4,2208
	32	17	4,4202	4,4202	4,4202
	13	7	4,4898	4,4898	4,4898
	38	19	4,5564	4,5564	4,5564
	4	7	4,6735	4,6735	4,6735
	31	4	4,6786	4,6786	4,6786
	15	14	4,7041	4,7041	4,7041
	8	5	4,8000	4,8000	4,8000
	26	15	4,8000	4,8000	4,8000
	33	20	4,8000	4,8000	4,8000
	18	10	4,8571	4,8571	4,8571
	42	5	4,8857	4,8857	4,8857
	20	5	4,8857	4,8857	4,8857
	28	31	4,9862	4,9862	4,9862
	11	5	5,0000	5,0000	5,0000
	21	7	5,0408	5,0408	5,0408
	35	2	5,0714	5,0714	5,0714
	14	12	5,1190	5,1190	5,1190
	30	6	5,1667	5,1667	5,1667
	22	15	5,1905	5,1905	5,1905
	25	5	5,2286	5,2286	5,2286
	29	6	5,2619	5,2619	5,2619

Continuação

**FATOR 4. ORIENTAÇÃO PARA TAREFAS**

16	4	5,3929	5,3929	5,3929
39	5	5,4857	5,4857	5,4857
44	4	5,5000	5,5000	5,5000
5	5	5,5429	5,5429	5,5429
23	5	5,5714	5,5714	5,5714
41	2	5,7143	5,7143	5,7143
1	5	5,7429	5,7429	5,7429
37	5		5,7714	5,7714
7	4		5,7857	5,7857
34	4		5,8214	5,8214
3	8		6,0179	6,0179
27	6		6,0714	6,0714
2	4			6,2500

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

Observa-se que as equipes 24, 36 e 43 apresentaram médias significativamente inferiores e as equipes 2, 3, 7, 27 e 37 com médias significativamente superiores. A partir desses escores observamos os pontos fortes e fracos de cada equipe da amostra referente a cada fator, evidenciando os fatores com menor soma, aqueles que precisam ser trabalhados e desenvolvidos.

#### 6.4 Caracterização dos Grupos com alterações significativas dos Escores

A partir desses dados, associamos esses escores com os dados de caracterização da amostra afim de levantar aspectos característicos relevantes da amostra que descrevam o perfil das equipes com maiores e menores escores. Insta ressaltar a apresentação de dados que apresentaram significância estatística (Tabela 20).

TABELA 20 - Subdivisão de complexidade por fator da ECE.

FATORES DA ECE	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	95% ICM*		MÍNIMO	MÁXIMO	COMPARAÇÕES		
			LI	LS			F	p	
Participação na equipe	1	3,82	0,61	3,70	3,93	1,90	5,00		
	2	3,70	0,73	3,50	3,89	1,70	5,00	1,584	0,178
	3	3,77	0,73	3,49	4,06	2,50	5,00		
Continuação									
FATORES DA ECE		MÉDIA	95% ICM*		MÍNIMO	MÁXIMO	COMPARAÇÕES		

				DESVIO PADRÃO	LI	LS			F	P
	4	3,76	0,51	3,64	3,87	2,30	4,90			
	5	3,59	0,61	3,45	3,73	1,90	4,80			
	Total	3,73	0,63	3,67	3,80	1,70	5,00			
Apoio a novas ideias	1	3,52	0,61	3,40	3,63	2,20	4,80	1,973	0,003	
	2	3,39	0,76	3,19	3,59	1,40	5,10			
	3	3,32	0,96	2,94	3,69	1,40	5,00			
	4	3,55	0,60	3,42	3,69	2,10	4,80			
	5	3,16	0,70	3,00	3,32	1,00	4,80			
	Total	3,41	0,70	3,34	3,48	1,00	5,10			
Objetivos da equipe	1	5,21	1,06	5,01	5,40	2,00	7,00	0,700	0,592	
	2	5,12	1,15	4,81	5,42	2,00	6,73			
	3	4,93	1,20	4,47	5,40	2,82	6,64			
	4	5,12	1,03	4,88	5,35	2,00	7,00			
	5	4,99	0,89	4,78	5,19	2,82	6,73			
	Total	5,10	1,05	4,99	5,21	2,00	7,00			
Orientação para tarefas	1	4,86	1,24	4,63	5,09	2,43	7,00	0,701	0,592	
	2	4,76	1,43	4,39	5,14	1,00	7,00			
	3	4,77	1,35	4,24	5,30	2,00	7,00			
	4	4,97	1,32	4,67	5,27	1,00	7,00			
	5	4,64	1,17	4,37	4,91	1,00	7,00			
	Total	4,81	1,28	4,68	4,95	1,00	7,00			

Legendas: \*Intervalo de Confiança média; LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior; Fonte: Base de Dados da Pesquisa.

Foi identificado diferença significativa de média apenas para o fator 2. Nas análises posthoc identificou-se que as equipes que trabalham no nível de complexidade 5 (média = 3,17) pontuam significativamente de modo inferior na comparação com as equipes que atuam nos níveis 1 (média = 3,52) e 4 (média = 3,56). Não foram observadas diferenças significativas entre as demais categorias.

TABELA 21 - Subdivisão por tipo de equipe, uni ou multiprofissional relacionada aos escores referentes aos 4 fatores da ECE.

FATORES DA ECE	TIPO DE EQUIPE (MULTI OU UNIPROFISSIONAL)		MÉDIA	DESVIO PADRÃO	COMPARAÇÕES	
	1	2			T	P
Participação na equipe	1		3,80	0,49	1,25	0,212
	2		3,71	0,66		

Continuação

FATORES DA ECE	TIPO DE EQUIPE (MULTI OU UNIPROFISSIONAL)	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	COMPARAÇÕES	
				T	P
Apoio a novas ideias	1	3,53	0,57	1,85	0,065
	2	3,37	0,73		
Objetivos da equipe	1	5,32	0,86	2,25	0,025
	2	5,03	1,09		
Orientação para tarefas	1	5,10	1,21	2,46	0,014
	2	4,71	1,29		

Legenda: 1= Equipes Multiprofissionais; 2= Equipes Uniprofissionais. Fonte: Base de Dados da Pesquisa.

Foram encontradas diferenças significativas para os fatores 3 e 4 – em ambos os fatores as equipes (1=multiprofissionais) apresentaram médias significativamente superiores na comparação com as equipes (2=uniprofissionais).

TABELA 22 - Subdivisão por tempo na equipe relacionada aos escores referentes aos 4 fatores da ECE.

FATORES DA ECE	TEMPO NA EQUIPE	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	COMPARAÇÕES	
				T	P
Participação na equipe	Até 2 anos completos	3,76	0,63	1,27	0,20
	3 anos completos ou mais	3,68	0,62		
Apoio a novas ideias	Até 2 anos completos	3,42	0,72	0,42	0,67
	3 anos completos ou mais	3,39	0,66		
Objetivos da equipe	Até 2 anos completos	5,13	1,05	0,65	0,51
	3 anos completos ou mais	5,06	1,05		
Orientação para tarefas	Até 2 anos completos	4,87	1,23	1,09	0,27
	3 anos completos ou mais	4,72	1,35		

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa

Nenhuma diferença significativa foi encontrada em função do tempo na equipe.

TABELA 23. Subdivisão por faixa etária, relacionada aos escores referentes aos 4 fatores da ECE.

Fatores ECE		Média	Desvio Padrão	95% ICM*		Mínimo	Máximo	COMPARAÇÕES	
				LI	LS			F	p
Participação na equipe	1	3,79	0,59	3,63	3,95	1,70	5,00	0,19	0,94
	2	3,72	0,64	3,62	3,83	1,90	5,00		
	3	3,76	0,59	3,63	3,89	2,20	5,00		
	4	3,79	0,72	3,53	4,05	1,90	5,00		
	5	3,70	0,61	3,40	4,00	2,30	4,70		
	Total	3,75	0,62	3,68	3,82	1,70	5,00		

Continuação

Fatores ECE		Média	Desvio Padrão	95% ICM*		Mínimo	Máximo	COMPARAÇÕES	
				LI	LS			F	P
Apoio a novas ideias	1	3,36	0,73	3,17	3,56	1,40	5,00	1,29	0,27
	2	3,37	0,68	3,26	3,49	1,00	4,80		
	3	3,47	0,69	3,32	3,62	1,70	5,10		
	4	3,61	0,64	3,38	3,84	2,40	4,80		
	5	3,60	0,60	3,31	3,89	2,20	4,50		
	Total	3,43	0,68	3,36	3,50	1,00	5,10		
Objetivos da equipe	1	5,30	0,97	5,04	5,56	2,82	7,00	1,14	0,33
	2	5,02	1,07	4,84	5,19	2,00	6,91		
	3	5,05	1,12	4,81	5,30	2,00	6,82		
	4	5,33	0,88	5,01	5,65	3,00	6,73		
	5	5,17	1,05	4,66	5,67	3,18	6,64		
	Total	5,11	1,04	5,00	5,23	2,00	7,00		
Orientação para tarefas	1	4,94	1,30	4,59	5,29	1,00	7,00	0,67	0,60
	2	4,72	1,25	4,51	4,93	1,00	7,00		
	3	4,77	1,28	4,49	5,04	1,00	7,00		
	4	5,02	1,30	4,55	5,49	2,43	6,86		
	5	5,02	1,18	4,43	5,61	2,43	7,00		
	Total	4,82	1,27	4,68	4,95	1,00	7,00		

Legendas: \*Intervalo de Confiança média; LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior. Fonte: Base de Dados da Pesquisa.

TABELA 24 - Subdivisão de área de atuação na unidade relacionada aos escores referentes aos 4 fatores da ECE.

FATORES DA ECE		MÉDIA	DESVIO 95% ICM*		MÍNIMO	MÁXIMO	COMPARAÇÕES		
			PADRÃO	LI			LS	F	P
Participação na equipe	1	3,93	0,58	3,68	4,17	2,50	5,00	1,43	0,24
	2	3,662	0,52	3,45	3,88	2,40	4,70		
	3	3,71	0,64	3,64	3,79	1,70	5,00		
	Total	3,73	0,63	3,66	3,80	1,70	5,00		
Apoio a novas ideias	1	3,65	0,65	3,38	3,92	2,70	5,00	2,01	0,13
	2	3,28	0,84	2,94	3,62	1,00	4,20		
	3	3,39	0,68	3,31	3,47	1,40	4,80		
	Total	3,40	0,69	3,33	3,48	1,00	5,00		
Objetivos da equipe	1	5,35	1,03	4,92	5,77	3,18	7,00	2,46	0,08
	2	4,71	1,12	4,26	5,17	2,00	6,36		
	3	5,11	1,05	4,99	5,24	2,00	7,00		
	Total	5,10	1,05	4,98	5,21	2,00	7,00		
Orientação para tarefas	1	5,01	1,38	4,44	5,58	1,57	7,00	1,10	0,33
	2	4,48	1,35	3,94	5,03	1,00	6,14		
	3	4,82	1,29	4,67	4,98	1,00	7,00		
	Total	4,81	1,30	4,67	4,95	1,00	7,00		

Legenda: 1: Humanas; 2: Exatas; 3: Biológicas; Fonte: Base de Dados da Pesquisa; \*Intervalo de Confiança média; LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior. Fonte: Base de Dados da Pesquisa.

Nenhuma diferença significativa foi encontrada em função do tempo na equipe.

TABELA 25. Subdivisão do período em que trabalha relacionada aos escores referentes aos 4 fatores da ECE.

FATORES DA ECE		MÉDIA	DESVIO PADRÃO	95% ICM		MÍNIMO	MÁXIMO	COMPARAÇÕES	
				LI	LS			F	P
Participação na equipe	1	3,82	0,612	3,56	4,08	2,40	4,90	0,82	0,48
	2	3,77	1,07	2,06	5,48	2,40	5,00		
	3	3,68	0,60	3,24	4,11	2,80	4,70		
	4	3,56	0,69	3,37	3,76	1,90	4,80		
	Total	3,65	0,68	3,51	3,80	1,90	5,00		
Apoio a novas ideias	1	3,45	0,85	3,09	3,81	1,00	4,80	1,00	0,12
	2	3,87	0,62	2,87	4,87	3,40	4,80		
	3	3,19	0,63	2,73	3,64	2,40	4,10		
	4	3,15	0,66	2,97	3,34	1,50	4,30		
	Total	3,27	0,72	3,12	3,42	1,00	4,80		
Objetivos da equipe	1	5,16	0,93	4,77	5,55	2,91	6,73	2,35	0,07
	2	6,22	0,58	5,30	7,15	5,64	6,73		
	3	4,80	1,00	4,07	5,52	3,18	5,91		
	4	4,94	1,03	4,65	5,23	2,82	7,00		
	Total	5,04	1,01	4,83	5,25	2,82	7,00		
Orientação para tarefas	1	4,85	1,36	4,27	5,42	1,00	7,00	2,98	0,03
	2	6,07	0,34	5,53	6,61	5,71	6,43		
	3	5,32	0,92	4,66	5,98	3,86	6,86		
	4	4,54	1,18	4,20	4,87	2,43	6,43		
	Total	4,78	1,23	4,52	5,04	1,00	7,00		

Legendas: \*Intervalo de Confiança média; LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior;. Fonte: Base de Dados da Pesquisa.

Apenas o fator 4 diferenciou significativamente as equipes. Análises posthoc indicaram diferenças significativas entre as equipes do turno Vespertino (média = 6,07) em relação às equipes dos turnos matutino (média = 4,85) e escala rotativa 4 (média = 4,54).

TABELA 26. Subdivisão da jornada de trabalho relacionada aos escores referentes aos 4 fatores da ECE:

Fatores da ECE		Média	Desvio Padrão	95% *ICM		Mínimo	Máximo	Comparações	
				LI	LS			F	P
Participação na equipe	1	3,88	0,53	3,62	4,13	2,70	5,00	4,73	0,001
	2	3,09	0,76	2,60	3,58	2,20	4,60		
	3	3,69	0,61	3,59	3,79	1,90	5,00		

Continuação

Fatores da ECE	Média	Desvio Padrão	95% *ICM		Mínimo	Máximo	Comparações		
			LI	LS			F	P	
	4	3,74	0,64	3,61	3,87	2,40	5,00	1,17	0,05
	5	3,88	0,60	3,74	4,01	1,70	5,00		
	Total	3,73	0,63	3,67	3,80	1,70	5,00		
Apoio a novas ideias	1	3,54	0,56	3,27	3,80	2,30	4,50		
	2	2,90	0,65	2,48	3,31	1,70	3,80		
	3	3,38	0,65	3,28	3,49	1,50	4,80		
	4	3,40	0,77	3,23	3,56	1,00	5,10		
	5	3,53	0,72	3,36	3,69	1,40	5,00		
Total	3,41	0,70	3,34	3,48	1,00	5,10			
Objetivos da equipe	1	5,27	1,05	4,78	5,76	3,64	6,55		
	2	4,58	1,47	3,64	5,52	2,00	7,00		
	3	5,03	1,10	4,86	5,21	2,00	7,00		
	4	5,14	,99	4,93	5,35	2,00	6,91		
	5	5,26	,91	5,05	5,47	3,18	7,00		
Total	5,11	1,05	5,00	5,22	2,00	7,00			
Orientação para tarefas	1	5,03	1,13	4,50	5,56	3,00	7,00	0,69	0,59
	2	4,28	1,45	3,36	5,20	1,71	6,00		
	3	4,82	1,27	4,62	5,03	1,00	7,00		
	4	4,81	1,34	4,53	5,09	1,00	7,00		
	5	4,87	1,24	4,59	5,15	1,00	7,00		
Total	4,82	1,28	4,69	4,96	1,00	7,00			

Legendas: \*Intervalo de Confiança média; LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior. Fonte: Base de Dados da Pesquisa.

Foram encontradas diferenças significativas para os fatores 1 e 2. Análises posthoc indicaram que no Fator 1, as equipes com jornada de 13 a 20 horas semanais apresentaram pontuação significativamente inferior na comparação com as demais equipes de diferentes jornadas. No fator 2, apenas diferiram significativamente as equipes com jornada de 13 a 20 (média = 2,90) e jornada de 40 horas ou mais (média = 3,53).

TABELA 27 - Subdivisão por sexo relacionada aos escores referentes aos 4 fatores da ECE.

FATORES DA ECE	SEXO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	COMPARAÇÕES T	P
Participação na equipe	1	3,73	0,61	-0,17	0,85
	2	3,74	0,68		
Apoio a novas ideias	1	3,43	0,68	0,95	0,34
	2	3,35	0,74		
Objetivos da equipe	1	5,07	1,10	-1,13	0,25
	2	5,21	,876		
Orientação para tarefas	1	4,80	1,33	-0,24	0,80
	2	4,84	1,14		

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa

Nenhuma diferença significativa foi encontrada em função do variável sexo.

### 6.5 Fatores da Escala

A relação dos quatro fatores com o total de participantes, sob uma percepção individual, demonstrou que os fatores 1 e 2 apresentaram escores menores, o que representa significativa debilidade relacionada aos fatores 3 e 4 que apresentaram escores maiores, representando assim um fortalecimento nesses aspectos.

A partir dos cálculos dos escores das equipes por fator foram caracterizadas as equipes com escores significativamente inferiores e superiores conforme descrito a seguir:

- Equipes com clima favorável ao fator Participação na Equipe: 2, 3, 4, 5 e 7;
- Equipes com clima menos favorável ao fator Participação na Equipe: 35, 36 e 43
- Equipes com clima favorável ao fator Inovação: 3 e 5;
- Equipes com clima menos favorável ao fator Inovação: 8, 12, 20, 24, 36 e 43;
- Equipes com clima favorável ao fator Objetivos da Equipe: 2, 3, 7 e 37;
- Equipes com clima menos favorável ao fator Objetivos da Equipe: 6, 24 e 43;
- Equipes com clima favorável ao fator Orientação para Tarefas: 3, 12, 19, 24, 36 e 43;
- Equipes com clima menos favorável ao fator Orientação para Tarefas: 2, 3, 7, 27, 34, 37 e 43.

A relação dos quatro fatores por equipes foi caracterizada por meio dos escores totais a partir da soma total dos 4 fatores das equipes, sendo assim o “Clima” das equipes classificado como estrato inferior ou superior em relação ao número de fatores:

- Equipes classificadas no estrato inferior nos quatro fatores da ECE: 14 equipes - 6, 8, 9, 10, 12, 17, 19, 24, 31, 32, 33, 36, 40 e 43; soma = 0;
- Equipes classificadas no estrato inferior em três fatores da ECE: 6 equipes - 13, 18, 20, 26, 35 e 45; soma = 1;
- Equipes classificadas no estrato inferior em dois fatores da ECE: 4 equipes - 4, 11, 15 e 29; soma = 2;
- Equipes classificadas no estrato superior em três fatores da ECE: 7 equipes - 22, 23, 34, 37, 38, 39 e 41; soma = 3;

- Equipes classificadas no estrato superior em quatro fatores da ECE: 14 equipes - 1, 2, 3, 5, 7, 14, 16, 21, 25, 27, 28, 30, 42 e 44; soma = 4.

## 7 Discussão

As análises fatoriais confirmaram as dimensões e formato da escala, estando apta para a mensuração do clima na área hospitalar por meio dos quatro fatores. Observou-se nos testes de confiabilidade composta, Alfa de Cronbach, VME Raiz da variância média extraída e validade discriminante que pelo menos seis itens apresentaram cargas complexas/cruzadas (superiores a 0,30) em mais de um fator – são itens com saturação dominante no fator 1, mas que saturam também no fator 2. Isto indica que há quantia de variância alta compartilhada entre os itens nos dois fatores em questão. Além disto, os itens 5 e 6, previstos para o fator de “participação na equipe”, foram compreendidos pela amostra da pesquisa como itens também representantes de “apoio a novas idéias”. Conforme os estudos de Silva (2016) e Agreli; Peduzzi; Bailey, (2017), os fatores da escala “participação na equipe” e “apoio para idéias novas” apresentam correlações conforme identificado nos achados do presente estudo.

A discriminação é um fator importante a ser considerado pela capacidade da escala em discernir e caracterizar cada equipe com dados cientificamente robustos, revelando aspectos significativos sobre as potencialidades e fragilidades dessas equipes relacionadas aos 4 fatores da ECE (KLINE, 2011; HAIR et al., 2005).

Em um estudo finlandês (KIVIMAVI et al., 1997) observou-se a partir das análises fatoriais diferenciadas versões da escala com quatro e cinco fatores, com clareza de dados e interpretação de resultados. Todavia, observou-se que a complexidade poderia interferir na quantidade desses fatores. No presente estudo os fatores estiveram bem definidos e consolidados, mesmo com similaridades nos itens dos fatores 1 e 2, observou-se no estudo de Silva (2016), resultado semelhante, e esta refere que contatou os autores para possível remoção dos itens devidos para a otimização do alfa de Cronbach, porém estes autores negaram a retirada do item argumentando sobre a validação dessa escala em vários países, e que os índices do alfa de Cronbach mantinham-se em níveis aceitáveis sem a exclusão.

Conforme o estudo de Silva (2016) a confirmação do formato dos quatro fatores se deu com índices do alfa de Cronbach e confiabilidade composta cima de 0,9 com variância média extraída de 0,55 a 0,71 para os 4 fatores da escala. No recente estudo de Siemon, Kreglo, Boursaw (2018), as análises de alfa de Cronbach dos fatores variou entre 0,83 e 0,93 indicando

boa confiabilidade para todos os fatores do instrumento. A capacidade discriminante apontou diferenças entre as equipes avaliadas e nos fatores (SIEMON, KREGLO, BOURSAW, 2018).

No presente estudo, também ocorreu inter-relações entre os fatores participação na equipe e inovação, que na pesquisa apresentou-se como o fator mais fortalecido entre as equipes. Em estudo com resultados semelhantes, os autores propuseram que o fator participação na equipe seja enquadrado em uma subdivisão de mais escalas como comunicação e frequência de interação (SIEMON, KREGLO, BOURSAW, 2018).

Owens et al. (2008) em um estudo de validação do TCI no contexto hospitalar corrobora que TCI é uma medida válida, confiável e discriminatória de clima de equipe para as equipes, propõe a sua utilidade como uma ferramenta relevante de melhoria de qualidade. Os autores compararam equipes de enfermagem com equipes multiprofissionais que, revelaram alfas entre 0,83 e 0,93 indicando boa confiabilidade para todos os fatores do instrumento. Assim apresentou correlações entre os fatores 1 e 2, com capacidade discriminatória sobre as equipes, homogeneidade e confiabilidade do conteúdo. Esses autores ressaltam que todos os fatores da escala são significativamente e positivamente correlacionados com índices de 0,47 a 0,72 sendo maior a presença de correlação entre os fatores 1 e 2 (OWENS et al, 2008).

O TCI indica boa confiabilidade, descrevendo as diferenças significativas entre as equipes em questão, sendo que outras pesquisas reforçam que os 4 fatores do TCI possuem alta capacidade discriminativa (KLINE, 2011; HAIR et al., 2005; HORN, 1965).

Um estudo analisou a associação do TCI com escalas que mensuravam o stress e o bem-estar entre profissionais de enfermagem geriátrica, no qual os coeficientes de alfa de Cronbach foram 0,93 para o fator participação, 0,95 para apoio à inovação, 0,93 para objetivos da equipe e 0,90 para orientação para tarefas (DACKERT, 2010). Os valores do qui-quadrado indicaram um bom ajuste entre as matrizes de covariância previstas e as observadas no estudo de Dackert, (2010). Isso significa que o modelo testado está de acordo com os dados apontados no presente estudo. Além disso, o RSMEA indicou um ajuste favorável ao modelo se o valor for  $<0,05$  o que indica um ajuste adequado também observado no presente estudo.

Em estudo finlandês, Koivunen et al. (2014), ressaltam que a validade e confiabilidade do TCI se confirmou pelos valores do alfa de Cronbach para os fatores participação na equipe 0,88; suporte para inovação 0,87; objetivos comuns 0,95 e orientação para tarefas 0,91. Nesse estudo analisou-se a correlação entre equipes com escores significativos no fator inovação associados à suas condutas e performances diante das implementações de tecnologias

educacionais de informação no setor hospitalar, demonstrando a eficácia da escala em correlações a outros fatores de medida aspectos ligados direta ou indiretamente com os 4 fatores da escala (KOIVUNEN et al. (2014).

Dentre as validações do TCI insta ressaltar que, por conta da pertinência de seus dados e potencial mensurativo, com vista na otimização de sua apresentação, foram elaboradas e adaptadas versões menores ou a utilização de alguns dos fatores do TCI na elaboração de outras escalas, como aconteceu nos estudos de Grau et al. (2011) e Cusí et al. (2014) de validação no idioma espanhol. Em ambos estudos os autores ressaltam as correlações entre os fatores 1 e 2 da escala, com altos índices de alfa de Cronbrach para os quatro fatores, com ênfase nos fatores 1 e 2 que foram utilizados na elaboração de outra escala para estudos no meio administrativo (CUSÍ et al., 2014; GRAU et al., 2011).

Na versão reduzida adaptada ao idioma francês de Beaulileu et al. (2014) os alfas de Cronbach para os 4 fatores foram satisfatórios de 0,88 a 0,93 até um pouco mais elevados do que observado pelos autores na versão original, aspecto que indica consistência interna significativa para cada fator. O alfa de Cronbach nos itens da escala foi de 0,95. As cargas dos itens foram correspondentes aos fatores confirmando o modelo de quatro fatores conforme o presente estudo. Esse estudo também aponta a utilidade da escala como medida global da função da equipe possibilitando uma análise sistemática fatores do clima de equipes (BEAULILEU et al.,2014).

Cusí et al. (2014) e Loo e Loewen (2002) analisaram comparativamente os achados psicométricos das versões internacionais da ECE com 38 itens e a versão com 14 itens. A análise fatorial confirmatória confirma a versão dos 4 fatores, todavia propõe uma versão estendida de 5 fatores devido a robustez de seus índices, todavia trata-se de uma análise a ser considerada em estudos futuros. A análise fatorial confirmatória também apoiou a versão curta de forma que a ECE é um instrumento de comportamento propício para medidas multidimensionais do clima das equipes com proposta da versão curta como um otimizador para pesquisas com escassez de tempo ou com ampla amostragem (CUSÍ et al., 2014; BEAULILEU et al., 2014; LOO; LOEWEN 2002).

A partir desses achados observa-se que a ECE, versão brasileira do TCI, é um instrumento relevante para o meio científico desde sua criação na década de 80, evoluindo e sendo validado em vários idiomas e contextos. No presente estudo as equipes foram classificadas com escores referentes aos quatro fatores da escala, que forneceram dados

substanciais para futuras intervenções, possibilitando reavaliações com a mesma para aferir a efetividade dessas ações sobre o clima das equipes, tornando assim um processo dinâmico com possibilidades futuras de intervenções, avaliações e devolutivas às equipes para fortalecimento e reforço positivo de suas potencialidades.

Nos resultados, nota-se que das 45 equipes participantes, 24 apresentam o clima no estrato inferior e 17 equipes apresentam clima no estrato superior referente aos quatro fatores do clima para a inovação. Diante desses achados, salienta-se a representação de aspectos característicos dos fatores da ECE apontados na literatura que se apresentam fortalecidos e deficientes nessas equipes seguindo a ordem e dimensionalidade dos fatores da ECE. Esses dados corroboram com evidências científicas sobre de que a falha do trabalho em equipe é um contribuinte relevante para eventos adversos que resultam danos ao paciente e erros médicos evitáveis (GRABER et al, 2014; EMANUEL, BERWICK, CONWAY, 2008).

Agreli (2017), refere que o clima da equipe reflete na forma como esta interage com os demais componentes envolvidos na assistência, desde o ambiente de trabalho até a comunidade, por meio da abertura e acesso proporcionados pela equipe na troca de informações e vivências inter-equipes, com os pacientes e familiares, e redes de atenção sendo um processo dinâmico e crescente.

Em um estudo canadense com o TCI em equipes de atenção primária o fator participação na equipe foi considerado um atributo importante na relação entre a comunicação da equipe e os resultados positivos na evolução dos pacientes, bem como na diminuição dos dias de internação e onerações hospitalares. Os autores ressaltaram maior melhores resultados nos pacientes quando essas equipes tinham acesso comunicacional aberto às equipes dos serviços de referência para internações ou procedimentos de maior complexidade assistencial (MUNDTAB et al., 2016).

Wang, Waldman, e Zhang, (2014), em sua meta-análise sobre formas diversas de liderança e sua influência no trabalho em equipes, apontam como global e positiva a relação da liderança compartilhada com a eficácia da equipe, estando mais fortemente relacionada aos resultados positivos comportamentais, de postura e situações de alerta das equipes. Seus efeitos estão mais fortalecidos em setores que envolvem maior complexidade assistencial apontando para efeitos positivos em relação ao desempenho da equipe.

McAuliffe et al. (2017), em uma revisão, aponta a liderança transformacional compartilhada como intermediária para a promoção de culturas que impactam na melhora da

qualidade da assistência de saúde e segurança, também como um importante fator na fluência dos serviços e processos organizacionais. Outro fator relevante em que esse tipo de liderança impacta é no envolvimento dos funcionários nas inter-relações entre equipe e inter-equipes da instituição, resultando em níveis significativos de satisfação dos trabalhadores com seus gerentes e supervisores próximos, por meio do sentimento de envolvimento à equipe por meio da tomada de decisões e liderança horizontal, fato impactante na satisfação e segurança do paciente com o exercício do respeito, cuidado e compaixão.

Conforme Cunningham et al. (2018) levantam cinco facilitadores contextuais que impactam positivamente a efetividade da equipe: o enfoque interdisciplinar; a hierarquia horizontalizada; a comunicação efetiva; o suporte de liderança e o alinhamento de metas de equipe com metas organizacionais; a credibilidade da intervenção; e a composição apropriada da equipe com envolvimento do médico. Também foram identificados dez mecanismos recorrentes, dos quais o mais frequente foi a responsabilidade compartilhada. Os membros da equipe devem ter ciência do papel de cada um na equipe, bem como a própria liderança. Espera-se que estejam habituados a identificar prioridades, avaliar a evolução dos casos dos pacientes e que tenham pró-atividade (PEDUZZI; AGRELI, 2018; AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017).

Zohar et al. (2017) referem que estratégias de comunicação com os devidos feedbacks têm resultados estatisticamente significativos nos comportamentos de atendimento ao paciente, clima de segurança, trabalho em equipe e qualidade da liderança supervisora. Os autores confirmaram também que o investimento no fortalecimento da comunicação é passível de minimização de custos organizacionais de forma que as unidades hospitalares são uma área importante para intervenções destinadas a melhorar o desempenho no trabalho e na saúde, partindo do pressuposto que a comunicação sob a perspectiva da segurança participativa, vínculo de confiança, abertura e apoio social, influenciam positivamente aos gestores estreitando vínculos, visões, responsabilidades e vivências.

Alaharbi, Cleland e Morrison (2018) ressaltam a importância da constante comunicação entre gestores e trabalhadores sob a perspectiva do apoio institucional, para que os hospitais direcionem seus esforços à segurança do paciente por meio de estratégias que busquem o trabalho em equipe eficaz, seu fortalecimento e manutenção, bem como, a adequação dos sistemas para somar outros esforços de melhoria afim de impactar positivamente nos resultados dos pacientes (ALAHARBI; CLELAND; MORRISON, 2018).

Sangaleti et al. (2017), apontam que apesar da existência de barreiras relacionais,

estruturais, organizacionais e ideológicas que desafiam a prática o trabalho em equipe, a sua eficácia está relacionada ao desencadeamento de diversos fatores positivos como o fortalecimento da prática colaborativa, melhora do vínculo e inter-relações, a continuidade do cuidado, ganho de tempo e economia de recursos. Porém, essa prática requer esforços e iniciativas individuais, bem como de toda a equipe, ou seja, deve haver abertura individual e coletiva para a colaboração mútua na assistência, a comunicação e compartilhamento de tarefas e vivências, a valorização dos papéis interprofissionais, bem como a liderança compartilhada como mediadora de conflitos. Valores como integração, confiança, respeito, empoderamento, humildade e discernimento para ouvir e falar em momentos oportunos são facilitadores para uma equipe eficaz.

O amparo significativo às equipes de setores hospitalares é importante, pois estas, além de lidarem com a vida, riscos e perdas que tornam o cuidado desafiador, por vezes, exigem adaptações à organizações e processos de trabalho, na prestação de serviços de saúde, à escassez orçamentária e de recursos humanos, acarretando em instabilidade emocional e estresse aos trabalhadores (KOSSAIFY; HLEIHEL; LAHOUD, 2017).

Fitch, Dasgupta e Ford (2016), em um estudo sobre equipes eficazes em cuidados paliativos, referem que o alcance da excelência assistencial dessa natureza requer estratégias focadas na comunicação com o paciente e seus familiares, bem como o fortalecimento interacional de todos os membros da equipe, a educação contínua preparando e apoiando os servidores para que assistam os pacientes em momentos críticos da vida com compaixão e sensibilidade, devolutivas e feedbacks em grupo, recursos humanos em acordo com o dimensionamento local, espaço e tempo hábil para reflexão e apoio ao colega, sob a compreensão e reconhecimento institucionais.

Ações para o fortalecimento do clima da equipe e proporcionar inovações na assistência realizada pela equipe, resultam em atitudes positivas e motivadoras para o comprometimento e atitudes colaborativas dos membros das equipes com os objetivos propostos a serem alcançados (KOIVUNEM et al., 2015).

É importante salientar que uma equipe em que o fator inovação seja deficitário, tem sua percepção e perspectiva distorcidas em relação às mudanças e inovações, de forma que estas se tornam fontes de estresse, e os fatores tecnológicos e ações inovadoras que requerem mudanças ao invés de serem considerados subsídios para o desenvolvimento pessoal e coletivo no contexto de trabalho em saúde, se tornam um “fardo” interferindo qualidade de vida, relações

sociais e pessoais dos profissionais no trabalho (REIS et al., 2011).

Nakaiama et al. (2010) referem que ações inovadoras requerem compromisso em todos os níveis a longo prazo. Os membros da equipe devem estar cientes e comprometidos à importância de seu papel de forma a cumprir rigorosamente suas tarefas como apoio à equipe, comunicando-se com eficácia e avaliando honestamente sua responsabilidade e contribuição na equipe. Agreli; Peduzzi; Bailey, (2017), reforçam que além da conscientização deve haver o comprometimento dos membros com a equipe de forma que estes se engajem no alcance de seus objetivos e transformação de sua realidade.

A eficácia dos objetivos comuns deve estar associada a eficiência organizacional e atenção ao paciente com qualidade. Quando os objetivos são construídos coletivamente, envolvem e motivam os profissionais à busca do desenvolvimento, qualidade e efetividade. Esses devem ser claros, sucintos, em número equilibrado e viável (PEDUZZI; AGRELI, 2018; AGRELLI; PEDUZZI; BAILEY, 2017; WEST, 2004).

Leong et al. (2017), em seu estudo utilizando o TCI em hospital terciário holandês ressaltam a melhora da segurança do paciente, por meio de estratégias comunicacionais que inserem a abordagem clara dos objetivos com o feedback das vivências após a intervenção entre os membros de equipes cirúrgicas. Essas estratégias geraram mudanças significativas no clima da equipe aumentando os escores de clima com achados estatisticamente significantes. Os membros das equipes cirúrgicas ressaltaram a influência positiva dessas estratégias sobre a clareza de objetivos e acordos, bem como o comprometimento em lembrarem entre si as tarefas e objetivos diários. Notou-se maior eficiência no cumprimento dos protocolos cirúrgicos, com otimização do tempo no período operatório para início e quando este prolongava-se por alguma intercorrência, sinalizando maior sincronia e colaboração no cumprimento das tarefas. Além da melhora do clima das equipes cirúrgicas e a eficiência de seu trabalho dentro da sala de cirurgia, os autores ressaltaram que essa efetividade comunicacional estratégica também tem benefícios significativos em equipes cirúrgicas com composições alternadas (LEONG et al., 2017).

É importante ressaltar que o tipo de estrutura hierárquica da equipe é um moderador relevante quanto ao nível de eficácia do trabalho em equipe interdisciplinar. A hierarquia horizontal, partilhada sob o viés da colaboração interprofissional remete-se a uma equipe fortalecida, com maiores índices de satisfação e coleguismo, padrões melhores de cuidado e segurança do paciente (PATTERSON et al., 2012; PARKER et al., 2010). Esse sistema influi

na percepção que os membros da equipe têm no tocante à valorização dos demais pertencentes à equipe. Em contraste, a cultura hierárquica de algumas profissões estarem no “topo” que impacta negativamente no relacionamento interpessoal e portanto, na eficácia da equipe. O poder ligado a profissões específicas, o status diferenciado entre membros da equipe e tensões interprofissionais ligadas a modelos de formação profissional tradicionais na liderança das equipes foram identificados como potenciais barreiras à identidade e à conectividade da equipe interdisciplinar (CUNNINGHAM et al., 2018).

Apesar de não associar o conceito em si, como característica do clima de equipes, Meier (2014), destaca que os fatores objetivos e visão compartilhados, tarefas integradas e coordenadas são essenciais para a mudança positiva de práticas em equipe durante o atendimento de urgência. O autor ressalta que a eficácia do trabalho em equipe nesses setores está associada a fatores como integração positiva entre membros, tendo cada indivíduo em mente, a comunicação e a verbalização das suas tarefas e objetivos de forma clara para que, em situações adversas, haja sincronia e coordenação de suas ações, sem perda de tempo e de recursos hospitalares resultando em menor risco à vida do paciente.

No presente estudo, equipes de setores com maiores complexidades apresentaram menores escores do clima de equipes. As equipes de saúde são complexas e operam dentro de sistemas abertos complexos, com vários grupos de profissionais de saúde com sua própria identidade, cultura, formação educacional e objetivos. De acordo com Cuningham, (2018) e Lapiere; Lepage; Lefebvre, (2017), dada a complexidade das equipes de saúde e do sistema de saúde em que operam, há muitas variáveis de interação a serem consideradas e não é possível prever que o que funciona para uma equipe funcionará para outra e o que funciona em um contexto poderá ser traduzido com sucesso para outro contexto.

Cunningham et al., (2018) em uma revisão abordando conceitos teóricos sobre o que constitui e possibilita a efetividade do trabalho em equipe referem que essa variância se deve aos diferentes contextos e complexidades, bem como em sistemas de saúde distintos. Aponta a importância de perceber as construções resultantes de indicadores bem-sucedidos e os fatores específicos para os contextos que geram esses mecanismos, ou seja, setores de maior complexidade necessitam de maior amparo às equipes para o exercício eficaz. Afinal, um clima desfavorável relacionado à complexidade remete à necessidade de um apoio institucional maior às equipes, por meio de ações e estratégias que preconizem o fortalecimento, manutenção e qualificação.

Segundo Skinner et al., (2017) em uma revisão sobre erros evitáveis por meio da neuromonitorização no período intraoperatório, os resultados mostram que é um desafio a prevenção de erros em setores de alta complexidade. Os autores consideram que estudos observacionais e controlados em salas de operação demonstram a comunicação otimizada, colaboração e consciência situacional como fatores que reduzem a ocorrência de erros. Reforçam que os protocolos de verificação representam um método para melhorar inicialmente a comunicação e evitar erros óbvios, todavia, o bom funcionamento da sala de cirurgia depende da familiaridade e confiança entre os colegas, inclusive das profissões de culturas hierárquicas elevadas. Gestores e líderes dessas equipes devem buscar usar meios suficientes para garantir a consciência situacional, a comunicação e colaboração confiável, pois isso pode salvar a vida do paciente. A disponibilização de espaços para reuniões reflexivas da equipe e recursos educativos para devolutivas de vivências são meios importantes no reparo de fragilidades dos procedimentos e deficiências. Nesse sentido, ressalta-se a importância do apoio institucional às equipes hospitalares de maiores complexidades (SKINNER et al., 2017).

Os achados do presente estudo apontam que as equipes multiprofissionais apresentaram escores mais satisfatórios em relação às equipes uniprofissionais. No estudo de Burke, Keogh, (2017), utilizando a ECE, sua análise indicou escores reduzidos nas equipes assistenciais de enfermagem (uniprofissional), em setores de maiores complexidades. Enquanto a pontuação média da equipe multiprofissional foi 3,5, a pontuação média do grupo de enfermagem foi significativamente menor 2,8 e com a equipe de enfermagem da unidade de infusão a pontuação média foi de 2,4. A fase qualitativa desse estudo referiu um nível de isolamento dessas equipes em relação aos demais profissionais, assim como barreiras comunicacionais à profissão médica consideraram-se fatores limitantes às inter-relações e ao trabalho em equipe (BURKE, KEOGH, 2017).

A equipe multiprofissional além de proporcionar uma assistência holística ao paciente, de curto a longo prazo, está associada à eficácia do trabalho em equipe e a aspectos positivos assistenciais provindos da redução de erros evitáveis durante a prestação da assistência, prezando pela segurança do paciente, maior satisfação do profissional e diminuição dos níveis de estresse ocupacional e relacional no ambiente de trabalho (BURKE, KEOGH, 2017).

Espinoza (2018), Agreli e Peduzzi (2018), Agreli (2017) e Peduzzi et al. (2013), apontam benefícios da colaboração interprofissional relacionados à reflexão crítica sobre o modo pelo qual seu trabalho se conecta com os outros e leva à tomada de decisão compartilhada,

resultando no comprometimento entre membros e equipes na execução das tarefas.

No contexto hospitalar, esse tipo de esforço colaborativo estimula o companheirismo motivando os membros da equipe a permanecerem engajados no trabalho, a superar os obstáculos em busca da evolução pessoal e profissional de forma individual e coletiva culminando em um cuidado de excelência (CUNNINGHAM et al., 2018; ESPINOZA, 2018).

O trabalho em equipe fundamentado na prática colaborativa interprofissional motiva e capacita a equipe, de forma que seus membros sintam que seus papéis e contribuições são relevantes e reconhecidos em toda a organização. Quando os membros da equipe observam o aprimoramento de seus perfis profissionais e disciplinares, bem como os resultados positivos provenientes de sua participação na equipe na definição de seus objetivos e execução de projetos, destaca-se a inovação. (PEDUZZI; AGRELI, 2018; CUNNINGHAM et al., 2018; AGRELI, 2017).

Conforme achados desse estudo, as equipes sob regime de escala rotativa apresentaram escores menores do que equipes com escala fixa e equipes com período fixo semanal e folgas aos finais de semana. Gittell et al. (2008) e Faraj e Xiao (2006) refletem sobre essa dinâmica na escala relacionando-a com isolamento e incerteza que geram insegurança e insatisfação do profissional resultando na conformação de equipes fragmentadas e instáveis.

Hughes et al. (2006), referem que no setor de saúde, por conta das complexidades, fluxos e demandas, são necessários regimes de escalas em que as equipes enfrentam instabilidade temporal, ou seja, uma curta durabilidade da equipe e uma estrutura de liderança rotativa, apontando para a fragilidade dessa questão. Essas equipes quando não recebem o suporte institucional adequado para exercício da escala rotativa, além de ficarem a mercê da escala que dificulta o planejamento de outros setores da vida profissional e pessoal de cada um, enfrentam dificuldades na execução do trabalho, pois precisam estar aptas às mudanças de lideranças, às diferentes composições da equipe, se adaptando e se readequando para exercer o cuidado, além de lidar com as complexidades exigidas pelas demandas.

Schmutz et al. (2015) referem que as equipes sob o regime de escala rotativa frequentemente são submetidas a condições variáveis em seus processos de trabalho, circunstanciadas às complexidades do seu setor de atuação, mudando dinamicamente sua composição. Seus indivíduos comumente trabalham juntos por um curto período de tempo ou com certa periodicidade, e geralmente são de especialidades diferentes.

Em contrapartida, Reeves et al. (2018), destacam a abordagem da equipe por abordagem

de contingência, como referenciado anteriormente, em que a eficácia das equipes se manifesta e se fortalece sob a influência da complexidade, não condizendo com tipos de equipes pré-definidas, mas com a capacidade individual dos indivíduos e equipes em se organizarem e se adequarem para atuarem sob a perspectiva da colaboração interprofissional no contexto a que estão inseridos. Esse perfil é passível de desenvolvimento por meio da formação ou educação interprofissional colaborativa (REEVES et al., 2018) ou da educação permanente, possibilitada por meio do apoio institucional, com o fim do seu fortalecimento individual e coletivo, promovendo o acesso ao conhecimento e desenvolvimento do empoderamento e eficácia na assistência.

Dessa forma visualiza-se o trabalho em equipe por uma faceta idealizada, em que a equipe e seus indivíduos desenvolvem a capacidade em adaptar-se e adequar-se às complexidades e demandas exigidas pelo setor a que forem alocados, sendo um perfil pré-formado ou a ser cultivado por cada um desde sua formação ou desenvolvido por vivência (REEVES et al., 2018; EDMONDSON, 2012). O apoio institucional e sistemas gerenciais envolvidos no processo de trabalho devem estar engajados no atendimento das necessidades e em proporcionar transformação das realidades na quais os membros da equipe têm que se adaptar, coordenar o trabalho e colaborar em ações na ausência de estruturas de equipe estáveis (SCHMUTZ et al., 2015).

Os criadores da escala Anderson e West (1998), reforçam que o tempo de contato na equipe é um fator importante na definição clima da equipe refletido no fator participação na equipe, pois este fator representa a criação de laços e comprometimento do indivíduo na equipe, o que propicia o vivencia de experiências, desenvolvimento mútuo, inter-relações, criação de vínculos dentre outros.

Em achados da ECE na Atenção Primária em Saúde por Agreli (2017) e Silva (2016), o tempo de trabalho dessas equipes é significativo para o estreitamento das relações interpessoais no serviço. Santos et al. (2010) destacam o fato de muitos trabalhadores no setor hospitalar possuírem dupla jornada de trabalho e, ou múltiplos vínculos, o que pode vir a interferir na qualidade de vida desses indivíduos, afetando suas interações pessoais e profissionais gerando prejuízos físicos, mentais, sociais e profissionais relevantes. Com pouca solidez nas relações interprofissionais em seu local de trabalho haverá maiores probabilidades de ser negligente em determinadas situações comprometendo a qualidade da assistência prestada e a segurança do paciente. Dackert (2010) refere que as inadequações na demanda e jornada de trabalho resultam

em desgastes nas inter-relações profissionais, com sérias repercussões nos resultados da equipe e pacientes, revelando assim precariedades do processo de trabalho com clima de insatisfação, desenvolvimento de stress e outras patologias laborais.

O reconhecimento do clima das equipes hospitalares proporciona meios para a reflexão dos profissionais e gestores sobre as necessidades dessas equipes. A partir dos resultados do presente estudo observou-se alguns aspectos que interferem no clima de equipes como a complexidade, a disposição da carga horária, o tipo de escala e a composição da equipe. Tais achados corroboram com o fato de que: o devido funcionamento das equipes dos serviços de saúde hospitalares é algo que requer atenção e atuação das competências para a elaboração de estratégias que visam o fortalecimento desse clima, e a partir da atuação em conjunto, partindo de todas as vertentes desde a gestão, a força de trabalho, os conselhos profissionais, a comunidade e população e afins, se estabelece a inovação.

As estratégias devem estudadas minuciosamente conforme os achados e necessidades específicos e devem ser implementadas sob a perspectiva de um processo dinâmico com os devidos *feedbacks*, interpretação e reinterpretação da realidade por meio de avaliações e afins. Essas estratégias devem ser viáveis, específicas e objetivas direcionadas aos fatores que necessitam de fortalecimento devem ser trabalhados nessas equipes aspectos pertinentes aos seus déficits e potencializar seus pontos favoráveis do clima para inovação.

É importante salientar também sobre a otimização da comunicação entre gestores e trabalhadores, entre equipes e equipe, proporcionando a abertura de espaços para diálogos e reuniões com o fim de identificação e fortalecimento da liderança, compartilhamento de ideias e vivências, o estreitamento de laços entre a força trabalho, gestão e instituição para o engajamento e corresponsabilização na busca do desenvolvimento pessoal, da equipe e institucional. A Figura 1 traz aspectos práticos destacados em cada fator da ECE, que devem ser discutidos e trabalhados conforme os resultados encontrados, de forma que esses espaços de diálogos sejam meios para efetivar e promover as intervenções e medidas sobre os fatores.

A mensuração do clima por meio dos escores da ECE pode ser complementada por outros métodos, instrumentos e metodologias de pesquisa para o aprofundamento do clima e direcionamento dos meios para intervenções sobre as equipes.**8 Conclusão**No presente estudo as equipes foram classificadas conforme seus escores referentes aos quatro fatores da escala que fornecem dados substanciais para futuras intervenções, possibilitando reavaliações do trabalho em equipe para aferir a efetividade dessas ações sobre o clima das equipes,

possibilitando um processo dinâmico com intervenções, avaliações e devolutivas aos profissionais para promover seu fortalecimento e reforço positivo de suas potencialidades.

Observou-se que os fatores “participação na equipe” e “objetivos da equipe” foram os mais fortalecidos nas equipes participantes. Os climas favoráveis se relacionaram com as equipes multiprofissionais, setores com menores complexidades, jornada e turnos de trabalho fixos, com destaque para duas equipes com clima significativamente favorável. Em relação às equipes com climas desfavoráveis na atenção hospitalar foram identificados os seguintes aspectos: setores de maior complexidade, escala rotativa, jornada de trabalho reduzida e equipes uniprofissionais de trabalho.

Investimentos em ações e subsídios direcionados para a ciência do clima das equipes hospitalares para o levantamento de suas necessidades proporcionam a atenção e amparo para o desenvolvimento dessas equipes, de forma que suas performances se executem com qualidade e eficácia assistenciais. O reconhecimento do clima de equipes aponta questões significativas sobre os fatores que interferem nesse clima, trazendo a todos envolvidos a reflexão crítica sobre estrutura e processo necessários para o desenvolvimento de um clima de equipes favorável, o que possibilitará avanços pessoais, coletivos e institucionais na assistência de saúde com vista na qualidade, eficácia e segurança.

Insta salientar sobre a abertura de diálogos e discussões institucionais, interprofissionais e inter-equipes sobre a importância do papel das equipes hospitalares, as medidas e subsídios necessários para assegurar o desenvolvimento de um clima favorável com segurança. Por meio conscientização e apoio institucional, as equipes profissionais atuarão motivadas, satisfeitas com menos injúrias e desgastes laborais. Haverá maior rentabilidade e otimização de recursos institucionais e a comunidade receberá o atendimento de suas necessidades de saúde com uma assistência eficaz com qualidade em sua atuação resultando na redução de riscos e danos evitáveis ao paciente.

A aplicação da ECE como observado no presente estudo, destaca uma perspectiva realista e objetiva para o planejamento de estratégias que visem o trabalho em equipe eficaz, também a sustentação de resultados positivos de equipes com o clima favorável afim de que estas venham a superar suas limitações em busca da excelência no cuidado.

A análise do clima de equipes hospitalares, conforme as variações abordadas na ECE, revelou diferentes perfis de clima das equipes, sendo possível calcular os escores das equipes entre os 4 fatores da ECE, observando assim os fatores mais e menos fortalecidos das equipes.

As evidências de validade aplicadas confirmam a aplicabilidade da ECE no contexto hospitalar ressaltando sua veracidade e efetividade na mensuração do clima de equipes a partir da versão da ECE adaptada e validada na atenção primária no Brasil. Também confirmam a dimensionalidade da ECE em quatro fatores e a manutenção dos seus 38 itens, cujas propriedades psicométricas identificadas foram equivalentes às versões originais.

A aplicação da escala em equipes hospitalares proporcionou o exercício da autorreflexão por parte das equipes, e estímulo a iniciativas institucionais para a promoção do trabalho em equipe, reforçando a necessidade do comprometimento dos atores envolvidos em atuarem a favor da transformação dessa realidade.

Convém em estudos posteriores o aprofundamento e análise da ECE em caracterizar equipes, questões relacionais e operacionais relacionadas aos fatores da ECE para descrição aprofundada do diagnóstico do clima das equipes, assim como relacionar o seu diagnóstico com a aplicação de intervenções que subsidiem o fortalecimento do trabalho em equipes interprofissionais e da colaboração.

## **9 Limitações do Estudo**

Por se tratar de um estudo sobre o clima de trabalho em equipe, as comparações das equipes podem gerar dificuldades no tratamento desses dados, aspecto que se justifica por haver variabilidades de composição desses grupos no ambiente hospitalar.

Devido ao alto índice de recusas à participação em pesquisas semelhantes à essa, optou-se por amostra aleatória por conveniência. Também se destaca que as recusas em participar da pesquisa repercutiram nos escores dessas equipes, gerando dados parciais sobre as mesmas.

Quanto ao método de coleta, considera-se que deixar os instrumentos nas unidades para preenchimento posterior favorece a ocorrência de perdas ou esquecimento de questionários por parte dos profissionais.

## Referências

AGRELI, H.; PEDUZZI, M.; BAILEY, C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: A conceptual analysis. **Journal of Interprofessional Care**, Informa UK Limited. set. 2017. [s.l.], v. 31, n. 6, p.679-684, 6

AGRELI, H. L.F. Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. 2017. Tese (Doutorado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) - **Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2017. doi:10.11606/T.7.2017.tde-27062017-165741. Acesso em: 2019-01-21

AGRELL, A.; GUSTAFSON, R. The Team Climate Inventory (TCI) and group innovation: A psychometric test on a Swedish sample of work groups. **Journal Of Occupational And Organizational Psychology**, [s.l.], jun. 1994 v. 67, n. 2, p.143-151,. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8325.1994.tb00557.x> Acess: 21 aug. 2018.

ALAHARBI, W.; CLELAND, J.; MORRISON, Z. Assessment of Patient Safety Culture in an Adult Oncology Department in Saudi Arabia. **Us National Library Of Medicine: National Institutes of Health, Saud Arabia**, maio 2018 v. 33, n. 3, p.200-208.

ALEXANDRE, N. M. C. et al. Confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. **Rev Eletr Enf**. jul 2013ed.15(3):802-9.

ANDERSON, N.; WEST, M. Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. **Journal Of Organizational Behavior**, maio 1998 [s.l.], v. 19, n. 3, p.235-258.

ASPARUHOV, T; MUTHÉN, B. Comparison of computational methods for high-dimension item fator analysis. **Thecnical Report**. 2012. Avariable in: [www.statmodel.com](http://www.statmodel.com) Acess: 12 jan 2019.

Beaton D, et al. Recommendations for the Cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures [online]. **American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health**; 2007. Avariable in <http://www.dash.iwh.on.ca/translate2.htm> Acess em 26 jun 2018.

BEAULIEU, M. D. et al. Characteristics of primary care practices associated with high quality of care. **Canadian Medical Association Journal**, 22 jul. 2013 [s.l.], v. 185, n. 12, p.590-596.

BERRY, J. C, et al. Improved Safety Culture and Teamwork Climate Are Associated With Decreases in Patient Harm and Hospital Mortality Across a Hospital System. **Journal of patient safety**. Jan. 2017. **Journal of Patient Safety**: January 7, 2016 - Volume Publish Ahead of Print - Issue – p. doi: 10.1097/PTS.0000000000000251

BOADA-GRAU, J. et al. Versión breve en español del Team Climate Inventory (TCI-14): desarrollo y propiedades psicométricas. **Psicothema**, Oviedo; España, nov. 2011 v. 23, p.308-313.

BORSBOOM, D; MELLENBERGH, G. J.; VAN HEERDEN, J. The Concept of Validity. **Psychological Review**, American Psychological Association (APA) 2004 [s.l.], v. 111, n. 4, p.1061-1071.

BOWER, P. Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. **Quality And Safety In Health Care**, 1 ago. 2003 [s.l.], v. 12, n. 4, p.273-279.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Normalização. Atenção hospitalar**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 1ª ed., 1ª reimpr. Cadernos Humaniza SUS ; v. 3 p. 268 – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Resolução nº 466/12**. Brasília (2012). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)> Acesso em: 23 ago. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. **Resolução nº 510/2016**. Brasília (2016). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 23 ago. 2018.

CUNNINGHAM, U. et al. Team interventions in acute hospital contexts: a systematic search of the literature using realist synthesis. **BMC Health Services Research**, 2018, Vol 18, Number 1, Page 1.

DACKERT, I. The impact of team climate for innovation on well-being and stress in elderly care. **Journal of Nursing Management** 18; April 2010; 302–310 28

DAMASIO, B. F. Contribuições da Análise Fatorial Confirmatória Multigrupo (AFCMG) na avaliação de invariância de instrumentos psicométricos. **Psico-USF**, Itatiba , v. 18, n. 2, p. 211-220, Aug. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712013000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000200005&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712013000200005>.

D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **Bmc Health Services Research**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.1-14, 21 set. 2008.

DOW, A. et al. Teamwork on the rocks: Rethinking interprofessional practice as networking. **Journal Of Interprofessional Care**, [s.l.], v. 31, n. 6, p.677-678, 9 ago. 2017.

EDMONDSON, A. Teamwork on the fly. **Harv Bus Rev**. 2012; vol. 90 p.72–80.

EMANUEL et al. Advances in Patient Safety. What Exactly Is Patient Safety? In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Vol. 1. Rockville (MD): **Agency for Healthcare Research and Quality**; 2008. Assessment. Available from: out. 2018.

ESPINOZA, Pilar et al. Interprofessional team member's satisfaction: a mixed methods study of a Chilean hospital. **Human Resources For Health**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.290-296, 11 jul. 2018.

FARAJ, S., XIAO Y. Coordination in fast-response organizations. **Manag Sci**. 2006; vol. 52; p.1155–69.

FITCH, M; DASGUPTA, T.; FORD, B. Achieving Excellence in Palliative Care: Perspectives of Health Care Professionals. **Asia-pacific Journal of Oncology Nursing**, [s.l.], v. 3, n. 1, p.66-72, 2016. Medknow. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4103/2347-5625.164999>. Acesso em: 21 ago. 2018.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre; Editora: UFRGS, 2009.

GITTELL JH, WEINBERG D, PFEFFERLE S, BISHOP C. Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: a study of nursing homes. **Hum Resour Manag J**. 2008; vol.18 p.154–70.

GOH, T. ; ECCLES, M. Team climate and quality of care in primary health care: a review of studies using the Team Climate Inventory in the United Kingdom. **Bmc Research Notes**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.222-231, 2009.

GOSLING, A. S. Clinical Team Functioning and IT Innovation: A Study of the Diffusion of a Point-of-care Online Evidence System. **Journal Of The American Medical Informatics Association**, 28 jan. 2003 [s.l.], v. 10, n. 3, p.244-251.

GRABER, M.L., et al. The next organizational challenge: finding and addressing diagnostic error. **Jt Comm J Qual Patient Saf**. 2014;40:102–10.

HAIR, Josefh. F. Júnior, et al. *Análise Multivariada De Dados*. 5ed. Porto Alegre: **Bookman**.

HORN, J. L.. A rationale and technique for estimating the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 1965, 30(1), 179-185.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO/UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – HCFMRP/USP. **Relatório de Gestão Hospital das Clínicas e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto** – Universidade de São Paulo; 2017.

HUGHES et al. Saving lives: a meta-analysis of team training in healthcare. **J Appl Psychol**. 2016; vol.101p.12-66.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Grandes Regiões, as Unidades da Federação e os municípios - 2013**. Consultado em 29 de setembro de 2016.

JONES, A., JONES, D. Improving teamwork, trust and safety: an ethnographic study of an interprofessional initiative. **J Interprof Care** 2011; vol.25 p.81-175.

KATZENBACH, J.; SMITH, D. The wisdom of teams: Creating the high performance organization. Boston Ma: Mckinsey & Company, **Harvard Business School Press**. Inc., 1993. p .295 .

KIVIMÄKI, M., ELOVAINIO, M. “A Short Version of the Team Climate Inventory: Development and Psychometric Properties.” **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, 1999; vol.72 (2) p.241–246.

KIVIMÄKI, M. et al. (1997). The team climate inventory (TCI)—four or five factors? Testing the structure of TCI in samples of low and high complexity jobs. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, vol.70(4), p. 375–389.

KLIN, R. B. (2011). Principles and practice of Structural Equation Modeling. 3th. The Guilford Press: **New York, London**.

KOIVUNEN, M. et al. Team climate and attitudes toward information and communication technology among nurses on acute psychiatric wards. **Informatics For Health And Social Care**, [s.l.], v. 40, n. 1, p.79-90, 6 jan. 2014.

KOSSAIFY, A.; HLEIHEL, W.; LAHOUD, J. C. Team-based efforts to improve quality of care, the fundamental role of ethics, and the responsibility of health managers: monitoring and management strategies to enhance teamwork. **Public Health**, [s.l.], dez. 2017 v. 153, p.91-98..

LAPIERRE, A.; LEPAGE, J. G.; LEFEBVRE, H. La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé aux urgences : une revue de la littérature. **Banque de Donn É es En Santé Publique**, Issn 0297-2964 Fra, v. 95, n. 129, p.73-88, jun. 2017.

LEMIEUX-CHARLES, L.; MCGUIRE, W. L. What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature. **Medical Care Research And Review**, [s.l.], v. 63, n. 3, p.263-300, jun. 2006.

LEONG et al. Effects of perioperative briefing and debriefing on patient safety: a prospective intervention study **BMJ Open** 2017; vol.7p.18-367.

LOO R, LOEWEN P. A Confirmatory Factor-Analytic and Psychometric Examination of the Team Climate Inventory: Full and Short Versions Small Group Research. **Sage ournals**, 2002; 33 (2), 254-265.

LORENZO Ubano Seva, Ferrando Pere J. FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. **Behavior Research Methods**, 2006; vol. 38(1), p. 8-91.

M. BURKE, A. KEOGH; N815 IBD Team Climate Inventory: finding solutions to team challenges, **Journal of Crohn's and Colitis**, Volume 11, Issue suppl\_1, 1 February 2017, Pages S498.

MANSER T.. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. **Acta Anaesthes Scand** 2009; vol 53 p.143–51.

MATHISEN, G. E. et al. Climate for work group creativity and innovation: Norwegian validation of the team climate inventory (TCI). **Scandinavian Journal Of Psychology**, nov. 2004 [s.l.], v. 45, n. 5, p.383-392..

MCAULIFFE, E. et al. Collective leadership and safety cultures (Co-Lead): protocol for a mixed-methods pilot evaluation of the impact of a co-designed collective leadership intervention on team performance and safety culture in a hospital group in Ireland **BMJ Open** 2017; vol.7; p.175-69.

MEIER, Curtis. Importance of good teamwork in urgent care services. *Emergency Nurse*, **RCN Publishing Ltd** nov. 2014 [s.l.], v. 22, n. 7, p.32-36.

MORGAN, S.; PULLON, S; MCKINLAY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. **International Journal Of Nursing Studies**, Elsevier BV. jul. 2015 [s.l.], v. 52, n. 7, p.1217-1230.

MUNDTAB, M. P. et al. Primary care team communication networks, team climate, quality of care, and medical costs for patients with diabetes: A cross-sectional study **International Journal of Nursing Studies** Vol 58, June 2016, Pages 1-11.

NAKAYAMA D. K., et al. Using a plan-do-study-act cycle to introduce a new or service line. **AORN J**. 2010 vol. 92 p.335–43.

OLIVEIRA, R. M. et al. Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review\*. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.] v. 50, n. 4, p.695-704, ago. 2016. [Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000500021](http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000500021).

OLIVEIRA, R. M. et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n.1, p.104-113, Feb. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100014> Acesso: Acesso em 25 ago 2018

ORCHARD C, RYKHOFF M. Collaborative leadership within inter-professional practice. In Forman D, Jones M, Thistlewaite J, eds. *Leadership and Collaboration: Further Developments for Interprofes-sional Education*. **New York: Palgrave Macmillan**; 2015: pp 71–94.

Ouwens, M. et al. The Team Climate Inventory: application in hospital teams and methodological considerations. **Quality and Safety In Health Care**, **BMJ** 1 ago. 2008 [s.l.], v. 17, n. 4, p.275-280.

PARKER, V., et al. Tracheostomy management in acute care facilities—a matter of teamwork. *J Clin Nurs. Wiley Online Library* 2010; v.19: ed 9-10.

PASQUALI, Luiz. Psicometria. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, Dec. 2009 v. 43, n. spe, p. 992-999, . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000500002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500002&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 23 Ago. 2018

PATTERSON M. Det al. . L. In situ simulation: detection of safety threats and teamwork training in a high-risk emergency department. **BMJ Qual Saf.** 2012 ;22:bmjqs-2012.

PEDUZZI, M et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 4, p. 977-983, Ago. 2013. disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000400029>.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 35, n. 1, p.103-109, fev. 2001. . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102001000100016>>. Acesso em 25 ago 2018

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F.. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 22, supl. 2, p. 1525-1534,2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 03 jan. 2019.<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.

POULTON, B. C.; WEST, M. A. The determinants of effectiveness in primary health care teams. **Journal of Interprofessional Care**, jan 1999 [s.l.], v. 13, n. 1, p.7-18.

PRIMI, R.; MUNIZ, M.; NUNES, C. H. S. Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. In: HUTZ, C. (Ed.). . **Avanços e polêmicas em avaliação psicológica. São Paulo: Casa do Psicólogo**, 2009. p. 243–265. disponível em: <https://docplayer.com.br/8475012-Definicoes-contemporaneas-de-validade-de-testes-psicologicos.html> Acesso em 17 set. 2018

PROUDFOOT, J. et al. Team climate for innovation: what difference does it make in general practice? **International Journal For Quality in Health Care**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.164-169.

RAGAZZONI, P. et al. Research note. **Journal of Managerial Psychology**, jun. 2002 [s.l.], v. 17, n. 4, p.325-336.

REEVES, S., LEWIN, S., ESPIN, S, ZWARENSTEIN, Merrick. Interprofessional teamwork for health and social care. **Oxford, UK: Blackwell-Wiley.** 2010

REEVES, S; XYRICHIS, Andreas; ZWARENSTEIN, Merrick. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of

interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**, 13 nov. 2017 [s.l.], v. 32, n. 1, p.1-3.

REIMER, T.. et al. Cancer Center Clinic and Research Team Perceptions of Identity and Interactions. **Journal of Oncology Practice**, dez. 2017. [s.l.], v. 13, n. 12, p.1021-1029.

REIS, L. S. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, Jun 2013 v. 34, n. 2, p. 118-124.

RICHTER, J. et al. How Differences Between Manager and Clinician Perceptions of Safety Culture Impact Hospital Processes of Care. **Journal of Patient Safety**, ago 2017 [s.l.], p.00-00.

SALAS, E.; REYES, D. L.; MCDANIEL, S. H. The science of teamwork: Progress, reflections, and the road ahead. **American Psychologist**, [s.l.], maio 2018 v. 73, n. 4, p.593-600.

SANGALETI, C. et al. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings. **Jbi Database Of Systematic Reviews And Implementation Reports**, [s.l.], nov 2017 v. 15, n. 11, p.2723-2788.

SANTOS, F. D. et al. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão de literatura. **Rev. Eletrônica saúde mental álcool e drogas**, São Paulo, 2010 v.6, n.1, p.16.

SCHMUTZ J., HOFFMANN F., HEIMBERG E., MANSER T. Effective coordination in medical emergency teams: the moderating role of task type. *Eur J Work Organ Psy.* 2015;24:761–76.

SERNEELS, Pieter; LIEVENS, Tomas. Microeconomic institutions and personnel economics for health care delivery: a formal exploration of what matters to health workers in Rwanda. **Human Resources for Health**, 26 jan. 2018 [s.l.], v. 16, n. 1, p.60-77.

SILVA, M. C. Adaptação transcultural e validação de instrumento de avaliação de trabalho em equipe: Team Climate Inventory no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil. 2014. Dissertação (Mestrado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) - **Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2014.

SKINNER, S. et al. Medical Error Avoidance in Intraoperative Neurophysiological Monitoring: The Communication Imperative **Journal of Clinical Neurophysiology**: November 2017 - Volume 34 - Issue 6 - p 477–483.

SOUZA, G. C. et al. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, ago 2016 [s.l.], v. 50, n. 4, p.642-649, ago. 2016.

- STRATING, M. M.; NIEBOER, A. P. Psychometric test of the Team Climate Inventory-short version investigated in Dutch quality improvement teams. **Bmc Health Services Research**, 24 jul. 2009. [s.l.], v. 9, n. 1, p.72-86.
- TAWFIK, D S. et al. Context in Quality of Care. *Clinics In Perinatology*, **Elsevier BV** set. 2017 [s.l.], v. 44, n. 3, p.541-552.
- TAYLOR, C. et al. Benefits of multidisciplinary teamwork in the management of breast cancer. **Breast Cancer: Targets and Therapy**, ago. 2013 [s.l.], p.79-85.
- WANG, D., WALDMAN, D. A., & ZHANG, ZA meta-analysis of shared leadership and team effectiveness. **Journal of Applied Psychology**, . (2014). 99(2), 181-198.
- WEST, M. A. et al. Collective leadership for cultures of high quality health care. **Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance**, 2 set. 2014 [s.l.], v. 1, n. 3, p.240-260.
- WEST, M A.; LYUBOVNIKOVA, J. Illusions of team working in health care. **Journal of Health Organization And Management**, 15 mar. 2013 [s.l.], v. 27, n. 1, p.134-142.
- WEST, M.; RICHTER, A. W. Team climate and effectiveness outcomes. In: ASHKANASY Neal M.; WILDEROM, Celeste P.; PETERSON, Mark F. (Eds.). *Handbook of organizational culture and climate* (p. 249–270). **Thousand Oaks, CA: Sage, 2011**.
- WYND, C. A.; SCHMIDT, B; SCHAEFER, M. A. Two Quantitative Approaches for Estimating Content Validity. **Western Journal of Nursing Research**, ago. 2003 [s.l.], v. 25, n. 5, p.508-518.
- ZOHAR D, WERBER Y. T., MAROM R, et al. Modifying head nurse messages during daily conversations as leverage for safety climate improvement: a randomised field experiment **BMJ Qual Saf** 2017;26:653-662.

## Apêndices

### Apêndice - A

#### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA APLICAÇÃO DA ESCALA CTE (Resolução 466/2012 do CNS)

#### **Adaptação e Validação do Team Climated Inventory: escala de clima do trabalho em equipe hospitalar e especializado no Brasil**

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**Validação da Escala de Clima de Equipe no contexto hospitalar brasileiro**”, coordenada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos/SP, realizada pela pesquisadora mestrande En<sup>f</sup> Milena Balthazar de Souza Ribeiro.

O objetivo geral deste estudo é a realizar a adaptação da Escala de Clima de Equipes (ECE) para contexto hospitalar. E os objetivos específicos: Aplicar a Escala de Clima de Equipes (ECE) em equipes hospitalares no município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo.

O trabalho em equipe consiste em uma estratégia de organização das práticas de saúde para superar a fragmentação da atenção no SUS com integração sistêmica entre ações, serviços e qualificação da gestão do cuidado frente aos desafios sanitários atuais.

Você foi selecionado por ser trabalhador de um serviço da Atenção Hospitalar do Município de Ribeirão Preto, cidade em que o estudo será realizado. Sua participação ocorrerá por meio do preenchimento do questionário sobre o clima do trabalho em equipe, instrumento autoaplicável composto por 38 itens e quatro fatores: participação na equipe, apoio para novas ideias, objetivos da equipe e orientação para as tarefas. O preenchimento adequado é fundamental para que o estudo alcance os resultados esperados relacionados à análise do trabalho em equipe e o não preenchimento ou recusa em participar não implicará em danos, penalização ou prejuízo.

O tempo estimado para o preenchimento do instrumento é de 20 minutos. Esse tempo será concedido ao participante conforme a disponibilidade na rotina de trabalho, combinados junto a chefia e equipe do setor previamente. Para participar da pesquisa, não é necessário gasto financeiro, todavia, este será ressarcido caso isto acontecer, tendo direito à indenização caso ocorram danos decorrentes da pesquisa conforme preconizado na Resolução 466/12, sobre os direitos dos participantes em pesquisas com seres humanos.

As perguntas do questionário não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas

pausas no preenchimento do questionário, podendo interrompê-lo a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento do preenchimento do questionário, por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-lo e encaminhá-lo para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Você foi informado sobre o objetivo da pesquisa de maneira clara e detalhada. Esclareceu suas dúvidas e sabe que sua colaboração é voluntária. Tem conhecimento que os dados, tanto profissionais quanto pessoais, fornecidos serão estritamente confidenciais e que em qualquer momento poderá solicitar novas informações e modificar sua decisão, se assim o desejar, em qualquer fase da pesquisa

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a organização do trabalho em equipes nos serviços de saúde, para a construção de novos conhecimentos e para a identificação de novas alternativas e possibilidades para o fortalecimento do trabalho em equipe. A pesquisadora realizará o acompanhamento de todos os procedimentos e atividades desenvolvidas durante o trabalho.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo, seja em sua relação com a pesquisadora, a Instituição em que trabalha, a Universidade Estadual de São Paulo (USP) ou a Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR).

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento ligando diretamente para a pesquisadora responsável Milena Balthazar de Souza Ribeiro, telefone (16) 98261-9013, ou email: milenaenf@gmail.com

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)**

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora responsável Enfª Milena Balthazar de Souza Ribeiro

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

## Apêndice - B

### CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

#### Pesquisa:

Prezado participante, você recebeu um instrumento com duas partes: a primeira com questões sobre a caracterização do participante e a segunda com a Escala de Clima de Equipe. Contamos com sua colaboração e reforçamos o compromisso com a garantia do seu anonimato e sigilo na divulgação dos dados da pesquisa. Cordialmente, a equipe de pesquisa agradece.

1. Nome do participante: \_\_\_\_\_

2. Horário de início do preenchimento do instrumento: \_\_\_\_\_

3. Data da coleta: \_\_\_\_\_

4. Pesquisador: \_\_\_\_\_

5. Setor do Hospital: \_\_\_\_\_

6. Indique de qual equipe você faz parte: \_\_\_\_\_

Para responder considere o tempo de trabalho (semanal) com a equipe em que haja ações conjuntas e interações estabelecidos

7. Há quanto tempo está inserido nessa equipe de trabalho?

( ) Menos de um ano. Especifique \_\_\_\_\_ meses

( ) De um a cinco anos                      ( ) De seis a 10 anos

( ) De 11 a 15 anos                          ( ) De 16 a 20 anos

( ) De 21 a 25 anos                         ( ) De 26 a 30 anos

( ) Mais de 30 anos

8. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

9. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Outro \_\_\_\_\_

10. Atuação Profissional na unidade:

( ) Auxiliar administrativo

( ) Auxiliar de limpeza

( ) Auxiliar ou técnico de Enfermagem

( ) Enfermeiro

( ) Fisioterapeuta

- ( ) Fonoaudiólogo  
 ( ) Médico  
 ( ) Nutricionista  
 ( ) Terapeuta Ocupacional  
 ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**11. Escolaridade/Formação**

- ( ) Ensino Fundamental  
 ( ) Ensino Médio/Técnico profissionalizante ( ) Em qual área? \_\_\_\_\_  
 ( ) Concluído ( ) Andamento  
 ( ) Ensino Superior ( ) Em qual área? \_\_\_\_\_ ( ) Concluído ( ) Andamento  
 ( ) Especialização ( ) Em qual área? \_\_\_\_\_ ( ) Concluído ( ) Andamento  
 ( ) Mestrado ( ) Em qual área? \_\_\_\_\_ ( ) Concluído ( ) Andamento  
 ( ) Doutorado ( ) Em qual área? \_\_\_\_\_ ( ) Concluído ( ) Andamento  
 ( ) Outros. Especifique: \_\_\_\_\_  
 ( ) Concluído ( ) Andamento

**12. Modalidade de contratação no Hospital (tipo de contrato):**

- ( ) Por tempo determinado ( ) Por tempo indeterminado

**13. Período em que trabalha:**

- ( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Noturno  
 ( ) Escala Rotativa ( ) Outro Especifique: \_\_\_\_\_

**14. Vínculo de trabalho no Hospital:**

- ( ) Público ( ) Terceirizado OSS e Fundações  
 ( ) Outro Especifique: \_\_\_\_\_

**15. Jornada de trabalho (semanal)**

- ( ) até 12 horas ( ) 13 a 20 horas ( ) 21 a 30 horas  
 ( ) 31 a 40 horas ( ) 40 horas ou mais

**16. Divide carga horária em outro setor? ( ) Sim ( ) Não**

Qual unidade? \_\_\_\_\_

**17. Possui outro vínculo de trabalho neste hospital? ( ) Sim. Especifique: \_\_\_\_\_**

- ( ) Não

**18. Possui outro vínculo de trabalho fora deste hospital? ( ) Sim. Especifique: \_\_\_\_\_**

- ( ) Não

## Anexo 1

### Anexo 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Adaptação e Validação do Team Climated Inventory: escala de clima do trabalho na equipe hospitalar no Brasil

**Pesquisador:** MILENA BALTHAZAR DE SOUZA RIBEIRO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 71735317.3.3001.5440

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.306.269

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa da instituição proponente Universidade de São Carlos. O HCFMRP\_USP será uma coparticipante da pesquisa.

#### Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

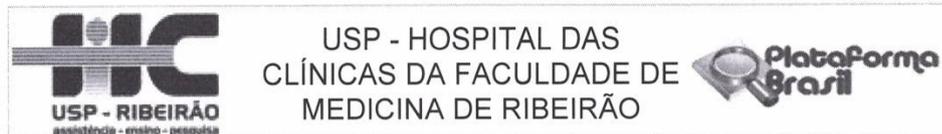
#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados na Plataforma Brasil e estão de acordo com as normas éticas vigentes. Apresentou carta de anuência do responsável pelo local de coleta no HCFMRP-USP.

#### Recomendações:

Não há.

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
**Bairro:** MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900  
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO  
**Telefone:** (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 2.306.269

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O CEP concorda com o parecer da instituição proponente e aprova o HCFMRP-USP como coparticipante da pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

"O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar".

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_956244.pdf	03/09/2017 22:58:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.doc	03/09/2017 22:57:39	MILENA BALHAZAR DE SOUZA RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	03/09/2017 22:55:37	MILENA BALHAZAR DE SOUZA RIBEIRO	Aceito
Outros	autorizacao2.pdf	30/08/2017 00:32:37	MILENA BALHAZAR DE SOUZA RIBEIRO	Aceito
Outros	autorizacao1.pdf	30/08/2017 00:32:14	MILENA BALHAZAR DE SOUZA RIBEIRO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_956244.pdf	04/07/2017 19:31:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa_detalhado.doc	04/07/2017 19:30:08	MILENA BALHAZAR DE SOUZA RIBEIRO	Aceito
Outros	TCL_escala_de_clima_equipe.docx	04/07/2017 19:29:31	MILENA BALHAZAR DE SOUZA RIBEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisador.docx	04/07/2017 17:43:43	MILENA BALHAZAR DE SOUZA RIBEIRO	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900  
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



USP - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA FACULDADE DE  
MEDICINA DE RIBEIRÃO

Continuação do Parecer: 2.306.269

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_para_realizacao_da_pesquisa.docx	04/07/2017 17:34:29	MILENA BALTHAZAR DE SOUZA RIBEIRO	Aceito
Orçamento	Orçamento.docx	04/07/2017 17:31:59	MILENA BALTHAZAR DE SOUZA RIBEIRO	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	04/07/2017 17:31:41	MILENA BALTHAZAR DE SOUZA RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/07/2017 17:29:12	MILENA BALTHAZAR DE SOUZA RIBEIRO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.docx	04/07/2017 15:54:51	MILENA BALTHAZAR DE SOUZA RIBEIRO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIBEIRAO PRETO, 29 de Setembro de 2017

Assinado por:  
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA  
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900  
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

## Anexo - 2

## ESCALA DE CLIMA DE EQUIPE

Escala com a finalidade de caracterização do Clima do Trabalho em equipes sob a vertente dos fatores: participação na equipe, apoio a novas idéias, objetivos da equipe e orientação para tarefas. Validada no Brasil por Silva (2016).

**PARTE 1: PARTICIPAÇÃO NA EQUIPE:** Esta parte se refere à participação que existe na equipe. Faça um círculo em torno da resposta mais adequada para cada pergunta.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nós geralmente compartilhamos informações na equipe ao invés de guardá-las para nós mesmos	1	2	3	4	5
2. Nós temos a atitude "estamos nesta juntos"	1	2	3	4	5
3. Nós nos influenciamos mutuamente	1	2	3	4	5
4. As pessoas mantêm as demais informadas sobre as questões relacionadas com o trabalho na equipe	1	2	3	4	5
5. As pessoas se sentem compreendidas e aceitas umas pelas outras	1	2	3	4	5
6. Os pontos de vistas de cada um são ouvidos mesmo se estiverem em minoria	1	2	3	4	5
7. Há tentativas reais de compartilhar informações por toda a equipe	1	2	3	4	5
8. Estamos constantemente em contato	1	2	3	4	5

9. Interagimos frequentemente	1	2	3	4	5
10. Há muita colaboração entre os membros da equipe, cedendo quando necessário	1	2	3	4	5
11. Temos contato como equipe	1	2	3	4	5
12. Os membros da equipe se reúnem frequentemente para conversas formais e informais	1	2	3	4	5

**PARTE 2: APOIO PARA IDEIAS NOVAS:** Esta parte trata das atitudes em relação com as mudanças na equipe. Por favor, indique quanto você concorda ou discorda com cada uma das declarações a seguir como descrição da sua equipe fazendo um círculo em torno do número adequado.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Esta equipe está sempre buscando o desenvolvimento de novas respostas	1	2	3	4	5
2. Há ajuda para o desenvolvimento de ideias novas quando necessário	1	2	3	4	5
3. Esta equipe é aberta e responde a mudanças	1	2	3	4	5
4. As pessoas nesta equipe estão sempre procurando novas maneiras de analisar os problemas	1	2	3	4	5
5. Nesta equipe dedicamos o tempo necessário para desenvolver ideias novas	1	2	3	4	5
6. As pessoas nesta equipe cooperam para ajudar a desenvolver e aplicar ideias novas	1	2	3	4	5

7. Os membros da equipe fornecem e compartilham recursos que ajudam na adoção de ideias novas	1	2	3	4	5
8. Os membros da equipe apoiam novas ideias e sua aplicação	1	2	3	4	5

**PARTE 3: OBJETIVOS DA EQUIPE:** Esta parte do questionário se refere aos objetivos de sua equipe. As seguintes afirmações se referem à sua compreensão dos objetivos de sua equipe. Circule o número que indica apropriadamente o quanto cada afirmação descreve sua equipe.

	De nenhum modo		Um tanto			Completamente	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Quanto está claro para você quais são os objetivos da equipe?	1	2	3	4	5	6	7
2. Até que ponto você acha que tais objetivos são úteis e apropriados?	1	2	3	4	5	6	7
3. Quanto você está de acordo com esses objetivos?	1	2	3	4	5	6	7
4. Até que ponto você acha que os outros membros da equipe concordam com estes objetivos?	1	2	3	4	5	6	7
5. Até que ponto você acha que esses objetivos são compreendidos claramente pelos outros membros da equipe?	1	2	3	4	5	6	7
6. Até que ponto você acha que os objetivos da equipe possam ser realmente alcançados?	1	2	3	4	5	6	7
7. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para você?	1	2	3	4	5	6	7
8. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a equipe?	1	2	3	4	5	6	7
9. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a sociedade em geral?	1	2	3	4	5	6	7
10. Até que ponto você pensa que	1	2	3	4	5	6	7

esses objetivos são realistas e podem ser atingidos?							
11. Até que ponto você acha que os membros da sua equipe estão comprometidos com estes objetivos?	1	2	3	4	5	6	7

**PARTE 4: ORIENTAÇÃO PARA AS TAREFAS:** Esta parte é sobre como você sente que a equipe monitora e avalia o trabalho que faz. Considere até que ponto cada uma das seguintes questões descrevem a sua equipe. Favor circular a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe.

	Pouco		Até certo ponto			Muito	
1. Os seus colegas de equipe contribuem com ideias úteis e apoio prático para possibilitar que você realize o trabalho da melhor maneira possível?	1	2	3	4	5	6	7
2. Você e seus colegas monitoram uns aos outros para manter um alto padrão de trabalho?	1	2	3	4	5	6	7
3. Os membros da equipe estão preparados para questionar os princípios do que a equipe está fazendo?	1	2	3	4	5	6	7
4. A equipe avalia, de maneira crítica, possíveis fragilidades no que está fazendo para atingir o melhor resultado possível?	1	2	3	4	5	6	7
5. Os membros da equipe complementam as ideias, uns dos outros, de modo a alcançar o melhor resultado possível?	1	2	3	4	5	6	7
6. Há uma preocupação real entre os membros da equipe de que a mesma deve atingir os mais altos padrões de desempenho?	1	2	3	4	5	6	7
7. A equipe tem critérios claros que os membros tentam cumprir para alcançar excelência como equipe?	1	2	3	4	5	6	7

Horário de término do preenchimento do instrumento: \_\_\_\_\_