



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO - PEP
GRUPO DE EXTENSÃO E PESQUISA EM ERGONOMIA - GREPE

PAULO RICARDO FERNANDES DE LIMA

**ANÁLISE DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA MATERNIDADE
DE ALTA COMPLEXIDADE COMO UMA FORMA DE PREVENÇÃO E MITIGAÇÃO
DE EVENTOS ADVERSOS: UMA CONTRIBUIÇÃO DA ERGONOMIA
ORGANIZACIONAL À SEGURANÇA DO PACIENTE**

NATAL
2021

PAULO RICARDO FERNANDES DE LIMA

ANÁLISE DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA MATERNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE COMO UMA FORMA DE PREVENÇÃO E MITIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS: UMA CONTRIBUIÇÃO DA ERGONOMIA ORGANIZACIONAL À SEGURANÇA DO PACIENTE

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção (PEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), como requisito necessário para a obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção.

Linha de Pesquisa: Ergonomia, Engenharia do Produto e Engenharia de Sustentabilidade.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo José Matos de Carvalho

NATAL
2021

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Central Zila Mamede

Lima, Paulo Ricardo Fernandes de.

Análise da cultura de segurança do paciente em uma maternidade de alta complexidade como uma forma de prevenção e mitigação de eventos adversos: uma contribuição da ergonomia organizacional à segurança do paciente / Paulo Ricardo Fernandes de Lima. - 2021. 208f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Tecnologia, Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Natal, 2022.

Orientador: Dr. Ricardo José Matos de Carvalho.

1. Ergonomia organizacional - Dissertação. 2. Saúde - Dissertação. 3. Gestão - Dissertação. 4. Cultura de segurança do paciente - Dissertação. 5. Avaliação - Dissertação. 6. Maternidade - Dissertação. I. Carvalho, Ricardo José Matos de. II. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 658.5

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
CENTRO DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO - PEP
GRUPO DE EXTENSÃO E PESQUISA EM ERGONOMIA - GREPE

**ANÁLISE DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA MATERNIDADE
DE ALTA COMPLEXIDADE COMO UMA FORMA DE PREVENÇÃO E MITIGAÇÃO
DE EVENTOS ADVERSOS: UMA CONTRIBUIÇÃO DA ERGONOMIA
ORGANIZACIONAL À SEGURANÇA DO PACIENTE**

PAULO RICARDO FERNANDES DE LIMA

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN, COMO REQUISITO NECESSÁRIO
PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

29 de dezembro de 2021

PAULO RICARDO FERNANDES DE LIMA – PESQUISADOR

Aprovado por:

PROF. DR. RICARDO JOSÉ MATOS DE CARVALHO - PEP/UFRN - ORIENTADOR / PRESIDENTE

PROFA. DR^a. MARIA CHRISTINE WERBA SALDANHA – PPGE/UFPB

PROFA. DR^a. CARLA ALMEIDA VIVACQUA – PEP/UFRN

“Pode parecer um estranho princípio enunciar que o primeiro dever de um hospital é não causar mal ao paciente”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial, à minha mãe e ao meu pai (*in memoriam*), por sempre acreditarem em mim, dando-me todo o suporte que precisei, na medida de suas possibilidades, durante todos estes anos de vida acadêmica, e, principalmente, acreditando que, devido a nossas condições, estudar era melhor herança e apoiar incondicionalmente os estudos de alguém também é uma forma de dizer “Eu te amo”. A vocês, minha eterna gratidão.

Ao professor Dr. Ricardo Matos, que desde o início desta jornada foi responsável pelo repasse de conhecimentos teóricos e práticos inestimáveis, por meio das disciplinas curriculares cursadas durante o mestrado e através das reuniões de orientação desta pesquisa. Sempre compreensivo às minhas demandas externas, em todos os momentos acreditou neste projeto. Mas seus ensinamentos foram além do espaço acadêmico. De forma transversal, com posicionamentos e visões de mundo que também me marcaram de forma muito especial. Muito obrigado por tudo!

Agradeço também à instituição que me possibilitou a realização do estudo e a todos os funcionários que nela trabalham, em especial, aos do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que desde os primeiros contatos se mostram super receptivos e acolhedores com o pesquisador e o orientador de pesquisa. Sem a colaboração de vocês este trabalho não teria se concretizado.

Aos meus colegas do Grupo de Extensão e Pesquisa em Ergonomia (GREPE), por todos os momentos vivenciados, desde os mais atribulados como entregas e apresentação de trabalhos, organizações de jornadas, até os mais leves e descontraídos. Obrigado pela troca de dados, informações, indicações, referências bibliográficas, mas sobretudo, pelo apoio e carinho. Levarei boas recordações.

Agradeço também à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e também ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção (PEP) pelo apoio institucional e também pela colaboração para que este momento se realizasse.

Por fim, agradeço aos membros desta banca de defesa de mestrado, por aceitarem participar deste momento tão importante para mim e por engrandecê-lo com contribuições valiosas.

RESUMO

A preocupação por ações afirmativas visando à qualidade em serviços hospitalares tem crescido muito nas últimas décadas. Uma das medidas que ganhou força entre pesquisadores e gestores da área, recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foi o investimento na cultura de segurança do paciente (CSP). Contudo, esta não é uma tarefa simples. Os desafios neste campo vão desde a análise, mensuração, avaliação e classificação do tipo de cultura atual existente em um sistema, até a implantação de medidas estratégicas que visem ao fomento e ao fortalecimento de uma cultura interna eficiente. Este projeto tem o objetivo de analisar e diagnosticar a cultura de segurança do paciente (CSP) em uma maternidade-escola pública de alta complexidade, localizada na cidade de Natal, Brasil, como forma de entender a relação entre a CSP e a ocorrência de eventos adversos e de evitá-los ou mitigá-los. Inicialmente, foram feitas buscas bibliográficas em sítios e bases de dados internacionais como Scopus, CAPES e PubMed com foco em estudos e pesquisas que tratassem da cultura de segurança do paciente e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e a segurança do paciente nos serviços de saúde. O local da pesquisa de campo – o estudo de caso - foi a Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC). A pesquisa se classifica como descritiva, exploratória, documental, com um teor quali-quantitativo em um estudo de caso. A coleta de dados foi norteadada pelo modelo *Systems Engineering Initiative for Patient Safety* (SEIPS), que é um modelo desenvolvido para se compreender o sistema de trabalho e a segurança do paciente, a partir da abordagem da engenharia de sistemas. Algumas etapas da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) foram fundamentais no decorrer das atividades. Para a coleta de dados com o Grupo de Foco I (profissionais de saúde da maternidade), foi aplicado o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos, conseguindo-se uma amostra de 98 funcionários. O instrumento de pesquisa abordou 12 dimensões gerais que impactam a CSP de uma organização de saúde. Os dados coletados foram tratados e apresentados para discussões com o Grupo de Foco II (gestores e líderes da maternidade), através de ações conversacionais em reunião com 25 gestores e líderes da maternidade. As verbalizações do Grupo de Foco II foram analisadas via Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O coeficiente Alfa de Cronbach foi testado para fins de validação estatística de normalidade, quanto aos dados obtidos pela aplicação do HSOPSC. Para tratamento dos dados, utilizaram-se os *softwares* MS Excel, Atlas.Ti, VosViewer. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRN, sob o Parecer nº 4.523.836. Os resultados apontaram que a maternidade possui uma cultura de segurança do paciente com fortes características burocráticas ou calculativas. De modo geral, as percepções negativas (40,7%) de CSP superaram às positivas (30,1%). Quase todas as dimensões analisadas apresentaram fragilidades, destacando-se neste sentido com baixos índices de positividade: o Dimensionamento de Pessoal (5,6%); Respostas não punitivas a erros (8,2%) e a Transição do cuidado do paciente (27,1%). Por outro lado, as dimensões que obtiveram os melhores *feedbacks* foram: ações do supervisor/chefe de setores (50,2%) e o trabalho em equipe na própria unidade de trabalho para ações de segurança do paciente (47,0%). Os principais contrantes percebidos que impactam negativamente a CSP da maternidade, com expressivos índices de negatividade e, por conseguinte, contribuindo para o surgimento de eventos adversos, foram: Insuficiência de funcionários na maternidade para atender a demanda (84,7%); influência do volume de trabalho diário na segurança do paciente (71,4%); perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente entre trocas de turnos e plantões (71,4%); os profissionais temem que seus erros individuais sejam registrados em suas fichas funcionais (71,4%). Com base nas fragilidades percebidas, foi recomendado um conjunto de medidas para sua mitigação.

Palavras-chaves: Ergonomia organizacional, Saúde, Gestão, Cultura de segurança do paciente, Avaliação, Maternidade.

ABSTRACT

The concern for affirmative action aimed at quality in hospital services has grown a lot in recent decades. One of the measures that gained strength among researchers and managers in the area, recommended by the World Health Organization (WHO), was the investment in patient safety culture (CSP). However, this is not a simple task. The challenges in this field range from the analysis, measurement, evaluation and classification of the type of current culture existing in a system, to the implementation of strategic measures aimed at fostering and strengthening an efficient internal culture. This project aims to analyze and diagnose the patient safety culture (CSP) in a high-complexity public school maternity hospital, located in the city of Natal, Brazil, as a way of understanding the relationship between CSP and the occurrence of events, adverse events and to avoid or mitigate them. Initially, bibliographic searches were carried out on international sites and databases such as Scopus, CAPES and PubMed, focusing on studies and research that addressed the patient safety culture and its relationship with the occurrence of adverse events and patient safety in healthcare services. health. The field research site – the case study – was the Januário Cicco Maternity School (MEJC). The research is classified as descriptive, exploratory, documentary, with a qualitative and quantitative content in a case study. Data collection was guided by the Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS) model, which is a model developed to understand the work system and patient safety, from the systems engineering approach. Some steps of the Ergonomic Work Analysis (AET) were fundamental during the activities. For data collection with Focus Group I (maternity health professionals), the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) questionnaire, developed by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) of the United States, was applied. if a sample of 98 employees. The research instrument addressed 12 general dimensions that impact the PHC of a health organization. The collected data were processed and presented for discussions with the Focus Group II (maternity managers and leaders), through conversational actions in a meeting with 25 maternity managers and leaders. The verbalizations of the Focus Group II were analyzed via the Collective Subject Discourse (CSD). Cronbach's Alpha coefficient was tested for the purpose of statistical validation of normality, regarding the data obtained by applying the HSOPSC. For data processing, MS Excel, Atlas.Ti, VosViiewer software were used. The research was authorized by the Research Ethics Committee (CEP) of UFRN, under Opinion No. 4,523,836. The results showed that maternity has a patient safety culture with strong bureaucratic or calculative characteristics. In general, the negative perceptions (40.7%) of CSP surpassed the positive ones (30.1%). Almost all the dimensions analyzed presented weaknesses, standing out in this sense with low rates of positivity: Personnel Dimensioning (5.6%); Non-punitive responses to errors (8.2%) and Patient Care Transition (27.1%). On the other hand, the dimensions that obtained the best feedback were: actions by the supervisor/head of sectors (50.2%) and teamwork in the work unit itself for patient safety actions (47.0%). The main perceived contrasts that negatively impact the CSP of the maternity, with significant levels of negativity and, therefore, contributing to the emergence of adverse events, were: Insufficiency of employees in the maternity to meet the demand (84.7%); influence of daily workload on patient safety (71.4%); loss of important information about patient care between shifts and shifts (71.4%); professionals fear that their individual errors will be recorded in their job records (71.4%). Based on the perceived weaknesses, a set of measures was recommended for their mitigation.

Keywords: Organizational ergonomics, Health, Management, Patient safety culture, Evaluation, Maternity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução de processos judiciais de saúde no Brasil em 2ª instância	20
Figura 2 - Número de NSP no Brasil, separado por unidades federativas	21
Figura 3 - RN: Número de incidências de EAs por tipo de ocorrência	23
Figura 4 - Modelo sociotécnico da macroergonomia	31
Figura 5 - Hierarquia de uma cultura organizacional	43
Figura 6 - Tipologias de culturas organizacionais em empresas tradicionais	44
Figura 7 - Relação dos tipos de culturas organizacionais e fatores organizacionais.....	45
Figura 8 - Aspectos da cultura de segurança	48
Figura 9 - Componentes presentes em uma cultura de segurança efetiva	49
Figura 10 - Evolução dos estágios de cultura de segurança.....	52
Figura 11 - Medidas para a construção de uma cultura segurança do paciente	54
Figura 12 - Fluxograma de procedimento operacional padrão em caso de incidentes ou EAs ..	57
Figura 13 - Modelo SEIPS.....	58
Figura 14 - Buscas bibliométricas em bases de dados sobre o tema de pesquisa.....	69
Figura 15 - Mapa de relacionamentos entre autores/pesquisadores da área da CSP.....	70
Figura 16 - Construção social da pesquisa	80
Figura 17 - Fachada e localização geográfica da MEJC.....	93
Figura 18 - Estado do RN: Divisão por Regionais de Saúde.....	94
Figura 19 - MEJC: Organograma da Superintendência	97
Figura 20 - MEJC: Organograma da Gerência Administrativa (GAD)	98
Figura 21 - MEJC: Organograma da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP)	98
Figura 22 - MEJC: Organograma da Gerência de Atenção à Saúde (GAS).....	99

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Quantidade total de fiscalizações de SST no RN	26
Gráfico 2 - Quantidade de fiscalizações de SST no RN – NR 32	26
Gráfico 3 - Percepções dos profissionais de saúde sobre frequência de incidentes notificados	109
Gráfico 4 - Percepções dos profissionais de saúde sobre <i>feedback</i> e comunicação de erros ..	110
Gráfico 5 - Percepções dos profissionais de saúde sobre aprendizagem organizacional e melhoria contínua na maternidade	113
Gráfico 6 - Percepções dos profissionais de saúde sobre aberturas para comunicações	114
Gráfico 7 - Percepções dos profissionais de saúde sobre ações do supervisor/chefe da minha unidade que favorecem a segurança do paciente.....	116
Gráfico 8 - Percepções dos profissionais de saúde sobre apoio da direção/gerência para ações que favorecem a segurança do paciente (SP)	118
Gráfico 9 - Percepções dos profissionais de saúde sobre respostas não punitivas a erros.....	121
Gráfico 10 - Percepções dos profissionais de saúde sobre dimensionamento de pessoal.....	123
Gráfico 11 - Percepções dos profissionais de saúde sobre trabalho em equipe na sua unidade/setor	126
Gráfico 12 - Percepções dos profissionais de saúde sobre trabalho entre equipes de diferentes setores da maternidade.....	127
Gráfico 13 - Percepções dos profissionais de saúde sobre transições de turnos/plantões de trabalho na maternidade.....	129
Gráfico 14 - Percepções dos profissionais de saúde sobre ações de segurança dentro da maternidade	133
Gráfico 15 - Avaliação geral da segurança do paciente na maternidade.....	134

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Problemas e hipóteses da pesquisa	24
Quadro 2 - Elementos básicos de uma cultura organizacional	42
Quadro 3 - Classificações de cultura de segurança (CS)	51
Quadro 4 - Estágios da cultura de segurança (CS)	51
Quadro 5 - Definições de termos comuns da área da saúde e segurança	55
Quadro 6 - Variáveis analisadas para a determinação de uma CS.....	63
Quadro 7 - Reunião de Conversação: DSC - Perfil de gestores e líderes	141
Quadro 8 - Reunião de Conversação: DSC – Setores ou instituições referência em segurança do paciente	143
Quadro 9 - Reunião de Conversação: DSC – Relação dos gestores com as atividades do NSP	144
Quadro 10 - Reunião de Conversação: DSC - Receptividade interna a ações e mudanças na segurança do paciente.....	150
Quadro 11 - Reunião de Conversação: DSC - Evolução da segurança do paciente na maternidade	151
Quadro 12 - Sessão Coletiva: DSC – Relatos para problemas de dimensionamento pessoal na maternidade	153
Quadro 13 - Sessão Coletiva: DSC – Relatos para problemas na transição do cuidado do paciente na maternidade	155
Quadro 14 - Sessão Coletiva: DSC – Relatos para relacionamentos interpessoais e colaboração entre funcionários de um mesmo setor	156
Quadro 15 - Comentários gerais dos profissionais de saúde sobre a segurança do paciente..	158
Quadro 16 - Matriz de contrantes identificados pela pesquisa	163
Quadro 17 - Sugestões de melhorias aos problemas identificados que impactam a CSP na maternidade	165

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Ergonomia e fatores humanos: Esquema geral.....	34
Tabela 2 - Dimensões de cultura de segurança presentes no PSCHO, SAQ e MSI.....	61
Tabela 3 - Dimensões avaliadas pelo questionário HSOPSC	82
Tabela 4 - Dados gerais da assistência à saúde oferecida pela MEJC	94
Tabela 5 - Número de profissionais da área de saúde, por categoria, presentes na MEJC.....	96
Tabela 6 - Número de funcionários, por categoria, com funções de apoio presentes na MEJC	96
Tabela 7 - Caracterização da amostra da pesquisa por gênero, faixa etária e tempo de profissão	102
Tabela 8 - Caracterização da amostra da pesquisa por grau de escolaridade.....	103
Tabela 9 - Caracterização da amostra da pesquisa por carga de trabalho, interação com pacientes e capacitação na MEJC	103
Tabela 10 - Caracterização da amostra da pesquisa por cargo ou função exercida na MEJC ..	105
Tabela 11 - Caracterização da amostra da pesquisa por setor de atuação na MEJC.....	106
Tabela 12 – Cálculo do coeficiente alfa de Cronbach para o questionário HSOPSC aplicado ..	107
Tabela 13 - Resultado percentual médio por dimensão de CSP na maternidade	135
Tabela 14 - Percentuais positividade de cada uma das dimensões de CSP analisadas	137
Tabela 15 - Melhores quesitos avaliados nas percepções dos profissionais de saúde.....	138
Tabela 16 - Quesitos que obtiveram resultados medianos nas percepções dos profissionais de saúde.....	139
Tabela 17 - Piores quesitos avaliados nas percepções dos profissionais de saúde	140

LISTA DE SIGLAS

Siglas		Siglas	
ABERGO	Associação Brasileira de Ergonomia	IOM	<i>Institute of Medicine</i>
AET	Análise Ergonômica do Trabalho	MEJC	Maternidade Escola Januário Cicco
AG	Análise Global	MSI	<i>Modified Stanford Instrument</i>
AHRQ	<i>Healthcare Research and Quality</i>	NLM	<i>National Library of Medicine</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária	NR	Norma Regulamentadora
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas	NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	OMS	Organização Mundial da Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça	OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
CS	Cultura de Segurança	PSCHO	<i>Patient Safety Culture in Healthcare Organisations Survey</i>
CSP	Cultura de Segurança do Paciente	RN	Rio Grande do Norte
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo	SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
EA	Evento Adverso	SEIPS	<i>Systems Engineering Initiative for Patient Safety</i>
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	SIT	Secretaria de Inspeção do Trabalho
GF	Grupo de Foco	SP	Segurança do Paciente
HFE	<i>Humans Factors Ergonomics</i>	SST	Saúde e Segurança do Trabalho
HRO	<i>High Reliability Organizations</i>	TJMG	Tribunal de Justiça de Minas Gerais
HSC	<i>Health and Safety Commission</i>	TJRJ	Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro
HSE	<i>Health and Safety Executive</i>	TJRN	Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>	TJSP	Tribunal de Justiça de São Paulo
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes	UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
IBSP	Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente	URSAP	Unidades Regionais de Saúde Pública
ID	Instrução da Demanda		
IEA	<i>Internacional Ergonomics Association</i>		
ILO	<i>International Labour Organization</i>		

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO	17
1.2	TEMA, PROBLEMAS E HIPÓTESES	24
1.3	JUSTIFICATIVA	24
1.4	OBJETIVOS	28
1.4.1	Objetivo geral	28
1.4.2	Objetivos específicos	28
1.5	ESTRUTURA DO TRABALHO	28
2	REFERENCIAL TEÓRICO	30
2.1	MACROERGONOMIA	30
2.2	ERGONOMIA	31
2.2.1	Ergonomia organizacional	35
2.2.2	Ergonomia e o trabalho	36
2.3	CULTURA: CONCEITOS E TIPOLOGIAS	39
2.3.1	Cultura Organizacional	41
2.3.2	Cultura de segurança	45
2.3.3	Cultura de segurança hospitalar	48
2.4	CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE – CSP	53
2.4.1	Análise e avaliação em cultura de segurança do paciente	58
3	PESQUISAS RELACIONADAS AO TEMA	63
3.1	BUSCAS EM BASES DE DADOS	67
3.1.1	Interação entre pesquisadores da área	70
4	METODOLOGIA DA PESQUISA	72
4.1	CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	72
4.2	LOCAL DA PESQUISA	75
4.3	MATERIAIS E MÉTODOS	75
4.3.1	Análise Global	75
4.3.2	Instrução da demanda	76
4.3.3	Construção Social	78
4.4	COLETA, TRATAMENTO E ANÁLISES DOS DADOS	81
4.4.1	Instrumentos de coleta de dados	81
4.4.2	Abordagens aos Grupos Focais (GFs)	83
4.4.2.1	Abordagem ao Grupo Focal I (Profissionais de Saúde)	83
4.4.2.2	Abordagem ao Grupo Focal II (Gestores e Líderes)	85
4.4.3	Tratamento e análise dos dados	87
4.4.3.1	Tratamento de dados quantitativos: população, amostra e validações estatísticas	87
4.4.3.2	Tratamento de dados qualitativos	88

4.4.3.3 Softwares de apoio à pesquisa	90
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	91
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	92
5.1 SOBRE A MATERNIDADE.....	92
5.1.1 Origem, fundação e trajetória	92
5.1.2 Estrutura física e tipos de assistências à saúde prestadas pela MEJC.....	94
5.1.3 População de trabalho da MEJC	96
5.1.4 Organograma da MEJC.....	97
5.1.5 O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	99
5.2 LEVANTAMENTO DE DADOS SOBRE CSP NA MEJC	102
5.2.1 Caracterização da amostra – Grupo Focal I	102
5.3 VALIDAÇÃO ESTATÍSTICA DO QUESTIONÁRIO HSOPSC	107
5.4 PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE ASPECTOS QUE INCIDEM SOBRE A CSP: INDICADORES DO HSOPSC.....	108
5.5 BALANÇO GERAL DOS INDICADORES DO QUESTIONÁRIO HSOPSC: PRIORIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES.....	135
5.6 BALANÇO GERAL DOS INDICADORES DO QUESTIONÁRIO HSOPSC: PRIORIZAÇÃO POR QUESITOS	138
5.7 SESSÃO COLETIVA COM GESTORES E LÍDERES (GRUPO FOCAL II).....	141
5.7.1 Resultados do momento de conversação: percepções dos gestores e líderes (GF II) sobre aspectos que incidem sobre a CSP.....	141
5.7.2 Discussões dos resultados: percepções dos gestores e líderes (GF II) sobre os resultados quantitativos dos profissionais de saúde (GF I)	152
5.8 CLASSIFICAÇÃO DA MATERNIDADE QUANTO À TIPOLOGIA DE CULTURA DE SEGURANÇA 159	
5.9 ERGONOMIA ORGANIZACIONAL: MATRIZ DE IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E RECOMENDAÇÕES.....	162
5.10 INICIATIVAS PARA A MITIGAÇÃO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS	164
6 CONCLUSÕES.....	170
6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	170
6.2 SOBRE OS RESULTADOS, AS DISCUSSÕES E AS HIPÓTESES	172
6.3 CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA	173
6.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	175
6.5 SUGESTÕES PARA AMPLIAÇÃO DA PESQUISA	177
REFERÊNCIAS.....	179
APÊNDICES	188
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO HSOPSC ADAPTADO DA AHRQ (2009).....	189
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ANÁLISE GLOBAL (AG)	193

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE	194
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA GESTORES E LÍDERES	197
APÊNDICE E - CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA PESQUISA NA MATERNIDADE	200
APÊNDICE F - ROTEIRO DINÂMICO DE CONVERSAÇÃO.....	201
ANEXOS.....	203
ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISA.....	204
ANEXO B - ESTÁGIOS DE CULTURA DE SEGURANÇA EM ORGANIZAÇÕES	205

1 INTRODUÇÃO

Este documento disserta sobre a pesquisa desenvolvida no mestrado em Engenharia de Produção, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que tem como cerne de exploração científica a cultura de segurança do paciente em uma maternidade-escola na cidade de Natal-RN, Brasil.

Neste capítulo, serão apresentados o tema da pesquisa, no caso, a cultura de segurança do paciente, como ele está inserido no contexto e cenário global da área da saúde, as justificativas para a realização deste estudo, os problemas da pesquisa, suas respectivas hipóteses, os objetivos direcionadores do estudo (geral e específicos) e, por fim, um tópico apresentando a estrutura formal do texto presente neste documento.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O mundo do trabalho, suas transformações ao longo do tempo e os impactos sobre sua organização e sobre os trabalhadores, no tocante às exigências de desempenho, aos modos operatórios, à sua saúde e segurança e aos seus sofrimentos e anseios, sempre estiveram no cerne da preocupação de estudiosos e pesquisadores sobre as dinâmicas do trabalho e seus desdobramentos sociais. Antunes e Praun (2015) apontam que, no último século, temas relacionados às dinâmicas da saúde do trabalhador em ambiente laboral ganharam contornos ainda mais desafiadores, visto que as grandes modificações às quais o trabalho foi submetido (formas de atuação, novos postos de trabalho e suas interações, ferramentas e tecnologias cada vez mais modernas) apresentaram situações com demandas diferenciadas quando comparadas a outrora.

A consequência dessas transformações são as dificuldades relacionadas ao contexto organizacional que essa nova realidade impôs e o desafio de um replanejamento na forma de administrar esse panorama, ou seja, o desenvolvimento de novas habilidades com as funções de compreender e organizar este cenário em constante mutação.

De acordo com a *International Labour Organization* (ILO, 2018), as novas formas de trabalho configuraram-se um avanço à ciência e à produtividade, sobretudo no setor industrial e empresarial, porém apresentaram desafios interessantes quanto ao

equilíbrio entre índices de produção e as condições dignas de trabalho. Esta atmosfera reacendeu o debate sobre a importância de estudos e pesquisas relacionados à colocação, ao impacto e ao desempenho de funcionários em locais de ofício e provocou na ergonomia novas demandas e um olhar mais aprimorado sobre situações até então desconhecidas.

A ergonomia, segundo a *International Ergonomics Association* (IEA, 2020), é uma disciplina focada na “compreensão das interações entre humanos e outros elementos de um sistema, e a profissão que aplica teoria, princípios, dados e métodos para projetar a fim de otimizar o bem-estar humano e o desempenho geral do sistema”. Vidal (2003, p. 4) afirma que a Ergonomia “[...] é a tecnologia de realização de interfaces entre as pessoas e os sistemas, melhor dizendo, estabelecendo uma relação de adequação entre os aspectos humanos presentes na atividade de trabalho e os demais componentes dos sistemas de produção [...]”. O autor complementa que quaisquer formas de interação entre o homem e os elementos presentes no ambiente laboral podem e devem ser objetos de estudo de ergonomistas.

De acordo com a IEA (2006), a ergonomia enquanto ciência possui três grandes domínios ou áreas de atuação: a ergonomia física, a cognitiva e a organizacional. Devido à sua característica multidisciplinar, ela tem a habilidade de integrar-se e, eventualmente, influenciar decisões de outras áreas da ciência, por exemplo, a área da saúde.

A ergonomia é capaz de contribuir de forma contundente para diversos problemas vivenciados na área da saúde, pois, como reforça Vidal (2003), trata-se de uma abordagem científica e aplicada, estando no cruzamento interdisciplinar de vários conteúdos, como a fisiologia, psicologia, *design*, medicina/higiene/saúde e segurança do trabalho.

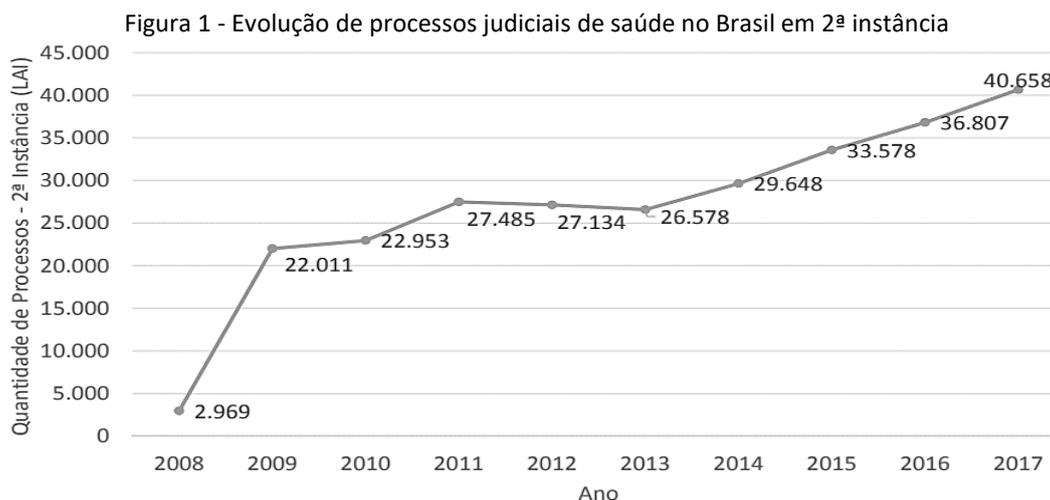
Uma das contribuições possíveis desta ciência direciona-se para o estudo da ocorrência de Eventos Adversos (EAs) na área de saúde. Segundo o *National Quality Forum* (2002), o EA engloba todos os acontecimentos, de caráter negativo ou deficitário, ocorridos durante a prestação de um serviço no ambiente hospitalar, que podem ocasionar danos aos envolvidos, sejam funcionários ou pacientes.

As principais abordagens teóricas sobre os cuidados e prevenção dos EAs estão embasadas no fato de estes atingirem, em grande parte, pacientes, colocando à prova a qualidade do serviço de saúde prestado. O Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente (IBSP, 2019) aponta que grande parte dos EAs ocorrem por problemas de cognição humana dos profissionais.

Segundo o Instituto, o procedimento cirúrgico é o momento mais vulnerável quando se remete ao tema. Em estudo feito com 5.365 procedimentos cirúrgicos, em 2018 nos Estados Unidos, verificou-se que em 188 destes houve ocorrência de EAs. Concluiu-se que mais da metade, em 55% dos casos, o problema deu-se durante a prática cirúrgica. 27% dos EAs ocorreram após o procedimento (período de pós-operatório) e 8% antes da intervenção. Em 5% dos casos registrados, os EAs ocorreram sucessivas vezes.

Os pesquisadores concluíram, via observações, relatos pessoais e relatórios técnicos, que as principais causas dos erros nos procedimentos cirúrgicos são falhas de ordem cognitiva. Em 52% dos casos, os profissionais foram levados a uma ação ou a uma decisão equivocada por problemas de atenção, cansaço, ou por ignorar sinais que iam contra a sua ideia ou por favorecer indícios que reforçassem sua tese (IBSP, 2019).

A ocorrência de EAs nos serviços de saúde tem provocado danos graves e diretos aos envolvidos no setor hospitalar, por meio de agravos à saúde, mas também tem gerado processos judiciais contra instituições promotoras de saúde. O Brasil apresentou, nos últimos anos, uma alta preocupante no número de ações judiciais contra instituições promotoras de saúde, em virtude de lesões e/ou queixas baseadas na ocorrência de EAs. De acordo com dados divulgados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2018), no intervalo de 2008 a 2017, o país apresentou um crescimento expressivo neste campo no período analisado, com aumento ainda mais significativo após o ano de 2013. A Figura 1 mostra essa ascensão.



Entre os maiores Tribunais de Justiça (TJ) do país, destaca-se o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), onde os processos judiciais por EAs em serviços hospitalares configuram 14% dos casos notificados. No Rio de Janeiro (TJRJ) e em Minas Gerais (TJMG), esse percentual salta para 21% e 35%, respectivamente. De forma geral, nestes estados, as maiores queixas recaem sobre problemas com medicação (68,1%) e internação (19%).

O Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte (TJRN) apresentou, no ano de 2017, aproximadamente, 76 queixas judiciais ligadas ao setor de saúde, a cada grupo de 100 mil habitantes (CNJ, 2018). Isso representa um aumento de 71% nas ocorrências judiciais desde o início da série histórica em 2008. Todos esses processos representam, em grande parte, despesas com cifras milionárias às instituições e ao Estado potiguar, tornando-se grandes entraves administrativos e financeiros aos envolvidos.

Por tudo isso, o IBSP (2018) alerta que há uma necessidade urgente de se evitar a ocorrência dos EAs ou minimizá-los no Brasil, fortificando a ideia de que uma das formas de contribuição para a temática é a adoção de medidas voltadas à segurança do paciente, com foco na construção de uma cultura de segurança (CS) interna cujo objetivo é fomentar uma atmosfera organizacional com a finalidade central de diminuir, continuamente, o número de casos de EAs por meio da aprendizagem e melhoria contínua.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2013) acompanha este pensamento ao destacar que:

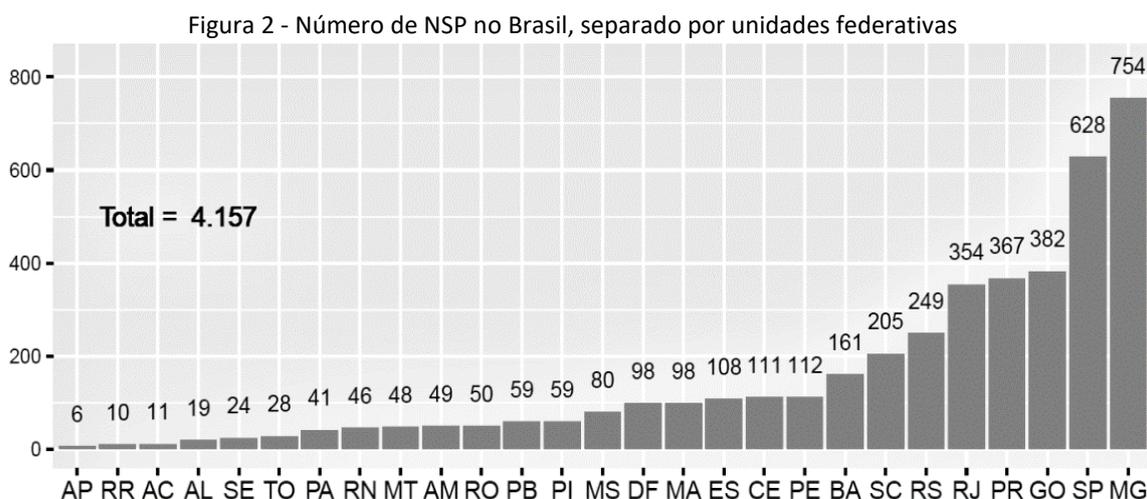
As instituições de pesquisa em saúde reconhecem que as causas de um evento não podem ser simplesmente vinculadas às ações individualizadas dos

profissionais, envolvidos diretamente com o doente, mas à totalidade orgânica do serviço de saúde, indicando maior atenção às exigências do próprio sistema social e de seus subsistemas e instituições. [...] Na complexidade das interações e fatores contribuintes, o desencadeamento do dano depende da criação institucional de sistemas de segurança, que antecipem a ocorrência dos erros latentes e erros ativos, pela interposição de mecanismos necessários à sua interceptação antes que eles ocorram. (ANVISA - Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde, 2013, p.13)

Segundo a RDC Nº 36 “[...], a direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde [...]” (BRASIL, 2013). O plano mencionado trata da série “Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde: implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde” lançado em 2013 pela Anvisa, com atualizações em 2016.

Este foi um passo importante pela busca por excelência e melhoria contínua neste ramo, uma vez que, segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2013), fica a cargo dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs) repassarem as notificações, sobre possíveis acontecimentos não planejados, à unidade prestadora do serviço, e cabe à unidade hospitalar reportar os acontecimentos ao Governo Federal do Brasil.

A partir desta Resolução, iniciou-se o processo de instauração de tais núcleos por todos os estados do Brasil. A Figura 2 mostra o número de NSPs instalados no país, dividido por unidades federativas.



Fonte: Anvisa (2019)

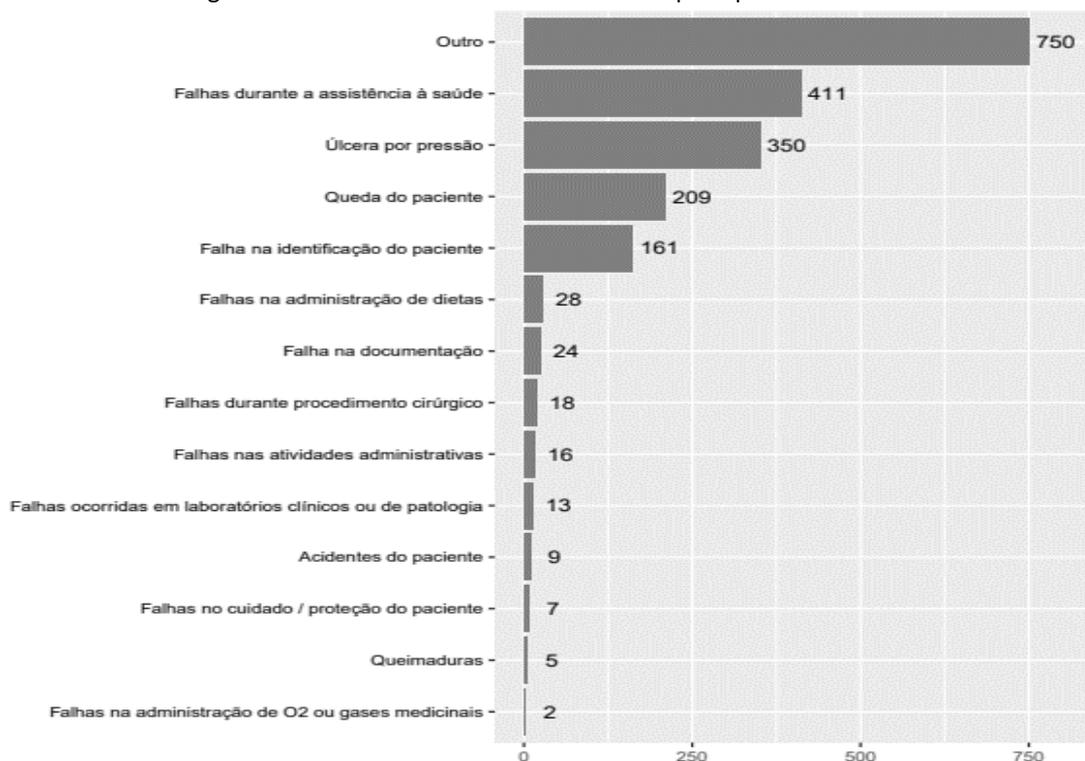
Percebe-se, na Figura 2, que os estados das regiões Sul e Sudeste do Brasil se destacam como aquelas que contam com a presença mais forte dos núcleos. O estado do Rio Grande do Norte (RN) ocupa a vigésima posição em números absolutos. Apesar disso, o estado tem um bom índice de notificação de eventos adversos por meio de suas unidades. Do total de NSPs existentes no Brasil, o estado do Rio Grande do Norte (RN) possui apenas 1,1% dos NSPs brasileiros, ocupando a vigésima posição no *ranking* nacional. Apesar de o programa de abertura dos núcleos ser recente (2013), o RN aparece atrás de estados com porte similar como Paraíba, Maranhão, Rondônia, Piauí e Espírito Santo.

Os NSPs têm uma grande importância estratégica, tática e operacional, para incentivar, desenvolver e consolidar a cultura de segurança e, em especial, a cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde. Neste sentido, cabe aos NSPs a formulação de políticas, de programas e ações eficazes para a mitigação e eliminação de eventos adversos (EAs) nestes ambientes, pois os EAs são responsáveis pelo aumento do tempo de internação dos pacientes, pela sequela ou óbito dos pacientes, pelo sofrimento dos pacientes e familiares e pelo aumento dos custos sociais e econômicos dos familiares, da unidade de internação, dos planos de saúde e do estado brasileiro.

Segundo a Anvisa (2019), o número de EAs no país ultrapassa a casa de 75 mil ocorrências por ano. Apesar disso, a agência acredita que esse número pode ser ainda maior, visto que há estudos, como relata Leape (2008), que indicam um alto nível de notificações incorretas, incompletas ou até mesmo casos de não notificações por parte dos núcleos ou das próprias gerências dos estabelecimentos de saúde. O autor alerta, em levantamento feito e publicado na *Harvard School of Public Health*, que muitos casos são subnotificados e devido a custos internos de monitoramento e controle, atrelado ao fato de muitos gestores e líderes manipularem dados a favor da instituição a qual representam, grande parte dos dados não refletem com fidelidade a realidade vivenciada.

A Figura 3 apresenta dados do RN sobre o tipo de EAs notificados no período de 2014 a 2019.

Figura 3 - RN: Número de incidências de EAs por tipo de ocorrência



Fonte: Anvisa (2019)

Segundo Andrade et al. (2017), a conscientização para questões de proteção transformou a segurança do paciente em uma prioridade de qualidade assistencial e importante componente na gestão de sistemas e serviços de saúde. A indicação do governo brasileiro para a criação dos núcleos fortaleceu e fomentou as discussões em torno do conceito de cultura de segurança do paciente, por vezes desconhecido ou negligenciado por gestores.

A cultura de segurança do paciente expressa, a partir da percepção das pessoas consideradas para exprimir suas impressões a este respeito, se uma cultura organizacional é favorável ou não à segurança do paciente.

A cultura de segurança do paciente é um desenvolvimento razoavelmente novo da construção da cultura de segurança organizacional. Como em outros tipos de cultura, a adição 'segurança do paciente' serve como um qualificador para o conceito geral de cultura organizacional. Ao se usar esse qualificador, é feita a proposição de que uma cultura organizacional pode ser propícia, ou desfavorável, à segurança do paciente (GULDENMUND in WATERSON, 2014, p. 36).

No tópico, a seguir, será apresentado o tema da pesquisa, os problemas de pesquisa e as respectivas hipóteses que nortearam a execução desta pesquisa.

1.2 TEMA, PROBLEMAS E HIPÓTESES

Esta pesquisa tem como tema a “avaliação e classificação da cultura de segurança do paciente (CSP) de uma maternidade da cidade de Natal-RN como forma de mitigação de eventos adversos”. Para que esse tema fosse tratado na prática, foram formulados três problemas de pesquisa (P_i) e cinco hipóteses (H_i), que foram analisadas e testadas, respectivamente, a partir dos dados coletados no local de pesquisa, suas discussões e conclusões. O Quadro 1 apresenta os problemas de pesquisa e as suas respectivas hipóteses.

Quadro 1 - Problemas e hipóteses da pesquisa

P_n	Problemas	H_n	Hipóteses
P_1	Há diferenças sobre percepções de cultura de segurança do paciente e suas variáveis entre os profissionais de saúde da linha de frente e aqueles que ocupam cargos de gestão em posições hierárquicas superiores na maternidade?	H_1	Há diferenças expressivas entre as percepções de cultura de segurança do paciente e suas variáveis entre os profissionais de saúde da linha de frente e os gestores e líderes da maternidade
P_2	Em que medida, problemas de comunicação, cooperação, carga de trabalho e receios a punições internas moldam a cultura de segurança do paciente na maternidade e influenciam o processo de assistência à saúde e o surgimento de eventos adversos (EAs)?	H_2	Os problemas de comunicação, cooperação e fluxo de informações importantes sobre os pacientes induzem percepções negativas sobre a cultura de segurança do paciente na maternidade e são responsáveis pela ocorrência de eventos adversos;
		H_3	Contrantes relacionados à carga excessiva de trabalho e ao quantitativo insuficiente de funcionários são responsáveis por percepções negativas sobre a cultura de segurança do paciente na maternidade e, portanto, impactam negativamente o cuidado ao paciente;
		H_4	O receio de penalização, por parte de funcionários, por relatarem a ocorrência de eventos adversos no exercício da profissão, contribui com o processo de subnotificação de eventos adversos na maternidade e dificulta o estabelecimento de uma cultura organizacional pautada na aprendizagem e na melhoria contínua da segurança do paciente
P_3	A cultura de segurança do paciente é a mesma em toda a maternidade, independentemente das características de cada setor e do tipo de trabalho nele realizado?	H_5	A cultura de segurança do paciente na MEJC se diferencia notadamente em razão das características do setor e do tipo de trabalho realizado nele, de forma que há subculturas organizacionais.

Fonte: Autoria própria (2021)

1.3 JUSTIFICATIVA

A OMS (2018) destacou, em recente panorama e orientações mundiais, que a segurança do paciente deve ser tomada como um problema global. O órgão explica ao apresentar dados que desenham um cenário delicado neste sentido. Estima-se que existam 421 milhões de internações hospitalares no mundo, anualmente, e, aproximadamente, 42,7 milhões de EAs ocorrem em pacientes durante essas hospitalizações (IBSP, 2018). Esses dados colocam as complicações direcionadas exclusivamente a pacientes como a 14ª principal causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo (OMS, 2018).

É difícil mensurar o impacto econômico dessa problemática no setor de saúde, porém a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2018) relata que, em média, aproximadamente 15% dos gastos em saúde são usados para cobrir todos os aspectos desencadeados em virtude dos EAs. Nacionalmente, os valores rondam as cifras de trilhões de dólares a cada ano (IBSP, 2018).

Por outro lado, investimentos na redução de incidentes relacionados à segurança do paciente podem levar a economias financeiras significativas, sem mencionar os melhores resultados clínicos para os pacientes. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2019) divulgou que, somente nos Estados Unidos, melhorias de segurança levaram a uma economia estimada de US\$ 28 bilhões em hospitais americanos no período entre 2010 e 2015 (IBSP, 2018).

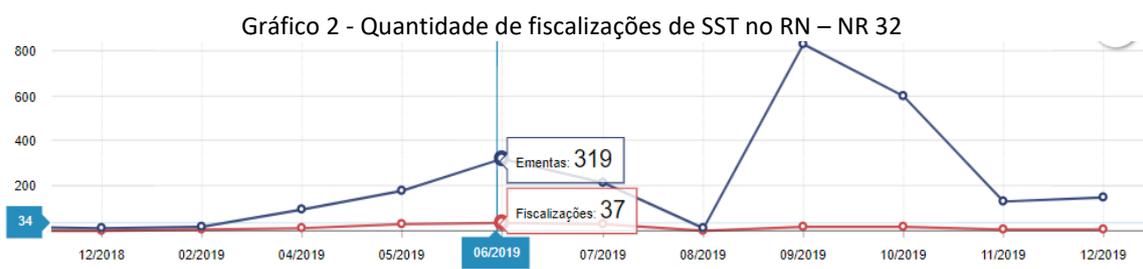
Assim como várias nações no mundo, o panorama brasileiro também chama a atenção. O Ministério da Economia, por meio da Secretaria de Inspeção do Trabalho (SIT, 2019), divulgou, em outubro de 2019, que nos doze meses anteriores, haviam sido feitas inspeções locais com 3.150.754 trabalhadores em todos os estados do Brasil. Destas, foram notificadas 179.329 situações de irregularidades relacionadas à Saúde e Segurança do Trabalho (SST).

O Rio Grande do Norte apresentou 5.636 ocorrências deste tipo, no mesmo período, com diversas notificações com infrações a ementas/tópicos das Normas Regulamentadoras (NRs). Segundo a SIT (2019), aproximadamente 4% das irregularidades no estado foram encontradas em situações de prestação de serviço em saúde. A maior parte ficou com atividades ligadas à construção civil (24,17%). O Gráfico 1 apresenta um levantamento de número de fiscalizações e a quantidade de ementas/tópicos violados considerando-se todas as NRs de trabalho entre 2018 e 2019.



Fonte: Secretaria de Inspeção do Trabalho - SIT (Brasil, 2019)

Percebe-se que houve um aumento considerável no número de ementas (gráfico-linha em azul) de todas as NRs, enquanto o número de fiscalizações (gráfico-linha em vermelho) manteve-se no mesmo patamar. Por exemplo, no mês de outubro de 2018 houve 139 fiscalizações que resultaram em 680 ementas ou infrações às NRs. Essa mesma percepção se repete quando há um recorte nos dados apresentados apenas com os casos relacionados à NR 32 (Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde). O Gráfico 2 mostra informações deste tipo.



Fonte: Secretaria de Inspeção do Trabalho (Brasil, 2019)

Os dados apontaram um crescimento nas fiscalizações, em especial entre os meses de fevereiro (4 fiscalizações) e junho (37 fiscalizações) de 2019, voltando a decrescer abruptamente em agosto de 2019 (2 fiscalizações). Logo após, apresentou ligeiro crescimento em setembro de 2019 (15 fiscalizações), seguido de novo declínio de outubro a dezembro do mesmo ano. Em virtude da pandemia ocasionada pelo surgimento do novo coronavírus em 2020, as fiscalizações, neste sentido, sofreram reduções significativas.

Ou seja, irregularidades em aspectos relacionados à prestação de serviço em saúde apresentam um cenário que inspira atenção considerável no Rio Grande do Norte. Uma das formas de frear esse avanço é o investimento em políticas públicas de

orientação e conscientização para boas práticas em saúde, conforme frisa o IBSP (2018), além de mensurar e fortalecer aspectos relacionados à CS organizacional.

A temática de CS é um tanto quanto nova no ramo empresarial, em particular, no âmbito da saúde. Com isso, a bibliografia vigente carece de uma quantidade significativa de estudos e com uma maior profundidade a respeito do tema. Apesar disso, pesquisadores do tema fizeram estudos científicos sobre cultura de segurança endossando sua importância. Carvalho et al. (2017) realizaram uma pesquisa sobre CSP em três hospitais públicos brasileiros. Utilizaram o *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* como principal instrumento de coleta de dados, com uma amostra de 573 participantes. Concluíram que, apesar de a maioria dos funcionários mostrarem-se satisfeitos com o trabalho desempenhado, as ações de caráter gerencial são aquelas que fragilizam a cultura de aprendizado em uma instituição de saúde.

Borba Netto e Severino (2016) realizaram pesquisa similar em um hospital público, desta vez usando o instrumento de coleta de dados chamado *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*. Neste caso, foram analisadas doze dimensões sobre aspectos relacionados à segurança do paciente. Ao todo, 128 funcionários participaram do estudo que concluiu haver uma percepção punitiva nas ações internas da gerência, sendo a passagem de plantão entre funcionários escalados e a adequação e a capacitação de pessoal como itens negativos apresentados na pesquisa.

Este estudo incorpora-se a outros recentes com temáticas similares do Grupo de Extensão e Pesquisa em Ergonomia (GREPE), também inclinadas à segurança do paciente, como forma de engrandecer a multidisciplinaridade da ergonomia. Ressaltam-se as pesquisas recentes voltadas à análise da atividade de classificação de risco de paciente (2020) e à análise da atividade de transporte de pacientes em uma maternidade escola e sua relação com eventos adversos (2021) e, também, a pesquisa sobre as estratégias adotadas pelas enfermeiras para evitar e mitigar eventos adversos e garantir a segurança de pacientes neonatos em uma Unidade de Terapia Intensiva na mesma maternidade (2021).

Esta pesquisa contribui com novos conhecimentos para a área de cultura de segurança do paciente e para a gestão da segurança do paciente na maternidade escola onde a pesquisa foi desenvolvida. Também, é uma contribuição da Ergonomia para a área de segurança do paciente, em especial, para a cultura de segurança do paciente.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo geral

Analisar e diagnosticar a cultura de segurança do paciente (CSP) em uma maternidade pública localizada na cidade de Natal como forma de entender a ocorrência de eventos adversos e evitá-los ou mitigá-los.

1.4.2 Objetivos específicos

Para o alcance do objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Classificar a maternidade quanto ao tipo e à maturidade de cultura de segurança organizacional;
- Analisar e identificar as variáveis que impactam a cultura de segurança do paciente (CSP) na maternidade no tocante aos aspectos positivos e negativos;
- Especificar quais os fatores que são mais decisivos para a formação da atual CSP em vigor na maternidade e priorizá-los quanto a mudanças futuras;
- Propor à maternidade recomendações que fortifiquem uma cultura de segurança do paciente proativa.

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

Esta dissertação será composta de seis capítulos, os quais estão descritos a seguir.

O Capítulo 1 é constituído pela introdução, onde há um ingresso no tema central do estudo com explanação sobre o contexto mundial e local da matéria. Ele é seguido pelos problemas de pesquisa e suas respectivas hipóteses. Há, também, um tópico com as justificativas (institucional, acadêmica, econômica e social) para a realização do estudo, bem como a definições dos objetivos (geral e específicos) da abordagem na maternidade.

No Capítulo 2, encontra-se o referencial teórico da pesquisa. Ele começa apresentando uma noção geral de macroergonomia e ergonomia, com os conceitos de alguns estudiosos da ciência, sua interdisciplinaridade e sua relação de importância com as atividades do trabalho. Encontram-se, também, definições sobre cultura e suas tipologias no contexto organizacional. São apresentadas noções de cultura de segurança

e como essa temática encontrou-se com a área da saúde. Além disso, é apresentada a ideia de cultura de segurança do paciente e suas formas de avaliação.

No Capítulo 3, estão apresentados os principais estudos de outros pesquisadores sobre o tema obtidos em bases internacionais de dados. Ademais, são apresentadas as diversas variáveis que podem ser consideradas em se tratando de CS em organizações. Além disso, este capítulo contém a ligação entre os principais pesquisadores da área de CSP.

O Capítulo 4 mostra o método de pesquisa adotado. Descreve-se como foi realizada a análise global da organização pesquisada, a instrução da demanda e a construção social da pesquisa, como também são descritos o local onde foi realizada abordagem, as fases de atuação, a população amostral, o processo e os instrumentos de coleta, análise e tratamento de dados utilizados, além dos aplicativos tecnológicos de apoio à pesquisa.

No Capítulo 5 encontra-se uma caracterização da maternidade pesquisada, apresentando seu ano de fundação, seu papel como organização de promoção à saúde no Estado do RN e sua importância social, até os dias hoje, com uma diversidade de serviços ofertados, centenas de colaboradores e, também, as linhas hierárquicas de comando que, atualmente, são responsáveis pela sua gestão. Também estão descritos os principais resultados da pesquisa, junto aos dois grupos focais analisados, acompanhados de discussões e correlações de outros autores da bibliografia consultada.

Por fim, o Capítulo 6 apresenta as conclusões e as contribuições da pesquisa. Estão presentes, também, os fatores de limitação que o pesquisador encontrou para concluí-la, acompanhados de sugestões para ampliação do estudo. Nas páginas finais, encontram-se seis apêndices que apresentam instrumentos de pesquisas e documentos necessários para a realizações das atividades previstas na metodologia e também dois anexos que o termo de compromisso da pesquisa e as características dos estágios de cultura de segurança organizacional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo será apresentado o referencial teórico utilizado nesta pesquisa. Inicialmente, são expostos os conceitos gerais de macroergonomia e ergonomia e como se dá sua relação com análises de atividades do trabalho. Após isso, apresentado o conceito de ergonomia organizacional e suas possibilidades de contribuição dentro de um sistema laboral.

Em seguida, são exploradas as definições de cultura organizacional e suas tipologias, as percepções sobre as dificuldades de consenso sobre o termo e como a cultura organizacional acabou ocupando um espaço considerável nas organizações. Mostra-se, também, que uma das vertentes da ideia de cultura está associada à segurança e às práticas hospitalares. Neste sentido, são abordadas as premissas da cultura de segurança do paciente.

2.1 MACROERGONOMIA

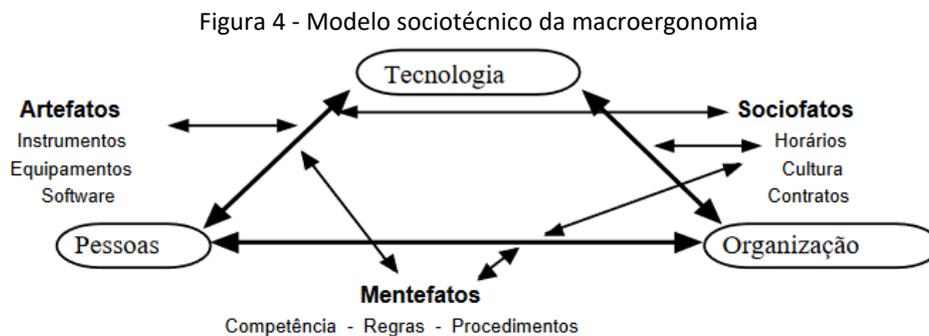
As ideias orientadas pela visão ergonômica são relativamente novas. Hendrick e Kleiner (2006) pontuam que, somente a partir da década de 1950, o campo do estudo de Fatores Humanos e Ergonomia (*Humans Factors and Ergonomics – HFE*) debruçou-se com maior efetividade sobre as questões de incompatibilidade nas interações entre o homem e o seu local e/ou instrumentos de trabalho. Os autores completam enfatizando os desafios laborais que as grandes transformações ocasionaram no mundo do trabalho, sobretudo na segunda metade do século passado e início deste, com avanços consideráveis na tecnologia aliado aos surgimentos de operações cada vez mais complexas.

Hendrick (1994) vê a macroergonomia como um pensamento amplo e aberto sobre o ambiente laboral, o qual chamou de sistema sociotécnico, que possui relações de trabalho internas ao sistema organizacional e suas interações. A macroergonomia pode ser definida como:

[...] uma abordagem *top-down* de sistemas sociotécnicos para o projeto de sistemas de trabalho e a aplicação do sistema global de projeto do trabalho para os projetos de interfaces humano-trabalho, humano-máquina e humano-*software* (HENDRICK, KLEINER, 2006, p. 17).

Vidal (2003) também explica que a macroergonomia busca o balanceamento sociotécnico entre os três principais componentes de um sistema de trabalho: as

peças, a tecnologia e a própria organização. Para tanto, deve-se estar atento a elementos decisivos na busca deste equilíbrio e suas interações: os artefatos, os mentefatos e também os sociofatos. A Figura 4 mostra, de forma simplificada, esta interação.



Fonte: Vidal (2003)

Hendrick e Kleiner (2006) alertam para situações comuns em abordagens macroergonômicas, mas que acabam por impactar negativamente um projeto de sistema de trabalho. Uma delas, segundo os autores, é a concepção de um sistema direcionado unicamente à tecnologia existente, ou seja, concentrar esforços apenas na interface humano-máquina ou humano-*software*. Dar atenção, exclusivamente, à funcionalidade de um projeto é delicado, pois um possível processo de reengenharia, com entraves de adaptação, torna-se complicado.

[...] quando é feita uma abordagem centrada na tecnologia, se os empregados não são envolvidos no processo, isto é, somente forem chamados a opinar depois que as mudanças do sistema de trabalho tenham sido projetadas, sua função é meramente de servirem de cobaias para o teste de usabilidade (HENDRICK, KLEINER, 2006, p. 22).

Outra situação recorrente é a falha no balanceamento do uso dos recursos humanos disponíveis. Hendrick e Kleiner (2006) comentam que há ações que estimulam o uso total dos recursos disponibilizados pela tecnologia (máquinas, por exemplo), ficando a cargo dos funcionários a “sobra” que não pode ser alocada à máquina. Isto acaba por empobrecer o projeto do sistema de trabalho.

2.2 ERGONOMIA

A ideia de analisar o local de trabalho, de forma a modificar ou adaptá-lo às diferentes realidades, sempre esteve no centro das preocupações dos trabalhadores desde as mais remotas civilizações. Como lembra Vidal (2002), os conceitos de

ergonomia, historicamente, já eram praticados desde muito antes de sua formalização, ainda que de forma empírica, a partir do projeto ou da adequação de instrumentos de caça, coleta ou pesca de povos da antiguidade, às mãos e aos corpos de caçadores com fins nutritivos ou de sobrevivência.

De acordo com a Associação Brasileira de Ergonomia (ABERGO, 2018), a ergonomia, também chamada de Fatores Humanos (HFE),

[...] é a ciência responsável pelo estudo e entendimento das interações das pessoas junto a elementos ou sistemas de trabalhos e, também, pela otimização e promoção do bem-estar humano sem comprometer o desempenho global do sistema (ABERGO, 2018, p. 1).

A *International Ergonomics Association* (IEA, 2019) define ergonomia como sendo:

[...] a disciplina científica preocupada com o entendimento das interações entre seres humanos e outros elementos de um sistema. É a profissão que aplica teoria, princípios, dados e métodos ao *design*, a fim de otimizar o bem-estar humano e o sistema em geral. Praticantes da ergonomia e ergonomistas contribuem para o *design* e a avaliação de tarefas, empregos, produtos, ambientes e sistemas, a fim de torná-los compatíveis com as necessidades, habilidades e limitações das pessoas (IEA, 2019, p.1)

Para Falzon (2005), a ergonomia objetiva a adaptação do trabalho ao homem, ou, mais precisamente, como a aplicação de conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários à concepção de materiais de trabalho, como instrumentos, máquinas e dispositivos, no sentido da utilização prática voltada ao conforto, à segurança e à eficácia de sistema produtivos.

Esta ciência teve importante salto após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), como lembram Másculo e Vidal (2011) ao destacarem a inserção de médicos, psicólogos e engenheiros na tomada de decisão, naquela época, sobre a confecção de materiais e utensílios de caráter bélico com trabalhos “[...] voltados para a adaptação de veículos militares, aviões e demais equipamentos militares às características físicas e psicofisiológicas dos soldados, sobretudo em situações de emergência e de pânico” (MÁSCULO, VIDAL, 2011, p.12).

Com isso, em 1947, foi criada na Europa a *Ergonomics Research Society*, primeira entidade formal para estudos sobre o tema. Consoante Másculo e Vidal (2011), as ideias de ergonomia difundiram-se com maior força no Brasil no início da década de 1970, em um primeiro momento, no meio universitário junto aos cursos de engenharia de

produção e desenho industrial, com destaque para as contribuições dos professores Sérgio Penna Kehl e Itiro Iida, na Universidade de São Paulo (USP), e do professor Karl Heinz Bergmiller na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

No campo de políticas públicas, a ergonomia trouxe importantes contribuições para ações da Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalhador, vinculada ao Ministério do Trabalho do Brasil, e durante o processo de redação da Norma Regulamentadora 17 que trata de ergonomia (MÁSCULO, VIDAL, 2011).

A ergonomia se interessa também pela disposição e pelo arranjo dos elementos que compõem um ambiente de trabalho. Carayon e Smith (2000) afirmam que a organização do trabalho é definida de acordo como ele é estruturado, definido, processado e supervisionado.

Na França, destacam-se as contribuições para a ergonomia feitas pelo médico, psicólogo e professor, Alain Wisner, criador do primeiro laboratório industrial de ergonomia francês (SZNELWAR, 2006).

Wisner (2004) defendia que o conceito de ergonomia deveria englobar uma quantidade razoável de disciplinas, seria o ponto de cruzamento entre os conceitos de fisiologia e medicina do trabalho, psicologia industrial e experimental, pesquisa operacional, além de concepção e organização do trabalho. Ele vê a ergonomia como um campo de conhecimentos desfragmentador de conceitos rígidos e imutáveis para uma realidade multidisciplinar onde projeta seus próprios conceitos à situação real.

Os desafios impostos pela globalização à ergonomia tornaram-se temas importantes, como ressalta Wisner (2004). A evolução exponencial da tecnologia e dos modos de produção até então existentes configuram-se como verdadeiras provocações para os estudiosos da área. São exemplos objetivos deste fato o progresso dos meios de informatização e a automação dos postos de trabalhos, os novos modos de comunicação (acessibilidade e flexibilidade), as novas formas de energias e suas difusões, as inovações dos transportes em massa, além de aspectos relacionados à segurança pessoal e coletiva, entre outros.

De forma geral, a ergonomia/fatores humanos, conforme Dul et al. (2012), mostra-se importante dentro de um ambiente organizacional na medida em que quaisquer produtos (bens físicos ou serviços) deverão ser pensados, concebidos e produzidos sob a ótica das capacidades, limites e condições humanas de produção,

porém, sem afetar o desempenho produtivo. Ou seja, a ergonomia busca um modelo de trabalho onde os métodos de produção e o bem-estar sejam considerados e otimizados na medida de suas importâncias.

Dul et al. (2012) apontam que existem três características básicas que norteiam os princípios da ergonomia/fatores humanos. A primeira delas é a sua abordagem sistêmica. Esta marca fundamental da ergonomia como ciência trata os locais de análise à luz de sistemas interacionais, sendo estes compostos por dois elementos principais: as pessoas e o ambiente em que estão inseridas. Esse atributo fortifica a importância da interação existente entre o homem e seu posto de trabalho, atuando em equilíbrio.

A segunda propõe a importância da ergonomia/fatores humanos na concepção e no *design* de produtos e serviços (DUL et al., 2012). Carayon (2006) reconhece o valor e a relevância da ergonomia na implantação de processos de produção ao afirmar que:

Os profissionais e pesquisadores dos HFE precisam considerar os "usuários finais" de seus conhecimentos, conceitos e métodos. Esses usuários finais têm características e necessidades[...] É nossa responsabilidade como especialistas dos fatores humanos entender e chegar até eles para produzir conhecimentos, conceitos e métodos que possam usar e aplicar ao projetar sistemas sociotécnicos (CARAYON, 2006, p. 531).

Por fim, outra característica básica da ergonomia/fatores humanos versa sobre situações de desempenho aliadas ao bem-estar dos envolvidos. Dul et al. (2012) explicam que é fundamental que exista uma preocupação sobre as demandas advindas de operários e trabalhadores no que tange ao conforto, à segurança e à comodidade.

A Tabela 1 apresenta conceitos da ergonomia /fatores humanos, seus focos principais e os elementos externos que exercem influência direta em sua forma de atuação.

Tabela 1 - Ergonomia e fatores humanos: Esquema geral

Humans Factors and Ergonomics (HFE)	Focos Principais		Influências Externas
	Visão sistêmica	Interação pessoas e ambiente	Globalização, mecanização, automação, diversidade cultural, envelhecimento populacional, novas tecnologias da informação e comunicação, fatores de competitividade e inovação, sustentabilidade e responsabilidade social.
	Design	Participação em etapas de produção de um produto	
	Desempenho e bem-estar	Equilíbrio entre nível operacional e conforto pessoal	

Fonte: Dul et al. (2012)

Baseados nos focos e suas possíveis influências, Dul et al. (2012) apresentam alguns grupos que, de forma geral, são os componentes responsáveis pela busca de uma

forma de trabalho onde a ergonomia/fatores humanos é considerada, quais sejam: i) atores do sistema; ii) especialistas em sistemas; iii) tomadores de decisões e; iv) influenciadores do sistema.

2.2.1 Ergonomia organizacional

Como já fora citado, anteriormente, um dos domínios de especialização da ergonomia é a ergonomia organizacional. A IEA (2006) a conceitua como a parte da ergonomia que atua na “[...] otimização dos sistemas sociotécnicos, com a inclusão das estruturas organizacionais, políticas e processos”.

Hendrick e Kleiner (2006) explicam que a ergonomia organizacional traz para seu campo de estudo elementos de ordem tecnológica, de recursos humanos, de projeto e também aqueles externos ao meio analisado que tenham interação com os internos, com vistas a determinar sua otimização a uma situação de trabalho.

Vidal (2003) esclarece que é natural pensar a ergonomia em um contexto organizacional, uma vez que é nele onde estão contidas as atividades, as tarefas, os planejamentos, as organizações, as direções, o controle; tudo o que diz respeito àquele sistema e suas decorrentes interações. Ele crê que diversos aspectos devem ser levados em consideração neste sentido, tais como: questões sociais, culturais, geográficas e econômicas.

Hendrick e Kleiner (2006) convergem para esse pensamento ao citarem a importância da ergonomia organizacional no planejamento, pois, quando delineada de forma efetiva, as ações pertencentes ao seu domínio resultam em garantias de qualidade em diversos aspectos de uma empresa, por exemplo, índices de produtividade, qualidade e segurança no trabalho e fatores psicossociais como confiança, conforto e motivação.

Vidal (2003, p. 22) elenca algumas atribuições que podem ser pensadas e trabalhadas no estudo ergonômico com foco organizacional, quais sejam:

- A repartição de tarefas no tempo (estrutura temporal, horários, cadências de produção) e no espaço (arranjo físico);
- Os sistemas de comunicação, cooperação e interligação entre atividades, ações e operações;
- As formas de estabelecimento de rotinas e procedimentos de produção;
- A formulação e negociação de exigências e padrões de desempenho produtivo, aí incluídos os sistemas de supervisão e controle;

- Os mecanismos de recrutamento e seleção de pessoas para o trabalho;
- Os métodos de formação, capacitação e treinamento para o trabalho.

Alguns desses pontos foram fundamentais para as análises desenvolvidas neste estudo realizado na MEJC. Contudo, Vidal (2003) alerta para um ponto que, recorrentemente, surge ao se trabalhar com aspectos da ergonomia organizacional e da ergonomia cognitiva, também, que é o fato de debruçar-se sobre algo intangível, abstrato. O autor lembra que o traço subjetivo de suas análises pode induzir a questionamentos ou refutações de propostas. No entanto, destaca-se o caráter participativo da ergonomia organizacional e cognitiva como chave para o direcionamento de ações ergonômicas.

“(…) a ergonomia, pela natureza de seus métodos e pela estrutura de conhecimento que mobiliza, não busca a aplicação de soluções prontas nem preconiza orientações absolutas, mas sim o desenvolvimento participativo de encaminhamentos possíveis na situação a que é chamado a intervir. Ergonomia, em termos organizacionais, significa fazer a coisa certa, desde o início e de forma tão duradoura quanto estável for a organização mais geral da empresa ou organismo” (VIDAL, 2003, p. 24).

Além disso, a ergonomia organizacional pode vir a ter contribuições relevantes em praticamente todos os aspectos presentes em uma organização, como os grupos fundamentais da macroergonomia (Figura 4), desde os artefatos, passando pelos mentefatos, até os sociofatos, como procedimentos, legislações e análises de culturas institucionais. Desta forma, reiteram-se as contribuições que estudos desta natureza podem oferecer a quaisquer sistemas sociotécnicos, desde os mais elementares, até os mais complexos, como colaborações em grandes organizações de saúde, por exemplo.

2.2.2 Ergonomia e o trabalho

O trabalho está presente na história da humanidade desde seus primórdios. Porém, segundo Tersac e Maggi (2004), ele sofreu diversas modificações de sentido, expectativas e percepções ao longo do tempo. Os autores acreditam que a tarefa de definir conceitualmente o trabalho é especialmente complicada, uma vez que este conceito é relativo. Durante séculos, dentre os vários modelos de civilizações já

existentes, o trabalho fora encarado de diversas formas. Isso acabou por moldá-lo à realidade vigente.

Tersac e Maggi (2004) apontam três dimensões gerais do trabalho: a econômica, a psicológica e a social. Esta abrangência acaba por dificultar a especificação de apenas uma ciência capaz de estudá-lo. Assim, não existe um monopólio disciplinar que atua sobre a interação do homem com seu ambiente laboral.

Deste modo, a ergonomia se apresenta como uma ciência que busca contribuir com os aspectos organizacionais. Porém ela, assim como a definição de trabalho, também é influenciada por aspectos históricos e sociais, tal como a diversidade geográfica, étnica e cultural.

Carayon e Smith (2000) acompanham essa última linha de pensamento ao destacarem que:

A carga sobre o indivíduo pode ser influenciada pela demanda física, resposta psicológica à demanda, mediada pela percepção, ou ambos. Quando a carga se torna muito alta, a pessoa exibe respostas ao estresse, que são emoções, comportamentos e reações biológicas que são inadequadas. Quando essas reações ocorrem com frequência, por um período prolongado, elas causam distúrbios à saúde. [...] o estresse cumulativo reduz os recursos disponíveis para lidar com as cargas do ambiente de trabalho, e um efeito circular se inicia. Esse ciclo leva à quebra de recursos individuais, a menos que recursos externos sejam disponibilizados ou a carga ambiental seja reduzida (CARAYON, SMITH, 2000, p. 651)

Sobre as influências ergonômicas, destacam-se duas correntes protagonistas de atuação: a mentalidade americana e a europeia, com destaque para a linha francesa de pensamento. A primeira considera a ergonomia como a utilização das ciências para melhorar as condições do trabalho humano. O indivíduo é mais um elemento dentro do sistema organizacional. Já a outra considera a ergonomia como o estudo específico do trabalho humano, buscando sua melhoria. Nela, o homem é um ator ativo dentro do sistema, ou seja, com capacidade interativa e influenciadora (WISNER, 2004).

Considerando-se esta abrangência de influências e valores da ergonomia, as duas correntes filosóficas e a multidisciplinaridade do trabalho, imagina-se que esta diversidade dificulta a formulação de um único projeto ergonômico aplicável a todas as situações. Porém, as correntes de pensamentos (americana e europeia) possuem pensamentos convergentes quanto à base dos estudos ergonômicos. Tersac e Maggi (2004) comentam que a esses pontos em comum foi dado o nome de *proposições*

fundamentais da ergonomia. Elas são um conjunto de entendimentos básicos e semelhantes quanto à atuação do profissional de ergonomia.

A primeira proposição é a *noção de variabilidade*. Wisner (1995) defendia que um dos principais desafios da ergonomia reside em abranger a adaptação dos postos de trabalho a situações “fora da média”. O autor alerta que a ideia de postos de trabalhos genéricos para homens médios, bem treinados, com função estabilizada é uma das formas mais prejudiciais e perigosas de concepção de trabalho.

Outro fator comum entre estudiosos de ergonomia é a necessidade de *diferenciação entre tarefa e atividade*. A tarefa constitui aquilo que foi proposto como ideal, o que deve ser alcançado. É a padronização ideal da realização do trabalho. Já a atividade apresenta o que de fato foi feito ou está sendo realizado (FALZON, 2005). Em suma, a tarefa é aquilo que foi pensado, já a atividade, o que foi praticado. Contudo, por vezes, eles nem sempre são iguais. Tersac e Maggi (2004) destacam que essa segregação é crucial para que os preceitos ergonômicos tenham eficácia.

Ao tratar-se deste tema, é relevante esclarecer dois conceitos muito explorados na ergonomia que são os de trabalho prescrito e o trabalho real

Vidal (2002) define que o trabalho prescrito é aquele concebido a partir de aspirações teóricas do trabalho e de seus meios de execução, por intermédio, muitas vezes, de indicadores postos pela própria organização ou então, em vários casos, a partir de normas ou regras legislativas.

Já o trabalho real, complementa Vidal (2002), reúne todas as ações que de fato foram feitas para que uma tarefa fosse executada. Ou seja, *tudo o que realmente foi ou é feito na prática* pelos trabalhadores ou colaboradores. Para Falzon (2007) tarefa é o que é prescrito pela organização, de maneira que estabeleça o objetivo, as demandas e as condições de sua realização

Contudo, Vidal (2002) alerta que há sempre um *gap* entre o trabalho real e o prescrito, uma vez que devido às variações naturais e às dinâmicas existentes nas relações de trabalho, é quase impossível imaginar todas as situações que abarcam o ambiente laboral e, por conseguinte, a tarefa de traçá-las torna-se bastante complexa. Cabe aos ergonomistas tentarem aproximar na realidade, sempre que possível, as diferenças postas nos dois conceitos.

Hollnagel (2017) trata os conceitos de trabalho prescrito e trabalho real, respectivamente, como trabalho imaginado (em inglês, *Work as Imagined* - WAI) e trabalho realizado (em inglês, *Work as Done* – WAD).

Ainda sobre conceitos da ergonomia, uma parte importante de um estudo ergonômico é a realização de uma Análise Ergonômica do Trabalho (AET), segundo Vidal (2003). O autor explica que se trata de uma metodologia cujo objeto analisado é o próprio trabalho e suas atividades correlatas, em meio a situações operantes que podem, a partir desta análise, sofrer transformações através de orientações de intervenções. O autor afirma que a AET deve conter as orientações metodológicas com as mudanças previstas para o processo de otimização de um ambiente de trabalho. Apesar de este estudo não se debruçar propriamente sobre uma atividade específica, várias etapas da AET estiveram presentes no percurso metodológico, que está melhor apresentado no Capítulo 4 deste documento.

2.3 CULTURA: CONCEITOS E TIPOLOGIAS

O termo cultura é de difícil definição e está longe de um consenso. Mintz (2009) comenta que, ao longo dos anos, autores têm se alternado sobre quais os verdadeiros elementos que deveriam ser considerados na formulação de uma ideia central de cultura. O autor adota uma visão antropológica para se chegar a um significado mais amplo e coerente desta questão. Ele explica que existem três fatores preponderantes a serem estimados ao se refletir sobre o tema: uma abordagem histórica, uma funcional e a ideia de sociedade.

Convencionava-se assumir na antropologia que “cultura” (significando o modo de vida particular de um grupo definido) e “sociedade” (significando um grupo organizado tendo continuidade ao longo do tempo) são meios convenientes de se falar de duas faces de um mesmo fenômeno que se encaixam. Temos “um povo”, organizado como uma “sociedade”, que possui um conjunto de funções, instituições, tecnologias, linguagens, crenças, valores – em resumo, uma “cultura”. Cultura era, portanto, associada de algum modo a um grupo organizado (MINTZ, 2009, p. 230).

A bibliografia vigente relata que é através da cultura em que está inserido que um indivíduo consegue externalizar determinados interesses ou pensamentos individuais. De acordo com Griswold (2003, p.12), “cultura se refere ao lado expressivo da vida humana, em outras palavras, ao comportamento, objetos, e ideias que podem

ser entendidas para expressar, ou para significar alguma outra coisa”. Isto é, o conteúdo de expressão de alguém revela, indiretamente, algo sobre a cultura a qual pertence.

Já para Shein (2009, p. 9), “cultura é um fenômeno dinâmico que nos cerca em todas as horas, sendo constantemente desempenhada e criada por nossas interações com outros e moldada por comportamento de liderança e um conjunto de estruturas, rotinas, regras e normas que orientam e restringem o comportamento”. Aqui, o autor insere na discussão as relações humanas como fatores influenciadores em uma cultura.

Spradley e McCurdy (1979) indicam que, entre outras características, a cultura de um povo serve também para diferenciá-lo dos demais, à medida que o conhecimento produzido ali gera um comportamento próprio que reflete, em grande parte, contrapontos com outras culturas, conferindo-lhe uma identidade.

Um fato notório, após as definições apresentadas, é que o termo cultura é algo que está presente profundamente na vida de uma pessoa, por meio de suas relações sociais e com a natureza desenvolvidas ao longo do tempo. Vincent (2009) reforça esta posição ao comentar que é comum associar a palavra cultura àqueles elementos, geralmente intangíveis, que possuem movimentação histórica e configuram-se, de certa forma, como uma herança. Noções literárias, artísticas, valores éticos e percepções de moral podem ser facilmente encarados como marcadores densos de determinada cultura.

É fácil notar que este termo quase sempre está atrelado à ideia de algo intangível e que, de certa forma, faz parte historicamente da “maneira de ser” de determinada coletividade. Entretanto, Da Mata (1986), quando se refere à percepção de cultura, não se restringe apenas à visão antropológica do tema. O autor considera que ela deve ser encarada como um conjunto de códigos comuns por meio do qual as pessoas atuam, pensam, modificam o mundo ao seu redor ou a si mesmo.

O entendimento de cultura foi, aos poucos, adentrando ao cenário empresarial, sobretudo após as primeiras décadas pós-Revolução Industrial (segunda metade de Século XVIII), porém, com maior efusão, no início do Século XX, com o surgimento da Escola Humanística da Administração, cujo maior expoente foi Elton Mayo (1880-1949), com críticas contundentes ao modelo mecanicista pregado por Frederick Taylor (1856-1915), considerado o pai da Escola Clássica da Administração (BERNARDES; MARCONDES, 2009).

Consoante Araújo (2004), Mayo defendia que o planejamento organizacional não deveria ser centrado apenas em tarefas, metas e processos. O homem, como ser social, também deveria ser levado em consideração, sem que, necessariamente, com isso, o desempenho operacional fosse afetado. A Escola Humanística abordava a possibilidade real de equilíbrio entre a função econômica (produtividade, bens e serviços) e a função social (satisfação e bem-estar dos elementos envolvidos) dentro de uma organização, mesmo envolta em uma atmosfera capitalista.

Desta forma, o termo cultura ganhou espaço junto ao meio laboral. Como consequência, surgiu o termo **cultura organizacional**.

2.3.1 Cultura Organizacional

Vaitsman (2000) expressa a cultura organizacional como sendo o sistema de valores, normas e condutas que ditam o comportamento dos indivíduos integrantes a uma realidade e que, em um sentido mais amplo, é influenciada pelas dinâmicas das culturas sociais a que uma empresa ou organização está inserida.

Schein (1991) expõe uma faceta hereditária da cultura organizacional ao colocá-la como o conjunto de procedimentos e pressupostos criados por determinado grupo e que, por terem uma funcionalidade dentro do contexto em que estão inseridos, no caso, um cenário empresarial, são considerados válidos e, então, repassados a novos membros como comportamento tido como correto e padrão. O próprio autor também acredita que a cultura está ligada à ideia de adaptação, sendo essa característica importante para a aprendizagem, continuidade e até pela própria sobrevivência de determinados valores.

Apesar dos conceitos supracitados, alguns autores indicam que a cultura organizacional quase nunca é unitária ou singular. Robbins, Judge e Sobral (2010) destacam a existência de subculturas dentro de uma mesma cultura organizacional. Essa percepção pode ser melhor visualizada quando há uma comparação entre diversos setores de uma grande instituição. Eles alertam que tomar ciência dessas nuances é fundamental para a definição das políticas estratégicas direcionadas a análises de cultura organizacional para cada um dos públicos internos.

Existem alguns elementos fundamentais para a caracterização de uma cultura organizacional. Na maioria das definições postas, eles estão presentes de alguma forma. O Quadro 2 mostra-os, de forma resumida, acompanhados de suas definições.

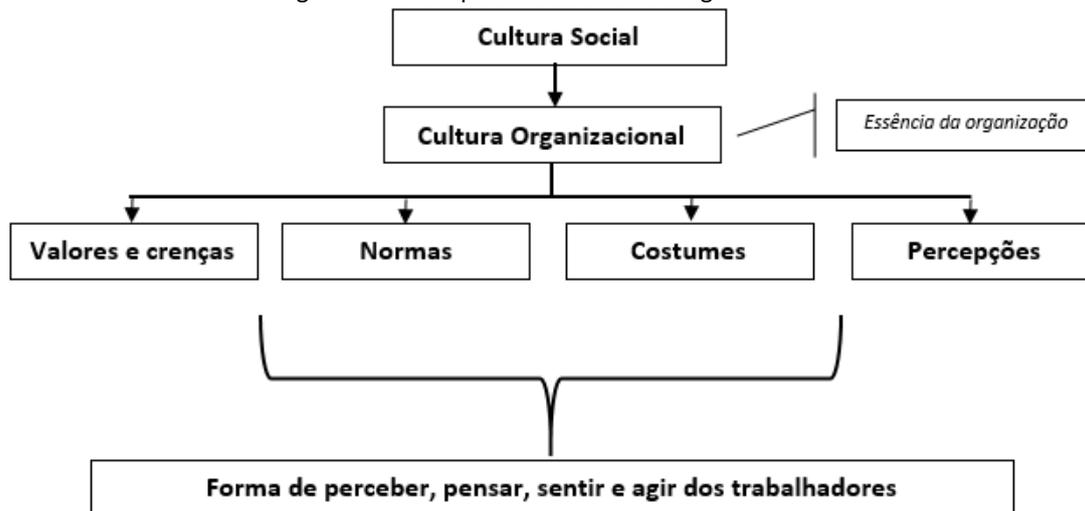
Quadro 2 - Elementos básicos de uma cultura organizacional

Elemento	Definições
Cerimônia	Eventos especiais nos quais os membros da organização celebram os mitos, heróis e símbolos da empresa;
Ritos	Atividades cerimoniais destinadas a comunicar ideias específicas ou a realizar determinados propósitos;
Rituais	Ações regularmente repetidas para reforçar normas e valores culturais;
Valores	Elementos que determinam a importância das coisas. Os valores representam uma predeterminação consciente da ação das pessoas. Uma forma de identificar os valores de um grupo consiste na observação de como as pessoas do grupo ocupam seu tempo;
Costumes	Materialização dos valores e crenças através dos atos realizados de forma um tanto ou quanto sistemática;
Linguagem	Um conjunto de símbolos verbais que geralmente reflete a cultura particular da organização;
Símbolos	Objetos, ações ou eventos dotados de significados especiais que permitem aos membros da organização trocar ideias complexas e mensagens emocionais;
História	Relatos de eventos passados que ilustram e transmitem normas e valores culturais mais profundos.

Fonte: Adaptado de Wagner e Hollenbeck (1999)

Buscas sobre o tema permitiram pontuar que um fator que influencia o comportamento organizacional é a **cultura social**. De acordo com Sigardo (2000), ela é anterior à cultura organizacional, é composta por hábitos, aptidões e percepções adquiridas no seio familiar e, também, no *habitat* em que está inserida. A Figura 5 mostra a hierarquia de uma cultura organizacional e a influência da cultura social que ela pode ter dentro de uma organização.

Figura 5 - Hierarquia de uma cultura organizacional

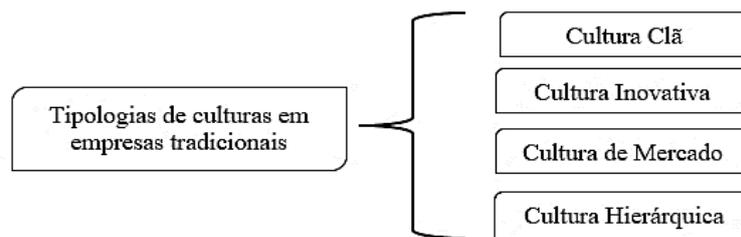


Fonte: Adaptado de Pires (2006)

Este esquema de cultura organizacional reforça a concepção de Vaitsman (2000), que já alertara que existe, também, a possibilidade de a cultura organizacional sofrer influências externas aos limites hierárquicos, ou seja, de outras pessoas, agentes públicos, setores ou outras empresas que de alguma forma tenham forte ligação com a mesma. Ao observar bem a Figura 5, pode-se entender que as variáveis presentes na construção da cultura organizacional recebem toda a influência ascendente, onde a extremidade é representada pelas ações de funcionários e colaboradores em exercício de trabalho, no dia a dia.

Partindo dessa gama de fatores que estão presentes na formação de uma cultura, houve a necessidade de separá-los de acordo com seu impacto no cotidiano de uma empresa. Apesar de parte da bibliografia vigente apresentar algumas classificações de tipologias de culturas organizacionais, muitos autores, como Cameron e Quinn (2006), acabam destacando quatro tipos de culturas organizacionais em empresas tradicionais. A Figura 6 mostra alguns tipos de cultura.

Figura 6 - Tipologias de culturas organizacionais em empresas tradicionais



Fonte: Adaptado de Cameron e Quinn (2006)

De acordo com Cameron e Quinn (2006), a cultura clã é marcada pela participação dos membros inseridos em uma organização, influenciando, inclusive, na tomada de decisões. Os autores reforçam que, neste caso, há uma forte relação de comprometimento, interação, confiança e lealdade.

Já a cultura inovativa é dotada de um pensamento empreendedor e idealista por parte dos gestores. Aqui há a preocupação com a formação de uma organização flexível e um estímulo a mudanças periódicas.

Na cultura de mercado, ainda segundo Cameron e Quinn (2006), existe uma clara orientação para a competição mercadológica, o cumprimento e apresentação de resultados. Aqui, os líderes estão mais engajados com finalidades, são norteados por índices de produtividade e tendem a orientar suas equipes neste sentido. Em empresas particulares, é o tipo de cultura organizacional que se sobressai, por apostar em um estilo de governabilidade onde os subordinados são dirigidos e até estimulados a adotarem uma postura de alcance de metas, guiados por ordens claras neste sentido.

Por fim, a cultura hierárquica caracteriza-se, sobretudo, pelo reconhecimento de linhas de autoridade e subordinação, estabilidade e valores burocráticos. Os empregados aceitam bem as posições de autoridade, de regras e regulamentos impostos. Os líderes tendem a ser conservadores em relação aos problemas de natureza técnica (CAMERON, QUINN, 2006).

O estímulo e fomento a determinado tipo de cultura, obedecendo critérios importantes em administração e gerência empresarial, tem sido um grande desafio para gestores. A Figura 7 mostra a posição dos tipos de culturas organizacionais postas por Cameron e Quinn (2006), frente a objetivos organizacionais, como flexibilidade, liberdade, estabilidade, controle e focos interno e externo.

Figura 7 - Relação dos tipos de culturas organizacionais e fatores organizacionais



Fonte: Cameron e Quinn (2006, p. 35)

A ideia de cultura organizacional acabou tomando forma, relevância e difundindo-se bastante sobre os diversos ramos científicos. Uma das áreas que se beneficiou deste conhecimento foi o ramo das ciências da saúde, no estudo de medidas de qualidade e segurança em procedimentos característicos de profissionais da área. (REIS, 2013). Um outro enfoque da cultura, mais específico, diz respeito à cultura de segurança, que será tratada no tópico a seguir.

2.3.2 Cultura de segurança

Os preceitos de cultura organizacional aliados aos de segurança fortificaram-se e ganharam adeptos e estudiosos, que passaram a tentar compreender como essa temática influenciava condutas corriqueiras de profissionais de saúde. Contudo, Shell e Karen (2008) lembram que, apesar de o termo ter se tornado mais popular e difundido em redes organizacionais, em meados do século passado, já a partir da segunda metade do Século XIX, há registros de casos célebres de preocupação quanto à segurança em situações de garantia da saúde.

Na Rússia, durante a Guerra da Criméia (1853-1856), Florence Nightingale, enfermeira famosa pela assistência a soldados e vítimas de guerra, percebeu, a partir de amparos a vítimas provenientes de confronto bélico, que muitas das perdas humanas decorriam de situações ou “causas evitáveis”, às quais os guerreiros eram expostos durante um tratamento de saúde, e não propriamente do confronto ou das batalhas (SHELL, KAREN, 2008).

A enfermeira observou que, em diversos casos, as patologias fatais eram adquiridas nos próprios hospitais ou centros de recuperação e tratamento. Após a adoção de medidas centradas em práticas higienistas e procedimentos padrões de atendimento e cuidado de pacientes, a enfermeira liderou um movimento de segurança dos pacientes e conseguiu reduções significativas no número de óbitos de soldados britânicos, ficando famosa por suas práticas de promoção à saúde (SHELL, KAREN, 2008).

No século seguinte, influenciado pelas ideias de qualidade total, melhoria contínua e segurança de processos, formuladas e defendidas por Deming, Juran e Ishikawa, o pediatra americano Donald Berwick começou o movimento de adaptação, para o ramo hospitalar, dessa filosofia, que fora inicialmente idealizada para as atividades pertencentes ao setor fabril. Berwick viu na bem-sucedida jornada industrial uma oportunidade de evoluir nas práticas de hospitais e, assim, de contribuir para a formação de uma cultura de segurança mais específica (REIS, 2013).

Entretanto, o termo Cultura de Segurança (CS) só foi conceituado formalmente pela primeira vez, na década de 1980, no relatório técnico produzido com explicações sobre o acidente industrial ocorrido na usina nuclear de Chernobyl, na Ucrânia, como sendo “o conjunto de características e atitudes em organizações e indivíduos que estabelece, como prioridade absoluta, questões de segurança de usinas nucleares recebam a atenção garantida por seus significados” (INSAG, 1991. p.2).

Segundo a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH, 2016, p. 4), CS em saúde compreende a soma de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

A *Health and Safety Commission* (HSC, 1993), do Reino Unido, entende que a CS é um compilado de variáveis, tanto individuais, quanto de equipes, que determinam o estilo e a proficiência de uma organização voltadas à saúde e à segurança. A HSC (1993) destaca a relevância do tema ao divulgar que as ações voltadas à CS servem de parâmetro para as tomadas de decisões e planejamentos estratégicos.

Em uma organização segura, o padrão de conceitos compartilhados coloca a segurança como uma das mais altas prioridades. Qualquer pessoa influenciada por essa prioridade passa a lidar com os novos eventos e toma decisões baseadas nela. Desse modo, o

comprometimento, o estilo e a facilidade de execução de um programa de segurança organizacional são importantes, assim como a definição formal desses programas (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993, p. 25)

Alguns pesquisadores consideram a CS uma particularidade da cultura organizacional. Para eles, ela existe na organização quando a cultura organizacional prioriza a segurança do trabalho ou possui aspectos que a impactam. Entre estes pesquisadores, estão Glendon e Stanton (2000), além de Silva e Lima (2004), para os quais a CS tem origem na cultura organizacional e tem definição semelhante a esta, em outras palavras, pois trata de um conjunto de crenças, valores e normas, partilhados pelos membros de uma organização, que constituem os pressupostos básicos para a segurança do trabalho.

Para Richter e Koch (2004), a CS pode ser expressa como sendo a união de experiências, vivências e interpretações, difundidas e internalizadas sobre metodologias de segurança no ambiente de trabalho, que norteiam cenários colaboradores a práticas e ações voltadas à prevenção de acidentes e diminuição de riscos.

Guldenmund (2000) define CS como os aspectos da cultura organizacional que impactam as atitudes e o comportamento dos membros de uma organização relativos à segurança do trabalho. Para o *Columbia Accident Investigation Board Report* (CAIB, 2003), a CS refere-se à coleção de atitudes e características de uma organização promovida por seus líderes e internalizada por seus membros que faz da segurança uma prioridade absoluta.

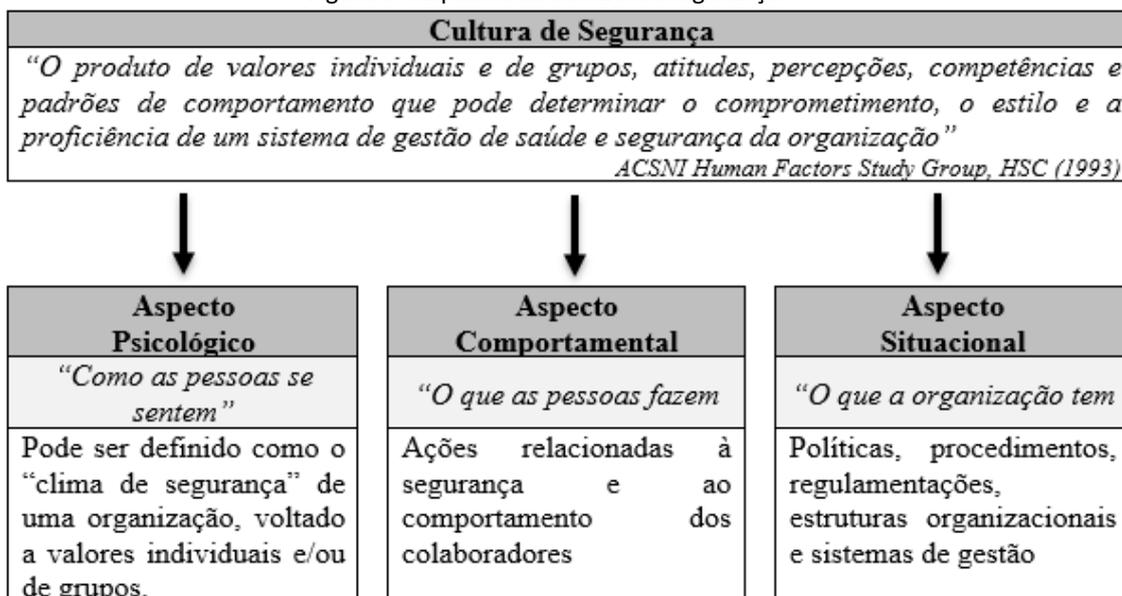
Aqui, percebe-se que há um papel fundamental da alta gerência neste assunto, uma vez que é a partir dela e de suas ações que as premissas da CS serão refletidas em setores, departamentos, e funcionários e, enfim, poderão ser percebidas na prática. Essa informação é relevante, pois nos tópicos a seguir se perceberá que vários instrumentos de avaliação da CS contêm variáveis a serem analisadas neste sentido.

Hopkins (2006) corrobora esse pensamento ao afirmar que a cultura interna existente em uma organização impacta diretamente na segurança do trabalho, sendo importante entender como este fato acontece, com o objetivo de promover intervenções nesta cultura, quando necessário, para que segurança do trabalho seja uma prioridade. O autor explica que é relevante identificar quais os principais agentes

desta temática dentro de uma empresa, por exemplo, para que eles conduzam todo o processo de construção ou ressignificação da CS.

Cooper (2000) cita a presença de três elementos capitais ao se tratar de cultura de segurança; são eles: aspectos psicológicos, comportamentais e situacionais/corporativos. A Figura 8 mostra um esquema com as definições de cada um.

Figura 8 - Aspectos da cultura de segurança



Fonte: Cooper (2000) apud *Health and Safety Executive* (HSE, 2005)

2.3.3 Cultura de segurança hospitalar

Como já mencionado anteriormente, as análises sobre o conceito de CS em ambientes hospitalares adquiriram especial relevância nos últimos anos, como lembra Leape (2008). O *Institute of Medicine* (IOM, 2000), localizado nos Estados Unidos, divulgou que grande parte dos pacientes hospitalizados no país experimentam pelo menos uma lesão causada pela forma de tratamento a que são submetidos e que, em diversos casos, são situações evitáveis (IOM, 2000). O mesmo estudo foi replicado em outros países, como Canadá, Austrália, Reino Unido, França e Dinamarca, e obteve índices semelhantes (IBSP, 2019).

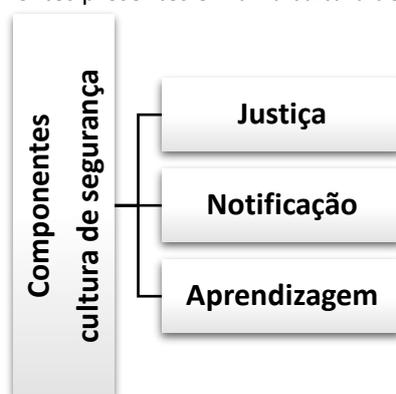
O IOM (2000) verificou que, nas situações observadas, havia ‘falhas’ em variáveis ligadas ao conceito de CS, como a comunicação e o comprometimento de funcionários e colaboradores. Estudos como estes reforçam a importância de se entender este conceito, em especial, quando ele é relacionado às práticas de promoção à saúde.

O Ministério da Saúde do Brasil (2013) destaca a importância global que a CS impõe ao firmar, por meio da Portaria MS/GM nº 529/2013, que a CS efetiva é aquela na qual todos os trabalhadores, incluindo os profissionais envolvidos no cuidado e os gestores, assumem a responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas e pacientes. Ou seja, este não é um tema local ou setorial, mas sim, global, uma vez que os personagens presentes em uma organização são responsáveis, em diferentes níveis de responsabilidade, pela construção e manutenção da CS (NIEVA, SORRA, 2003).

Outro aspecto, que vale salientar, é o olhar social e humanístico sobre este tema, pois a CS deve priorizar a segurança acima de metas financeiras e operacionais e, a partir da ocorrência de incidentes, favorecer o ambiente para que haja um aprendizado organizacional. Este é um ponto salutar, já que encoraja colaboradores para a identificação e resolução de problemas, entendê-los minimizar sua reincidência (BRASIL, 2013).

Segundo a OMS (2015), a CS efetiva é constituída por três componentes básicos, expostos na Figura 9.

Figura 9 - Componentes presentes em uma cultura de segurança efetiva



Fonte: Adaptado de OMS (2015)

A OMS pontua que é necessária uma "**cultura justa**, com relação à segurança e à justiça, e que haja o consenso entre as pessoas no que concerne a comportamentos aceitáveis e inaceitáveis; uma cultura que não seja punitiva frente à ocorrência de incidentes, mas priorize buscar suas causas" (REIS, 2013, p. 86, grifo nosso).

Igualmente importante, é a presença de uma "[...] **cultura de notificação** de incidentes, que privilegie a informação (incluindo coleta/recolha, análise e divulgação

sobre informações referentes à notificação de incidentes e/ou quase incidentes) e encoraje as pessoas a falarem sobre seus erros e a notificá-los” (REIS, 2013, p. 86, grifo nosso). Por fim, é importante que haja traços de uma **cultura de aprendizado**, a partir da reflexão sobre os incidentes vivenciados nos serviços de saúde para a elaboração de ações de melhoria (REIS, 2013, p.86, grifo nosso).

Pontuar essas características gerais da CS em saúde é fundamental, para entendimentos a respeito de culturas de segurança em ambientes hospitalares, pois as formas de análises e levantamentos de informações devem abarcar esses componentes basilares.

Há organizações que dão maior relevância à CS, muitas em função da atividade produtiva à qual estão aliadas, como comenta Vincent (2009), que as classifica como organizações de alta confiabilidade (*High Reliability Organizations* (HROs), em inglês). Ou seja, são aqueles grupos que têm como missão e visão a internalização de processos e procedimentos que prezam pela qualidade, bem-estar e segurança de funcionários, processos, usuários e clientes.

Segundo o mesmo autor, alguns pontos são fundamentais para as HROs: i) preocupação com falhas; ii) recusa à simplificação das interpretações; iii) sensibilidade ao trabalho que está sendo executado; iv) comprometimento com a resiliência (rápida recuperação e adaptabilidade); e v) valorização da destreza ao realizar uma tarefa.

A bibliografia que aborda este tema costuma apresentar algumas classificações, com diferentes nomenclaturas e abordagens, sobre tipologias de culturas de segurança. A seguir, serão descritas algumas delas. Como o tema da CS é relativamente novo no campo científico, os autores que se debruçam sobre ele acabam abordando vertentes diferentes e focalizações distintas quando o assunto é “fatores avaliativos em uma cultura de segurança”.

Cooper (2000), por exemplo, desenvolveu um modelo avaliativo de CS que levava em consideração apenas três elementos ou variáveis: a) **Comportamento** formal do trabalho; b) Sistema de Gestão e Segurança do Trabalho (**SGST**), e c) **percepções e atitudes** subjetivas do próprio indivíduo. Ele acredita que as interações desses fatores inseridos em um contexto organizacional são suficientes para que um panorama mínimo sobre CS seja traçado.

Já Westrum (2004), após pesquisas em empresas privadas e organizações de cunho industrial, chegou à conclusão que existem dois indicadores mais relevantes para o estabelecimento de uma cultura de segurança organizacional: a **informação** e a **confiança**. Segundo ele, grande parte dos eventos indesejáveis que existem nas dinâmicas empresariais são frutos de uma falha no fluxo de informações, o que afeta diretamente a confiança interna e as relações de trabalho existentes. A maneira como as informações transitam dentro de uma empresa personaliza o tipo de cultura de segurança existente.

Com base nesse espectro, Westrum (1993) classificou a CS em três tipos, expostos no Quadro 3.

Quadro 3 - Classificações de cultura de segurança (CS)

Nomenclatura	Características
1 – Cultura Patológica (<i>pathological culture</i>)	A informação é usada como recurso pessoal para ser utilizada como força política no trabalho. A informação não flui, é segurada ou usada como vantagem pessoal dentro da organização;
2 – Cultura Burocrática (<i>bureaucratic culture</i>)	A informação flui por canais ou procedimentos formais. Esta forma de fluir a informação é com frequência insuficiente em momentos de crise;
3 – Cultura Construtiva (<i>generative culture</i>)	A informação flui para a pessoa certa, no momento certo e da forma correta.

Fonte: Westrum (1993)

Baseado na classificação de Westrum (1993), Hudson (2003) estabeleceu estágios adicionais para a determinação da CS em uma organização. Esta denominação ficou conhecida como o Modelo de Hudson e busca basicamente situar uma organização quanto à maturidade da CS existente. O Quadro 4 apresenta os cinco estágios propostos pelo autor.

Quadro 4 - Estágios da cultura de segurança (CS)

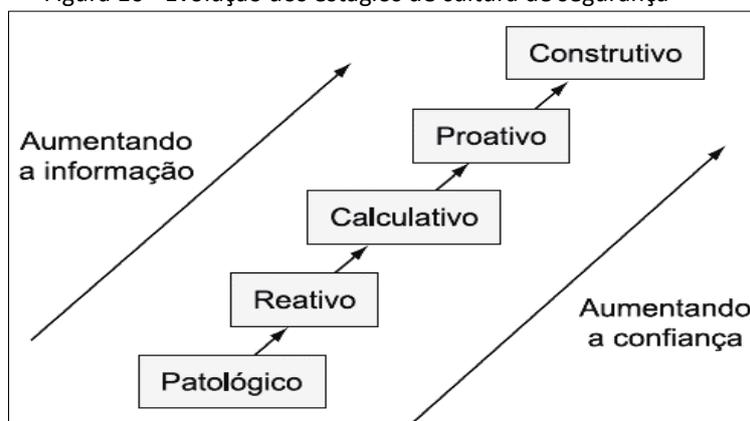
Grau de Maturidade CS	Nomenclatura	Definição
Estágio I	Estágio patológico (<i>pathological stage</i>)	Situação onde não há preocupações mínimas com aspectos voltados à cultura de segurança, restringindo-se, apenas, ao cumprimento formal de aspectos legislativos;
Estágio II	Estágio reativo (<i>reactive stage</i>)	Situação onde há medidas corretivas quanto à existência de eventos adversos. Nesse estágio, as ações são tomadas após a ocorrência de fatos indesejados e remediando acontecimentos;
Estágio III	Estágio calculativo (<i>calculative stage</i>)	Neste estágio, a organização já apresenta um sistema para gerenciar e calcular riscos nos locais de trabalho, mas ainda não tem a visão sistêmica da saúde, segurança e meio ambiente. As ações estão mais voltadas para a quantificação dos riscos como forma de geração de dados que embasa uma tomada de decisão;

Grau de Maturidade CS	Nomenclatura	Definição
Estágio IV	Estágio proativo (<i>proactive stage</i>)	É um nível mais gerencial das ações de análise e ações internas voltadas à CS. Aqui, o líder, baseado nos valores estratégicos da organização (missão, visão, metas e objetivos) e nas quantificações do Estágio III, conduz as ações afirmativas relacionadas à saúde, segurança e meio ambiente. Entende que o processo é cíclico e contínuo e procura sempre antecipar-se à ocorrência de eventos adversos;
Estágio V	Estágio construtivo (<i>generative stage</i>)	Existe um sistema integrado de saúde, segurança e meio ambiente, no qual a organização se baseia e se orienta para realizar seus negócios. A organização tem as informações necessárias para gerir o sistema de segurança do trabalho, está constantemente tentando melhorar e encontrar as melhores formas de controlar os riscos.

Fonte: Hudson (2003)

Como se percebe, no Quadro 4, os estágios denotam um avanço no grau de maturidade de determinada organização e, à medida que eles vão evoluindo, espera-se que o fluxo de informações vá se tornando mais claro e objetivo e, por conseguinte, fomenta o sentimento de confiança interno, como faz perceber a Figura 10.

Figura 10 - Evolução dos estágios de cultura de segurança



Fonte: Hudson (2003) apud Gonçalves Filho, Andrade e Marinho (2011)

Assim, Hudson (2003) acompanha as ideias de Westrum (2004) ao alinhar as variáveis informação e confiança ao conceito de cultura de segurança organizacional. Em documento sobre o tema, a *Health and Safety Executive* (2005, p. 3) partilha o mesmo pensamento que valoriza a variável informação e seus fluxos quando indica que “organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações fundadas na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança”. O Anexo C deste documento mostra as características presentes em cada um dos estágios da CS.

2.4 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE – CSP

Dentro do tema de cultura de segurança, pode-se classificar um subgrupo chamado de cultura de segurança do paciente (CSP). O Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil (CONASS, 2009, p. 1) define que a segurança do paciente “são todos os estudos e práticas para a diminuição ou eliminação de riscos na assistência em saúde que podem causar danos ao paciente”.

Conforme Davies, Hébert e Hoffman (2003), em *The Canadian Patient Safety Dictionary*, segurança do paciente corresponde, nas organizações de saúde, à redução e mitigação de atos não seguros e de erros não intencionais, e à aplicação de boas práticas, baseadas nas condições e estrutura dos processos de trabalho, dos serviços de saúde, que reduzam os riscos e os EAs no cuidado, em prol de obter resultados satisfatórios para os pacientes.

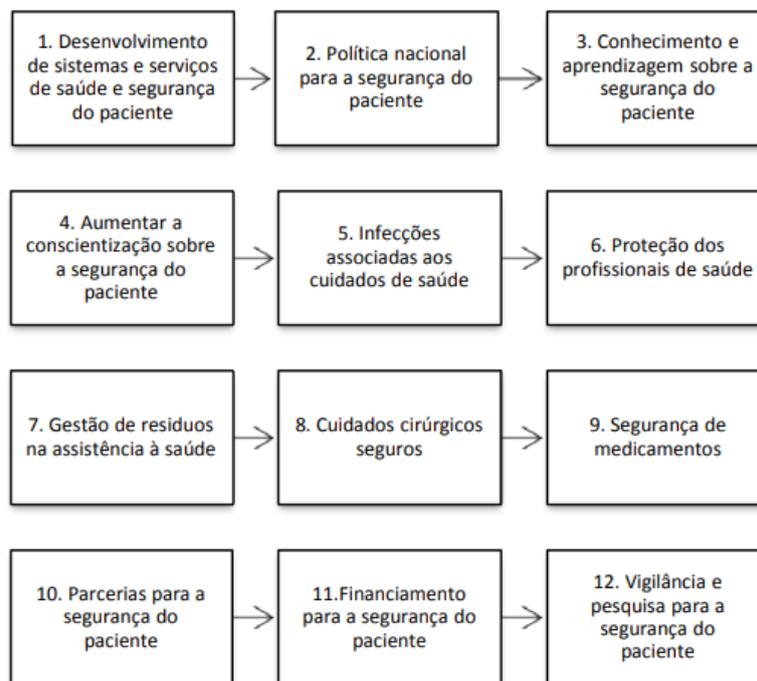
Desde 2004, a ANVISA (2004) incorporou, ao seu escopo de atuação, as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da OMS, da qual o Brasil faz parte. Desde então, a agência vem intensificando suas atividades no campo de serviços de saúde em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e os demais entes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Pronovost e Sexton (2012) apontam que, apesar de atualmente a CSP ser vista, em alguns ambientes, como um fator estratégico por parte de líderes e gestores, nem sempre ocorreu desta forma. Segundo os autores, um marco expressivo neste sentido se deu a partir da divulgação, por parte do IOM, do relatório *To Err is Human* (Errar é humano, em português), que estimulou as organizações a implementarem iniciativas que visavam dar maior importância e cuidado à segurança do paciente.

A OMS, em sua 72ª Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida entre 20 e 28 de maio de 2019, instituiu o dia 17 de setembro de cada ano como “O dia mundial da segurança do paciente” (ANVISA, 2019). Segundo o órgão, “a Segurança do Paciente é um dos atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura” (OMS, 2015, apud MS-BRASIL, 2019, p.1).

A OMS (2012) elevou o tema de segurança do paciente a níveis prioritários de debate ao elencar doze medidas básicas para a implantação de um ambiente hospitalar baseado na cultura de segurança do paciente. Essas medidas estão expostas na Figura 11.

Figura 11 - Medidas para a construção de uma cultura segurança do paciente



Fonte: OMS (2012)

As indicações do órgão deixam claro que são necessários o conhecimento e aprendizagem sobre o tema, visto que, mesmo atuando em locais de serviços de saúde, alguns profissionais podem apresentar essa falta de noção. Cabe destaque, também, à recomendação sobre financiamentos e estímulos à formação de parcerias e pesquisas voltadas à segurança do paciente em unidades de prestação de saúde e sua vigilância contínua. Este trabalho buscou atuar neste sentido.

Na mesma linha de pensamento, a pesquisadora Martinez (2013, p. 253) reforça ao dizer que “a criação de uma cultura de segurança viável requer conhecimento de ambos os perigos inerentes a processos de atendimento, bem como adaptações estruturais para prevenir ou minimizar riscos”.

A EBSERH (2018) entende que, historicamente, alguns fatores de risco atingem diretamente a segurança do paciente no Brasil e, portanto, devem receber especial atenção, como problemas de identificação do paciente, higiene das mãos, prevenção de quedas e questões relacionadas a problemas de clima de segurança organizacional.

Ao se trabalhar com esse tema, é comum haver mau uso ou indicações equivocadas de acontecimentos na área de segurança e saúde, com troca de termos ou classificações erradas. Deste modo, se faz necessário apresentar as definições de alguns termos inerentes a essa área de estudo, por terem certa similaridade, e para evitar possíveis incompreensões futuras. O Quadro 5 traz algumas dessas definições.

Quadro 5 - Definições de termos comuns da área da saúde e segurança

Termo	Definição
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;
Evento Adverso (EA)	Incidente que resulta em dano ao paciente;
Evento Sentinela	Ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física grave (perda de membro ou função) ou psicológica, que assinalam a necessidade de investigação imediata bem como sua resposta;
Never event	Falhas no cuidado à saúde particularmente graves (tais como cirurgia no lado errado) que nunca devem acontecer. Há uma lista de eventos adversos que não deixam dúvidas (claramente identificáveis e mensuráveis), sérios (que resultam em morte ou incapacidade) e usualmente preveníveis. Como exemplos de <i>never events</i> tem-se a amputação de membro errado, a retenção de objetos, os erros de medicação, a troca de diagnósticos;
Segurança do Paciente	Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
Gestão de Risco	Aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;
Cultura de Segurança	Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;
Tecnovigilância	É o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde (equipamentos, materiais, artigos médico-hospitalares, implantes e produtos para diagnóstico de uso " <i>in-vitro</i> "), com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população;
Hemovigilância	É um conjunto de procedimentos para o monitoramento das reações transfusionais resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes, visando melhorar a qualidade dos produtos e processos em hemoterapia e aumentar a segurança do paciente.

Fonte: EBSERH (2016)

De acordo com a EBSERH (2014), há uma exigência governamental para a composição de núcleos de segurança do paciente (NSPs) em estabelecimentos de saúde. Esta recomendação está expressa na resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa (RDC) nº 36/2013. O NSP tem como “[...] finalidade a promoção de uma cultura hospitalar

voltada à segurança dos pacientes, através de planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação dos processos assistenciais, a fim de garantir a qualidade dos mesmos em cada hospital”. Além disso, o núcleo deve avaliar o grau de adesão da instituição de saúde para as práticas e recomendações emitidas por ele ou pelos órgãos, como a Anvisa e o Ministério da Saúde.

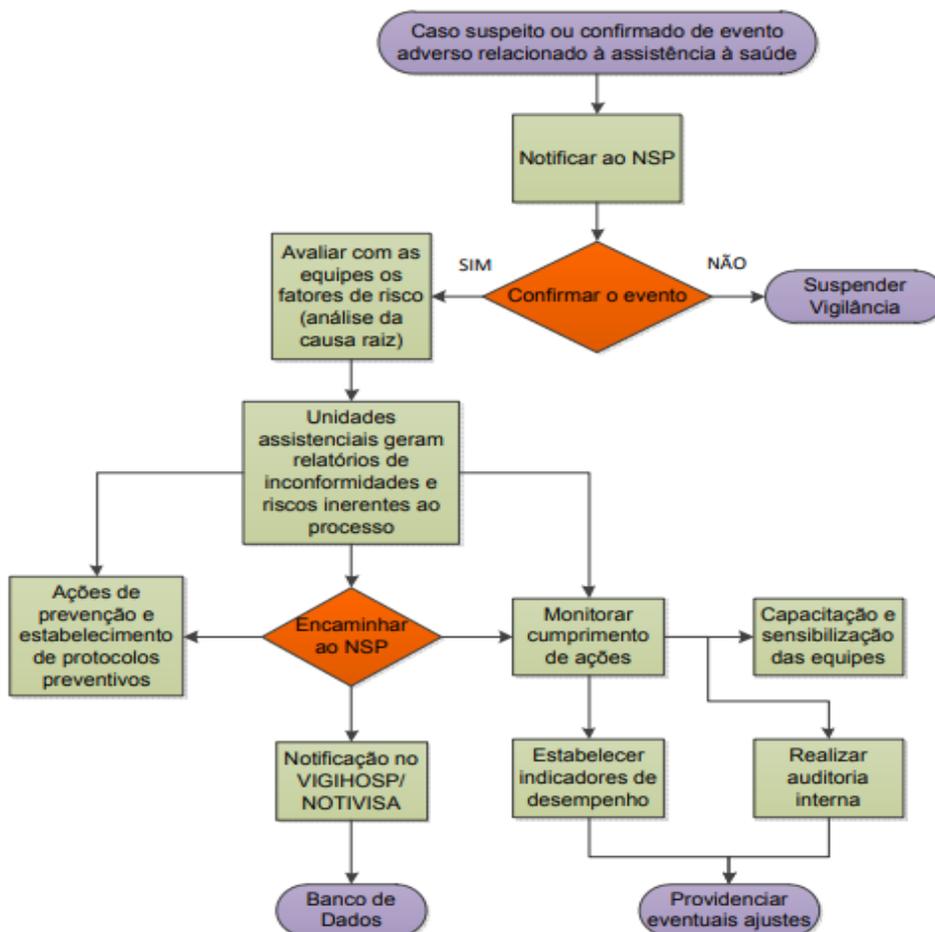
O Governo Brasileiro recomenda aos NSPs a criação de grupos de atuação específicos com a finalidade de dar mais objetividade às metas gerais propostas. Assim, costumeiramente, são criadas comissões hospitalares internas para a promoção da segurança do paciente. Pode-se apresentar, como exemplos, a criação de comissões de biossegurança, infecção hospitalar e prevenção interna de acidentes, além da comissão de mortalidade materna e neonatal, todas atreladas ao NSP (BRASIL, 2013).

A EBSEH (2018) recomenda, também, além das metas globais em consonância com a OMS, alguns protocolos de saúde e segurança do paciente. O principal deles diz respeito à prevenção e controle de EAs aliados à comunicação efetiva dos profissionais de saúde, quanto à prestação de serviços e uma cultura voltada ao gerenciamento de risco. Segundo a empresa, o processo de gerenciamento de riscos envolve:

1. Mapeamento dos processos internos, dos EAs e a identificação das causas originárias;
2. Notificação dos EAs junto à comissão responsável, seguida de avaliação;
3. Ações de controle de surgimento de novos EAs;
4. Comunicação dos riscos no serviço de saúde.

A Figura 12 apresenta o protocolo de procedimento operacional padrão a ser seguido em caso de ocorrência de EAs. A partir dele, o NSP conseguirá um melhor gerenciamento sobre determinada ocorrência e, principalmente, a construção de um banco dados, cujo objetivo é o monitoramento dos sinistros, que servirá de base histórica para as avaliações futuras sobre os resultados das modificações causadas pelo fortalecimento de uma CSP.

Figura 12 - Fluxograma de procedimento operacional padrão em caso de incidentes ou EAs



Fonte: EBSERH (2019)

Um dos maiores desafios dos estudiosos da área de cultura de segurança do paciente é a busca por formas conscientes e objetivas de sua avaliação. Da mesma forma que Glendon e Stanton (2000) entendem a CS como um componente natural, ou uma derivada, presente em uma cultura organizacional, Waterson (2014) vê a CSP como algo espontâneo ao se tratar de CS. Ele fala que a adição do fator “segurança do paciente” ao escopo da CS serve como um qualificador do conceito geral da cultura organizacional.

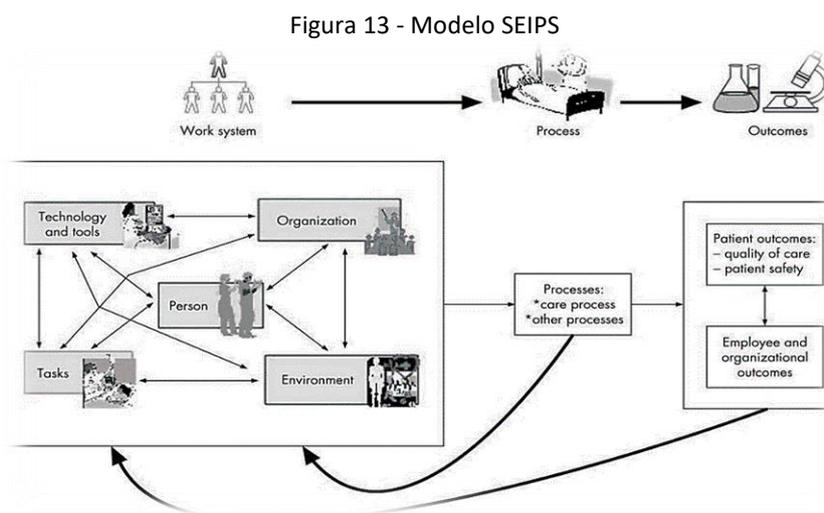
Pronovost et al. (2004) salientam que a primeira etapa do processo de implantação de um modelo de gestão de saúde baseado na cultura de segurança é o processo de avaliação da cultura vigente. No tópico, a seguir, e no Capítulo 3 estes conceitos serão tratados com maior profundidade.

2.4.1 Análise e avaliação em cultura de segurança do paciente

A interdisciplinaridade da ergonomia/Fatores Humanos permite a análise de sistemas organizacionais dos mais diferentes ramos, desde um cenário industrial tradicional até a possibilidade de influências em um setor hospitalar. Reason (2008) garante que uma das formas de melhorar a segurança do cuidado em saúde se dá através da otimização do ambiente físico e social no qual o sistema está contido. O autor complementa ao alertar que sistemas complexos e de alta tecnologia estão sujeitos a raros, porém perigosos acidentes organizacionais, onde algumas variedades de fatores contribuintes são passíveis de serem analisados, antecipados e evitados.

Carayon e Smith (2006) desenvolveram um modelo de sistema de trabalho com vistas a analisar a segurança em ambientes hospitalares voltada a pacientes. Trata-se do *Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS)*, que propõe a análise de cinco fatores principais no campo hospitalar e suas relações: as pessoas, as tarefas, as ferramentas/tecnologias, o ambiente físico e a organização.

Carayon e Smith (2006) perceberam que esses elementos interagem entre si e influenciam-se mutuamente. As interações entre os vários componentes “produzem” diferentes resultados: desempenho, segurança e saúde e qualidade de vida no trabalho. A Figura 13 mostra um esquema com as interdependências existentes entre os elementos analisados neste modelo.



Fonte: Carayon e Smith (2006)

Em geral, o sistema de prestação de serviço afeta tanto o trabalho em si quanto os processos clínicos, que, por sua vez, influenciam os pacientes, os empregados e, por

consequência, os resultados organizacionais. Mudanças em quaisquer aspectos do sistema de trabalho, dependendo de como a modificação ou melhoria é projetada e implementada, afetam diretamente o trabalho, as atividades e os consequentes resultados de pacientes, funcionários e organizações (CARAYON et al., 2006). Este pensamento converge com a ideia básica da HFE apresentada por Dul et al. (2012) sobre a abordagem sistêmica em situações deste tipo.

Um dos grandes desafios de pesquisadores da área de saúde é justamente a busca por formas de avaliar e até quantificar a CSP em determinado local. No entanto, apesar dos desafios e restrições, Reis (2013) alerta para a importância desse esforço no sentido de que a avaliação da cultura de segurança deve ser encarada como ação estratégica, encabeçada pelos líderes organizacionais, para iniciar-se um planejamento de ações que busquem mudanças reais, que reduzam a incidência de EAs, e, conseqüentemente, garanta uma prestação de serviço segura e com maior qualidade.

Os autores Sorra e Nieva (2004), após pesquisas e observações sobre a temática, apontam uma série de benefícios alcançados através de ações de avaliação da CSP em um ambiente hospitalar, a saber:

- Diagnóstico da CSP e conscientização dos envolvidos (profissionais/pacientes/usuários) sobre sua importância;
- Avaliação de intervenções para a segurança do paciente implementadas na organização e o acompanhamento de mudanças ao longo do tempo;
- Comparação com dados de referência internos e externos à organização; Verificação do cumprimento de necessidades regulatórias.

Existem, basicamente, duas formas de se abordar a CSP (PROQUALI SAÚDE, 2016):

1) Abordagens quantitativas (uso de questionários de autopreenchimento) e; 2) Abordagens sócio antropológicas (uso de técnicas de observação e entrevistas presenciais)

Brüggemann e Parpinelli (2007) pontuam as importâncias de cada tipo de pesquisa e suas contribuições, bem como suas limitações e críticas. As autoras lembram que, quanto à pesquisa de cunho quantitativo, paira um temor sobre uma lógica positivista intrínseca que essa metodologia traz, e que, neste tipo de abordagem, não se consegue a percepção de conhecimentos dinâmicos e subjetivos presentes na realidade cotidiana. Já a ótica qualitativa, segundo alguns críticos, é desprovida, em certo grau, de cientificidade

e acaba abrindo margem para contestações da comunidade científica sobre o nível de confiança dos resultados alcançados.

Contudo, Brüggemann e Parpinelli (2007) acreditam que ambas as abordagens possuem eficácia quando o objeto de estudo são casos do ramo da saúde. Segundo elas, o método quantitativo pode suscitar questões que poderão ser melhor aprofundadas com técnicas qualitativas e vice-versa, desde que o método científico de conduta seja respeitado e resguardado.

Waterson (2014) critica o levantamento de dados com uso exclusivo desse tipo de instrumento (questionários) nesta temática, se referindo a 'abordagens analíticas'. O autor argumenta que, apesar de possuírem inegáveis valores, elas podem apresentar resultados um tanto quanto superficiais, ao passo que o conceito de cultura indica algo mais profundo. Ele acredita que deve haver uma mescla entre esta abordagem e a "acadêmica", que seria um levantamento de informações com um viés mais qualitativo. Waterson (2014, p. 36) diz que "[...] os questionários não se adaptam a tais diferenças ou nuances locais, ao passo que um estudo qualitativo, sim [...]. Deve ficar claro que o estudo da cultura de segurança do paciente deve abranger ambas as abordagens".

Pronovost e Sexton (2012) acreditam que as avaliações sobre CSP devem ser entendidas de forma pontual, de modo que, em uma mesma organização, diferentes setores ou departamentos podem apresentar culturas com facetas diferentes. "Cultura é local. Intervir na cultura requer foco no nível da unidade de trabalho local" (PRONOVOST; SEXTON, 2012, p. 232). Uma das hipóteses levantadas neste projeto de pesquisa busca esclarecer esse tipo de situação na MEJC, a existência de subculturas.

Waterson (2014) considera que entender a cultura de segurança é bastante desafiador. Por isso, ele expõe três pontos importantes para serem levados em consideração neste sentido. Segundo Waterson (2014, p. 33):

1. Do ponto de vista acadêmico, a cultura é um conceito de valor-livre (um conceito nominal variável), ao passo que a segurança não. O objetivo necessário dos estudos de cultura de segurança não são as descrições, mas as avaliações, de preferência com recomendações, sobre como a cultura subjacente pode ser melhorada para apoiar a segurança;
2. Segurança é sobre comportamento, enquanto cultura é sobre o significado de comportamento. A relação da cultura com o comportamento é parcialmente dependente da força com que as premissas básicas são mantidas. Consequentemente, conhecimento sobre a direção das suposições não é suficiente; também, a intensidade deles é importante para o comportamento.

3. A avaliação da cultura é, portanto, complicada e certamente não direta. O comportamento se tornou o foco principal com alusões a uma cultura subjacente. No final, o significado real do comportamento observado se torna muito menos importante do que o próprio comportamento.

Alguns autores e pesquisadores citam o uso de mecanismos de pesquisas sobre CSP. Após buscas bibliográficas, Waterson (2014) comenta que quatro instrumentos se destacam neste sentido, a saber:

1. *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*;
2. *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*;
3. *Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey (PSCHO)*;
4. *Modified Stanford Instrument (MSI)*.

Como se tratam de instrumentos de pesquisa sobre uma temática ampla e em comum, é natural perceber, como faz Waterson (2014), que eles possuem dimensões bem semelhantes, com algumas diferenças de nomenclatura. A Tabela 2 mostra as dimensões presentes no PSCHO, SAQ e no MSI.

Tabela 2 - Dimensões de cultura de segurança presentes no PSCHO, SAQ e MSI

	Dimensões		Dimensões		Dimensões
Questionário PSCHO	01 Engajamento da gestão	Questionário SAQ	01 Clima de trabalho em equipe	Questionário MSI	01 Liderança organizacional para a segurança
	02 Recursos para a segurança		02 Clima de segurança		02 Liderança local para a segurança
	03 Ênfase total na segurança		03 Satisfação no trabalho		03 Percepção de segurança
	04 Uniformidade nas normas segurança		04 Reconhecimento do estresse		04 Vergonha e repercussões de comunicações
	05 Reconhecimento e suporte para segurança		05 Percepção da gestão		05 Aprendizagem no comportamento de segurança
	06 'Medo da vergonha' (<i>Fear of shame</i>)		06 Condições de trabalho		
	07 Provimento de segurança e cuidados				
	08 Aprendizado				
	09 Medo da culpa (<i>Fear of blame</i>)				

Fonte: Waterson (2014)

Realmente, percebe-se que alguns pontos se fazem comuns entre os questionários, como presença de lideranças, receio de erros e condições de aprendizagem na CS.

Sorra e Nieva (2004) e Sexton et al. (2006) comentam que o instrumento HSOPSC é aquele que possui um maior número de aplicações na área da saúde e, por isso, foi escolhido para aplicação nesta pesquisa. No Capítulo 4 deste documento, eles serão expostos e discutidos com mais detalhes.

3 PESQUISAS RELACIONADAS AO TEMA

A partir de pesquisas sobre cultura de segurança, percebeu-se que há uma certa dificuldade em encontrar um denominador comum entre estudiosos da área sobre quais fatores deveriam ser considerados para fins de análise de CS. Apesar de ser um tema relativamente novo, alguns autores já realizaram pesquisas sobre CS, porém com abordagens diferentes.

O Quadro 6 mostra de forma objetiva a colaboração de alguns agentes para a CS, bem como a metodologia empregada, o tipo de estudo aplicado e as variáveis consideradas em cada caso. São apresentados estudos e autores que abordaram o tema em diversos ramos: industrial, hospitalar, transportes, além de estudos teóricos.

Quadro 6 - Variáveis analisadas para a determinação de uma CS

Autor(es) / Ano	Escopo / Área de aplicação	Variáveis analisadas	
		Número de variáveis consideradas (N)	Fatores considerados pelo(s) autor(es)
Cooper (1998)	Estudos teóricos e revisões bibliográficas	N = 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existência de políticas formais de segurança 2. Adoção da segurança como objetivo estratégico 3. Auditoria do Sistema de Gestão e Saúde do Trabalho (SGST) 4. Desenvolvimento/implementação de políticas de melhoria contínua
Flin et al. (2000)	Estudos teóricos e revisões bibliográficas	N = 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gerenciamento 2. Sistema de segurança 3. Risco 4. Pressão no trabalho 5. Competência
Ek et al. (2007)	Estudo de caso em empresas aviação: Cultura de segurança de tráfego aéreo	N = 9	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aprendizagem 2. Informação 3. Justiça (empresa avalia de forma imparcial as falhas) 4. Flexibilidade 5. Canais de comunicação 6. Comportamento e atitudes (funcionários) 7. Comportamento e atitudes (gerência) 8. Situações de trabalho 9. Percepções de risco
Sexton et al. (2007)	Estudos, aplicações sobre cultura de segurança sobre a atividade de anestesiologia	N = 6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Clima de trabalho em equipe 2. Clima de segurança 3. Satisfação no trabalho 4. Reconhecimento do estresse 5. Percepção de gestão 6. Condições de trabalho

Autor(es) / Ano	Escopo / Área de aplicação	Variáveis analisadas																						
		Número de variáveis consideradas (N)	Fatores considerados pelo(s) autor(es)																					
Reason (1997)	Estudos teóricos e revisões bibliográficas	N = 6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informação 2. Clima organizacional 3. Recompensa 4. Segurança no trabalho 5. Flexibilidade 6. Aprendizagem organizacional 																					
Hudson (2003)	Estudos teóricos e revisões bibliográficas	N = 7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informação 2. Clima organizacional 3. Recompensa 4. Segurança no trabalho 5. Flexibilidade 6. Aprendizagem organizacional 7. Prudência ou grau de vigilância de acidentes 																					
Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA) (2002)	Estudo de caso: Cultura de segurança em instalações nucleares	N = 7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melhoria contínua interna 2. Efetivo canal de comunicação 3. Comprometimento da gerência 4. Sistema efetivo de planejamento 5. Fonte de recursos (financeiros e materiais) 6. Habilidade e competência (funcionários) 7. Influências externas 																					
Etchegaray e Thomas (2012)	Comparação de variáveis sobre dois instrumentos de mensuração de cultura de segurança (SAQ) e (HSOPSC)	N = 12 (HSOPSC) e N = 6 (SAQ)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SAQ</th> <th colspan="2">HSOPSC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 - Clima de trabalho em equipe</td> <td>01 - Frequência de eventos notificados</td> <td>07 - Respostas não punitivas a erros</td> </tr> <tr> <td>2 - Clima de segurança</td> <td>02 - Feedback e comunicação sobre erros</td> <td>08 - Dimensionamento de pessoal</td> </tr> <tr> <td>3 - Satisfação no trabalho</td> <td>03 - Aprendizagem organizacional</td> <td>09 - Trabalho em equipe na sua própria unidade/setor</td> </tr> <tr> <td>4 - Reconhecimento do estresse</td> <td>04 - Abertura para comunicações</td> <td>10 - Trabalho entre equipes de diferentes unidades do hospital</td> </tr> <tr> <td>5 - Percepção de gestão</td> <td>05 - Ações do supervisor que favorecem a segurança do paciente</td> <td>11 - Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços</td> </tr> <tr> <td>6 - Condições de trabalho</td> <td>6 - Apoio da direção/gerência do hospital para a SP</td> <td>12 - Percepções de segurança</td> </tr> </tbody> </table>	SAQ	HSOPSC		1 - Clima de trabalho em equipe	01 - Frequência de eventos notificados	07 - Respostas não punitivas a erros	2 - Clima de segurança	02 - Feedback e comunicação sobre erros	08 - Dimensionamento de pessoal	3 - Satisfação no trabalho	03 - Aprendizagem organizacional	09 - Trabalho em equipe na sua própria unidade/setor	4 - Reconhecimento do estresse	04 - Abertura para comunicações	10 - Trabalho entre equipes de diferentes unidades do hospital	5 - Percepção de gestão	05 - Ações do supervisor que favorecem a segurança do paciente	11 - Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	6 - Condições de trabalho	6 - Apoio da direção/gerência do hospital para a SP	12 - Percepções de segurança
SAQ	HSOPSC																							
1 - Clima de trabalho em equipe	01 - Frequência de eventos notificados	07 - Respostas não punitivas a erros																						
2 - Clima de segurança	02 - Feedback e comunicação sobre erros	08 - Dimensionamento de pessoal																						
3 - Satisfação no trabalho	03 - Aprendizagem organizacional	09 - Trabalho em equipe na sua própria unidade/setor																						
4 - Reconhecimento do estresse	04 - Abertura para comunicações	10 - Trabalho entre equipes de diferentes unidades do hospital																						
5 - Percepção de gestão	05 - Ações do supervisor que favorecem a segurança do paciente	11 - Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços																						
6 - Condições de trabalho	6 - Apoio da direção/gerência do hospital para a SP	12 - Percepções de segurança																						
Gonçalves Filho, Andrade e Marinho (2011)	Revisões bibliográficas criação de um modelo de maturidade de CS	N = 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aprendizagem organizacional 2. Comunicação 3. Envolvimento 4. Informação 5. Comprometimento 																					
Choudhry, Fang e Mohamed	Estudos teóricos e revisões bibliográficas	N = 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprometimento dos gerentes com a segurança do trabalho 2. Confiança mútua (gerente e gerenciados) 3. Autonomia para os empregados 																					

Autor(es) / Ano	Escopo / Área de aplicação	Variáveis analisadas			
		Número de variáveis consideradas (N)	Fatores considerados pelo(s) autor(es)		
(2007)			<ol style="list-style-type: none"> 4. Melhoria da segurança do trabalho 5. Canais de monitoramento da segurança do trabalho 		
Zohar (1980)	Estudos de casos sobre clima de segurança em empresas privadas	N = 8	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atitudes da gerência para a segurança 2. Influência do comportamento seguro para a promoção no trabalho 3. Influência do comportamento seguro sobre o <i>status</i> social 4. <i>Status</i> dos profissionais de segurança na organização 5. Importância e efetividade dos treinamentos de segurança 6. Nível de risco no ambiente de trabalho 7. Efetividade do esforço vs. promoção da segurança 		
Fleming (2001)	Criação de um modelo de cultura de segurança para indústrias petrolíferas do Reino Unido	N = 10	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Comprometimento, visibilidade dos gerentes 2 - Comunicação 3 - Produção vs. segurança 4 - Percepções de segurança 5 - Satisfação no trabalho </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ol style="list-style-type: none"> 6 - Aprendizagem Organizacional 7 - Recursos para a segurança 8 - Participação dos empregados 9 - Treinamentos 10 - Confiança </td> </tr> </table>	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Comprometimento, visibilidade dos gerentes 2 - Comunicação 3 - Produção vs. segurança 4 - Percepções de segurança 5 - Satisfação no trabalho 	<ol style="list-style-type: none"> 6 - Aprendizagem Organizacional 7 - Recursos para a segurança 8 - Participação dos empregados 9 - Treinamentos 10 - Confiança
<ol style="list-style-type: none"> 1 - Comprometimento, visibilidade dos gerentes 2 - Comunicação 3 - Produção vs. segurança 4 - Percepções de segurança 5 - Satisfação no trabalho 	<ol style="list-style-type: none"> 6 - Aprendizagem Organizacional 7 - Recursos para a segurança 8 - Participação dos empregados 9 - Treinamentos 10 - Confiança 				
Williamson et al. (1997)	Estudos teóricos e revisões bibliográficas	N = 8	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprometimento do líder com a segurança do trabalho 2. Comunicação entre níveis organizacionais 3. Controle de riscos 4. Estabilidade no trabalho 5. Seleção de pessoal 6. Política de promoção e recompensa justa e transparente 7. Política de educação quanto à segurança no trabalho 8. Documentação de relatos de eventos adversos 		
Geller (1994)	Estudos teóricos e revisões bibliográficas. Estabeleceu o termo "Cultura de Segurança Total" que vinha de 3 fatores: pessoas, comportamento e ambiente	N = 10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estímulo de funcionários a procedimentos de segurança 2. Comportamento 3. Foco em processos de segurança, não em resultados 4. Envolvimento de líderes e gestores 5. Concentração em alcançar o sucesso, não em evitar o fracasso 6. Observação e <i>feedback</i> sobre as práticas de trabalho 7. <i>Feedback</i> eficaz através de <i>coaching behaviorbased</i> (Comportamentos) 8. Observação e <i>coaching</i> como atividades principais 9. Autoestima, pertencimento e empoderamento dos envolvidos 10. A segurança é uma prioridade, não um valor 		
Waterson (2014)	Estudos teóricos, revisões bibliográficas e estudos de casos	N = 6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Motivação para alcançar a segurança organizacional 2. Análise global, não apenas a ausência de incidentes 3. Responsabilidade individual pela segurança global 4. Antecipação de riscos 5. Preparação para eventos imprevistos 6. Monitoramento e controle 		

Fonte: Autoria própria (2019)

Percebe-se, no Quadro 6, uma grande variação quanto ao entendimento de fatores que incidem sobre a CS. Este fato pode ser explicado pelo local de aplicação das metodologias dos estudos, pelo escopo e, também, pela visão de cada autor a respeito

da CS. É notório que, dependendo do contexto, alguns autores optaram por incluir elementos que consideraram mais relevantes para o estabelecimento da CS e acabaram por desconsiderar outros.

Por exemplo, Ek et al. (2007) realizaram um estudo em empresas suecas sobre normas e condutas de segurança nas atividades de controle de tráfego aéreo. Na ocasião, participaram do experimento 351 pessoas cujas impressões foram colhidas via aplicação de questionário na forma presencial. Os autores perceberam que, para essa realidade (empresa de aviação), fazia sentido acrescentar uma variável chamada 'justiça', já que ela buscaria apresentar o comportamento da empresa frente a situações indesejadas, quer seja com alguns funcionários ou colaboradores, quer seja em relação a alguns clientes externos.

O mesmo tipo de personificação da CS pode ser verificado em estudos da AIEA (2002) com processos nucleares. Aqui, a Agência considerou relevante incluir nas variáveis que afetam a cultura de segurança, as fontes de recursos financeiros e materiais, além de possíveis influências externas ao planejamento estratégico.

Se, por um lado, há uma pulverização inquestionável dos fatores que incidem na CS, por outro, existem pontos que são fundamentais quando o assunto é debatido. Em diversas pesquisas bibliográficas realizadas, elementos como comunicação interna, fluxo de informações, envolvimento em equipe, participação da gerência ou alta direção e aprendizagem organizacional, majoritariamente são levados em consideração.

Guldenmund (2007) fez uma análise crítica sobre o número de fatores encontrados na literatura para avaliar a CS e concluiu que há um número excessivo deles, contudo, alguns são recorrentes. Ele observou, via levantamento de estudos publicados, que fatores relativos aos gerentes aparecem em 75% das vezes. Já 67% está focado na aprendizagem interna e nos elementos técnicos de Sistema de Gestão e Saúde do Trabalho (SGST), quando são feitas pesquisas deste tipo, independentemente do tipo de local onde é aplicado o estudo. Pode-se crer, portanto, que estes são as variáveis comuns a aplicações e análises de da CS.

O Quadro 6 apresenta lista de trabalhos e pesquisas de autores sobre diversas variáveis que podem impactar aspectos relacionados à cultura de segurança em diversos tipos de organizações. Esses trabalhos serão importantes para as discussões dos

resultados por meio desta pesquisa, em particular, a partir da Seção 5.4 deste documento.

Além disso, outros trabalhos dispostos em bases de dados também foram usados como forma de confrontar ou reforçar os resultados obtidos por esta pesquisa. Neste sentido, destacam-se as publicações de Reis (2013), Fagerström, Kinnunen e Saarela (2018), Tharaldsen et al. (2008), Reis-Dennis (2018), Andrade et al. (2018), Boeck et al. (2015), Fassarella et al. (2018), Esbérard (2020), Félix e Filippin (2020), Robbins, Judge e Sobral (2010), Bass e Avolio (1993), Bell et al. (2011), Silva e Santa Rosa (2016), Kawamoto et al. (2016) e Madalozzo et al. (2021). Além destes trabalhos, foram usados dados de pesquisas de órgãos e instituições voltadas à temática de segurança na área da saúde, como o IBSP (2017 e 2019), o IOM (2000 e 2001), a OMS (2015 e 2019) e a própria EBSERH (2016, 2018 e 2019).

3.1 BUSCAS EM BASES DE DADOS

As pesquisas e os autores citados fizeram parte de uma ampla busca sobre o tema de CSP e questões que envolvem este universo. Decidiu-se, de antemão, que estas procuras deveriam ser feitas em três bases principais de dados: *Scopus*, *Periódicos da Capes* e *PubMed*. Estas bases têm o devido reconhecimento dentro do universo acadêmico e científico, sendo utilizadas como fonte de informações em vários programas de mestrado e doutorado dentro e fora do Brasil. Os resultados estão expressos de forma resumida e apresentados na Figura 14, mais adiante.

As buscas iniciais foram de caráter mais geral, com termos genéricos como “*Ergonomics*”, “*Organizations*” e também “*Safety Culture*”. Isto explica a quantidade elevada de artigos disponíveis somada em todas as bases (N = 38.548). Como era de se esperar, neste momento, a plataforma *PubMed* foi aquela que revelou um maior número de documentos, mais de 19 mil resultados. Essa já era a expectativa do pesquisador, uma vez que ela faz parte da *U.S National Library of Medicine* (NLM), criada em 1996, e é direcionada a pesquisas e estudos na área de saúde e prestação de serviços deste nicho, com aproximadamente 30 milhões de citações ou resumos voltados à literatura biomédica (NLM, 2019).

Logo após, foram definidos oito descritores de buscas (ver a seguir), com termos mais específicos e, também, com palavras sinônimas, e também, feitas refinações com a junção de termos, seguindo-se a lógica de busca booleana¹.

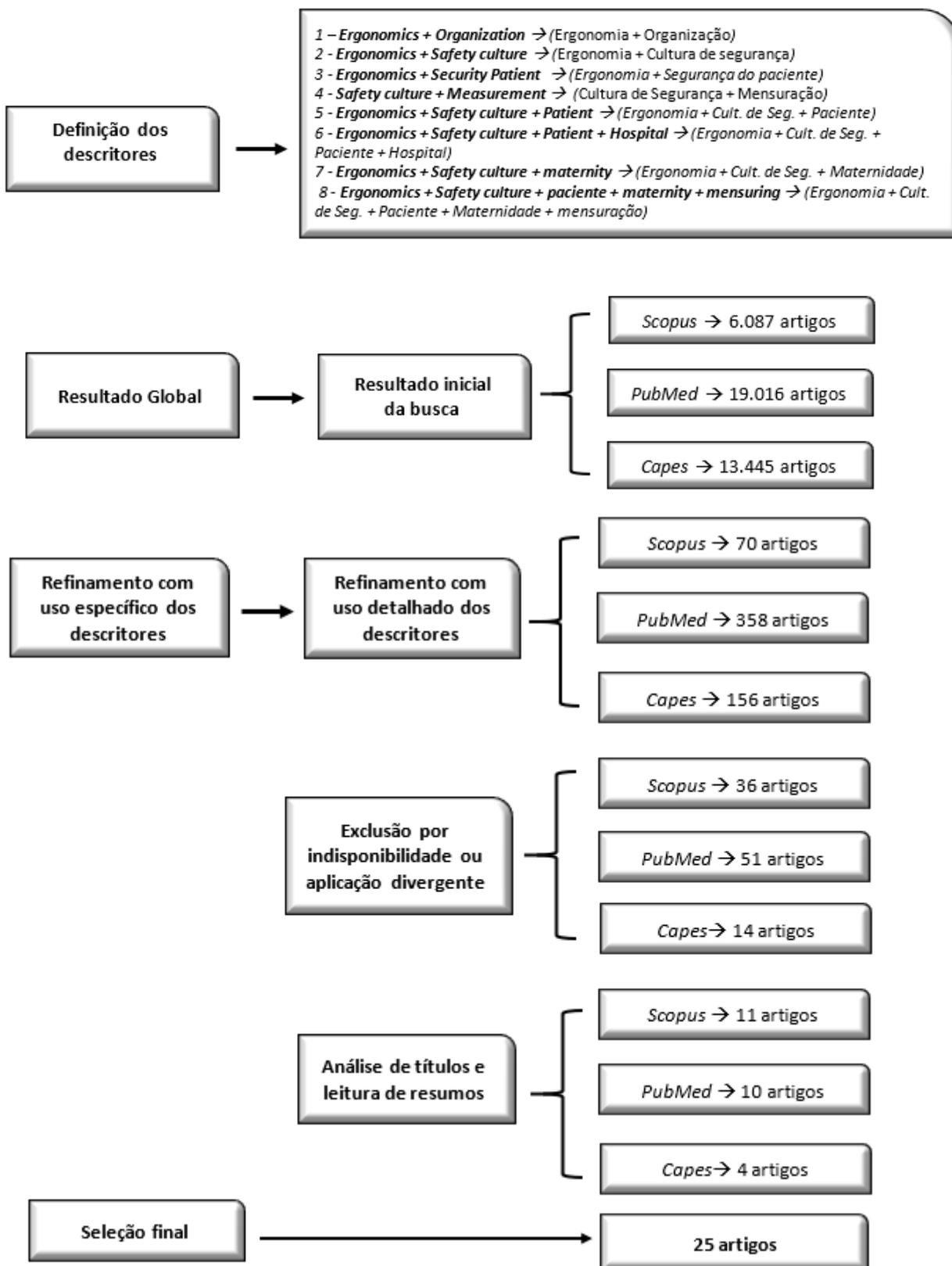
DESCRITORES DE BUSCAS	
LÍNGUA INGLESA	LÍNGUA PORTUGUESA
1. <i>Ergonomics + Organizations</i>	(Ergonomia + Organizações);
2. <i>Ergonomics + Safety Culture</i>	(Ergonomia + Cultura de Segurança);
3. <i>Ergonomics + Security Patient</i>	(Ergonomia + Segurança do Paciente);
4. <i>Security Patient + Measument</i>	(Segurança do Paciente + Medição);
5. <i>Ergonomics + Safety Culture + Patient</i>	(Ergonomia + Cultura de Segurança + Paciente);
6. <i>Ergonomics + Safety Culture + Patient + Hospital</i>	(Ergonomia + Cultura de Segurança + Paciente + Hospital);
7. <i>Ergonomics + Safety Culture + Maternity</i>	(Ergonomia + Cultura de Segurança + Maternidade);
8. <i>Ergonomics + Safety Culture + Patient + Maternity + Mensuring</i>	Ergonomia + Cultura de Segurança + Paciente + Maternidade + Mensuração)

Devido à quantidade de documentos e à origem das bases de dados, esses descritores foram introduzidos nos campos de buscas na língua inglesa, que é a recomendação padrão em pesquisas científicas, resultando em uma maior quantidade de títulos disponíveis.

Posteriormente, foram aplicados alguns critérios de exclusão de artigos, como a indisponibilidade de documentos, a duplicidade de informações e/ou publicações, aplicações a setores que se distanciavam muito do foco deste estudo e a mineração de artigos via leitura de títulos e resumos, ficando apenas aqueles que tratavam diretamente do objeto da pesquisa. Assim, tomaram-se, como base, vinte e cinco artigos que nortearam, com maior propriedade, os embasamentos teóricos desta pesquisa. Todo este processo está ilustrado na Figura 14.

¹ A busca booleana é a aplicação da Lógica de Boole a um tipo de sistema de recuperação da informação, no qual se combinam dois ou mais termos, relacionados por operadores lógicos, que tornam a busca mais restrita ou detalhada. As estratégias de busca são baseadas na combinação entre a informação contida em determinados documentos e a correspondente questão de busca, elaborada pelo usuário do sistema (FERNEDA, 2003, p.26)

Figura 14 - Buscas bibliométricas em bases de dados sobre o tema de pesquisa



Fonte: Autoria própria (2019)

3.1.1 Interação entre pesquisadores da área

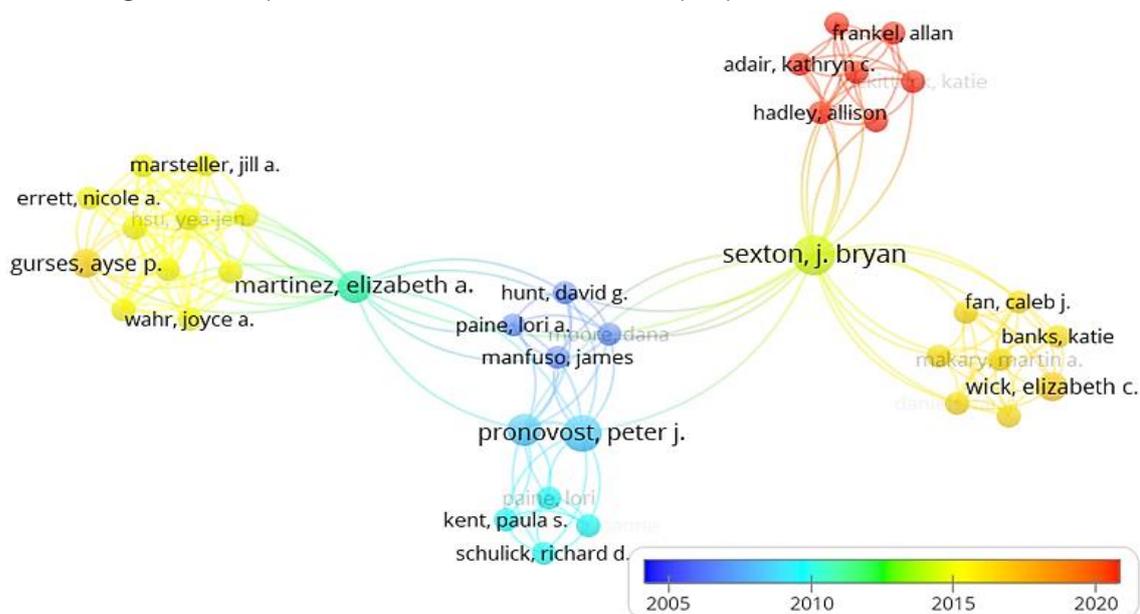
Para realizar esta mineração de artigos, foi construída uma “nuvem de interações” entre os principais autores sobre o tema abordado. Ela foi plotada utilizando-se o *software* VOSviewer, que é uma ferramenta de análise bibliográfica, cujo intuito é mostrar, de forma simplificada e visual, o mapeamento de interações existentes entre autores/obras dentro de uma mesma base de dados (VOSviewer, 2020).

O VOSviewer pode ser usado para construir redes de publicações científicas, revistas científicas, pesquisadores, organizações de pesquisa, países, palavras-chave ou termos. Os itens nessas redes podem ser conectados por coautoria, concorrência, citação, acoplamento bibliográfico ou *links* de cocitação (VOSviewer, 2020).

Foram atribuídas palavras-chave relacionadas ao tema desta pesquisa na base de dados *Scopus*, com alguns filtros de refinamento (artigos inteiros disponíveis, ano de publicação etc.), e foram feitos *downloads* de arquivos, em formato (.ris), contendo todas as informações dos artigos obtidos.

Com base nesses dados baixados, o *software* VOSviewer fez as conexões, com a formação de *clusters*, entre os autores mais citados na área em questão no período compreendido entre 2005 e 2020. Os resultados desta compilação podem ser conferidos na Figura 15.

Figura 15 - Mapa de relacionamentos entre autores/pesquisadores da área da CSP



Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Na Figura 15, percebe-se que, dentro do período analisado, três autores se destacam por serem bem citados e referenciados pelos demais: Sexton et al. (2016, 2007, 2006), Martinez (2015) e Pronovost (2008). Autores com publicações mais recentes buscam referenciá-los com maior força muito em função das pesquisas realizadas e o periódico de divulgação.

Sexton et al. (2016, 2007 e 2016) são os autores mais lembrados quando o tema é cultura, saúde e segurança do paciente. A posição central dentro do *cluster* e suas inúmeras linhas de conexões com os demais autores comprovam sua relevância. Eles são recomendados por suas pesquisas intituladas de *“The safety attitudes questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, and Emerging Research”*, *“Association of Safety Culture with Surgical Site Infection Outcomes”* e *“A check-up for safety culture in My Patient Care Area”*, publicados no *Journal of Healthcare Quality and Safety Patient (QAI)*, *Journal of the American College of Surgeons* e também, na *BMC Health Services Research*, respectivamente.

Pronovost e Sexton (2006) são bastante citados pelo estudo *“Assessing safety culture: guidelines and recommendations”*, publicado no *Journal of Healthcare Quality and Safety Patient (QAI)*. Já Martinez (2015 e 2013) é bastante citada pelas publicações *“Quality, Patient Safety, and the Cardiac Surgical Team”*, *“Safety Culture in Cardiac Surgical Teams: Data From Five Programs and National Surgical Comparison”* e, também, por *“A Check-up for Safety Culture in ‘My Patient Care Area’”*, publicada em 2007, juntamente com Bryan Sexton e Pronovost. Os trabalhos foram publicados, respectivamente, nos periódicos *“The Annals of Thoracic Surgery”* e também no *“The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety”*.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

Este capítulo descreve o percurso metodológico adotado para a execução da pesquisa considerando os objetivos traçados no Capítulo 1.

De acordo com Gonsalves (2007), o percurso metodológico pode ser compreendido como o trajeto necessário e fundamental percorrido pelo pesquisador durante todas as fases de construção de um estudo. A autora cita que, neste caminho, é comum incluir concepções técnicas, teóricas e até a própria criatividade do pesquisador. Nos tópicos a seguir, serão apresentadas as classificações referentes à pesquisa, o local onde a pesquisa foi realizada e algumas etapas que foram adotadas na pesquisa, importadas do método da Análise Ergonômica do Trabalho.

4.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

As pesquisas científicas podem ser classificadas, basicamente, em quatro grandes aspectos (GONSALVES, 2007): i) quanto aos objetivos; ii) quanto aos procedimentos; iii) quanto à natureza; e por fim, iv) quanto às fontes de informações

Com relação aos objetivos, esta pesquisa pode ser classificada como descritiva e exploratória. Segundo Gil (1991), a pesquisa descritiva é marcada pela tentativa de detalhar do comportamento de determinado objeto. Gil (2008) aponta também que são exploratórias as pesquisas que proporcionam uma maior proximidade do pesquisador ao objeto estudado a fim de explicitá-lo. O autor comenta que é habitual, em ambas as abordagens, entrevistas aprofundadas com personagens importantes àquela realidade estudada.

Na prática, entende-se esta pesquisa como sendo descritiva, porque caracterizou-se a maternidade onde a pesquisa foi realizada, descrevendo sua estrutura, seu funcionamento global e os contextos em que está inserida. Como foi feita, inicialmente, uma pesquisa bibliográfica ampla, visando se familiarizar com o tema e conhecer o local da pesquisa, além de terem sido feitas entrevistas com gestores e líderes do local sobre o tema de cultura de segurança do paciente, pode-se classificar esta pesquisa também como exploratória.

Quanto aos procedimentos de coleta de dados utilizados, a pesquisa pode ser considerada como um estudo bibliográfico, documental, com a aplicação de um estudo de caso.

O estudo bibliográfico, de acordo com Silva e Menezes (2005), possui um forte aparato teórico em periódicos já publicados e disponíveis ao grande público. Como foi desenvolvida, também, uma pesquisa bibliográfica (busca de artigos científicos) nas bases de dados *Scopus*, *Capes* e *PubMed*, principalmente, pode-se classificar esta pesquisa como estudo bibliográfico.

As pesquisas tidas como documental são caracterizadas, consoante Silva e Menezes (2005, p. 21), “quando elaboradas a partir de materiais que não receberam tratamento analítico”. Na presente pesquisa, essa marca pode ser evidenciada, pois se teve acesso a informações e documentos internos à instituição pesquisada, que foram analisados como forma de compreender a ligação dos dados ali contidos com a proposta central do estudo, como o número de atendimentos mensais, o organograma, a quantidade de funcionários e seus cargos de atuação, o número de EAs anuais etc.

Ainda com relação ao aspecto dos procedimentos de coleta de dados, esta pesquisa configura-se também como um estudo de caso. Gil (1991) define este tipo de abordagem como sendo um minucioso estudo sobre um objeto de análise com vista a tornar possível o seu detalhamento dos achados científicos para futuras discussões. Gonsalves (2007) lembra que esta característica é ideal para auxiliar o público interessado na tomada de decisões e posteriores intervenções.

A MEJC representa o estudo de caso, a partir do qual foram feitos levantamentos de dados de campo, mediante observação de documentos, aplicação de questionário com profissionais de saúde da linha de frente e também conversações com gestores e líderes. Neste sentido, foram realizadas reuniões presenciais e virtuais entre o pesquisador e membros do NSP, para apresentação da pesquisa à comunidade interna, e entre o pesquisador e os demais participantes da pesquisa, para a coleta direta de dados. Sessões de restituição das análises realizadas, dos resultados produzidos e das indicações de melhoria também foram realizadas para os respectivos refinamentos e/ou validações e para a formulação de novas estratégias de atuação no curso da pesquisa.

Quanto às fontes de informações, pode-se classificar o estudo como uma pesquisa de campo, que, segundo Gonsalves (2007, p. 68), são abordagens onde se

“...pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada”. Trata-se de um tipo de procedimento onde há um contato direto entre o pesquisador e os principais personagens envolvidos no local do estudo, visando à obtenção de informações relativas à pesquisa.

Atentando-se ao último aspecto classificatório, a natureza dos dados, a pesquisa possui um caráter aplicado, com uma abordagem qualitativa e quantitativa. Silva e Menezes (2005, p. 20) conceituam a pesquisa aplicada como aquela que “objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática e dirigida à solução de problemas específicos”. Como este estudo aplicou *in loco* instrumentos constituídos de variáveis que geram indicadores que avaliam entraves ou contrantes à cultura de segurança do paciente na maternidade, ou avaliam seu amadurecimento, e apresentou uma série de indicações para a prevenção e mitigação destes entraves/contraentes na maternidade, entende-se que se trata de uma pesquisa aplicada.

A abordagem qualitativa possui, entre outras marcas, a compreensão de fenômenos naturais aliada à atribuição de significado a eles. Gil (1991) explica que, nestes casos, há uma forte presença do pesquisador junto às demandas existentes, sendo fundamental essa interação, uma vez que o processo de interpretação da realidade vivenciada é crucial para o real entendimento da situação-problema. As reuniões presenciais, os momentos de verbalizações entre funcionários importantes da organização analisada, além dos discursos do sujeito coletivo, são alguns fatores que contribuíram para que a abordagem qualitativa fosse relevante para a coleta de dados, análises e conclusão do estudo.

Já a abordagem quantitativa é caracterizada, sobretudo, pela possibilidade de conversão de elementos do local e/ou objeto de estudo em indicadores numéricos (GIL, 1991). Esta situação foi verificada nas atividades de coleta de dados, pois transformaram-se as informações quantificáveis em resultados, que estão disponibilizados nesta dissertação e foram apresentados aos gestores e funcionários da maternidade, por meio de quadros, tabelas e gráficos, com o intuito de facilitar o entendimento por parte do público-alvo e leitores deste documento.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), localizada no endereço Rua Nilo Peçanha, 259, bairro Petrópolis, na cidade de Natal, estado do Rio Grande do Norte, Brasil.

A pesquisa de campo na maternidade teve como interlocutora privilegiada a Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente-NSP da MEJC/UFRN. A instituição autorizou o uso de sua denominação no decorrer da pesquisa, em apresentações públicas e em publicações científicas futuras para fins de aprendizagem e disseminação de conhecimento, como prevê o Termo de Compromisso (Anexo A) com acordo bilateral estabelecido entre o pesquisador/GREPE e a maternidade pesquisada.

4.3 MATERIAIS E MÉTODOS

Nas seções a seguir, estão descritas as fases do desenvolvimento da pesquisa. Embora esta pesquisa não tenha se proposto a, especificamente, analisar uma atividade de trabalho, algumas etapas constituintes da Análise Ergonômica do Trabalho (AET), conforme Vidal (2008), foram utilizadas na condução da pesquisa, tais como: análise global, instrução de demanda e construção social.

4.3.1 Análise Global

A Análise Global (AG) é uma das etapas constituintes da Análise Ergonômica do Trabalho (AET), segundo Vidal (2008), e consiste em levantar dados abrangentes que ajudem a compreender a situação da empresa e sua evolução em um determinado momento, a partir do conhecimento da sua contingência, contexto, estrutura, organização geral, população trabalhadora e funcionamento global (VIDAL, 2008).

Para o desenvolvimento da AG, foi aplicado um Roteiro de Análise Global na MEJC (Apêndice B). Os dados previstos neste Roteiro foram coletados diretamente nos setores pertinentes da MEJC, através de consultas aos respectivos gestores, funcionários, documentos internos e públicos e *site* oficial da instituição.

4.3.2 Instrução da demanda

Outro momento importante do estudo se deu pelo estabelecimento da Instrução da Demanda (ID). Segundo Vidal (2008, p. 87) ela “consiste na passagem da percepção gerencial do problema (demanda gerencial) à proposta de ação ergonômica (demanda ergonômica), a partir da qual um contrato de intervenção ergonômica pode ser celebrado”.

A instrução da demanda compreendeu uma das etapas relevantes da pesquisa, pois foi a partir dela que clarificou-se a origem dos problemas relativos à cultura de segurança do paciente e, com isso, foi possível direcionar o encaminhamento da pesquisa, a fim de compreender a(s) cultura(s) de segurança do paciente da maternidade e a sua relação com a eficiência e a qualidade do serviço de saúde prestado pela maternidade e com a ocorrência ou não de eventos adversos com seus pacientes.

Uma organização pode se estimular a procurar por mudanças por razões diversas. Guérin et al. (2001) esclarecem que o estímulo pela busca de mudanças pode ter tanto uma raiz interna, quanto externa. Internamente, uma demanda por mudança pode originar-se da alta gerência, da média gerência ou dos operadores de um determinado setor de uma organização/empresa, por exemplo. Neste caso, algum setor da própria empresa se encarrega de atender à demanda explicitada ou a empresa contrata alguma consultoria, que pode ser de uma empresa privada, de algum profissional liberal ou de uma empresa pública (universidade, por exemplo).

Já as demandas externas podem advir diretamente de uma instituição de pesquisa, denominada de demanda provocada ou induzida (CARVALHO & SALDANHA, 2001), uma vez que esta instituição procura a empresa/organização para a realização de uma análise ergonômica do trabalho, ou podem advir de órgãos reguladores do trabalho humano nas organizações, tais como o Ministério Público do Trabalho, Ministério do Trabalho, Vigilância de Saúde do Trabalhador etc, denominada de demanda por injunção (VIDAL, 2008).

A demanda provocada (CARVALHO & SALDANHA, 2001) é acionada por ergonomistas ou pesquisadores, que entram em contato com potenciais demandantes de um trabalho ou pesquisa em Ergonomia em uma organização, com a finalidade de propor uma demanda ergonômica potencial ou hipotética, ouvir as primeiras

impressões dos potenciais demandantes da organização, inclusive receber outras possíveis demandas dos mesmos, debatê-las e, com isso, definir uma ou mais demanda ergonômica negociada, entre as partes, relativa a esta organização.

No caso desta pesquisa, a demanda (provocada ou induzida) partiu, em um primeiro momento, do Grupo de Extensão e Pesquisa em Ergonomia (GREPE/UFRN), que já tinha interesse em realizar pesquisas no campo da ergonomia, no setor da saúde, especialmente, relacionadas à segurança do paciente em um hospital ou maternidade. Destarte, o grupo entrou em contato com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da MEJC, a fim de estabelecer um vínculo formal para a realização de pesquisas relacionadas à segurança do paciente.

Neste sentido, foi marcada e realizada uma reunião entre a equipe de pesquisadores do GREPE/PEP/UFRN e a equipe do NSP/MEJC, em suas instalações, onde foram apresentados possíveis temas ou demandas de pesquisa, desencadeando uma troca de ideias e a negociação de três demandas ergonômicas, sendo que uma delas (*“Analisar e avaliar a cultura de segurança do paciente na Maternidade Escola Januário Cicco em Natal quanto à sua maturidade, destacando suas fraquezas e fortalezas com o intuito de aprimorá-la”*) originou esta pesquisa, uma vez que a Maternidade não possuía uma pesquisa com esta abrangência e tinha o interesse neste tipo de pesquisa, de acordo com a verbalização da Coordenadora do NSP e de sua equipe. Nesta reunião, os integrantes do NSP se colocaram à disposição para apoiar o desenvolvimento da pesquisa, fornecendo os dados internos necessários, apresentando os pesquisadores a pessoas e setores chave na maternidade e facilitando o acesso aos dados necessários.

Vale ressaltar, que foram identificados, à época, os estudos realizados por Fernandes (2014) e Andrade et al. (2014), em que ambos abordavam a CSP na MEJC. Ainda assim, estes estudos analisaram, com fins amostrais, apenas o grupo dos profissionais de saúde da maternidade. Além disso, estes estudos foram feitos imediatamente após a implantação do NSP na maternidade, em novembro de 2013, indicando um longo período sem que o NSP dispusesse de informação sobre a cultura de segurança do paciente na maternidade e pudesse estabelecer ações de melhoria da segurança do paciente baseadas em informações consistentes e atualizadas.

Em 17 de abril de 2019, mediante convite deste pesquisador, em comum acordo com o professor orientador desta pesquisa, foi realizada uma reunião de apresentação,

à comunidade da MEJC, do projeto de pesquisa que resultou nesta dissertação. Foram convidados a se fazerem presentes na reunião os gestores e líderes da maternidade, do NSP, da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e profissionais de outras categorias da MEJC, como gestão e administração. Esta reunião ocorreu no anfiteatro da maternidade, contou com a participação de aproximadamente trinta funcionários dos mais diversos setores, e teve o intuito de expor o referido projeto de pesquisa, explanando os objetivos e a metodologia concernente, de solicitar a colaboração e a adesão dos convidados e dos funcionários e dos setores para a viabilização da pesquisa na maternidade.

4.3.3 Construção Social

Vidal (2008) afirma que a construção social (AET) é um processo que permeia toda a análise ergonômica do trabalho e é fundamental para o bom andamento e funcionamento da pesquisa. Ele explica que se trata de um momento onde há a participação conjunta entre pessoas e equipes distintas envolvidas na AET, que, ao longo do percurso metodológico, terão ações participativas para a concretização do objetivo geral do estudo.

A construção social foi desenvolvida dentro da MEJC desde o primeiro contato do pesquisador com a Coordenadora do NSP, no processo de instrução da demanda, e seguiu por todo o caminho metodológico, incluindo a coleta dos dados da pesquisa e as restituições e validações das análises, dos resultados e das indicações de melhorias ergonômicas. O Núcleo serviu de suporte e elo orientador entre o pesquisador e os demais agentes e departamentos da maternidade. O resultado disto está apresentado e discutido de forma mais detalhada no Capítulo 5 deste documento.

Na análise de cultura de organizacional, recomenda-se que sejam levantadas as percepções dos personagens envolvidos, com o ambiente estudado, conforme preconizam Vaitsman (2000) e Schein (1991). Ou seja, a definição dos *stakeholders* (partes interessadas ou envolvidas) é fundamental para a aplicação dos métodos avaliativos. Em ergonomia, é através da construção social que se dá este levantamento, considerando as diferentes pessoas de interesse e seus respectivos grupos, como será descrito a seguir.

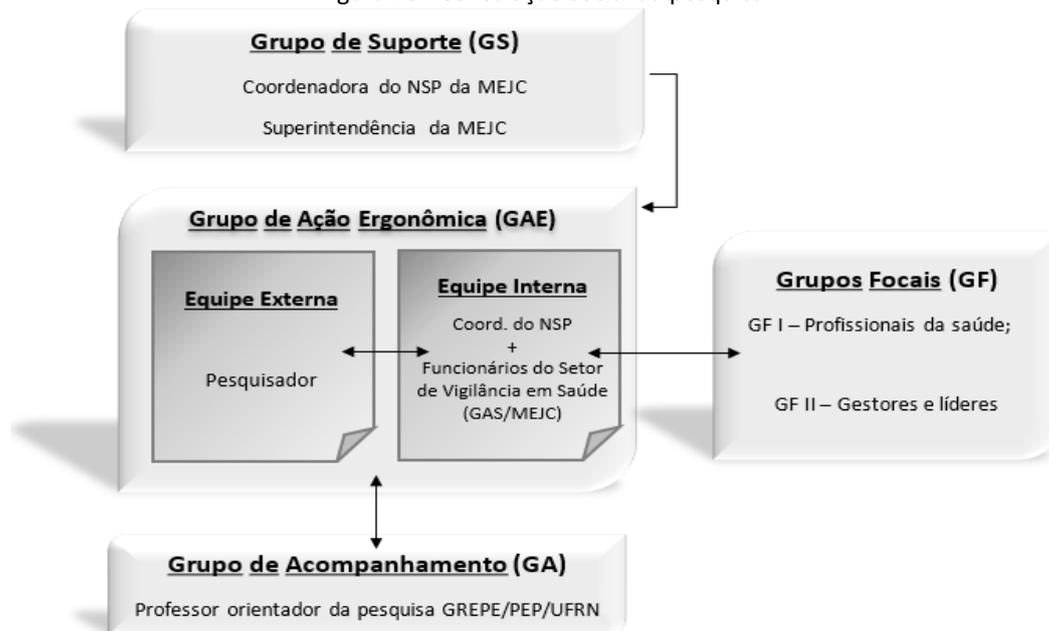
A construção social é composta por cinco grupos, segundo Vidal (2003; 2008).

São eles:

- **Grupo de Ação Ergonômica (GAE):** formado pelas equipes externa e interna à organização, responsáveis pela ação ergonômica. A equipe externa é composta pelos condutores da aplicação dos métodos e técnicas de ergonomia, os especialistas em ergonomia. A equipe interna é composta por pessoas da organização responsáveis pela facilitação da ação ergonômica na organização, podendo ser constituída por especialista em ergonomia ou não;
- **Grupo de Suporte (GS):** formado por pessoas que têm autonomia nas decisões relevantes em uma empresa e, portanto, que autorizam a realização da ação ergonômica na organização. É a este grupo que o GAE deve manter contato durante todo o processo de intervenção;
- **Grupo de Acompanhamento (GA):** normalmente constituído por membros que possuem autoridade para tomadas de decisões e orientação técnicas;
- **Grupo de Especialistas (GE):** Integrado por pessoas pontuais com habilidade ou conhecimentos específicos, que outros grupos não possuem, que podem ajudar na AET. Resolvem problemas singulares;
- **Grupos Focais (GFs):** compostos por pessoas que integram os diversos locais onde a AET está sendo realizada. Estes grupos participam dos diversos momentos da AET, ou seja, no levantamento dos dados, nas restituições e validações de análises, resultados e indicações de melhorias e na implementação das melhorias.

A Figura 16 mostra o esquema da construção social desenhada para esta pesquisa, com os personagens do local estudado, os seus respectivos grupos e suas interações.

Figura 16 - Construção social da pesquisa



Fonte: Adaptado de Vidal (2008)

A equipe externa do GAE foi composta pelo pesquisador titular da pesquisa. Da equipe interna, participaram a coordenadora do NSP da MEJC e outros profissionais pertencentes ao Setor de Vigilância em Saúde, vinculados à Gerência de Atenção à Saúde (GAS/MEJC), que fizeram orientações mais próximas durante a realização da pesquisa e participaram de vários momentos, no levantamento de dados e nas etapas de restituição e validação dos resultados.

O GS da pesquisa foi formado pela própria Coordenadora do NSP e, também, pelo superintendente da maternidade. Eles foram os responsáveis pelas liberações e autorizações para acesso aos dados, pelas comunicações às equipes de outros departamentos sobre a realização da pesquisa e pela solicitação da adesão dos membros da maternidade à pesquisa, promovendo a intermediação com outros personagens internos que cooperaram com a pesquisa. Foi através do GS e do GAE, que a reunião de apresentação do projeto de pesquisa, mencionada no tópico anterior, foi viabilizada.

Quanto aos Grupos Focais, o GF I foi composto pelos profissionais da área da saúde e aqueles que têm, de forma direta ou indireta, contato ou responsabilidade com o serviço prestado aos pacientes da maternidade. Esse é o grupo mais numeroso da Construção Social. Sua população e tamanho de amostra serão melhor detalhadas nos tópicos a seguir. No GF II, participaram os gestores e líderes da MEJC. Neste conjunto,

estão contidas as principais lideranças da instituição, como os diretores de setores, representantes de núcleos, gerentes, supervisores, além do próprio superintendente. As Figuras 19, 20 e 22, mais adiante, dão uma melhor ideia desses cargos e suas linhas de subordinação dentro da MEJC.

Por fim, o GA foi composto pelo professor orientador da pesquisa, coordenador do GREPE/PEP/UFRN, que guiou os passos globais com medidas de monitoramento e controle e correções e realinhamentos das ações praticadas pelo pesquisador no GAE.

4.4 COLETA, TRATAMENTO E ANÁLISES DOS DADOS

Nesta seção, estão descritas as informações referentes aos procedimentos realizados para o levantamento e tabulação de dados juntos aos GFs I e II, a população e amostra consideradas, os instrumentos de pesquisas utilizados pelo pesquisador e as formas de validação das análises estatísticas desenvolvidas na pesquisa.

4.4.1 Instrumentos de coleta de dados

O principal instrumento de coleta de dados da pesquisa foi um questionário (Apêndice A) aplicado com os profissionais de saúde (GF II).

Flin et al. (2006) investigaram instrumentos de coleta de dados confiáveis para mensuração da cultura de segurança do paciente em ambientes hospitalares. Dentre os vários instrumentos, os autores destacaram o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) como sendo aquele que reuniu um maior número de critérios psicométricos específicos e apresentaram resultados adequados nas análises.

O HSOPSC é um instrumento pensado e aplicado ao ramo da saúde com o intuito de avaliar a cultura de segurança do paciente de um local. Ele foi criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dos Estados Unidos, em 2004, e é apto a avaliar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente, além de ter sido validado internacionalmente (PROQUALIS, 2013).

Além disso, o questionário interroga a opinião de seus respondentes sobre questões relevantes relacionadas à segurança, valores, crenças, normalização, aprendizagem, notificações de EAs, comunicação, liderança e gestão. A Tabela 3 apresenta as doze dimensões gerais abordadas por esse instrumento.

Tabela 3 - Dimensões avaliadas pelo questionário HSOPSC

Questionário HSOPSC	Dimensões
	<p>01 - Frequência de eventos notificados</p> <p>02 - <i>Feedback</i> e comunicação sobre erros</p> <p>03 - Aprendizagem organizacional e melhoria contínua</p> <p>04 - Abertura para comunicações</p> <p>05 – Ações do supervisor/chefe da minha unidade que favorecem a segurança do paciente</p> <p>06 - Apoio da direção/gerência do hospital para ações que favorecem a segurança do paciente</p> <p>07 - Respostas não punitivas a erros</p> <p>08 - Dimensionamento de pessoal</p> <p>09 - Trabalho em equipe na sua própria unidade/setor</p> <p>10 - Trabalho entre equipes de diferentes setores/unidades do hospital</p> <p>11 - Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços no hospital</p> <p>12 - Percepções de segurança</p>

Fonte: Adaptado da AHRQ (2004)

Cada uma destas dimensões é composta por quesitos que provocam reflexões nos respondentes sobre situações do ambiente de trabalho que impactam, muitas vezes, indiretamente, o clima de segurança e colaboram para a formação de uma cultura de segurança organizacional.

A maior parte dos estudos que avaliam a CSP em organizações de saúde utiliza questionários como instrumento de coleta de dados. Flin (2007) comenta que eles se configuram como importante e confiável fonte de informações, pois, quando bem elaborados e aplicados, são capazes de abordar diferentes dimensões sobre um mesmo objeto de estudo. Além disso, possuem custo reduzido de operacionalização quando comparados a outras técnicas de abordagem.

O HSOPSC foi adaptado à realidade brasileira e validado pelo estudo de doutorado de Cláudia Tartaglia Reis, da Fundação Oswaldo Cruz, com o título “*A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro*” (REIS, 2013). Para este estudo, uma versão do questionário foi modelada ao cenário nacional, em língua portuguesa, com algumas pequenas modificações, sem, contudo, comprometer as dimensões e as variáveis propostas na versão original do instrumento. Uma cópia da versão adaptada e usada nesta pesquisa junto ao GF I está disponível no Apêndice A deste documento.

Além disso, como já foi citado em seções anteriores, outros instrumentos e estratégias de levantamento de dados também foram relevantes para a pesquisa, como o Roteiro Dinâmico de Conversação (Apêndice F), aplicado junto ao Grupo Focal II, o Roteiro de Análise Global (Apêndice B) junto à organização, levantamento e observação

de documentação interna da maternidade, além da coleta de dados em fontes oficiais, como *sites* governamentais.

4.4.2 Abordagens aos Grupos Focais (GFs)

4.4.2.1 Abordagem ao Grupo Focal I (Profissionais de Saúde)

Neste momento, foi utilizado, prioritariamente, o questionário HSOPSC. No esboço inicial do projeto de pesquisa, previa-se que a coleta de dados se daria de forma presencial, nas próprias instalações da maternidade, e assim foi feito, inicialmente, a partir de novembro de 2019.

O pesquisador, intermediado por membros do NSP, entrava em contato com alguns supervisores ou chefes de setores da maternidade, marcava dias e horários mais convenientes para que a abordagem fosse feita (geralmente em turnos diferentes e de menor carga de trabalho), e, então, se deslocava até os locais onde se encontravam os respectivos profissionais, se apresentava a eles, explicava de forma direta o objetivo e a metodologia da pesquisa, fazia esclarecimento sobre o questionário e apresentava os termos do TCLE (Apêndice C).

Quando possível, o funcionário participante da pesquisa, munido de uma caneta esferográfica, se deslocava, juntamente com o pesquisador, para um lugar mais afastado do local específico de trabalho, contendo, de preferência, uma mesa de apoio para responder à pesquisa. Uma cópia impressa do instrumento de pesquisa (Apêndice A) era entregue aos participantes, que faziam a leitura dos itens presentes no referido instrumento, marcando as opções que melhor condiziam com suas noções e percepções sobre a CSP.

Nestes momentos, o pesquisador ficava posicionado próximo aos respondentes, apenas para esclarecer possíveis dúvidas quanto à falta de entendimento ou interpretação de texto dos itens presentes no documento. Não houve influência ou inclinação do pesquisador sobre os participantes, deixando-os livres para expressarem suas opiniões sobre os temas ali tratados. Ao final, as cópias dos instrumentos de pesquisa eram devolvidas ao pesquisador, sem identificação pessoal dos participantes, e guardadas em local seguro para posterior tabulação e análise dos dados e apresentação futuras dos resultados.

Entretanto, esse processo foi um pouco demorado, porque devia-se retirar dezenas de funcionários de seus postos de trabalho para que pudessem responder ao questionário. O momento da aplicação do questionário durava, em média, 15 minutos ou mais por pessoa. Além disso, devido à alta demanda de trabalho na maternidade, muitos funcionários não encontravam um intervalo entre suas atividades para participar da pesquisa. Logo, este impedimento se tornou uma das limitações da pesquisa.

Com isso, devido a alguns contratemplos, apenas uma parte da amostra (43%) foi feita de forma presencial, pois, logo em seguida, vieram as restrições de acesso e livre circulação na maternidade, impostas pela pandemia do novo coronavírus. Neste momento, muitas etapas da pesquisa tiveram que ser suspensas.

Após momentos de incertezas, houve um realinhamento estratégico na metodologia de levantamento de dados, por parte do Grupo de Acompanhamento (GA), de modo que a coleta de dados passou a ser feita de forma remota. Assim, foi comunicado ao Comitê de Ética em Pesquisas (CEP), que, em virtude do cenário de incertezas de volta à normalidade da circulação de pessoas no país e, em especial, na maternidade, as etapas de campo da pesquisa passariam a ser feitas de forma remota, com o auxílio de tecnologias virtuais.

Foram realizados contatos com a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), presente na maternidade, para se informar sobre a possibilidade e a viabilidade de dar andamento à pesquisa de forma remota. Com um sinal assertivo, a GEP fez orientações ao pesquisador, como, por exemplo, contar com a colaboração do Setores de Gestão de Pessoas e de Comunicação da maternidade para facilitar as ações de pesquisa.

Desta forma, uma versão virtual do instrumento de pesquisa foi confeccionada, com o auxílio do aplicativo *Google Forms*, juntamente com um convite textual de participação em pesquisas científicas, direcionando-os ao público-alvo da pesquisa na MEJC. As condições de participação do pessoal na pesquisa, expressas no TCLE, foram colocadas nesta nova modalidade de abordagem, virtual, e, também, a informação de que os participantes poderiam ter acesso a cópias virtuais do TCLE, caso tivessem interesse.

O Setor de Gestão de Pessoas da maternidade colaborou com esta etapa da pesquisa, uma vez que enviou o instrumento de pesquisa para os e-mails institucionais dos funcionários da MEJC, juntamente com o referido convite, em que se fortalecia a

importância da participação da comunidade interna na pesquisa, destacando seus benefícios para a organização como um todo. Alguns dias após o envio dos referidos e-mails, foram feitos novos disparos de mensagens via e-mails reforçando a solicitação de colaboração dos funcionários, participando da pesquisa, e agradecendo àqueles que já haviam participado dela.

Ainda assim, para facilitar o acesso ao instrumento, o pesquisador confeccionou um cartaz de divulgação da pesquisa (Apêndice E), contendo dados gerais e um *QR Code* de acesso rápido via *smartphones*, que foi impresso pelo Setor de Comunicação da maternidade e disposto em diversas localidades, como murais, corredores principais de circulação de pessoas, elevadores e etc, para lembrar os funcionários de participarem do estudo. Segundo o GEP, esse mesmo tipo de ação proporcionou retornos positivos em outras pesquisas recentes na maternidade.

Com estas condutas, pôde-se chegar a uma amostra válida total de 98 participantes para a pesquisa, representando quase 14% de toda a população de trabalho da MEJC. Cinco participações tiveram que ser descartadas por apresentarem um índice considerável de respostas nulas ou incorretas (marcar duas opções para uma mesma pergunta, por exemplo, quando não se devia) ou deixarem uma quantidade grande de quesitos sem respostas.

De antemão, previa-se que amostra estatística poderia ser bem maior e representativa do que a obtida neste estudo. Contudo, a partir de conversas internas com os funcionários da maternidade, foi dito que o número de participantes na pesquisa, abaixo do esperado, deveu-se ao fato de que o questionário original dispunha de um número grande de quesitos e que, historicamente, pesquisas com esse formato enfrentam uma resistência de parte do público-alvo. Entende-se, entretanto, que o tamanho amostral obtido foi válido para a retirada de conclusões procedentes e para o cumprimento dos objetivos propostos pela pesquisa.

4.4.2.2 Abordagem ao Grupo Focal II (Gestores e Líderes)

Após a coleta de dados juntos aos profissionais de saúde, houve uma sessão coletiva, em 09 de junho de 2021, onde foram realizadas conversações conjuntas com os membros presentes e, também, para a discussão de resultados com os gestores e líderes da maternidade. Em virtude da pandemia de covid-19, este momento ocorreu

em uma sala de reunião virtual em data previamente negociada entre o pesquisador e alguns dos envolvidos.

Como forma de aumentar a adesão dos membros deste grupo, aproveitou-se a data de reunião mensal do próprio Núcleo de Segurança do Paciente, já prevista no calendário institucional, para tratar desta pesquisa em um dos momentos da reunião. Para tanto, foram enviados convites, via e-mail institucional, para 35 pessoas que ocupavam cargos de liderança na MEJC para participarem do referido momento. Destes, 25 estiveram presentes.

Além disso, destaca-se a atuação fundamental da coordenadora do NSP que sensibilizou o público-alvo da pesquisa, contactando pessoalmente os potenciais participantes para que comparecessem à reunião, como também enviou mensagens em grupos internos de mensagens, lembrando-os do compromisso. Considerou-se que a adesão, neste ponto, foi bastante satisfatória. Seus principais resultados, via relatos e reflexões, estão descritos na Seção 5.7 deste documento.

Na primeira parte da reunião, foram feitas as apresentações do pesquisador e da pesquisa, explicado o seu sentido e a importância para a maternidade e, conseqüentemente, da colaboração de todos que estavam ali presentes. Em seguida, foram apresentados os termos e condições contidas no TCLE específico para este grupo (Apêndice D) e explicado como seria a dinâmica da pesquisa na reunião.

Posteriormente, a ocasião contou com os discursos dos presentes a respeito dos pontos contidos no Roteiro Dinâmico de Conversação (Apêndice F), que tratavam da formação profissional, do conhecimento e das experiências passadas dos gestores com atividades relativas à segurança do paciente, gestão da segurança do paciente, além de aspectos relativos à liderança e ao relacionamento entre membros das equipes de trabalho dentro da maternidade.

O segundo bloco da reunião centrou-se na discussão, com os gestores, dos resultados advindos do questionário HSOPSC aplicado ao GF I. Neste momento, foram expostos gráficos com os dados quantitativos, e os resultados mais sensíveis percebidos pela análise dos dados, ou seja, as dimensões e as situações onde a maternidade apresentava os piores índices em termos de cultura de segurança do paciente. Foi solicitado aos gestores que dessem *feedbacks* sobre os resultados apresentados, a partir das seguintes perguntas: *Estes resultados os surpreendem? De que forma vocês leem*

esses números? Em suas visões, quais os motivos que levaram seus possíveis coordenados a terem esse tipo de percepção? Os resultados principais desta interação podem ser conferidos, via discursos diretos e debates, nas seções 5.7.1 e 5.7.2 deste documento.

4.4.3 Tratamento e análise dos dados

A seguir, estão postas as principais etapas realizadas para a tabulação e o tratamento dos dados colhidos e descritos nas seções anteriores. Este tópico foi dividido em três seções, para a melhor compreensão de como o tratamento dos dados foi realizado em cada um dos tipos de dados coletados, dos *softwares* e aplicativos de apoio que auxiliaram o pesquisador.

4.4.3.1 Tratamento de dados quantitativos: população, amostra e validações estatísticas

Para o estudo, trabalhou-se com uma amostra válida de 98 respondentes. Isto representa aproximadamente 15% do total do público-alvo da pesquisa. Na Tabela 5 (item 5.1.3 do Capítulo 5), a população geral da maternidade será melhor apresentada, com seus cargos e categorias.

O Grupo de Acompanhamento (GA) previa a possibilidade de um número amostral bem maior do que o alcançado, em torno de 30% da população de trabalho da instituição. Entretanto, mesmo com um reforço e apoio interno de gerências para uma maior adesão ao instrumento *online*, não se conseguiu aumentar mais o número de profissionais participantes.

O Grupo de Foco I, formado pelos profissionais de saúde, compôs a amostra para a aplicação do questionário. No momento de coleta de dados de forma presencial, o levantamento de dados se deu por uma amostra não-probabilística. A formação da amostra que se pretendia constituir, naquele momento, era composta, apenas, pelos profissionais de saúde que exerciam atividades diretas ou indiretas com a assistência ao paciente. A amostra se deu por conveniência, pois participaram da abordagem os funcionários acessíveis nos momentos de coleta de dados.

Como houve a aplicação de questionário para levantamento de dados junto a uma amostra, Bland e Altman (1997) recomendam que haja uma avaliação da confiabilidade das respostas colhidas, com a finalidade de garantir que não haja vícios

nas respostas. Assim, aplicou-se o teste de Alfa de Cronbach nos quesitos e dimensões do questionário HSOPSC.

Com a equação 1 (LEONTITSIS e PAGGE, 2007), é possível calcular o coeficiente alfa de Cronbach.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[\frac{\sigma_t^2 - \sum_{i=1}^k \sigma_i^2}{\sigma_t^2} \right] \quad (1)$$

Onde:

α = Índice final do Alfa de Cronbach;

k = Número de itens do questionário;

σ_t^2 = Variância da soma cada linha. A variância total do questionário (soma das variâncias);

σ_i^2 = Variância de cada coluna, ou seja, a variância de cada item.

Como critério geral, George e Mallery (2003) entendem que existe uma escala numérica para a classificação da consistência interna dos valores obtidos após o cálculo do coeficiente.

- Se $\alpha < 9,0$; então, o instrumento é classificado como “Excelente”;
- Se $8,0 < \alpha < 9,0$; então, o instrumento é classificado como “Bom”;
- Se $7,0 < \alpha < 8,0$; então, o instrumento é classificado como “Aceitável”;
- Se $6,0 < \alpha < 7,0$; então, o instrumento é classificado como “Questionável”;
- Se $5,0 < \alpha < 6,0$; então, o instrumento é classificado como “Pobre”;
- Se $< \alpha < 5,0$; então, o instrumento é classificado como “Inaceitável”.

Apesar de ser cada vez mais utilizado com a finalidade de obter a confiabilidade de instrumentos de medição, Hora, Monteiro e Arica (2010) ressaltam que ainda não há uma posição definitiva de estudiosos da área acerca da interpretação da confiabilidade obtida pelo Alfa de Cronbach. As divergências sobre valores mínimos aceitáveis ainda geram polêmicas, porém, trabalha-se hoje com $\alpha > 0,70$ como sendo um valor aceitável.

Além disso, para facilitar as leituras, os dados coletados foram transformados em informações mais objetivas. Para tanto, usaram-se os conceitos de médias, escala de priorização e plotagens de gráficos.

4.4.3.2 Tratamento de dados qualitativos

Para o tratamento dos dados do tipo qualitativo, obtidos, majoritariamente, pela conversação em sessão coletiva com os participantes da pesquisa, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Esta escolha foi necessária, pois, como já foi mencionado antes, as conversações contaram com a participação de múltiplos personagens. Em alguns momentos, as opiniões emitidas pelos participantes tinham

teores divergentes, porém válidas para o escopo da pesquisa. Desta forma, o pesquisador tinha que sintetizá-las em uma ideia central que fosse representativa daquele grupo orador e que também pudessem ser usadas para a confrontação dos resultados vindos do questionário.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é um método de abordagem qualitativa onde há a possibilidade de reunião de diferentes relatos, pensamentos e percepções expressos pelos participantes da pesquisa sobre um mesmo tema, ou, então, de sentidos semelhantes, contudo identificados em suas singularidades (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2012).

Nicolau, Furlan e Escalda (2015, p. 89) destacam a relevância do método de DCS em pesquisas científicas com grande interatividade de pensamentos ao exporem que ele

“expressa dimensões distintas de um mesmo fenômeno por meio do pensamento de coletividades ou pelo resgate das diferenças e semelhanças traduzidas por categorias de pensamento coletivo, abordados sob uma perspectiva dialética que valoriza o múltiplo, o complexo, o diferente e, com a mesma importância, o semelhante, o uno, o simples”.

As autoras complementam afirmando que o DSC tem sido muito utilizado no campo de pesquisas em saúde, pois tem facilitado pesquisadores a capturarem fatores intersubjetivos e socioculturais de determinadas organizações prestadoras de saúde. Por isso, ele foi fundamental para a compilação de ideias do grupo focal formado por gestores e líderes nesta pesquisa.

Lefevre e Lefevre (2012) explicam que o DSC possui alguns elementos básicos para sua construção. O pesquisador deve coletar as Expressões-Chave (ECH), que são basicamente os discursos diretos vindos dos mensageiros. Em seguida, fazer resumos dos relatos, sejam quantos forem, na construção de uma Ideia Central (IC) que deve englobar e se aproximar do sentido geral dos dados ali presentes.

Deve-se também realizar os Agrupamentos, que são as formulações de grupos ou separação de temas contidos durante a coleta dos dados qualitativos. Ao final, a construção do DSC deve ter poder representativo de forma a transpor o sentido da mensagem com base em pensamentos múltiplos de uma coletividade. O resultado da utilização do DSC, como forma de tratamento dos dados deste estudo, pode ser conferido na Seção 5.7.

Nesta parte de exploração de dados qualitativos, foram levados em consideração os conceitos do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e seus elementos, como o Sujeito, as Expressões-Chave (ECH), as Ideias Centrais (IC) e a noção de Agrupamento. A exposição dos relatos, seguindo essa lógica, se deu, fundamentalmente, quando houve, nos momentos da reunião, a colocação de três ou mais opiniões sobre um mesmo ponto ou assunto, sendo elas convergentes ou não. Assim, para fins de pesquisa, foram considerados os DSCs como resumo ou síntese dos pensamentos dos membros da reunião.

Para referenciar o Sujeito no DSC desta pesquisa, foi usado, como notação, o código “GL” indicando se tratar de Gestor ou Líder que participou da pesquisa, seguido de um numeral algébrico ordinal, para diferenciá-lo dos demais. Essa medida se faz necessária, pois, segundo consta no TCLE da pesquisa, os participantes da mesma têm direito ao anonimato, sendo, portanto, não recomendável suas identificações de forma particular.

Por fim, as IC, os Agrupamentos e os DSCs foram elaborados pelo pesquisador a partir das análises e sínteses dos discursos verbalizados. Apenas os trechos mais relevantes destes momentos, no entendimento do pesquisador, foram dispostos em quadros que podem ser conferidos no Capítulo 5.

Torna-se importante salientar que os trechos dos relatos, na Seção 5.7, correspondem apenas às respostas e opiniões dos participantes da reunião, que foram extraídas da gravação feita no momento do encontro, e não sofreram quaisquer alterações semânticas e/ou correções gramaticais, portanto, foram transcritas de forma literal.

4.4.3.3 Softwares de apoio à pesquisa

Para a organização, tratamento, compilação e apresentação dos dados da pesquisa, alguns *softwares* e aplicativos foram importantes para facilitar o trabalho do pesquisador. Os dados coletados, a partir da aplicação do questionário HSOPSC, foram armazenados em planilhas eletrônicas com o auxílio do *software MS Excel*, que foi fundamental para o cálculo de funções estatísticas, além da criação dos gráficos com os resultados.

Para a construção do mapa de relacionamentos entre autores e pesquisadores da área da cultura de segurança do paciente (Figura 15, item 3.1.1 do Capítulo 3), utilizou-se o *software* VOSviewer. Já para a organização e gerenciamento das referências que embasaram todas as etapas desta pesquisa, foi utilizado o *software* Mendeley.

Para a realização das etapas virtuais de abordagens e coleta de dados, o pesquisador fez uso dos aplicativos *Google Forms*, na criação do instrumento virtual de pesquisa, e, também, do *Google Meet*, para a realização da sessão coletiva com os membros do Grupo Focal II, além do *Google Meet Recordings*, aplicativo de gravações de salas virtuais, onde ficaram registrados em áudio e vídeo todos os relatos dos gestores e líderes utilizados para embasamentos e conclusões.

Ainda, neste sentido, foram utilizados aplicativos de transcrição de discursos, o *Speechlogger*, e, também, o *Atlas.Ti*, para a melhor separação dos discursos diretos aproveitados dos momentos de conversação. Por fim, o *MS PowerPoint* foi utilizado para a apresentação dos dados durante todos os momentos da sessão coletiva *online* com os gestores da maternidade.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

No que diz respeito a questões éticas, o projeto de pesquisa, que originou este trabalho, foi submetido à Plataforma Brasil para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas (CEP), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), e foi aprovado sob o Parecer de número 4.523.836. Esse procedimento foi necessário para que o projeto seguisse as determinações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que preconiza as diretrizes regulamentadoras de pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

Ressalte-se, também, que a MEJC exigia que o projeto de pesquisa tivesse a chancela acima, para que o pesquisador pudesse ter o livre acesso às suas dependências para, assim, poder realizar a pesquisa sob a forma da lei e com o aval interno da direção da maternidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo traz os principais resultados da pesquisa. Inicialmente, há uma caracterização do local de estudo, fruto da Análise Global. Em seguida, são apresentadas as validações estatísticas do instrumento de pesquisa e os principais resultados juntos aos grupos focais, acompanhados de suas respectivas discussões.

5.1 SOBRE A MATERNIDADE

Esta seção é composta pela caracterização da maternidade, destacando-se sua história centenária, seu papel e sua importância no contexto estadual no Rio Grande do Norte. Também, discorre-se sobre o funcionamento global da maternidade, a estrutura física, os serviços oferecidos à população, sua abrangência, o organograma funcional, a população de trabalho, e, especialmente, o Núcleo de Segurança do Paciente.

5.1.1 Origem, fundação e trajetória

A Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), fundada na cidade de Natal, município brasileiro e capital do Estado do Rio Grande do Norte (RN), foi inaugurada em 12 de fevereiro de 1950 e desenvolvendo suas atuais atividades no bairro de Petrópolis, Zona Leste da capital potiguar. À época, fora batizada de ‘Maternidade de Natal’, porém, em 1961, mudou sua denominação para a nomenclatura atual, ocasião em que se realizou uma homenagem a Januário Cicco (MEJC, 2019).

Médico, escritor e humanista, formado na Faculdade de Medicina da Bahia em 1906, Cicco foi um dos idealizadores e cofundadores da maternidade. Com relevantes serviços prestados à cidade de Natal e ao Estado do RN no início do Século XX, sendo reconhecido, sobretudo, por pregar uma ‘medicina social’, Januário se destacou por defender a massificação de políticas públicas de investimentos nas áreas de saúde e educação como uma prioridade governamental (MEJC, 2019).

Atualmente, a MEJC está vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), e é reconhecida por atuar no campo de pesquisa, ensino e aplicação prática na área de saúde, além de prestar atendimento à população carente. Ela presta serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) e é referência na gestão de média e alta

complexidade no RN, em cirurgias e endoscopias ginecológicas, na reprodução assistida e nos ambulatórios especializados de ginecologia (MEJC, 2019).

Desde 29 de agosto de 2013, a MEJC passou a fazer parte do grupo de hospitais sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), estatal vinculada ao Ministério da Educação, que administra, atualmente, 39 hospitais universitários federais em todo o Brasil (EBSERH, 2019).

A MEJC localiza-se na Avenida Nilo Peçanha, no bairro de Petrópolis, na Zona Leste de Natal. A Figura 17 apresenta a fachada da maternidade e uma vista de sua localização. Trata-se de uma área de bastante circulação de veículos, de fácil acesso populacional, com várias linhas e pontos de transporte coletivo no entorno.

Figura 17 - Fachada e localização geográfica da MEJC



Fonte: Google imagens e google *maps* (2019)

A maternidade faz parte de um complexo de estabelecimentos de assistência à saúde que se situa na região, juntamente com o Centro de Ciências da Saúde da UFRN, o Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN), além de outras clínicas, farmácias e ambientes ligados ao setor. Apesar da existência de outros tipos de comércios, o bairro Petrópolis é composto por domicílios e condomínios residenciais, além de escolas públicas e privadas.

Para administrar a saúde pública estadual, o Governo do RN dividiu geograficamente o estado em oito regiões para atuações e controles pontuais. Assim, criaram-se as Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAPs). Natal pertence à VII Regional de Saúde (URSAP Metropolitana), juntamente com as cidades de Parnamirim, Macaíba, Extremoz e São Gonçalo do Amarante. A Figura 18 mostra o mapa demarcado pelas regionais de saúde.

Figura 18 - Estado do RN: Divisão por Regionais de Saúde



URSAP's	Denominação	Cidade polo
Regional I	Litoral Sul / Agreste	S. José de Mipibu
Regional II	Oeste	Mossoró
Regional III	Mato Grande	João Câmara
Regional IV	Seridó	Caicó
Regional V	Trairi / Potengi	Santa Cruz
Regional VI	Alto Oeste	Pau dos Ferros
Regional VII	Metropolitana	Natal
Regional VIII	Vale do Açu	Assú

Fonte: adaptado de Secretaria de Saúde Pública do RN (2019)

Apesar de possuir um âmbito federal, a maternidade interage com os demais entes públicos de saúde contidos na Regional VII de saúde potiguar.

5.1.2 Estrutura física e tipos de assistências à saúde prestadas pela MEJC

A maternidade conta com uma área total construída de 7.787 m² onde estão localizados os 128 leitos de atendimento e assistência ao público em geral. Destes, 87 são para internações de pacientes e os demais são leitos complementares. A instituição conta ainda com 01 anfiteatro e 01 centro de estudos (EBSERH, 2020).

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2021) reporta que a MEJC presta atendimento do tipo ambulatorial, internação, urgência e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT). A Tabela 4 apresenta parte da capacidade instalada de atuação presente na referida maternidade e os tipos de serviços ofertados.

Tabela 4 - Dados gerais da assistência à saúde oferecida pela MEJC

ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
INSTALAÇÃO	Quantidade/ Consultório	Leitos/ Equipamentos
Consultórios médicos	3	0
Sala acolhimento classificação de risco	1	0
Sala de repouso/observação - Feminino	1	6
Sala de atendimento a paciente crítico	1	0
ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL		
Clínicas especializadas	23	0
Outros consultórios não médicos	4	0
Sala de cirurgia ambulatorial	1	0
Sala de enfermagem (serviços)	3	0
Sala de imunização	1	0
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR		
Sala de cirurgia	6	0
Sala de recuperação	3	8
Sala de curetagem	1	0

ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Sala de parto normal	2	0
Sala de pré-parto	1	8
Leitos de alojamento conjunto	0	56
Leitos RN patológico	0	40
ASSISTÊNCIA PARA SERVIÇOS DE APOIO		
Ambulância		Próprio
Banco de leite		Próprio
Central de esterilização de materiais		Próprio
Farmácia		Próprio
Lactário		Próprio
Lavanderia		Próprio
Nutrição e dietética		Próprio
SPP (Serviço de Prontuário de Paciente)		Próprio
Serviço de manutenção de equipamentos		Próprio
Serviço social		Próprio
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS		
Transplante	Serviço de Órteses e Próteses	Serviço de Diagnóstico de Laboratório clínico
Serviço de Vigilância em Saúde	Serviço de Oftalmologia	Serviço de Cuidados Intermediários
Serviço de videolaparoscopia	Serviço de Hemoterapia	Serviço de Atenção Psicossocial
Serviço de videolaparoscopia	Serviço de Fisioterapia	Serviço de Pneumologia*
Serviço de Urgência e Emergência	Serviço de Farmácia	Serviço de Atenção à Saúde Reprodutiva
Serviço de Atenção ao Pré-Natal, parto e nascimento	Serviço de Endoscopia	Atenção as Pessoas em Situação de violência Sexual
Serviço de Terapia Intensiva	Serviço de Endocrinologia	Serviço de Reabilitação
Serviço de Suporte Nutricional	Serviço de Diagnóstico por Imagem*	
COMISSÕES, NÚCLEOS E OUTROS		
Revisão de Prontuários	Hemoterapia	Núcleo de Segurança do Paciente
Controle de Infecção Hospitalar	Mortalidade Neonatal	Núcleo Multidisciplinar de Terapia Nutricional
Farmácia e Terapêutica	Ética Médica	Análise de Óbitos e Biopsias
Notificação de Doenças	Mortalidade Materna	Transplantes de Órgãos
Investigação Epidemiológica	CIPA	Revisão de Documentação Médica e Estatística

*Serviços terceirizados pela maternidade

Fonte: CNES (2021)

A partir dos dados disponibilizados pelo CNES, percebe-se que a maternidade possui uma quantidade considerável de instalações físicas e serviços, sendo aquela do ramo que possui a maior capacidade instalada e oferece o maior número de serviços em todo o estado do Rio Grande do Norte. Por isso, a MEJC é capaz de realizar, em média,

3.500 partos anuais, quase 10 por dia, além de mais de 21 mil consultas e quase 10 mil exames por semestre, segundo informações da EBSEH (2020). Com isso, a MEJC opera mais de 24.000 procedimentos ambulatoriais por ano, além de quase 10.000 internações.

5.1.3 População de trabalho da MEJC

A Tabela 5 apresenta dados referentes ao número de profissionais da área de saúde que atuam na organização. As informações foram extraídas do site oficial da MEJC, que é vinculada à EBSEH.

Tabela 5 - Número de profissionais da área de saúde, por categoria, presentes na MEJC

Funções		Qtde.	Funções		Qtde.
01	Médico	209	10	Técnico em Análises Clínicas	08
02	Enfermeiro	112	11	Biomédico	04
03	Técnico de Enfermagem	208	12	Biólogo	08
04	Técnico em Radiologia	08	13	Auxiliar de Nutrição	02
05	Fonoaudiólogo	06	14	Psicólogo	07
06	Fisioterapeuta	19	15	Engenheiro Clínico	01
07	Farmacêutico	22	16	Terapeuta Ocupacional	03
08	Nutricionista	04	17	Profissional de Educação Física	02
09	Assistente Social	15			
TOTAL			638 profissionais		

Fonte: MEJC/EBSEH (2019)

Dentro da categoria dos médicos (209, no total) destacam-se, quantitativamente, os médicos(as) com especialidade em ginecologia e obstetrícia. Contudo, há também médicos de radiologia, pediatria, anestesiologia, mastologia, oftalmologia, neonatologia entre outros. Outras categorias de destaque são as dos enfermeiros(as) (112) e técnicos(as) de enfermagem (208).

A Tabela 6 traz informações de outros cargos existentes, que dão apoio às funções primárias da maternidade.

Tabela 6 - Número de funcionários, por categoria, com funções de apoio presentes na MEJC

Funções		Qtde.	Funções		Qtde.
01	Assistente Administrativo	45	08	Copeiro	01
02	Advogado	02	09	Telefonista	01
03	Técnico em Informática	05	10	Costureiro	01
04	Técnico em Seg. do Trabalho	03	11	Motorista	01
05	Técnico de Informação	01	12	Maquero	09
06	Operador Máq. lavadeira	03	13	Servente de limpeza	06
07	Operador de caldeira	01			
TOTAL			74 profissionais de apoio		

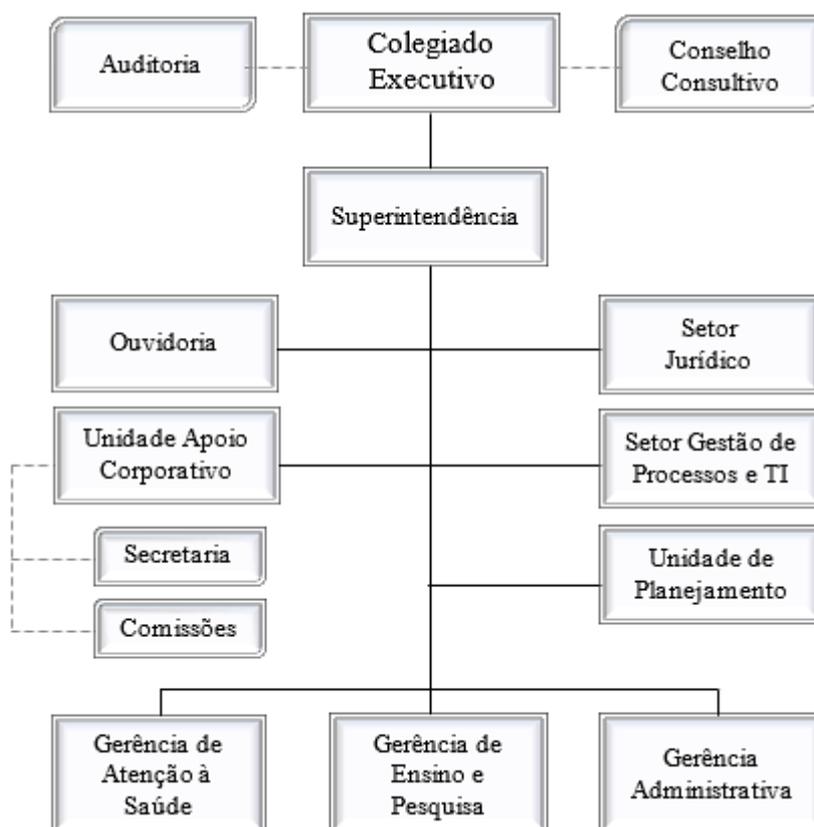
Fonte: MEJC/EBSEH (2019)

Devido à quantidade e representatividade, a maior parte da amostra coletada para a participação na pesquisa de percepções dos profissionais de saúde foi constituída de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

5.1.4 Organograma da MEJC

A MEJC é administrada por um Colegiado Executivo, que, por meio de um superintendente, organiza o planejamento e as ações dentro da maternidade. É composta também por três gerências principais: a Gerência Administrativa (GAD), a Gerência de Atenção à Saúde (GAS) e a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP). A Figura 19 mostra o organograma da superintendência da MEJC.

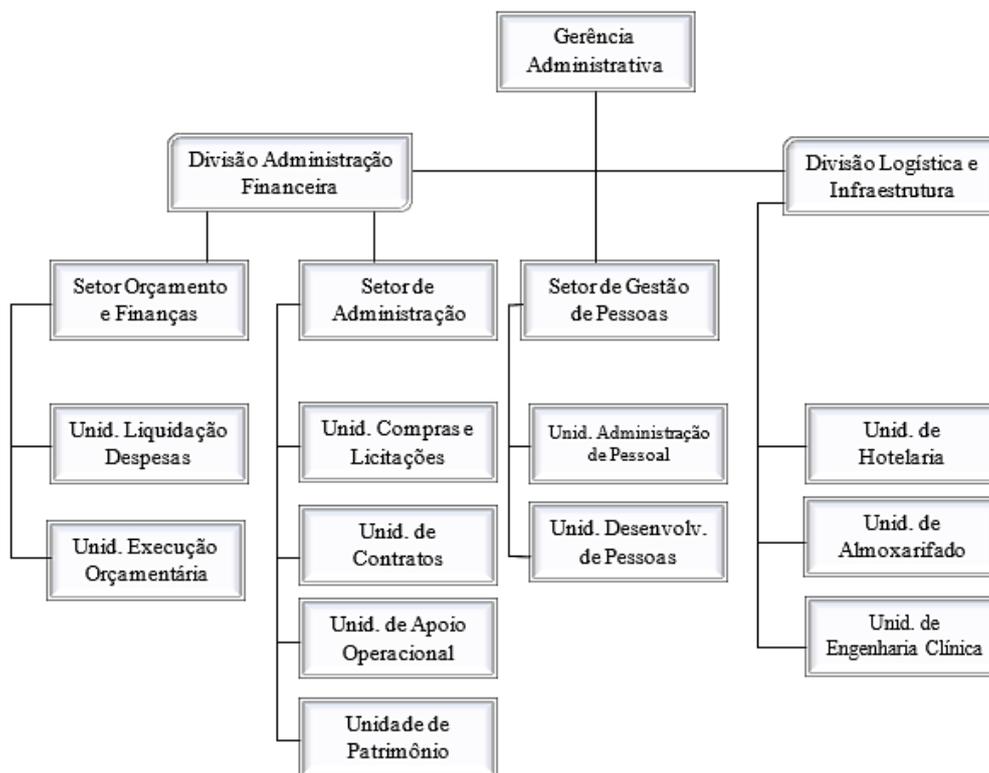
Figura 19 - MEJC: Organograma da Superintendência



Fonte: MEJC (2020)

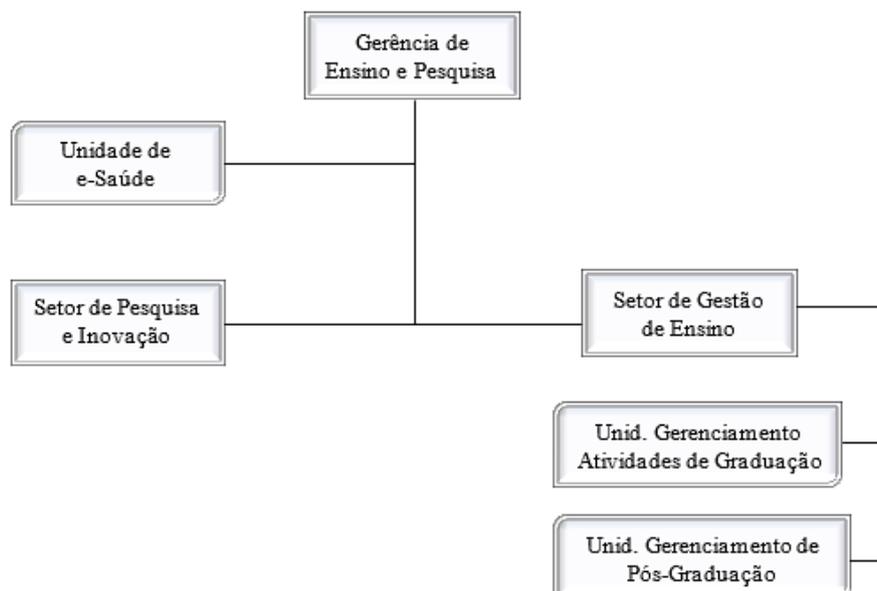
As Figuras 20 e 21 apresentam os organogramas de duas gerências da maternidade, a Gerência Administrativa (GAD) e a de Ensino e Pesquisa (GEP), contendo as divisões, setores e unidades subordinados.

Figura 20 - MEJC: Organograma da Gerência Administrativa (GAD)



Fonte: MEJC (2020)

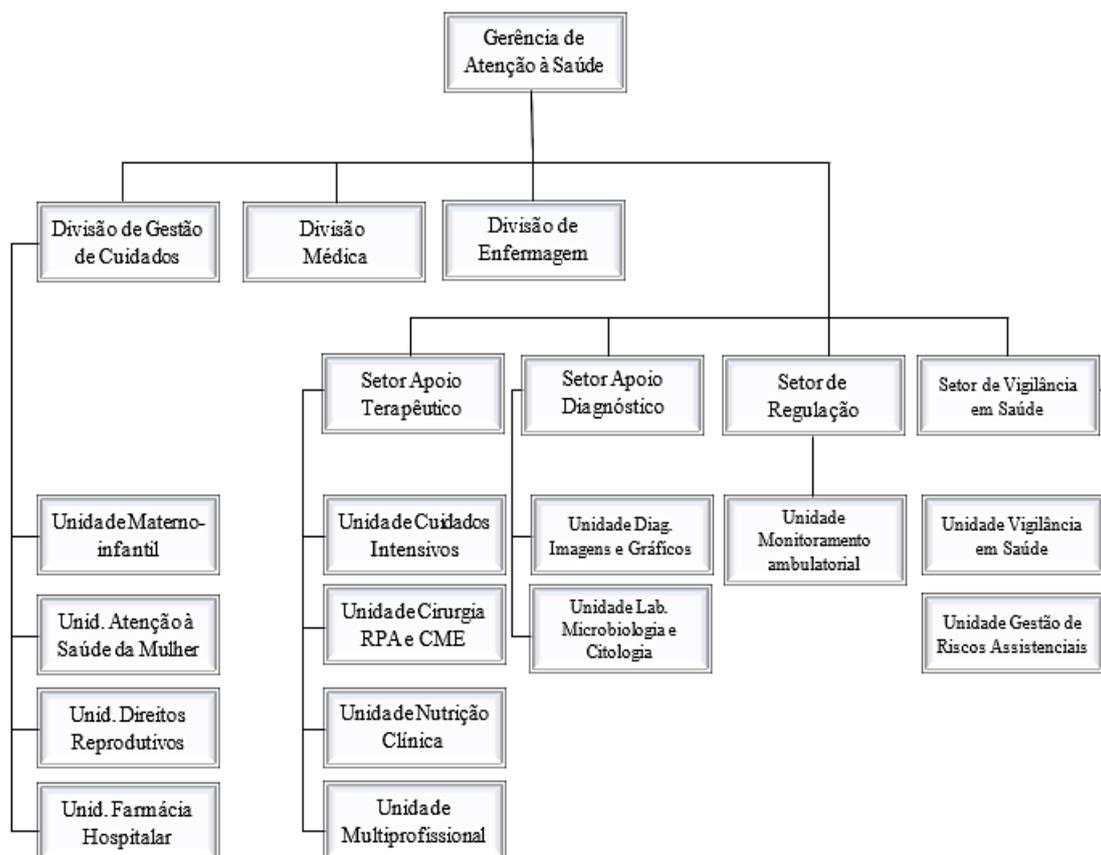
Figura 21 - MEJC: Organograma da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP)



Fonte: MEJC (2020)

A Figura 22 apresenta o organograma da Gerência de Atenção à Saúde (GAS). Nos setores da GAS estão posicionados alguns dos personagens que foram fundamentais para a pesquisa: os gestores e a maioria dos funcionários dos GF I e II mencionados no tópico da Construção Social (Ver Figura 16) da pesquisa. Além disso, é aqui onde está posicionado o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), contido no Setor de Vigilância em Saúde, elemento basilar da pesquisa.

Figura 22 - MEJC: Organograma da Gerência de Atenção à Saúde (GAS)



Fonte: MEJC (2020)

Um dos principais suportes desta pesquisa foi o Núcleo de Segurança do Paciente, que será melhor detalhado na seção a seguir.

5.1.5 O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Com base nas indicações repassadas pela OMS, cujo foco era a promoção de medidas voltadas à segurança do paciente, o Brasil instituiu, por meio da Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013, do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que orienta a obrigatoriedade de criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) em órgãos prestadores de serviços de saúde no país (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), o PNSP

[...] demonstra comprometimento governamental contribuindo para a qualificação do cuidado em segurança para pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde. Conferindo institucionalidade e responsabilização para se obter a segurança do paciente, faz-se necessário, no âmbito dos estabelecimentos de saúde, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), com a atribuição de elaborar o Plano de Segurança do Paciente (PSP) nos termos definidos pelo PNSP, demonstrando, assim, o compromisso e planejamento institucional dos ambientes de cuidado, em sistematizar as práticas que podem incorrer em maiores riscos aos pacientes. Nesse contexto, o conhecimento sobre ferramentas de gestão de risco, protocolos de segurança e demais instrumentos que favorecem a incorporação de indicadores e promovem a cultura da segurança do paciente é de grande valia (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013 (publicado no Diário Oficial da União - DOU 02/04/2013).

Segundo a ANVISA (2013), o Plano de Segurança do Paciente (PSP) é um documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e mitigação de incidentes em todas as fases de assistência ao paciente.

A implantação do PSP deve reduzir a probabilidade de ocorrência de EAs resultantes da exposição aos cuidados em saúde. Ainda, ele deve ser focado na melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, na disseminação sistemática da cultura de segurança, na articulação e integração dos processos de gestão de risco e na garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (EBSERH, 2016)

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2014), o objetivo da criação do PSP é regulamentar as ações de segurança do paciente de ambientes hospitalares. Para tanto, deve-se haver o reconhecimento e o mapeamento dos riscos institucionais relacionados à especificidade da epidemiologia local e aos processos assistenciais, de forma a estimular a criação de uma **cultura de gerenciamento desse cuidado**, bem como organizar as estratégias e as ações que previnam, minimizem e mitiguem os riscos inerentes a estes processos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), os objetivos específicos do PNSP no Brasil, conforme Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013, em seu art. 3º, são os seguintes:

I - Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;

- II - Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- III - Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- IV - Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e
- V - Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Esta pesquisa se alinha, mais diretamente, aos objetivos I, III e IV da referida Portaria, à medida que analisou a cultura de segurança do paciente de uma maternidade e visa à difusão, de forma sistematizada para a respectiva comunidade, conhecimentos sobre a segurança do paciente, com a finalidade de buscar discutir soluções para sua melhoria.

A EBSEH (2018), ao tratar sobre PSP, colocou, às empresas e aos órgãos de promoção à saúde, seis metas globais encampadas pela OMS. Elas estão traduzidas em seis protocolos de segurança do paciente publicados nas portarias Nº 1377/2013 e Nº 2095/2013, a saber:

1. Cirurgia Segura;
2. Identificação do paciente;
3. Práticas de higiene das mãos;
4. Prevenção de quedas;
5. Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
6. Úlcera por pressão.

Em 2014, a Maternidade Escola Januário Cicco criou o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para cumprimento das medidas e orientações do Ministério da Saúde do Brasil, e, desde então, vem atuando neste sentido, a partir de elaboração de programas e implantações de medidas voltadas à segurança do paciente. À frente da gestão, o núcleo conta com a chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, chefe da Unidade de Riscos Assistenciais e chefe da Unidade de Vigilância em Saúde.

Entre suas atribuições internas, destacam-se as seguintes (EBSEH,2019):

- i) A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- ii) A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- iii) A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- iv) A disseminação sistemática da cultura de segurança do paciente;
- v) A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- vi) A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- vii) A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Além disso, são competências do NSP (EBSERH, 2019): 1 - Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, propondo ações preventivas e corretivas; 2 - Elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a gerência de ensino e pesquisa ou equivalente; 3 - Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição. Esta pesquisa contempla os princípios iv, vi e vii do Núcleo, que este estudo buscou pautar-se no diagnóstico e tipificação da cultura de segurança do paciente da maternidade.

5.2 LEVANTAMENTO DE DADOS SOBRE CSP NA MEJC

Nas seções a seguir estão presentes os principais resultados da pesquisa advindos dos grupos focais I e II e relacionados à cultura de segurança do paciente.

5.2.1 Caracterização da amostra – Grupo Focal I

Os dados a seguir, referem-se às características da amostra da população participante da pesquisa, vinculada ao Grupo Focal I da construção social, ou seja, àqueles profissionais de saúde que responderam ao questionário HSOPSC. Essas informações servem para dar um parâmetro geral do público que colaborou com o estudo, bem como situar os resultados de forma mais segmentada.

A Tabela 7 apresenta os dados relativos ao perfil dos respondentes da pesquisa, segregados por gênero, faixa etária e tempo de atuação em suas respectivas profissões. Nesta última informação, os participantes deveriam assinalar a opção correspondente às suas realidades, independentemente do tempo de exercício na MEJC.

Tabela 7 - Caracterização da amostra da pesquisa por gênero, faixa etária e tempo de profissão

Gênero		Faixa Etária		Tempo de Profissão	
Feminino	83,5%	Entre 18 e 25 anos	17,3%	Menos de 1 ano	0,0%
Masculino	16,5%	Entre 26 e 35 anos	33,7%	1 ano - 5 anos	12,2%
Prefiro não dizer	0,0%	Entre 36 e 45 anos	29,6%	5 anos - 10 anos	24,5%
		Entre 46 e 55 anos	12,2%	10 anos - 15 anos	23,5%
		Mais de 56 anos	7,1%	Mais de 15 anos	39,8%
Total	100,0%	Total	100,0%	Total	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A Tabela 8 apresenta informações sobre o nível educacional dos indivíduos da amostra e também o período de tempo que estes profissionais desempenham suas

funções dentro da maternidade. Este dado é relevante para a pesquisa, pois, segundo Sexton et al. (2006) e Oliveira et al. (2015), participantes deste tipo de abordagem devem possuir, um vínculo profissional efetivo ou estarem atuando há pelo menos 12 meses na instituição analisada para fins de confiança em percepções de cultura de segurança do paciente dos profissionais. De acordo com os autores, este é um período de tempo razoável para que um funcionário tenha condições de assimilar aspectos importantes da cultura organizacional de uma empresa e, conseqüentemente, seja capaz de opinar sobre determinados temas.

Neste estudo, sobre questões relacionadas à segurança do paciente, os dados mostraram que todos os participantes possuíam tempo de trabalho superior a 12 meses na MEJC e, assim, suas respostas e colocações foram consideradas aptas à pesquisa.

Tabela 8 - Caracterização da amostra da pesquisa por grau de escolaridade e por período de atuação na instituição

Grau de escolaridade		Tempo de Trabalho na MEJC	
Primeiro Grau Incompleto	0,0%	Menos de 1 ano	0,0%
Primeiro grau Completo	0,0%	Entre 1 e 5 anos	25,3%
Segundo grau Incompleto	0,0%	Entre 5 e 10 anos	34,7%
Segundo grau Completo	0,0%	Entre 10 e 15 anos	23,2%
Ensino Superior Incompleto	2,0%	Entre 15 e 20 anos	7,3%
Ensino Superior Completo	72,4%	21 anos ou mais	9,5%
Pós-graduação <i>Lato Sensu</i> (Especialização)	19,4%		
Pós-graduação <i>Stricto Sensu</i> (Mestrado ou Doutorado)	6,2%		
Total	100,0%	Total	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Outras informações colhidas, e expostas na Tabela 9, foram referentes à jornada de trabalho destes profissionais, seus graus de interação com pacientes da maternidade, além de participações em capacitações internas direcionadas à segurança do paciente.

Tabela 9 - Caracterização da amostra da pesquisa por carga de trabalho, interação com pacientes e capacitação na MEJC

Jornada de trabalho semanal		Interação com pacientes		Já participou de alguma capacitação sobre segurança do paciente na MEJC?	
Menor ou igual a 20 h./sem	1,0%	Contato parcial ou total com pacientes	95,9%	Sim	83,7%
Entre 21 e 40 h./sem	74,3%				
Entre 41 e 60 h./sem.	24,7%	Sem contato direto com pacientes	4,1%	Não	16,3%
Entre 61 e 80 h./sem.	0,0%				
Mais de 80 h./sem.	0,0%				
Total	100,0%	Total	100,0%	Total	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Os dados da Tabela 9 apontam que a maioria dos respondentes (75,3%) possui um expediente de trabalho de até 40 (quarenta) horas por semana na maternidade, sendo que 74,3% trabalham entre 21h e 40h semanais. Provavelmente, estes profissionais trabalham 40h semanais, como se configura boa parte do funcionalismo público federal. Esta é uma jornada considerada mediana para trabalhadores da saúde em diversas profissões, já que a CLT prevê um somatório de até 44 (quarenta e quatro) horas por semana.

Contudo, em alguns casos, como estipula a Constituição Brasileira, "...é permitido acumular dois cargos públicos de profissões regulamentadas na área da saúde, nos termos do disposto no art. 37, XVI "c" da Constituição Federal, desde que comprovada a compatibilidade de horários entre os cargos exercidos". Nestas situações específicas, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) definiu que o limite máximo deve ser 60 (sessenta) horas semanais. Assim, alguns profissionais da MEJC já atuam neste cenário, próximo ao marco estabelecido.

Essa situação deve ser observada com cautela, pois, algumas pesquisas sobre cultura, clima e noções de segurança do paciente, como as feitas por Flin et al. (2000) e Sexton et al. (2006), apontam que estresse ocupacional, aliado a escalas de trabalho exaustivas, são fatores impactantes e nocivos à formação de uma cultura de segurança proativa e contribuem para o surgimento de EAs.

Além disso, em conversas com membros do NSP, percebeu-se que é comum que profissionais de saúde, em especial enfermeiros e técnicos de enfermagem, possuam atividades paralelas em outras instituições de saúde como forma de complementação de renda mensal. Desta maneira, é possível intuir que muitos extrapolam o limite de carga horária de trabalho individual. E isso pode influir na qualidade do serviço prestado na maternidade e na segurança do paciente.

Ademais, do ponto de vista organizacional, torna-se relevante pontuar que tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei 2.564/2020 que visa alterar a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e instituir piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e parteiras, com jornada de até 30 horas semanais.

Caso a proposta avance na Câmara e no Senado Federal, a maternidade deverá rever as condições de trabalho de grande parte de seu corpo funcional e, certamente,

encontrará dificuldades para se modelar às novas condições previstas no referido Projeto de Lei, devido à quantidade de profissionais que ela tem à disposição, atualmente, para a montagem de escalas de trabalho, respeitando limites de horários individuais e descanso dos funcionários. À propósito, problemas com quantitativo de funcionários foram um dos entraves identificados nesta pesquisa, e será melhor discutido adiante.

Ainda sobre a Tabela 9, percebe-se que a grande maioria dos respondentes (95,9%) afirmou que possuía algum tipo de contato com os pacientes e 83,7% afirmou que já tinha participado, também, de alguma capacitação interna relativa à segurança do paciente. Essas informações são relevantes, pois os respondentes qualificam a amostra, uma vez que eles demonstraram possuir propriedades e experiência para reportar situações do cuidado e da assistência oferecidos pela MEJC aos pacientes.

Além disso, o percentual de profissionais de saúde (95,9%) em contato com pacientes assemelha-se àquele considerado satisfatório e apresentado pelo *Ministerio de Sanidad y Consumo* da Espanha (2008) e por Silva e Santa Rosa (2016), em publicações sobre cultura de segurança do paciente com abordagens semelhante a esta.

Ainda sobre a caracterização dos participantes da pesquisa, a Tabela 10 mostra suas divisões usando como critério a função ou cargo exercido na maternidade.

Tabela 10 - Caracterização da amostra da pesquisa por cargo ou função exercida na MEJC

Cargo/Função		Cargo/Função	
Médico(a) (residente/corpo clínico/assistente ou em treinamento)	11,2%	Assistente Social	0,0%
Enfermeiro(a)	34,8%	Administrador / Diretor	2,0%
Técnico ou Auxiliar de Enfermagem	39,8%	Auxiliar Administrativo/Secretário	2,0%
Farmacêutico (Bioquímico/Biólogo/Biomédico)	2,0%	Maqueiro	0,0%
Técnico (Laboratório/Radiologia/Farmácia)	3,1%	Profissional de Educação Física	0,0%
Fonoaudiólogo	0,0%	Outros*	5,1%
Psicólogo	0,0%		
		Total	100,0%

*Foram citados: Técnico em Informática, Auditor, Gestor Orçamento e Finanças, Gerente de Ensino e Pesquisa

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Percebe-se que grande parte dos respondentes (74,6%) desempenham atividades ligadas à enfermagem (enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem). De certa forma, esse era um cenário previamente imaginado pelo pesquisador, visto que

se trata de um grupo profissional com um número elevado de profissionais dentro da maternidade (Ver Tabela 5).

Contudo, com outro grupo de funcionários também numeroso, o de médicos, não se observou uma adesão parecida (11,2%) à pesquisa. Isso, de certa forma, acabou sendo um limitador para a ampliação dos resultados entre todas as categorias de profissionais ligados à saúde. Os participantes desta parte da pesquisa mostraram-se distribuídos por vários setores e/ou unidades da MEJC, como pode ser visualizado na Tabela 11.

Tabela 11 - Caracterização da amostra da pesquisa por setor de atuação na MEJC

Área ou unidade de trabalho		Área ou unidade de trabalho	
Unidade Materno-Infantil	33,8%	Unidade de Farmácia Hospitalar	1,5%
Unidade de Atenção à Saúde da Mulher	25,0%	Unidade de Cuidados Intensivos	14,8%
Unidade de Direitos Reprodutivos	0,0%	Unidade de Cirurgia / RPA	8,8%
Unidade de Nutrição Clínica	0,0%	Unidade de Monitoramento e Avaliação Ambulatorial	0,0%
Unidade de Diagnósticos	0,0%	Unidade de Vigilância em Saúde	2,9%
Unidade de Laboratório de Citologia	0,0%	Outro	13,2%
Total			100,0%

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Grande parte dos respondentes atua nas Unidades Materno-Infantil (33,8%), de Atenção à Saúde da Mulher (25,0%) e, também, de Cuidados Intensivos (14,8%) da maternidade, totalizando 73,6% da amostra. Essas unidades compõem boa parte do volume de trabalho feito pela Gerência de Atenção à Saúde (Ver Figura 22), a maior da MEJC. O fato de as amostras destas unidades serem representativas, fortifica os resultados apresentados na Seção 5.4 sobre percepções a respeito de fatores que impactam a CSP, uma vez que esses profissionais se deparam, diariamente, com as situações e vivências abordadas no instrumento de pesquisa (Apêndice A).

Portanto, pode-se resumir, de forma geral, que o perfil dos participantes delineado nesta parte da pesquisa é composto por mulheres (83,5%), com idades entre 18 e 45 anos (80,6%) e que possuem grau de escolaridade de nível superior (72,4%), nas áreas de medicina e/ou enfermagem (85,8%), que atuam em suas respectivas profissões há, pelo menos, 5 anos, mas que estão com vínculo com a MEJC há pelo menos 12 meses (100%), atuando em uma jornada semanal compreendida entre 21 e 60 horas de trabalho (99%). Além disso, são lotadas na Gerência de Atenção à Saúde (GAS), possuem

contato direto ou indiretamente com pacientes (95,9%) e de já participaram, em algum momento, alguma capacitação (83,7%) voltada à segurança do paciente na maternidade.

5.3 VALIDAÇÃO ESTATÍSTICA DO QUESTIONÁRIO HSOPSC

Para fins de validação estatística do questionário HSOPSC, utilizado nesta pesquisa, adotou-se o coeficiente Alfa de Cronbach no questionário de pesquisa com os profissionais de saúde (Grupo de Foco I). Assim, usando-se a Equação 1 (item 4.4.3.1 do Capítulo 4), foram calculados de forma segregada os valores, em cada uma das doze dimensões, e, também, de forma geral, compilaram-se todas as respostas e quesitos, como mostram os resultados da Tabela 12.

Tabela 12 – Cálculo do coeficiente alfa de Cronbach para o questionário HSOPSC aplicado

D _n	Dimensões	Alfa de Cronbach (α)	Consistência interna
D ₁	Frequência de eventos notificados	0,731	Aceitável
D ₂	<i>Feedback</i> e comunicação sobre erros	0,774	Aceitável
D ₃	Aprendizagem organizacional e melhoria contínua	0,810	Boa
D ₄	Abertura para comunicações	0,830	Boa
D ₅	Ações do supervisor da minha unidade que favorecem a SP	0,721	Aceitável
D ₆	Apoio da direção do hospital com ações que favorecem a SP	0,725	Aceitável
D ₇	Respostas não punitivas a erros	0,788	Aceitável
D ₈	Dimensionamento de pessoal	0,741	Aceitável
D ₉	Trabalho em equipe na sua própria unidade/setor	0,685	Questionável
D ₁₀	Trabalho entre equipes de diferentes setores/unidades do hospital	0,710	Aceitável
D ₁₁	Problemas em mudanças de turno e transições do cuidado	0,775	Aceitável
D ₁₂	Percepções de segurança	0,745	Aceitável
Alfa de Cronbach do questionário geral		0,765	Aceitável

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

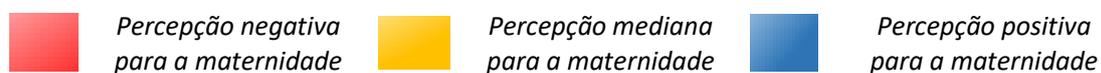
Percebeu-se que em ambas as situações, tanto de forma pontual (por cada dimensão), quanto geral ($\alpha = 0,765$), praticamente todos os indicadores de confiabilidade foram minimamente considerados aptos e aceitáveis, com resultados apontando consistências internas substanciais e confiáveis. Com isso, as respostas representando as percepções dos participantes da pesquisa puderam ser compiladas para discussões, como pode ser conferido na seção a seguir.

5.4 PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE ASPECTOS QUE INCIDEM SOBRE A CSP: INDICADORES DO HSOPSC

A seguir, estão descritos os principais resultados quantitativos advindos das percepções dos profissionais de saúde sobre temas e ocorrências que impactam a construção da cultura de segurança do paciente na maternidade em questão. Estes resultados englobam situações referentes às doze dimensões presentes no instrumento de pesquisa (ver Tabela 3).

As respostas foram tabuladas e apresentadas em dois tipos de gráficos. O primeiro é um gráfico de colunas, contendo percepções mais detalhadas, onde se podem observar as porcentagens das repostas individuais dos participantes da pesquisa em cada um dos quesitos analisados. O segundo é um gráfico de barras horizontais, com três faixas de percepções (positiva, mediana ou negativa), que traz um *feedback* mais geral indicando aprovação, reprovação ou cenários medianos, na visão dos profissionais de saúde, apontando convergência, divergência ou até mesmo situações intermediárias para as afirmações propostas pelo instrumento de pesquisa.

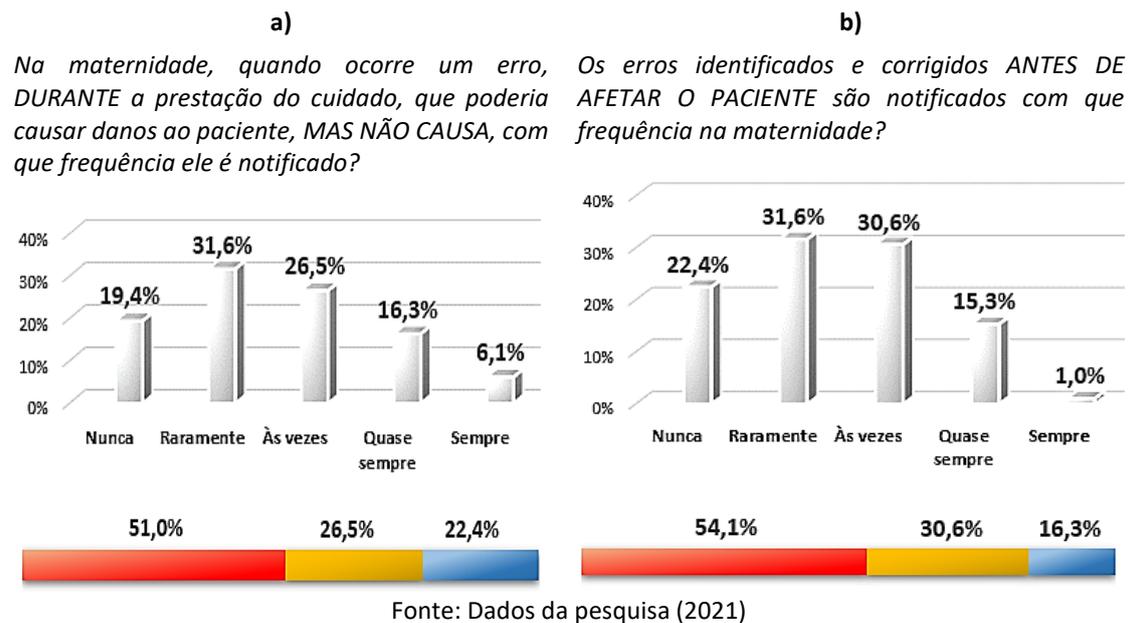
A legenda utilizada para os gráficos de percepções gerais da amostra coletada, exprimindo a cultura de segurança do paciente na maternidade em estudo, é a seguinte:



Torna-se importante destacar que as percepções às quais as legendas acima se referem, são compostas pelo somatório das frequências relativas das respostas dadas pelos profissionais de saúde em cada um dos quesitos presentes no questionário e, com base na pergunta ou afirmação feita, é que se tem uma noção se determinada resposta é um *feedback* positivo ou negativo sobre o cotidiano da maternidade. Na parte superior de cada gráfico, a seguir, é possível observar as perguntas ou afirmações presentes no instrumento de pesquisa apresentadas ao público-alvo.

Os Gráficos 3a e 3b trazem os primeiros resultados e abordam questões referentes à Dimensão 01 de CSP, ou seja, à frequência de notificação de incidentes na maternidade. Nela, aponta-se o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que eles afetassem o paciente.

Gráfico 3 - Percepções dos profissionais de saúde sobre frequência de incidentes notificados



Percebe-se que, na visão dos profissionais de saúde, há um problema em relação às situações descritas nos dois Gráficos (3a e 3b), já que ambos apresentaram altas taxas de reprovação (acima de 50%). Ou seja, há um entrave nos registros de incidentes, em situações onde ocorrem falhas na prestação do cuidado, mas, por motivos quaisquer, não se tornaram eventos adversos, não ocasionaram danos diretos ao paciente ou ao profissional envolvido na situação.

Os resultados intermediários mostrados (26,5% e 30,6%), aliados aos baixos índices positivos, com valores médios em torno de 20%, confirmam que a ação de notificar situações como as supracitadas não faz parte da rotina dos profissionais de saúde da maternidade. Essa é uma situação que inspira cuidados, pois estes tipos de notificações são componentes importantes na construção de uma cultura de segurança do paciente (CSP) efetiva.

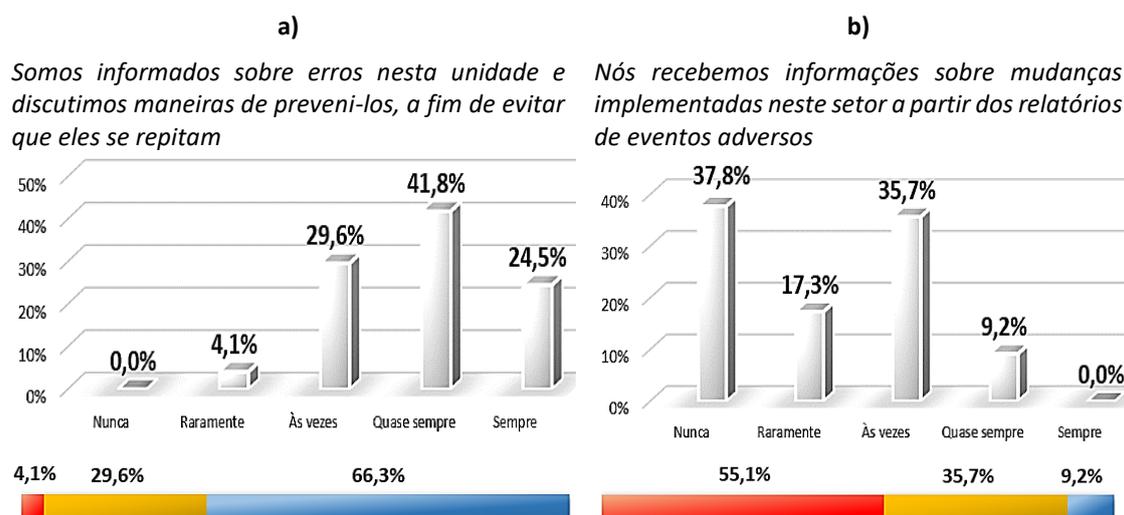
Vários autores e entidades de saúde que versam sobre o tema, como a OMS (2015), o IBSP (2018), a EBSEH (2018), Thomas e Etchegaray (2012), Reason (1997), Reis (2013), entre outros, convergem entre si, no sentido de que as ações de notificações de acontecimentos inseguros dentro de organizações de saúde são indispensáveis para entendimentos, evoluções e/ou modificações de culturas de segurança organizacionais, pois elas impactam diretamente em outras dimensões relacionadas ao tema, tais como nas comunicações e na aprendizagem organizacional sobre comportamentos inseguros.

Sobre situações assim, Reis (2013, p. 86) reforça que uma CSP efetiva deve incluir uma “cultura de notificação de incidentes, que privilegie a informação (incluindo coleta/recolha, análise e divulgação sobre informações referentes à notificação de incidentes e/ou quase incidentes) e encoraje as pessoas a falarem sobre seus erros e a notificá-los”. Portanto, neste sentido, percebe-se uma falha de subnotificação de EAs na maternidade.

O índice de aproximadamente 20% de aprovação para esta dimensão é bem próximo ao encontrado por Andrade et al. (2018) em estudo similar sobre mensuração de CSP em hospitais públicos no Brasil. Os autores chegaram a indicadores que variaram de 20,9%, em um hospital federal, até 30,8% em um hospital estadual. Também, em estudos semelhantes, Fassarella et al. (2018), com pesquisas em hospitais universitários do Brasil e de Portugal, encontraram valores de positividade (29% e 30%, respectivamente) para esta dimensão, próximos aos apresentados nos Gráficos 3a e 3b.

Em outras palavras, os *feedbacks* obtidos colocam a maternidade em uma posição comum no cenário geral brasileiro neste quesito, mostrando que a notificação de incidentes tende a ser um fator complicador em organizações de saúde. Ainda sobre esse tema, os Gráficos 4a e 4b mostram números referentes à dimensão 02 do questionário HSOPSC, ou seja, ao *feedback* e comunicação de erros internos.

Gráfico 4 - Percepções dos profissionais de saúde sobre *feedback* e comunicação de erros



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Percebe-se que os dois Gráficos (4a e 4b) apresentaram retornos diferentes para quesitos de uma mesma dimensão. Houve um *feedback* positivo (66,3%) para discussões internas entre os próprios funcionários do setor/unidade para erros que acontecem no

cotidiano. Ou seja, há uma rotina entre colegas de setor para entenderem o que ocorreu em alguns eventos indesejáveis com intenção de que estes não se tornem um hábito.

Este é um dos indicadores de destaque da maternidade nesta etapa da pesquisa, pois a comunicação interna, entre funcionários e/ou colaboradores de um mesmo setor ou departamento, com vistas a buscar soluções para ocorrências de sinistros, é uma das variáveis a serem levadas em consideração quando se está buscando analisar uma CSP.

Outros estudos preveem que este tipo de “regulação interna” é um tópico importante, como descrevem Ek et al. (2007), em pesquisa sobre a influência da cultura de segurança e atitudes individuais em empresas de tráfego aéreo, ao afirmarem que os aspectos de comportamento e atitudes dos funcionários e seus ajustes, são fatores presentes e constituintes de uma cultura organizacional.

Ao confrontar os resultados do Gráfico 4a com os dos Gráficos 3a e 3b, pode-se perceber que os incidentes e os eventos adversos que surgem na maternidade não são negligenciados pelas equipes de trabalho. Há, sim, comunicações entre membros do setor na busca de conhecimentos para entender o que ocasionou determinada situação. Contudo, não há registro formal do acontecimento destes incidentes nestas mesmas situações, como mostraram os Gráficos 3a e 3b.

Além disso, também não há uma compilação dessas comunicações e registros de forma oficial para o acesso do conjunto de pessoas da maternidade como um todo, de modo que esse “debate de origem de erros”, por assim dizer, pode vir a ficar restrito àquele grupo de colegas de setor, exceto em situações específicas em que os envolvidos, por exemplo, venham a participar de reuniões de rotina na maternidade e, então, sejam estimulados a falar sobre a situação. A falta de externalização de discussões deste tipo pode ser um complicador para explicar um outro fator relevante nesta discussão: a aprendizagem organizacional.

Esse tipo de atmosfera assemelha-se ao descrito por Westrum (2004), quando caracteriza uma organização com traços de ‘Cultura Burocrática’ (ver Quadro 3), como sendo aquela em que as informações existem, fluem por alguns canais formais dentro da instituição, entretanto, por vezes, elas são insuficientes ao seu público destinatário em momentos de crise.

Em outras palavras, possíveis soluções para impedir a ocorrência de eventos adversos (socialização de ações inseguras), limitadas a um determinado grupo, podem

se tornar um contrante preocupante na construção de CSP efetiva. Por dois motivos, a saber: 1) como recomenda a OMS (2015), é fundamental que uma organização de saúde apresente traços de uma cultura organizacional focada na aprendizagem. Portanto, quaisquer situações que dificultem o fluxo de conhecimento afirmativo e agregador entre os diversos níveis hierárquicos de uma organização estarão impactando fortemente a sua cultura (este tema será melhor discutido, a seguir, com a apresentação dos dados no Gráfico 5); E 2) barreiras a este fluxo podem fortalecer a formação de subculturas dentro de uma mesma organização, especialmente em se tratando de uma estrutura com um alto número de funcionários, distribuídos por diversos setores, como é o caso da maternidade em estudo.

Como explicam Robbins, Judge e Sobral (2010), é comum perceber, em uma mesma empresa, traços de subculturas entre departamentos, com características completamente diferentes relacionadas à segurança. Assim, de uma forma holística, torna-se mais complexo haver um nivelamento de questões ligadas ao tema de segurança.

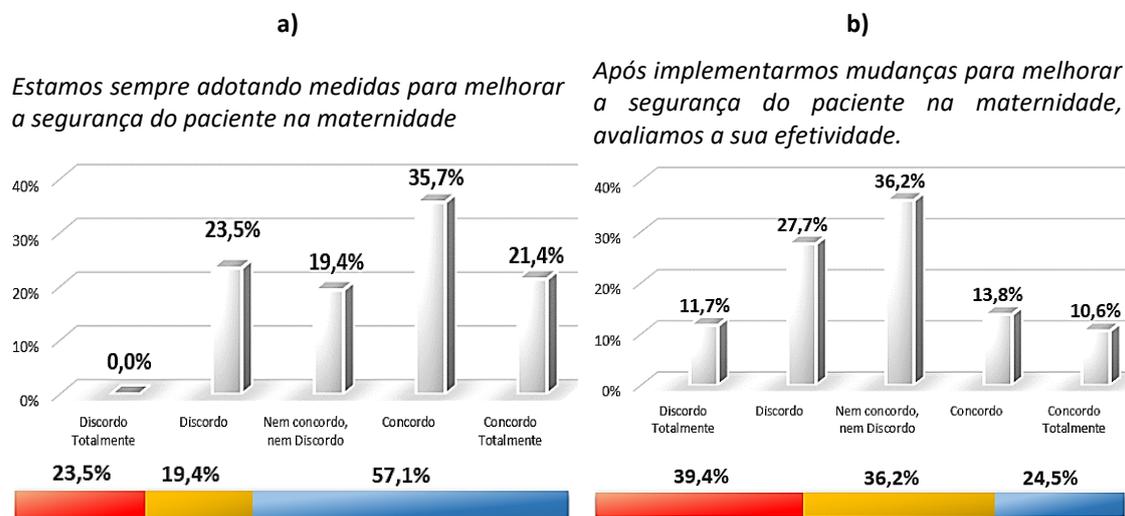
Em relação ao Gráfico 4b, destaca-se um *feedback* negativo sobre comunicações internas, via relatórios técnicos nos setores. A maioria dos respondentes (55,1%) afirmou nunca ou raramente ter recebido informações sobre mudanças implementadas em seus locais de trabalho a partir dos relatórios de eventos adversos. Outros 35,7% afirmaram que essa ação ocorre apenas de maneira ocasional.

Este é também um cenário que demonstra fragilidade nos processos internos da maternidade, pois, mesmo tendo o hábito de divulgar relatórios de indicadores internos a seus colaboradores (como poderá ser melhor discutido na Seção 5.7), o levantamento mostra que os profissionais de saúde não têm essa percepção. A informação *não está chegando* a uma parcela significativa de funcionários.

Ademais, a quebra do fluxo das informações de mudanças, a partir de relatórios técnicos, pode suscitar a mesma problemática levantada e discutida nos parágrafos anteriores. Isso é considerada uma falha grave quando se discute a cultura de segurança, como relatam Tharaldsen et al. (2008), ao explicarem que as organizações devem direcionar esforços para que haja comunicação entre os direcionamentos da direção e o seu corpo funcional sobre conceitos e procedimentos de segurança. Que essas ideias cheguem com clareza e objetividade a todos da organização.

Os Gráficos 5a e 5b apresentam os resultados referentes à dimensão que trata de aprendizagem organizacional/melhoria contínua dentro da maternidade.

Gráfico 5 - Percepções dos profissionais de saúde sobre aprendizagem organizacional e melhoria contínua na maternidade



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Em relação a aspectos gerais de melhoria contínua, 57,1% dos participantes da pesquisa acreditam estar sempre buscando alternativas para que a segurança do paciente na organização esteja em evolução, enquanto que 23,5% discordam desta afirmação. Embora, ainda longe dos 75% de positividade considerados como ideais em um quesito de CSP, este foi outro tópico em que a maternidade obteve índices satisfatórios, uma vez que a busca pela melhoria contínua é um sinal relevante na conduta de instituições de excelência em saúde e nas *High Reliability Organizations* (HROs) (VINCENT, 2009).

Como reforça Vincent (2009), as HROs são organizações onde sempre há a busca por internalização de métodos e procedimentos que prezem pela qualidade, com grande preocupação nas falhas, humanas e de processos, na sensibilidade com o trabalho individual e no comprometimento com a resiliência. Porém, é possível perceber que uma parte considerável da amostra (23,5%) diferiu do *feedback* positivo, mostrando que há espaço, neste sentido, para oportunidades de melhorias nas percepções dos funcionários da maternidade.

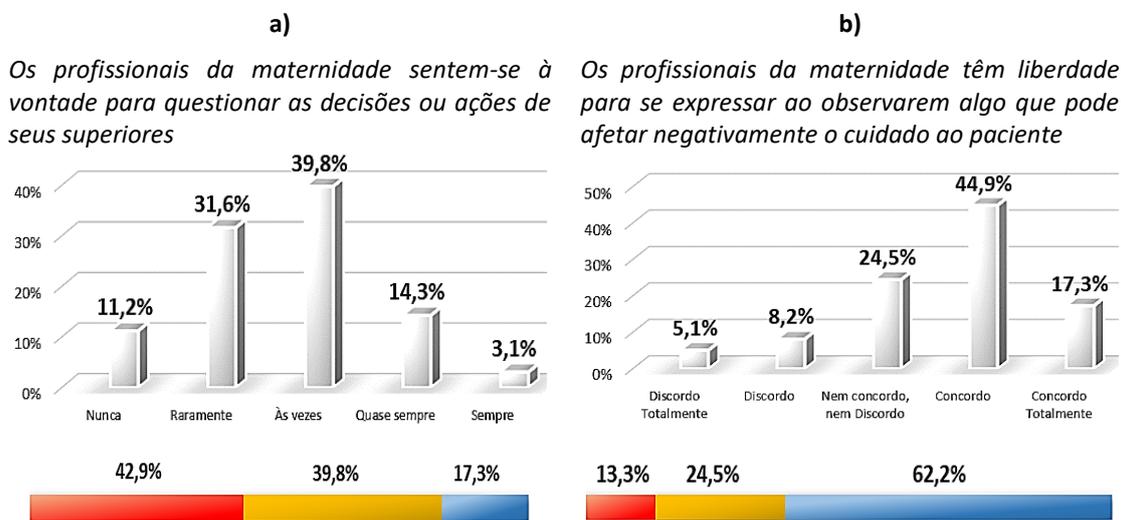
Por outro lado, o Gráfico 5b mostrou compreensões divididas sobre uma mesma questão. Quase 40% dos respondentes afirmaram que não há um acompanhamento de efetividade após implementações de mudanças relacionadas à segurança do paciente

na maternidade. Aproximadamente, 25% dos pesquisados acreditam que há sim este acompanhamento. Aqui, numericamente, as percepções negativas ficaram à frente das demais, indicando que há problemas internos em relação a esta situação.

Alguns autores destacam a importância de comunicação interna, principalmente, entre líderes organizacionais e os profissionais de linha de frente do cuidado, no que se refere às ações interventoras promovidas pela gerência e seus porquês. Sorra e Nieva (2004) lembram que estudar a CSP de um lugar passa, necessariamente, pela etapa de diagnóstico, mas, também, pela conscientização dos envolvidos sobre sua importância; pela avaliação de intervenções para a segurança do paciente implementadas na organização e pelo acompanhamento de mudanças ao longo do tempo. Nesta perspectiva, com os resultados apresentados, talvez este cenário se configure como uma oportunidade de melhoria por parte dos gestores da maternidade.

A dimensão, a seguir, buscou testar o quão confortáveis e seguros se sentem os profissionais da maternidade para emitirem suas opiniões no ambiente de trabalho. Notaram-se duas situações divergentes, que estão apresentadas nos Gráficos 6a e 6b.

Gráfico 6 - Percepções dos profissionais de saúde sobre aberturas para comunicações



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

O Gráfico 6b revela que há uma boa abertura para comunicações entre os trabalhadores no que se refere a opiniões ou questionamentos sobre ações que possam vir a influir negativamente no cuidado ao paciente. A maioria (62,2%) expressou que existe sim essa liberdade.

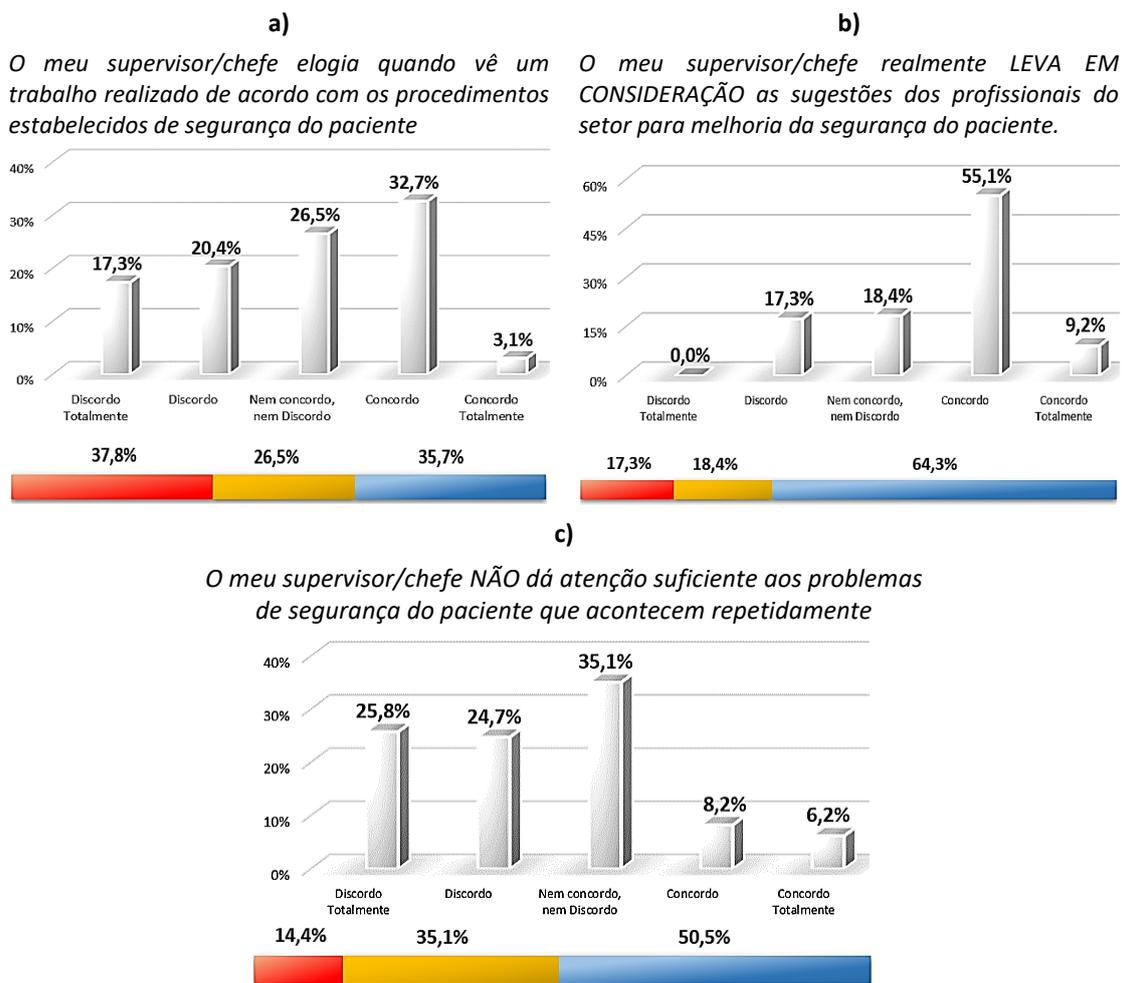
Esse é um dado muito positivo para a instituição analisada, pois a confiança e o diálogo sobre procedimentos operacionais entre profissionais de um setor, sem receio de julgamentos, barreiras e represálias, é fundamental para que um clima interno voltado à segurança do paciente seja estabelecido. Além disso, ações de *double check*, com verificação do cumprimento de necessidades regulatórias em diversas situações do cotidiano, são de grande relevância, como destacam Sorra e Nieva (2004). Sem um ambiente que proporcione isto, a CSP, certamente, fica mais desgastada.

Basta lembrar a situação descrita no Capítulo 1 deste documento. Uma pesquisa publicada pelo IBSP (2019) mostrou que 52% dos casos de ocorrências de EAs em centros cirúrgicos surgiram por problemas cognitivos dos envolvidos. Os profissionais foram levados a uma ação ou a uma decisão equivocada por problemas de atenção, cansaço, ou por ignorar sinais que iam contra a sua ideia. Em situações assim, a liberdade de dúvida ou questionamento entre membros de uma equipe sobre determinado procedimento operacional pode ser decisivo para se evitar que um sinistro ocorra.

Por outro lado, o Gráfico 6a mostrou resultados mais negativos quando essa liberdade de opinião dos profissionais de saúde envolve decisões de seus respectivos superiores hierárquicos. 42,9%, disseram que não se sentiam à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores. Já 39,8% afirmaram se sentiam à vontade para questionar as decisões de seus superiores apenas às vezes.

Estes resultados mostram que, apesar das discussões colocadas acima, ainda pode haver um ruído de comunicação entre superiores hierárquicos e seus subordinados quanto a questionamentos sobre ordens de serviços nos setores. Entretanto, os resultados apresentados nos Gráficos 7a, 7b e 7c mostram que há sim uma boa relação entre superiores e subordinados dentro da maternidade.

Gráfico 7 - Percepções dos profissionais de saúde sobre ações do supervisor/chefe da minha unidade que favorecem a segurança do paciente



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

O Gráfico 7a aponta que há uma divisão de percepções dos participantes da pesquisa quanto ao fato de receber elogios por partes de seus chefes quando estão trabalhando de forma correta, em consonância com os preceitos de segurança do paciente. Os valores de *feedbacks* positivos, negativos e intermediários encontram-se muito próximos, indicando percepções divididas e oportunidades de melhorias neste sentido.

Este é um ponto a ser discutido pela direção da maternidade sobre a postura de seus gerentes diante das situações corriqueiras de trabalho. Geller (1994), ao pesquisar sobre diversas variáveis que impactam a cultura de segurança (CS), pontuou que, entre outros fatores, a autoestima, o sentimento de pertencimento e o empoderamento dos envolvidos de um ambiente hospitalar possuem importância destacada na melhoria do clima de segurança em um departamento, uma vez que incidem diretamente na

confiança mútua entre gerente e gerenciados, como também preveem Choudhry, Fang e Mohamed (2007). Geller (1994) complementa destacando que deve haver um estímulo aos funcionários para adotarem procedimentos seguros, com foco em processos de segurança, não especificamente em resultados.

O Gráfico 7b, por sua vez, expressa um bom relacionamento entre supervisores e/ou chefes e seus subordinados quando o assunto é recepção de sugestões de melhorias para a segurança do paciente. Com 64,3% de aprovação, este quesito foi um dos que mais se destacaram em toda a pesquisa na maternidade. Ou seja, os líderes conseguem estabelecer um bom canal de comunicação neste sentido, como explicam ser fundamental Williamson et al. (1997) e Zohar (1980) na moldagem de uma CS.

Contudo, ao ligar essa informação com a do Gráfico 6a, infere-se que essa abertura possui ruídos, ao passo que questionamentos mais profundos ou direcionamentos duvidosos vindos da gestão podem gerar rusga nesta relação de forma que, agora, os profissionais de saúde demonstram certo desconforto.

Outra situação bem avaliada na maternidade foi a exposta no Gráfico 7c. A maioria, 50,5% dos respondentes afirmou que o seus respectivos supervisores ou chefes dão atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente. Apenas 14,4% da amostra teve percepção negativa para este quesito.

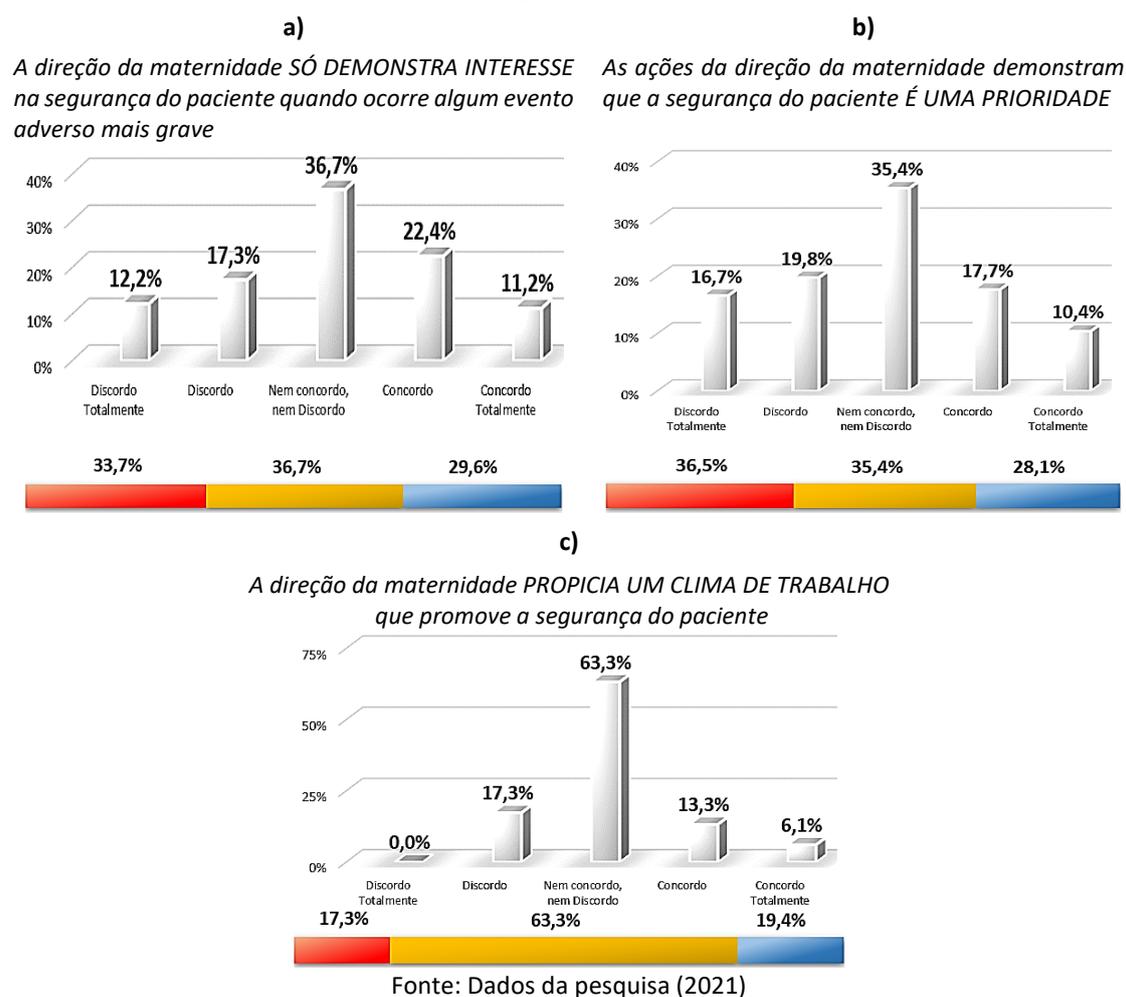
Waterson (2014), Williamson et al. (1997) e Geller (1994) destacam que essa é uma característica fundamental em instituições de saúde que se preocupam com a segurança do paciente. Embora a reprovação tenha sido baixa em números, há de se destacar as respostas intermediárias para este quesito. Quase um terço da amostra se colocou nesta faixa, indicando que há sim oportunidades claras de melhoria nas percepções.

De forma geral, a Dimensão representada pelos Gráficos 7a, 7b e 7c obteve um índice de positividade médio em torno 51%. Este valor é bem próximo ao encontrado por Andrade et al. (2018) em mensuração dos mesmos quesitos em estudo similar em hospitais potiguares (52,1%), porém bem superior ao levantamento feito por Carrera (2013) junto a um hospital oncológico no Rio de Janeiro (37%) e por Silva e Santa Rosa (2016) em estudo realizado em uma unidade hospitalar em Feira de Santana-BA (22%). Além disso, outros estudos de cunhos teóricos, como revisões bibliográficas, apontam que a dimensão de relacionamento entre superiores e subordinados costuma ser uma

dimensão complexa quando se fala em cultura de segurança do paciente e que, portanto, deve ser sempre monitorada, acompanhada de perto, tornando-se um grande desafio às organizações de saúde.

Outras respostas, relacionadas ao posicionamento de membros da alta gerência da maternidade, estão expostas nos Gráficos 8a, 8b e 8c que abordam posicionamentos da alta direção da maternidade para ações que favorecem a SP.

Gráfico 8 - Percepções dos profissionais de saúde sobre apoio da direção/gerência para ações que favorecem a segurança do paciente (SP)



Os resultados do Gráfico 8a mostram que, aproximadamente, um terço dos pesquisados acreditam que os diretores da maternidade só demonstram preocupação com a segurança do paciente na ocorrência de situações mais graves. Apenas 29,6% discordam dessa posição. Este resultado gera preocupação, pois aponta uma fragilidade neste quesito tão relevante na modelagem de uma CSP efetiva. De forma similar, as informações contidas no Gráfico 8b mostram que, para 36,5% dos respondentes, não há

uma boa percepção dos funcionários em relação à postura de diretores e gerentes nesta temática.

Diversos autores que pesquisam sobre o tema de cultura de segurança organizacional são enfáticos ao dizerem que as ações e posicionamentos dos cargos superiores hierárquicos são fundamentais e decisivos como fortes influenciadores na busca de um ambiente pautado em segurança. Ek et al. (2007), Waterson (2014), Zohar (1980), Choudhry, Fang e Mohamed (2007) são alguns exemplos que reconhecem a relevância interna desses profissionais.

Gomides et al. (2017, p. 96) comentam que ‘a cultura da segurança reflete, essencialmente, as atitudes dos gerentes e trabalhadores e os valores relacionados com a gestão de risco e da segurança’. Do mesmo modo, Barreto et al. (2013), em pesquisa feita junto a empresas prestadoras de serviços, também identificaram a importância e a influência das lideranças internas no contorno da cultura organizacional.

A respeito disso, a *Health and Safety Commission* (1993, p. 25) é clara em dizer que “... em uma organização segura, o padrão de conceitos compartilhados coloca a segurança como uma das mais altas prioridades. Qualquer pessoa influenciada por essa prioridade passa a lidar com os novos eventos e toma decisões baseadas nela”.

Na mesma direção, Bass e Avolio (1993) resumem o valor da figura dos líderes quando destacam o papel de mentoria assumido por essas pessoas, tornando-se modelos comportamentais, socializadores dos recursos corporativos, humanos ou materiais, e transpassando, por assim dizer, aspectos da própria cultura organizacional.

Por fim, o Gráfico 8c confirma que, com grande parte das respostas dos pesquisados assumindo valores medianos (63,3%), os profissionais de saúde reconhecem que há muito espaço e oportunidades para melhorias internas na maternidade referentes a condutas da direção para ações que favorecem a segurança do paciente.

Os resultados apontados nos Gráficos 8a e 8b e confirmados pelo Gráfico 8c, suscitam duas discussões sobre esta dimensão: 1 – Não há um envolvimento maciço dos cargos de alta direção da maternidade em questões voltadas à segurança do paciente; ou 2 – Até pode estar havendo envolvimento maciço destes gestores, porém essa postura não está sendo reconhecida por uma parcela considerável dos trabalhadores e isto refletiu-se nos resultados desta pesquisa. Em ambas as conjecturas, percebem-se

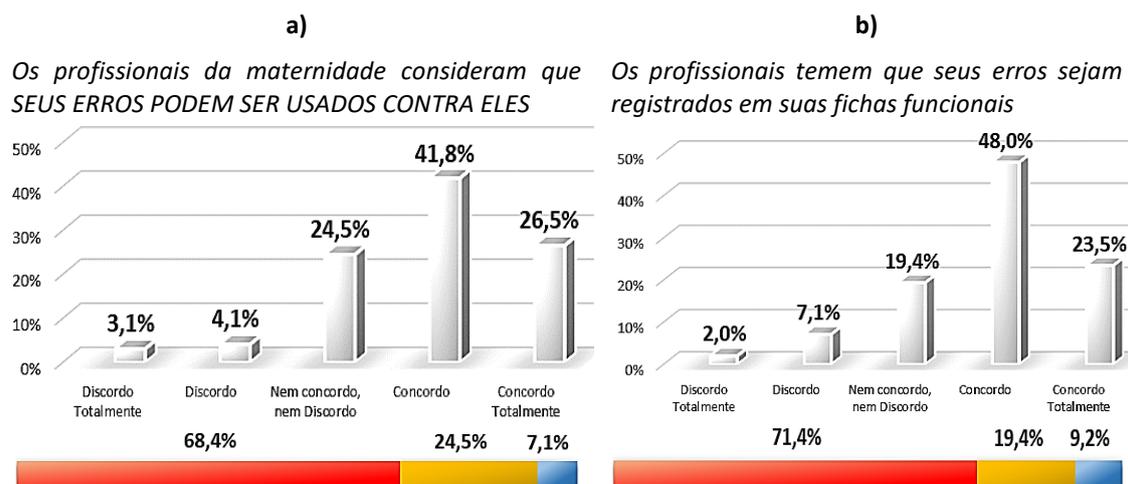
falhas em medidas essenciais na CSP. Estas questões serão retomadas, debatidas e melhor aprofundadas na Seção 5.7 deste documento com discursos dos diretores e gerentes da maternidade.

Uma análise superficial entre dimensões pode suscitar certa incoerência entre o panorama apresentado pelos Gráficos 8a, 8b e 8c e aquele apresentado pelos Gráficos 7b e 7c, visto que estes expuseram, de certa forma, uma boa relação entre camadas hierárquicas diferentes nos setores. Todavia, os resultados do Gráfico 7 denotam uma maior aprovação sobre condutas relacionadas à segurança do paciente para supervisores e/ou gerentes locais, que são figuras mais próximas ao cotidiano dos profissionais de cunho operacional. Ao passo que os do Gráfico 8 apontam um certo descrédito para posições hierárquicas superiores, à alta gerência da maternidade.

Situação similar foi percebida por Kawamoto et al. (2016), ao pesquisarem sobre a influência de lideranças na cultura de segurança de um hospital universitário no Paraná. Os autores perceberam que os profissionais da chamada “linha de frente” tinham uma posição mais favorável às suas lideranças imediatas, como chefes de departamentos ou supervisores, em atitudes que impactavam na cultura organizacional, do que aos diretores, gerentes, conselheiros, superintendentes e membros da alta gestão hospitalar da instituição pesquisada. Logo, este pode ser um traço que se repete na maternidade potiguar analisada no presente estudo.

Outro tema abordado na pesquisa diz respeito à conduta dos profissionais de saúde diante de atitudes inseguras e a seus receios internos quanto a possíveis punições. As respostas a questões deste tipo estão expressas nos Gráficos 9a e 9b.

Gráfico 9 - Percepções dos profissionais de saúde sobre respostas não punitivas a erros



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Os resultados apontaram altas taxas de respostas negativas à maternidade neste sentido. Com 68,4% e 71,4%, os Gráficos 9a e 9b indicam forte preocupação dos profissionais participantes da pesquisa quanto a punições institucionais por possíveis erros pessoais ocorridos no exercício de suas jornadas de trabalho.

Este foi um dos pontos mais delicados nas análises feitas sobre variáveis que impactam a cultura de segurança do paciente em uma instituição de saúde. Como já foi citado neste documento, a OMS (2015) acredita que um grande tópico a ser considerado, ao aludir o tema de cultura de segurança, é a presença de uma 'cultura justa' em relação à segurança. Reis (2013) explica que este conceito se refere à formação de um consenso entre os membros organizacionais no que concerne a comportamentos aceitáveis e inaceitáveis dos funcionários em atuação. Ou seja, a busca por uma cultura que não seja punitiva frente à ocorrência de incidentes, mas que priorize buscar suas causas.

Sobre situações deste tipo, Esbérard (2020, p.27) é enfático ao alertar que "onde houver uma atmosfera de culpa e retaliação, a notificação e a aprendizagem não irão florescer. Os pacientes provavelmente estarão em maior risco em tais serviços porque os erros não serão admitidos".

Outras pesquisas, em instituições de saúde, identificaram também incômodos equivalentes em grande parte dos funcionários analisados, como nos casos estudados por Leitão et al. (2014), no estado do Ceará, Brasil, e Calori, Gutierrez e Guidi (2015). Em pesquisa similar realizada no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, Félix e Filippin (2020)

também perceberam fragilidades parecidas com as encontradas aqui, mostrando que esta dimensão costuma ser, corriqueiramente, um problema para organizações de saúde quando se trata de cultura de segurança.

O Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente (2017) confirma os prejuízos colaterais que alguns tipos de punições institucionais podem ocasionar na cultura de segurança, tal como, servindo de inibidor no compartilhamento de sinistros. Isso tem sido, segundo pesquisadores do instituto, um dos grandes responsáveis pela baixa adesão às políticas de segurança, em particular aos sistemas de notificações de incidentes.

Com 68,4% dos participantes demonstrando incertezas na condução de processos administrativos internos, a partir de suas falhas, e 71,4% dos respondentes afirmando sentirem receio de serem “marcados” por erros individuais, é possível fazer uma correlação explicativa com os dados apresentados anteriormente nos Gráficos 3a e 3b que apontaram resultados negativos e preocupantes quanto à frequência de notificação de incidentes.

Outro detalhe preocupante observado nesse recorte da maternidade é que, neste sentido, os valores/*feedbacks* positivos dos quesitos analisados apresentaram números abaixo de 10%. Eles foram bem inferiores quando comparados, por exemplo, aos de outras pesquisas de portes similares em hospitais brasileiros, como as feitas por Andrade et al. (2018) e Silva e Santa Rosa (2016), que observaram também valores críticos para esta dimensão, 36,1% e 42%, respectivamente, entretanto bem superiores aos contidos nesta pesquisa.

Nestes casos, alguns autores falam em estímulos voltados à responsabilização coletiva na análise de erros. Como defendem Bell et al. (2011), as buscas pelas causas de acontecimentos de EAs devem englobar o funcionário envolvido mais diretamente no ocorrido, a equipe de prestação de assistência ao paciente e a própria gerência. Muitos autores defendem que traços de corresponsabilização apontam para uma cultura de segurança do paciente tida como forte, focada no apoio aos pacientes envolvidos, mas na busca por melhoria contínua para que a falha não venha a se tornar recorrente.

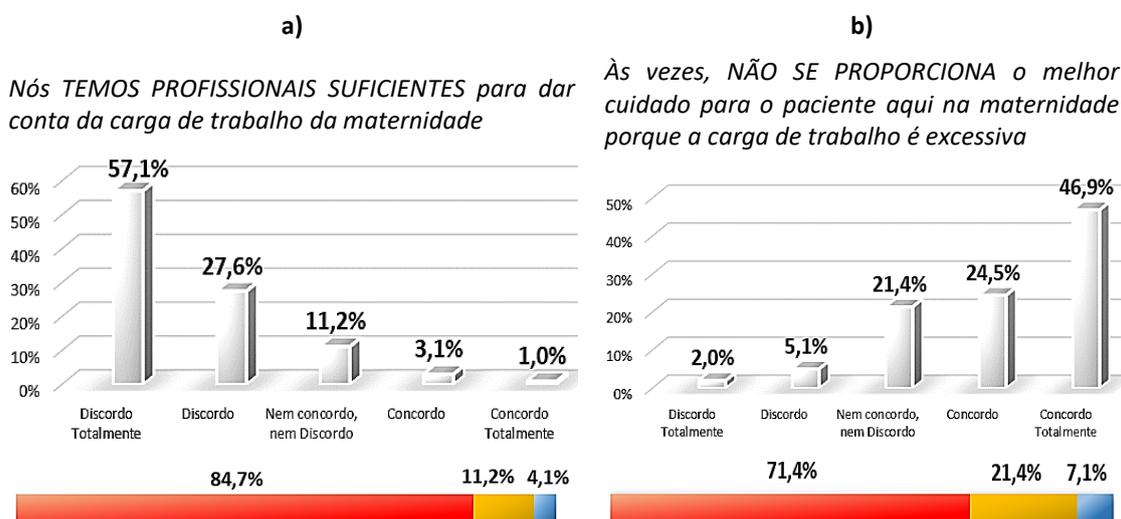
Em contrapartida às ideias defendidas nos parágrafos supraditos, há autores críticos a esta postura de adoção de ‘cultura justa’ na área de segurança do paciente,

como é o caso de Reis-Dennis (2018). O autor vê sérios riscos em adotar cegamente os pressupostos endossados por esta cultura, argumentando que ela não consegue distinguir, na maioria das vezes, erros humanos não culpáveis de más condutas intencionais. Completa dizendo que, no geral, há uma compreensão empobrecida do valor de ações punitivas em organizações de saúde e que a punição de funcionários é salutar, pois instaura respeito entre os membros da organização e dá equilíbrio social e moral ao sistema de trabalho, situações essas que a transgressão de regras acaba por abalar.

De fato, esta é uma dimensão que inspira cuidados ao se tratar de variáveis na construção de um CSP. Os resultados apresentados nesta dimensão até aqui serão melhor discutidos, desta vez com o posicionamento de gestores e líderes da maternidade, na Seção 5.7.1 deste capítulo.

Outra dimensão que apresentou resultados preocupantes foi a que trata do quantitativo de funcionários em exercício na maternidade e sua relação com a carga de trabalho envolvida nas atividades. Os Gráficos 10a e 10b revelam os dados.

Gráfico 10 - Percepções dos profissionais de saúde sobre dimensionamento de pessoal



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Os resultados apontaram um *feedback* bastante negativo para esta dimensão da CSP. Para 84,7% dos respondentes, a maternidade não dispõe de um número de funcionários suficiente para suprir a demanda de trabalho existente. Em diversas pesquisas, este tem sido um fator complicador quando se trata de segurança do paciente. Boeck et al. (2015) e Antunes e Costa (2003) associaram o problema de

dimensionamento pessoal, identificado em algumas instituições de saúde com o aumento do risco de acontecimentos de eventos adversos com pacientes. Entre os problemas específicos identificados, destacam-se: carga horária incompatível, falta de funcionários em razão do volume de trabalho e acúmulo de tarefas e funções.

Outro problema evidente, apresentado pelo Gráfico 10b, refere-se às percepções de que as condições de trabalho atuais da maternidade interferem diretamente na segurança do paciente, na medida em que o melhor cuidado que poderia ser ofertado é abalado. O IBSP (2019), a partir de compilações de estudos sobre este assunto específico, apresentou matéria em que destaca os prejuízos causados pela jornada de trabalho excessiva em ambientes promotores de saúde. Algumas pesquisas, como a de Flin et al. (2000) e Fagerström, Kinnunen e Saarela (2018), mostraram que a sobrecarga de trabalho pode aumentar em até 30% a ocorrência de eventos adversos em hospitais brasileiros.

Em estudo que investigou o impacto na segurança do paciente ocasionado pela sobrecarga de trabalho de enfermeiros em um hospital de Santa Catarina, Brasil, Boeck et al. (2015) concluíram que o excesso de trabalho foi considerado a principal fonte de fragilidades nas equipes analisadas nos setores de Pronto Atendimento Infantil, Unidade de Terapia Intensiva Adulta e Centro Cirúrgico e, também, um importante gerador de possíveis riscos para os pacientes.

Investigações sobre o mesmo foco também foram realizadas em outros países. Após pesquisas em quatro hospitais da Finlândia, em 36 setores diferentes, focando-se apenas nos profissionais de enfermagem, Fagerström, Kinnunen e Saarela (2018) chegaram à conclusão de que cargas excessivas de trabalho estão associadas ao aumento de incidentes em pacientes, de 8% até 34%, e também à elevação nos índices de mortalidade. Segundo as autoras, em cenário oposto, quando há uma diminuição da carga de trabalho, com jornadas mais curtas ou cooperação de tarefas, o risco de incidentes e mortes é até 27% menor. Uma explicação para isto, foi de que os trabalhadores tinham mais tempo para observar suas ações, revisar protocolos e cuidar com maior tranquilidade de cada paciente.

O quantitativo de profissionais foi a dimensão que obteve os maiores índices de reprovação para a maternidade em toda a pesquisa, na visão dos profissionais de saúde. Apesar de esta ser, historicamente, uma dimensão que costuma apresentar *feedbacks*

baixos de positividade, de acordo com a literatura científica disponível sobre o assunto, neste caso específico, chamam a atenção os números levantados na referida maternidade pelo fato de serem bem menores (abaixo de 10%, em média) quando confrontados com outras pesquisas de portes similares, como a de Silva e Carvalho (2016), com retorno positivo de 33,8% para esta mesma dimensão, em levantamento feito em um hospital particular de Teresina, Brasil, e, também a de Andrade et al. (2018), que percebeu 30,1%, 43,0% e 70,1% de positividade, respectivamente, para este quesito em três hospitais no Rio Grande do Norte, Brasil.

Félix e Filippin (2020) observaram uma média geral positiva em torno 42% em organização de saúde no Rio Grande do Sul, Brasil, enquanto Madalozzo et al. (2021) encontraram 45% para esta dimensão em sua pesquisa em um hospital de alta complexidade também na região sul do Brasil.

Quando comparados a aplicações internacionais, estes resultados despertam maiores preocupações. A perspectiva de dimensionamento de pessoal também foi investigada por Gama, Oliveira e Hernandez (2013), em hospitais públicos na Espanha, com retornos positivos dos funcionários de 28,2%. Apesar de se tratar de um resultado ainda insatisfatório, é quase o triplo da porcentagem percebida pela pesquisa na maternidade em questão.

A comparação se torna ainda mais crítica ao se confrontar com os estudos de Sexton et al. (2006) realizados em hospitais dos Estados Unidos, Nova Zelândia e Reino Unido, utilizando o instrumento de pesquisa SAQ. Na dimensão “*Working Conditions*” (“Condições de Trabalho”, em português) no grupo de “*Our levels of staffing are sufficient*” (“Nossos níveis de pessoal são suficientes”, em português) os resultados positivos variaram na faixa entre 49,2% e 61,6%, em média.

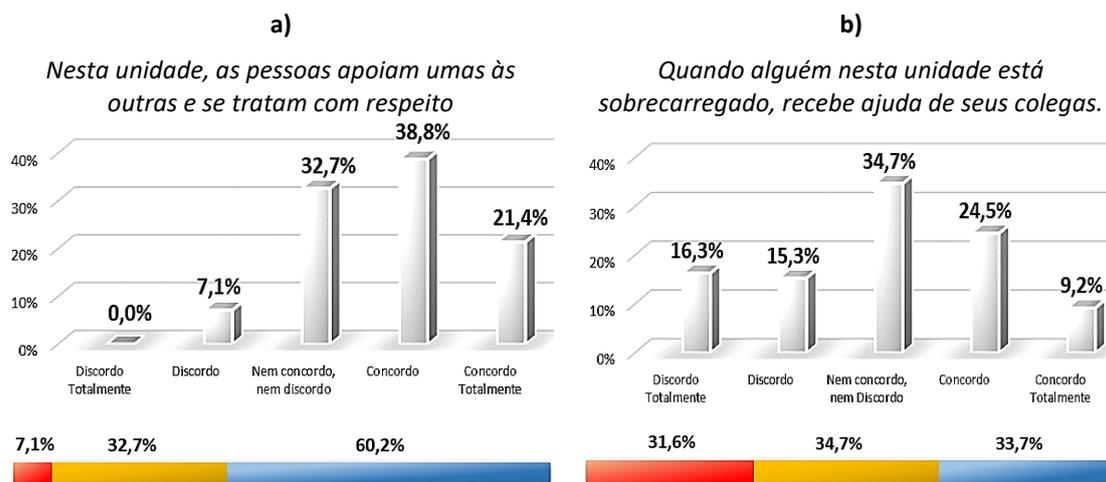
Todo o cenário apresentado, associado aos panoramas já identificados em pesquisas realizadas em hospitais citados, anteriormente, dá a dimensão de o quanto esta situação é complicada no local analisado, do quanto isso pode interferir nas atividades corriqueiras da maternidade, tanto de pacientes, quanto dos próprios profissionais, tornando-se um complicador na construção de um CSP satisfatória.

A discussão sobre insuficiência de funcionários na instituição será ampliada e ganhará outros contornos nas seções seguintes deste documento, com relatos de

gestores e líderes e revelações sobre casos específicos que ocorreram na maternidade pesquisada.

O relacionamento entre profissionais em uma mesma unidade, setor ou departamento também foi alvo da pesquisa. Os valores relacionados à cooperação estão apresentados nos Gráficos 11a e 11b.

Gráfico 11 - Percepções dos profissionais de saúde sobre trabalho em equipe na sua unidade/setor



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Os resultados do Gráfico 11a apontam que, de forma geral, há um apoio e respeito entre os profissionais de saúde que atuam dentro de uma mesma unidade, setor ou departamento da maternidade. Isso é um ponto positivo, pois a bibliografia vigente enfatiza a importância da boa relação entre os membros de uma equipe como fator importante para o pleno exercício do trabalho, como citam Reason (1997) e Ek et al. (2007).

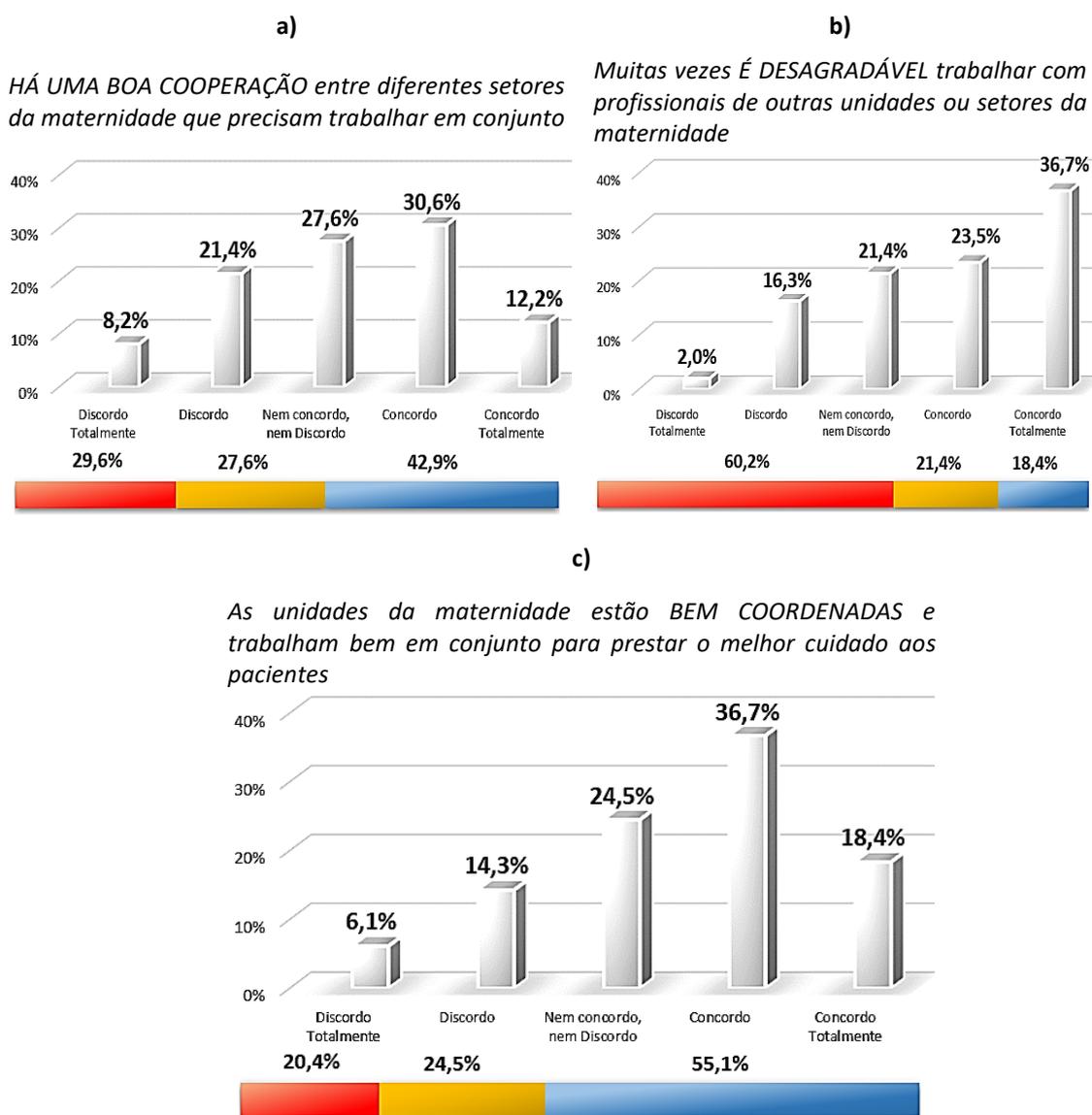
Por outro lado, o Gráfico 11b apresentou um cenário dividido quanto à cooperação entre estes profissionais na execução das atividades. Este resultado, até certo ponto, pode parecer um pouco incoerente e de difícil entendimento, visto que no Gráfico 11a foi visualizado um retorno de apoio entre colegas de trabalho bem considerável, acima dos 60%.

Ao que parece, neste tipo de apoio não se inclui a divisão rotineiras de tarefas. Apesar disto, percebe-se que esta dimensão obteve um número de respostas positivas bem maior do que as negativas. E este é também um recorte compartilhado com outras pesquisas com o mesmo foco. É comum que essa dimensão obtenha *feedbacks* favoráveis para as instituições analisadas sob o ponto de vista de cultura de segurança,

como nos casos das pesquisas de Carrera (2013), que obteve uma média de 55% de positividade entre enfermeiros de um hospital oncológico do Rio de Janeiro, Brasil, e no levantamento de Al Sweleh et al. (2018) que obteve 72,3% de positividade entre profissionais de odontologia em um hospital universitário na Arábia Saudita.

Ainda sobre relacionamentos e interações entre profissionais, só que desta vez entre setores diferentes da maternidade, foram abordadas situações sobre interatividade e cooperação entre eles. Seus resultados podem ser conferidos nos Gráficos 12a, 12b e 12c

Gráfico 12 - Percepções dos profissionais de saúde sobre trabalho entre equipes de diferentes setores da maternidade



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

O Gráfico 12a mostra que as respostas positivas, quase 43% para questões de cooperação entre setores, foram maiores que as demais. 30% apontou problemas neste sentido. Isso demonstra que, apesar de haver oportunidades de melhorias, visto que 27,6% deram retornos intermediários, pode-se concluir que, em termos de colaboração e apoio entre unidades diferentes, há um cenário “aceitável” dentro da maternidade.

Apesar deste desempenho, o Gráfico 12b aponta uma alta reprovação (60,2%) no relacionamento pessoal existente entre os profissionais de saúde. Grande parte afirmou que, por vezes, é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades ou setores da maternidade. Por conversas informais, em momentos presenciais na maternidade, foi possível ligar este resultado a questões pessoais de convivência entre os profissionais, como postura profissional, cobranças excessivas ou muitas vezes consideradas injustas, tom de voz inadequado no tratamento com outras pessoas etc. A crítica e o sentimento de desagrado vêm muito mais de fatores desta esfera do que por falta de conhecimento técnico para desempenhar determinada tarefa e prejudicar o trabalho entre departamentos, por exemplo.

O Gráfico 12c mostra que há uma boa percepção de coordenação entre equipes de trabalho de diferentes unidades. Este fator é relevante no desenvolvimento de uma cultura de segurança, pois apresenta traços fundamentais que unem diferentes setores e diminui as chances de formação de subculturas de segurança em uma organização, além do que facilita a homogeneização dos valores organizacionais por todos os entes e níveis hierárquicos.

Considerando todas as situações abordadas nos três gráficos, a maternidade apresentou um índice de positividade médio para esta dimensão, de 38,8% e de 36,7% de negatividade. Este panorama, de certa forma, se assemelha a outros já percebidos em levantamentos brasileiros de mesmo porte, como o visto por Andrade et al. (2018), onde constatou-se que esta costuma ser uma dimensão problemática em se tratando de segurança do paciente, com indicadores variando sempre próximos ou abaixo dos 50%.

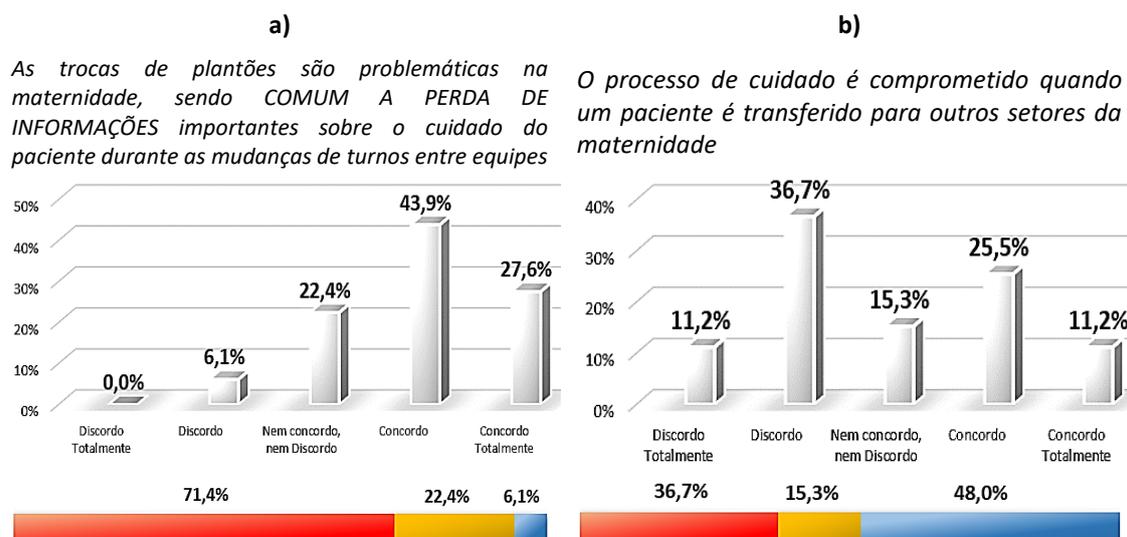
A saber, Carrera (2013) obteve resultados, para situações similares, na ordem de 49% de positividade. Já Andrade et al. (2018) divulgaram o índice médio de 47,8% de *feedbacks* positivos relativos a um levantamento realizado em três unidades

hospitalares potiguaras. Já Silva e Santa Rosa (2016) chegaram a 39% em unidades baianas.

Mesmo quando confrontados com dados de aplicações estrangeiras, como nos casos publicados por Gama, Oliveira e Hernandez (2013), na Espanha, e por Al Sweleh et al. (2018), na Arábia Saudita, os resultados mostraram-se bem próximos, com valores positivos de 41,2% e 51,1% de positividade, respectivamente. Ou seja, a maternidade analisada nesta pesquisa apresenta problemas neste ponto em particular, contudo, por estudos e publicações em outras organizações, ela partilha de uma deficiência bem comum em organizações que atuam na área da saúde.

Apesar dos resultados expostos pelos Gráficos 12a e 12c, que apontam cooperação entre equipes de unidades diferentes, os Gráficos 13a e 13b tocam especialmente em um problema de cooperação percebido pela pesquisa: a transição do cuidado de pacientes entre turnos de trabalho e entre setores da maternidade.

Gráfico 13 - Percepções dos profissionais de saúde sobre transições de turnos/plantões de trabalho na maternidade



Observa-se que há uma percepção bastante negativa sobre a transição do cuidado na maternidade. O Gráfico 13a apresenta um dos maiores índices de reprovação entre todos os elementos postos em discussão pelo instrumento de pesquisa, com 71,4% dos respondentes afirmando haver problemas no fluxo de informações sobre o cuidado do paciente entre trocas de turnos e/ou plantões.

Este é um dos problemas que mais afeta a CSP como um todo. O fluxo de informações dentro de um ambiente hospitalar deve ser tomado como prioridade, sendo ele considerado como uma das principais variáveis a serem avaliadas quando se busca estudar este tema, como preveem Thomas e Etchegaray (2012), Waterson (2014), Gonçalves Filho, Andrade e Marinho (2011), Ek et al. (2007), Reason (1997), Maldozzo et al. (2021) e a AIEA (2002).

Possíveis erros na troca de informações entre equipes de trabalho afetam diretamente o paciente e fragilizam a cultura de segurança, na medida em que favorecem a ocorrência de EAs. Russell et al. (2010) realizaram pesquisa estatística em hospitais dos Estados Unidos e perceberam que as falhas de comunicação e informações internas têm correlação direta com o surgimento ou aumento de registros de eventos adversos.

De modo semelhante, Martinez (2013), em pesquisas e estudos a respeito de qualidade e segurança do paciente em equipes de trabalho que atuam em centros cirúrgicos cardiológicos em Massachusetts (EUA), é direta ao afirmar que problemas de comunicação são os grandes vilões no setor, impactando negativamente a segurança do paciente, e sendo responsável, em quase 60% dos casos, pelo surgimento de eventos sentinelas ou até mesmo eventos adversos com frequência bastante considerável.

No mesmo caminho, o IBSP (2019) e o *Patient Safety Movement* - PSM (2018) também confirmam a importância de se dar atenção especial à atividade tão delicada que é a transição do cuidado do paciente, e que, por vezes, é crucial para que um bom serviço seja oferecido.

Sobre a transição de informações para novos pacientes em passagens de turnos ou plantões de funcionários, o IBSP (2018) alerta que

“[...] passagens ineficientes podem contribuir com lacunas de informação e falhas na segurança do paciente, incluindo erros de medicação, de marcação de sítio cirúrgico e até mortes. Estima-se que 80% dos erros graves acontecem por falhas de comunicação entre os profissionais durante alguma transição do cuidado”.

Neste tipo de situação, geralmente as falhas ocorrem em duas situações típicas: (1) Quando o “remetente” omite uma informação relevante sobre seu paciente em seu relato; ou (2) O “destinatário” falha em entender ou registrar, apropriadamente, informações vitais dada pelo remetente.

Outros entraves foram identificados por Gonçalves (2012), em pesquisa realizada em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIs-Neo) em um hospital de Santa Catarina, Brasil, onde observaram-se alguns dos problemas frequentes que afetam a comunicação na passagem de plantão entre equipes de enfermagem. Segundo a autora, as interações acontecem, geralmente, de forma verbal, ao lado do leito do paciente. Ela elencou como possíveis contrantes a essa atividade: atrasos dos profissionais entrantes nos plantões, saídas antecipadas daqueles que estavam em exercício, falta de linguagem formal e científica nos diálogos, além de conversas paralelas que podem desviar o foco e o fluxo das informações. Ademais, profissionais mais experientes costumam realizar essa tarefa de maneira mais completa e segura do que funcionários novatos na organização ou em suas respectivas profissões.

Com a alta taxa de frequência de erros deste tipo, apresentada no Gráfico 13a, pode-se inferir que uma parte considerável dos EAs que ocorrem na maternidade tem origem justamente nesta atividade específica. Além disso, quando se cruzam com os resultados apresentados nos Gráficos 3a a 3b, pode-se deduzir que a situação tende a ser ainda mais crítica, uma vez que o número de subnotificações de incidentes foi algo também diagnosticado pela pesquisa.

O PSM (2018) destaca casos de sucessos onde houve modificações na transição do cuidado, com resultados animadores em hospitais da Flórida e da Califórnia, ambos nos Estados Unidos. Ao adotarem o documento denominado Comunicação de Transferência de Responsabilidade do Paciente (CTRP), contendo informações sobre o cuidado, focadas em cinco áreas específicas, com o objetivo de sintetizar e padronizar a comunicação, observou-se uma redução de até 23% nos índices de erros e/ou informações confusas no hospital californiano.

Na Flórida, chegou-se a mais de 600 passagens de plantões sem nenhum registro de incidentes de transição e sem afetar diretamente pacientes. O CTRP é personalizado por cada setor ou serviço oferecido. Segundo o PSM (2018), “...os funcionários comentaram que com uma transição do cuidado mais clara e segura, percebeu-se redução no tempo de transição entre funcionários, diminuição dos riscos aos pacientes e aumento da confiança, tanto dos pacientes, quanto dos próprios profissionais de saúde”.

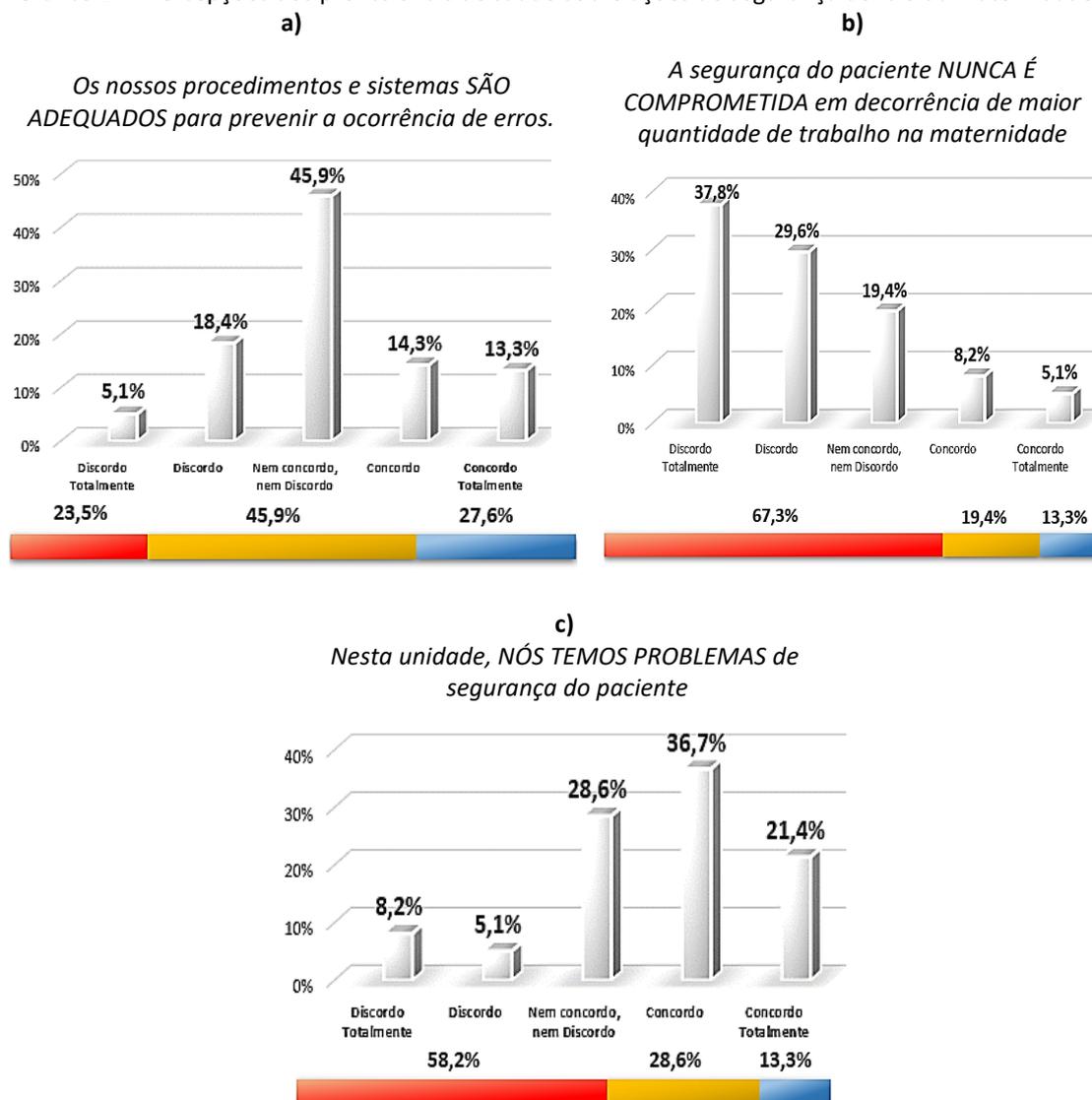
De maneira similar, Martinez (2013) indica que a padronização nas comunicações e também nas ferramentas de processos hospitalares, tornando-os mais colaborativos, e menos hierárquicos, findou por melhoras nos índices de surgimentos de sinistros e também melhorou as percepções das equipes de trabalho sobre segurança do paciente em um hospital de cardiologia nos Estados Unidos.

Apesar dos resultados negativos apresentados na maternidade, isso está longe de ser um problema local. A ampla literatura vigente e disponível sobre gestão em organizações de saúde relata que a transição do cuidado costuma ser um momento complexo e delicado na rotina de profissionais de saúde e, portanto, a maternidade analisada partilha de uma dificuldade comum a muitas outras instituições que sofrem de dilemas semelhantes. A partir de levantamentos realizados junto a profissionais de saúde dos EUA, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ, 2009) divulgou que quase metade dos funcionários de hospitais acreditam que alguma informação importante do paciente é perdida durante transferências pelas unidades de um hospital ou durante passagens de plantão.

Apesar dos problemas mencionados anteriormente, o Gráfico 13b apresenta um cenário melhor ao abordar a transferência do paciente para outros setores da maternidade e seus efeitos. Ainda que se tenha verificado um índice de positividade posicionado abaixo dos 50%, ele que se apresentou com o maior diante das demais faixas de *feedbacks* neste quesito. Além disso, ele, de certa forma, confirma o cenário apresentado pelo Gráfico 12a cujos valores são bem próximos.

Os Gráficos 14a, 14b e 14c apresentam as informações da última dimensão analisada pelo instrumento de pesquisa HSOPSC e tratam de percepções gerais sobre a segurança do paciente na maternidade.

Gráfico 14 - Percepções dos profissionais de saúde sobre ações de segurança dentro da maternidade



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Aqui, percebe-se mais uma dimensão que apresentou sinais preocupantes à segurança do paciente. O Gráfico 14a mostra que grande parte dos respondentes (45,9%) demonstraram certa dúvida ou insegurança nos sistemas e/ou procedimentos internos para se evitar a ocorrência de incidentes dentro da maternidade.

Já o Gráfico 14b revela que dois terços da amostra confirmam a sensação de que o volume de trabalho no cotidiano influi diretamente na segurança dos pacientes. Ou seja, mesmo sendo possível observar aspectos de cooperação e apoio entre funcionários (Gráfico 11a, Gráfico 11b e Gráfico 12c), a noção de que isto é insuficiente frente à demanda de trabalho exaustiva, já identificada e comentada no Gráfico 10b, ainda é muito presente na mente dos prestadores de serviços.

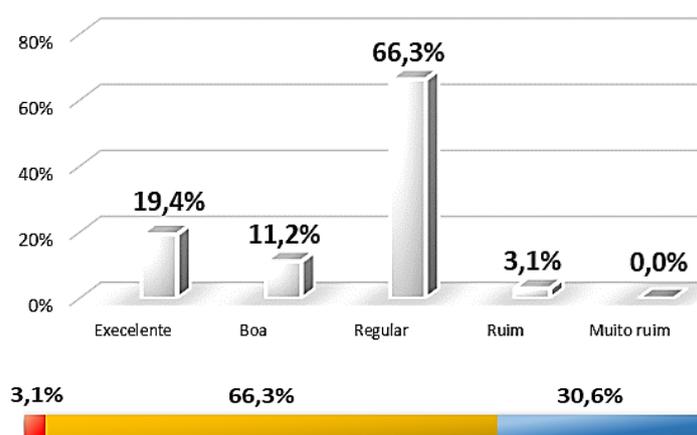
O Gráfico 14c confirma que grande parte dos respondentes (58,2%) reconhece haver problemas relacionados à segurança do paciente. Este panorama reforça a insegurança dos membros em alguns processos internos existentes e mostrados no Gráfico 14a. Em suma, percebe-se que há um espaço para a identificação e proposição de melhorias à realidade encontrada, que é, aliás, aquilo a que se propõe esta pesquisa, e que foram realizadas nas seções 5.9 e 5.10.

Portanto, esta foi outra dimensão que apresentou problemas sensíveis à maternidade e que impactam a cultura de segurança organizacional e, por conseguinte, a segurança do paciente. Uma média de todos os valores colhidos nesta dimensão mostra que as respostas negativas (49,6%) superaram em muito as positivas (18,1%), confirmando que não há, por parte de uma parcela relevante dos trabalhadores, percepções agradáveis de segurança do paciente na organização.

Apesar disto, no levantamento feito por Andrade et al. (2018), em um hospital estadual potiguar, no Brasil, as respostas positivas obtidas (21,6%) foram bem próximas às encontradas por este estudo, colocando a maternidade com indicadores próximos, neste quesito, a outras instituições públicas de promoção de saúde.

Por fim, perguntou-se aos participantes da pesquisa de que forma eles avaliavam a segurança do paciente na instituição. O resultado pode ser conferido no Gráfico 15.

Gráfico 15 - Avaliação geral da segurança do paciente na maternidade
De forma geral, como você avalia a segurança do paciente na maternidade?



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A maioria dos participantes optaram por assinalar uma posição intermediária para a maternidade como um todo. Confirma-se, mais uma vez, que os profissionais de saúde possuem uma visão razoável de como o tema de segurança do paciente é tratado

dentro da organização, com alguns pontos fortes, outros mais preocupantes, que se configuram como grandes fraquezas e demandas urgentes, além de diversas oportunidades para melhorias e crescimento.

Destaca-se, no Gráfico 15, uma aprovação bastante considerável neste sentido, em torno de 30%, além do baixo índice de reprovação (repostas negativas), em que nenhum dos profissionais decidiu classificar a segurança do paciente como 'muito ruim'.

5.5 BALANÇO GERAL DOS INDICADORES DO QUESTIONÁRIO HSOPSC: PRIORIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES

A partir dos resultados apresentados, realizou-se um balanço geral dos indicadores do questionário HSOPSC (Apêndice A), determinando-se o percentual médio dos quesitos presentes nas doze dimensões propostas pelo HSOPSC com o intuito de verificar quais foram aqueles(as), dimensões e/ou quesitos, que apresentaram os piores e os melhores resultados numéricos de percepções dos profissionais de saúde da maternidade. Estes resultados podem ser conferidos na Tabela 13 e foram distribuídos seguindo a sequência dos maiores *feedbacks* negativos, de forma que no topo da tabela encontram-se aquelas dimensões com as avaliações mais fragilizadas.

Tabela 13 - Resultado percentual médio por dimensão de CSP na maternidade

D _n	DIMENSÕES	ESCALA MÉDIA DE RESPOSTAS		
08	Dimensionamento de pessoal	78,1%	16,3%	5,6%
07	Respostas não punitivas a erros	69,9%	22,0%	8,2%
11	Transições de turnos/plantões e setores de trabalho da maternidade	54,1%	18,9%	27,1%
01	Frequência de incidentes notificados	52,6%	28,6%	19,4%
12	Percepções de segurança dentro da maternidade	49,7%	31,3%	18,1%
10	Trabalho entre equipes de diferentes setores da maternidade	36,7%	24,5%	38,8%
03	Aprendizagem organizacional e melhoria contínua	31,5%	27,8%	40,8%
02	<i>Feedback</i> e comunicação de erros	29,6%	32,7%	37,8%
06	Apoio da direção/gerência da maternidade para ações que favorecem a segurança do paciente	29,2%	45,1%	25,7%

D _n	DIMENSÕES	ESCALA MÉDIA DE RESPOSTAS		
04	Aberturas para comunicações	28,1%	32,2%	39,8%
05	Ações do supervisor/chefe da minha unidade que favorecem a segurança do paciente	23,2%	26,7%	50,2%
09	Trabalho em equipe na sua própria unidade/setor	19,4%	33,7%	47,0%
MÉDIA GERAL DAS PERCEPÇÕES		41,7%	28,2%	30,1%

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Percebe-se que quatro dimensões se destacam como aquelas que obtiveram os piores resultados, com índices médios negativos acima dos 50%. Como já se conseguiu perceber na seção anterior, o “dimensionamento de pessoal” e o fator de “respostas não punitivas a erros” foram aquelas dimensões com os resultados mais críticos, ambas com reprovações próximas ou superiores a 70%.

Também, destacam-se as “transições de turnos/plantões e setores de trabalho da maternidade” e a “frequência de incidentes notificados” como aspectos de grandes preocupações, na medida em que as quatro dimensões citadas fazem parte de conceitos basilares da cultura de segurança do paciente. Serão sobre estas quatro dimensões específicas que se concentrarão as proposições de sugestões de melhorias deste estudo.

Apesar dos resultados descritos serem preocupantes, uma análise generalista poderá perceber que, em metade das dimensões (D₁₀, D₃, D₂, D₄, D₅ e D₉), as percepções positivas superaram as negativas. Em outra (D₆), as respostas intermediárias foram as mais frequentes e em cinco delas (D₈, D₇, D₁₁, D₁ e D₁₂), as negativas se sobressaíram. Todavia, com a média geral das dimensões, verifica-se que as percepções negativas (41,7%) foram superiores às positivas (30,1%), indicando que há espaço para melhorias internas específicas na maternidade.

Pesquisas sobre cultura de segurança do paciente partem dos resultados positivos de cada uma das dimensões para, então, classificá-las em “Dimensão forte ou Fortaleza”, “Dimensão Fraca ou Fragilidade” ou em “Dimensão mediana”. A Tabela 14 apresenta o agrupamento das dimensões da maternidade com base em seus índices de positividade.

Para caracterizar o nível de criticidade, foram adotados os intervalos percentuais propostos pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ, 2004), e corroborados por Sorra e Nieva (2004) e Andrade et al. (2018). Para resultados iguais ou superiores a 75%, classificou-se uma dimensão como “Forte/Fortaleza”, ou seja, um “nível muito bom” para fins de cultura de segurança do paciente. Já para resultados positivos inferiores a 50%, classificou-se a dimensão como “Frac/Fraqueza”, indicando “áreas problemáticas e aspectos críticos”. Fernandes e Queirós (2011) comentam que, embora não haja indicação, pode-se inferir que os valores compreendidos entre 50% e 75% indicam dimensão “Média/Mediana” ou “adequado”, e devem ser encarados como “situações contornáveis com oportunidades para melhorias”.

Tabela 14 - Percentuais positividade de cada uma das dimensões de CSP analisadas

D_n	DIMENSÕES	ÍNDICE DE POSITIVIDADE	NÍVEL DE CRITICIDADE
05	Ações do supervisor/chefe da minha unidade que favorecem a segurança do paciente	50,2%	Adequado
09	Trabalho em equipe na sua própria unidade ou setor	47,0%	Fragilidade
03	Aprendizagem organizacional e melhoria contínua	40,8%	Fragilidade
04	Aberturas para comunicações	39,8%	Fragilidade
10	Trabalho entre equipes de diferentes setores da maternidade	38,8%	Fragilidade
02	Feedback e comunicação de erros	37,8%	Fragilidade
11	Transições de turnos/plantões de trabalho	27,1%	Fragilidade
06	Apoio da direção/gerência da maternidade para ações que favorecem a segurança do paciente	25,7%	Fragilidade
01	Frequência de incidentes notificados	19,4%	Fragilidade
12	Percepções de segurança dentro da maternidade	18,1%	Fragilidade
07	Respostas não punitivas a erros	8,2%	Fragilidade
08	Dimensionamento de pessoal	5,6%	Fragilidade

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Os resultados tabelados comprovam que quase todas as dimensões (91,67%) se configuraram como frágeis. De fato, existem aquelas que são mais críticas do que outras, como é o caso das D₈, D₇ e D₁₂, com resultados bem distantes da zona mediana de classificação. Em um outro olhar, percebe-se algumas dimensões que figuraram como frágeis, porém, com valores próximos ao limite da faixa média (acima dos 50%), como é o caso da D₉, D₃ e D₄. Em todas estas dimensões, os resultados positivos e médios foram bem maiores que os negativos, indicando um cenário mais animador.

No entanto, onze das doze dimensões tiveram resultados que inspiram cuidados. Devido a variações normais, possíveis erros estatísticos e o conceito de intervalo de confiança, algumas destas dimensões podem mudar suas classificações para o nível “mediano”, porém, destaca-se que nenhuma das dimensões de cultura de segurança do paciente na maternidade foi classificada, quanto ao nível de criticidade, como “Forte/Fortaleza”.

5.6 BALANÇO GERAL DOS INDICADORES DO QUESTIONÁRIO HSOPSC: PRIORIZAÇÃO POR QUESITOS

Após análise geral das dimensões que compõem e impactam uma cultura de segurança do paciente, foram elencados aqueles quesitos (tópicos ou situações de trabalho dentro de cada dimensão) que se destacaram, sejam por motivos positivos ou negativos. Os quesitos mais bem avaliados nesta pesquisa estão dispostos na Tabela 15, acompanhados das dimensões às quais pertencem e também do percentual de positividade atingido.

Tabela 15 - Melhores quesitos avaliados nas percepções dos profissionais de saúde

	MELHORES PERCEPÇÕES DA MATERNIDADE POR QUESITO DE CSP	D_n	%
1	Discussão de meios para a prevenção de erros, evitando que eles aconteçam novamente	D ₂	66,3%
2	Líderes abertos a sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	D ₅	64,3%
3	Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente	D ₄	62,2%
4	Apoio mútuo entre profissionais que atuam em um mesmo setor/unidade	D ₉	60,2%
5	Ações ativas para a melhoria contínua da segurança do paciente no setor	D ₃	57,1%

MELHORES PERCEPÇÕES DA MATERNIDADE POR QUESITO DE CSP		D _n	%
6	As unidades da maternidade estão bem coordenadas e trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	D ₁₀	55,1%
7	O supervisor/chefe dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	D ₅	50,5%

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Percebe-se que mesmo as melhores percepções variaram entre 50% e 67%, e nenhuma ultrapassou os 75% de positividade, marca considerada ideal para que uma variável de CSP seja considerada muito forte dentro de uma organização. Destaca-se também que, dentre os melhores resultados, ressalta-se a Dimensão 5 (Ações do supervisor/chefe da minha unidade que favorecem a segurança do paciente) com dois quesitos presentes, fortificando sua relevância interna e sua colaboração na cultura organizacional.

Os quesitos “Discussão de meios para a prevenção de erros, evitando que eles aconteçam novamente”, “Apoio mútuo entre profissionais que atuam em um mesmo setor/unidade” e “O supervisor/chefe dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”, suscitando que, a priori, há um bom relacionamento de trabalho entre funcionários que trabalham próximos, em um mesmo departamento ou unidade e que compartilham atividades cotidianas entre si.

Alguns outros quesitos também apresentaram resultados interessantes, mas que ficaram encaixados na situação mediana de análise de CSP da maternidade. A Tabela 16 apresenta-os em escala decrescente de índice de positividade.

Tabela 16 - Quesitos que obtiveram resultados medianos nas percepções dos profissionais de saúde

PERCEPÇÕES INTERMEDIÁRIAS POR QUESITO		D _n	%
1	A segurança do paciente na maternidade é apenas regular	D ₁₂	66,3%
2	A direção da maternidade propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	D ₆	63,3%
3	Os procedimentos e sistemas da maternidade são adequados para prevenir a ocorrência de erros	D ₁₂	45,9%
4	Percepção de que a direção da maternidade só parece se interessar pelo tema em casos de eventos adversos mais graves	D ₆	36,7%
5	Implementação de mudanças para a segurança do paciente e a avaliação de sua efetividade	D ₃	36,2%

PERCEPÇÕES INTERMEDIÁRIAS POR QUESITO		D _n	%
6	As ações da direção da maternidade demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade	D ₆	35,4%

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Ressalta-se a Dimensão 6 (D₆) com todos os seus quesitos presentes nas percepções médias. Ou seja, parte dos funcionários reconhece a atuação dos diretores da maternidade, porém em alguns pontos específicos a relação parece não estar totalmente alinhada, havendo algumas ressalvas, como já fora discutido no Gráfico 8.

Estes resultados devem ser encarados, pela direção da maternidade, como excelentes oportunidades de melhorias a curto e médio prazo, uma vez que os funcionários optaram por dar notas intermediárias às situações descritas ao invés de reprová-las, que por alguns motivos, não foram capazes de figurar em suas mentes como situações favoráveis. O próprio índice de 63,3% atribuído ao item 2 da Tabela 16 dá a noção deste cenário. Logo, há ensejo para reparações e aperfeiçoamentos.

Por fim, foram separados aqueles itens que mais destoaram negativamente na pesquisa e que são, portanto, os pontos mais preocupantes, com variáveis que afetam desfavoravelmente a CSP na maternidade analisada. Os resultados estão colocados na Tabela 17.

Tabela 17 - Piores quesitos avaliados nas percepções dos profissionais de saúde

PIORES PERCEPÇÕES POR QUESITO		D _n	%
1	Insuficiência de funcionários na maternidade para atender à demanda	D ₈	84,7%
2	Influência do volume de trabalho diário na segurança do paciente	D ₈	71,4%
3	Perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente entre turnos/plantões	D ₁₁	71,4%
4	Os profissionais temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	D ₇	71,4%
5	Receio dos profissionais de que seus erros individuais sejam usados contra si próprios	D ₇	68,4%
6	Muitas vezes, é desagradável trabalhar com funcionários de outros setores	D ₁₀	60,2%

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Os resultados mais específicos confirmam o que já fora mostrado na Tabela 13, onde a Dimensão 8 foi aquela mais crítica de toda a pesquisa. De fato, o contingente de funcionários foi a variável percebida, mais delicada. Associam-se a isto, a influência do

volume de trabalho diário na segurança do paciente, os problemas de perdas de informações sobre o cuidado do paciente entre trocas de turnos/plantões de trabalho e o receio pessoal quanto a possíveis punições institucionais.

Com base nesses levantamentos, associados às discussões de parte dos gerentes da maternidade, na seção a seguir, é que foi formulado um plano com recomendações para a mitigação e a prevenção dos entraves aqui encontrados, disposto na Seção 5.10.

5.7 SESSÃO COLETIVA COM GESTORES E LÍDERES (GRUPO FOCAL II)

Foi realizada uma reunião com gestores e líderes de setores/unidades da maternidade para debater pontos relacionados à CSP e, também, sobre os resultados quantitativos advindos da aplicação do questionário HSOPSC com os profissionais de saúde que estão minuciosamente apresentados na Seção 5.7.1.

5.7.1 Resultados do momento de conversação: percepções dos gestores e líderes (GF II) sobre aspectos que incidem sobre a CSP

O Quadro 7 apresenta as primeiras declarações dos gestores e líderes (GL-n) da maternidade em respostas às indagações suas formações acadêmicas e experiências passadas com áreas correlatas à segurança do paciente. O intuito deste tema foi o de analisar o quão embasados, teoricamente, estão os gestores com relação às variáveis que impactam a segurança do paciente. Esse tema faz parte de uma série de tópicos separados para discussão e que estão presentes no Roteiro Dinâmico de Conversação (Apêndice F).

Quadro 7 - Reunião de Conversação: DSC - Perfil de gestores e líderes

Sujeito	Expressões-Chave (ECHs)	Ideias Centrais (ICs)	Agrupamentos
GL-1	<i>"...sou enfermeira, tenho especialização em qualidade e segurança do paciente pela FioCruz. Um curso oferecido para a instituição. (...) Já pude orientar alguns TCRs da residência relacionadas à segurança do paciente e trabalhei também aí com a GL-7 no setor (Núcleo de Segurança do Paciente - NSP) e fazia bastante ação e investigação de eventos adversos, planejamento de melhorias..."</i>	Os gestores e líderes da maternidade possuem alto nível instrucional, com pós-graduações concluídas e/ou em andamento, voltadas a áreas do tema desta pesquisa,	Formação acadêmica e experiências com segurança do paciente
GL-2	<i>"sou enfermeira da maternidade, trabalho no setor de informática atualmente. Sou membro também do núcleo de segurança. Fiz especialização em segurança do paciente e gestão da qualidade. E terminei o mestrado agora em QualiSaúde (Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde) pela UFRN"</i>		
GL-3	<i>"Também sou integrante do Núcleo de Segurança do Paciente e atualmente faço parte do time de Higiene nas Mãos"</i>		

Sujeito	Expressões-Chave (ECHs)	Ideias Centrais (ICs)	Agrupamentos
GL-4	<i>“Bom dia. Fiz o mestrado em Qualidade de Serviços de Saúde e participamos também do projeto Paciente Seguro, em parceria com o Hospital Moinho de Ventos. Durante esse período trabalhamos questões de segurança do paciente...higiene das mãos, lesão por pressão. Então, foi um trabalho muito bacana que desenvolvemos várias atividades. E a gente já faz isso com o grupo que faz parte do NSP, né?!”</i>	e possuem bastante experiência em áreas ligadas à segurança do paciente	
GL-5	<i>“Bom dia, sou enfermeira também, entrei no grupo (NSP). Sou uma recém aquisição do grupo (risos). Estou com essa turma aí, tá certo?! Estou tendo também uma experiência para a minha tese (de doutorado) que trabalha com qualidade e, conseqüentemente, com segurança, que é um dos pilares, né?”</i>		
GL-6	<i>“... só pra mudar um pouco o foco aí. Não sou enfermeiro. Sou da área da tecnologia da informação. Sou responsável aqui pela TI da maternidade. Não sou da área da saúde e segurança, mas atuo aí junto com a equipe do núcleo em várias atividades para segurança do paciente na maternidade. Inclusive estamos no projeto de segurança aí do Moinho de Vento, nessa parceria. Estamos sempre prontos para colaborar”</i>		

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Pelos relatos, percebe-se que os gestores possuem um alto nível escolaridade, além de experiências passadas e atuais em projetos e pesquisas relacionadas à segurança do paciente. Assim, pode-se deduzir que são pessoas que se mostraram aptas e dispostas a discussões sobre o tema. Este é um *feedback* bastante positivo vindo deste grupo focal, pois vários estudiosos deste assunto, como Ek et al. (2007), Thomas e Etchegaray (2012), Williamson et al. (1997) e Waterson (2014), enfatizam a dimensão do comprometimento das lideranças organizacionais para questões que promovam a segurança do paciente e, por conseguinte, sua cultura interna de segurança.

Aliás, pôde-se verificar que esta é uma característica interna da maternidade: a predileção por ou incentivo a funcionários que possuam um bom nível instrucional e acadêmico. Isso foi verificado aqui, com relatos dos gestores e líderes, mas também na Tabela 8 que apresenta o perfil daqueles colaboradores que atuam na ‘linha de frente’ do trabalho.

O Quadro 8 apresenta outros relatos dos participantes, desta vez, acerca de setores ou unidades dentro da maternidade, além de outras instituições de saúde que são referência em segurança do paciente, para eles em particular ou para a própria maternidade como um todo, finalizando com o DSC que apresenta a compilação das ideias expostas.

Quadro 8 - Reunião de Conversação: DSC – Setores ou instituições referência em segurança do paciente

Sujeito	Expressões-Chave (ECHs)	Ideias Centrais (ICs)	Agrupamentos
GL-7	<i>“A gente tem, durante o ano, algumas rondas de segurança (como a gente chama) e temos um check list onde a gente faz um levantamento mais da parte ... é ... pra cada protocolo de segurança da parte estrutural e alguns aspectos ainda de resultados de processos. E nessas rondas tem os setores que são mais conformes dentro dos protocolos de segurança, certo? Geralmente, os mais conformes são os setores fechados, tipo UTIs. Foi o que a gente identificou nas nossas rondas, nas visitas”</i>	Os setores tidos como “mais fechados”, como as UTIs, são aqueles que possuem maiores índices de conformidade de prestação de serviços de saúde.	Referências internas e externas de segurança do paciente
GL-4	<i>“A gente teve uma experiência muito boa com o Moinho de Ventos, né?! É uma referência para nós no Projeto Paciente Seguro. Eles que ficaram monitorando a gente, dando apoio. Então é uma referência. Lá a segurança do paciente já tá bem avançada, os trabalhos são bem mais estruturados. Então assim, para a gente foi uma experiência muito boa”</i>	O Hospital Moinhos de Vento, do Rio Grande do Sul, e o Hospital	
GL-7	<i>“E assim, como a gente fez parte desse projeto PROADI-SUS, que é do Ministério da Saúde, e hospitais de excelência eram nossos padrinhos. O nosso foi o Moinho de Ventos” “Eles (Moinho de Ventos) tiveram um primeiro contato com o HUOL. E o HUOL, por participar antes da gente, também serviu para gente como referência para algumas ações que a gente foi fazer dentro deste projeto. O HUOL foi um hospital que nos deu uma certa assessoria de início, procuramos e fomos bem recebidos e são os mais próximos de contato como referência”</i>	Universitário Onofre Lopes (HUOL), do Rio Grande do Norte, são referências positivas em segurança do paciente para a maternidade	

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

Nas rondas setoriais percebeu-se que os setores fechados são os mais conformes, em relação a boas práticas em saúde, como as UTIs, por exemplo. Algumas referências externas positivas para nós (da maternidade) no Projeto Paciente Seguro são os Hospitais Moinhos de Vento, onde a segurança do paciente já tá bem avançada, os trabalhos são bem mais estruturados, e também o Onofre Lopes (HUOL) que nos deu uma certa assessoria de início do projeto.

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Segundo alguns gestores, de acordo com relatórios internos passados, e compilados no DSC acima, há uma convergência de que setores com acesso mais restrito, têm melhores indicadores de conformidades, ou seja, seus funcionários possuem maiores propensões a cumprirem, por exemplo, todos os passos previstos em um *check list* de atividades. O rigor com cada etapa, o controle do fluxo de pessoas, seja por parte dos funcionários, pacientes ou acompanhantes, podem ser um sinal positivo para que as atividades dos profissionais sejam pensadas, preparadas e cumpridas em consonância com as regras de boas condutas de cada profissão. Por outro ângulo, este foi um relato importante, pois suscita a discussão sobre a formação e/ou existências de subculturas organizacionais de segurança do paciente.

Pontos relacionados a este aspecto já foram alertados por Robbins, Judge e Sobral (2010) e discutidos neste documento nos Gráficos 4a e 4b. Em suma, é perigoso,

do ponto de vista de cultura de segurança organizacional, a existência de departamentos, dentro de uma mesma instituição, que possuam comportamentos e percepções tão diferentes em relação à segurança do paciente. Por outro lado, como o intuito da conversação, na reunião, foi o de tratar deste tema, estes mesmos departamentos podem ser, em alguma medida, referências positivas na conduta de suas atividades diárias.

O Quadro 9 apresenta parte dos discursos do Grupo Focal II (profissionais de saúde), que tratava sobre a relação dos gestores de diferentes setores com as ações e resultados promovidos pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) existente na maternidade, além do acesso a dados internos sobre segurança do paciente.

Quadro 9 - Reunião de Conversação: DSC – Relação dos gestores com as atividades do NSP

Sujeito	Expressões-Chave (ECHs)	Ideias Centrais (ICs)	Agrupamentos
GL-6	<i>A gente tem várias ações (junto ao Núcleo), né? A gente passou por um processo de informatização grande na maternidade desde 2014. E de lá pra cá, cada funcionalidade de módulo que foi implantado no nosso sistema, enfim, a gente foi construindo também com funcionalidades relacionadas com a segurança do paciente, né?”</i> <i>“Acho que a gente tem uma parte muito forte hoje implantada que é a parte de identificação do paciente. Hoje todos os nossos pacientes são identificados com pulseiras, né? Eles são registrados no sistema. Todo bebê que nasce também ele tem uma pulseira que é informatizada, que é impressa pelo sistema (...) isso tudo, segue um fluxo lá na internação. Então, eu acho que hoje em dia a gente tá bem servido nessa parte de, principalmente, identificação do paciente. Na parte de exames também. A gente fez um trabalho bem bacana aí no decorrer deste período”</i>	Há uma boa relação e cooperação dos gerentes de setores e/ou unidades com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e o acesso a dados de pesquisas do Núcleo.	Relação dos gestores com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)
GL-7	<i>“Estrategicamente, dentro do Núcleo já tem vários líderes. Justamente para facilitar os projetos”</i>		

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) Vários gestores e líderes fazem parte ou atuam nas ações do NSP, justamente para facilitar a implantação de projetos. Os resultados das ações do Núcleo são divulgados em boletins e são de fácil acesso. Desde 2014, várias funcionalidades foram implantadas, junto com o NSP para a segurança do paciente, principalmente relacionadas à informática, como a identificação e fluxo do paciente na maternidade.

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Internamente, o Núcleo já garante a participação de várias pessoas com cargos de gestão na maternidade em suas reuniões periódicas e também nas atividades, para ajudar na adesão às ações que serão implantadas. Percebeu-se que, de forma geral, há uma boa relação entre os gestores e os funcionários do NSP.

Entretanto, verificou-se uma lacuna ou diferença de percepções na fala de alguns líderes ao relatarem que as informações ou resultados de pesquisas de ações do Núcleo são de fácil acesso. Este pode até ser um cenário coerente na visão de alguns gestores

e líderes, porém diverge dos resultados contidos nos Gráficos 4b e 5b que mostram que os funcionários têm uma visão oposta. Os índices de negatividades nos gráficos são bem consideráveis (55,1% e 39,4%, respectivamente), onde pode-se concluir, neste caso específico, haver um *gap* entre o entendimento de parte dos gestores e o de seus comandados.

Quando questionados sobre o acesso, por parte dos gestores, a dados oriundos de pesquisas e levantamentos do NSP, a GL-3 diz que *“Esses dados são expostos nos boletins que o Núcleo emite, né? E também ficam informações, de forma mais didáticas, nos painéis, nas TVs. O acesso é fácil”*

Em outro momento da reunião, foi solicitado que os presentes relatassem ocorrências de EAs e suas experiências com este tipo de evento dentro da maternidade. Uma fala específica chamou a atenção pelo fato de demonstrar uma outra questão que impacta fortemente a cultura de segurança do paciente: a culpabilização dos profissionais de saúde.

A GL-8 relatou a experiência, por parte de uma técnica em enfermagem, colega de trabalho, em um procedimento que resultou na ocorrência de EA, onde houve a administração errada de uma bolsa de sangue em uma paciente que recebera um tipo sanguíneo diferente do compatível com a sua tipologia. No entanto, neste episódio, a enfermeira optou por não relatar, nem notificar o evento adverso por temor a possíveis punições.

“...a técnica não observou, ela não tinha checado o tipo sanguíneo da paciente. E aí quando ela se deu conta, ela já tinha transfundido quase metade (da bolsa) do sangue. E aí aconteceu que ela não informou pra ninguém. Ela não disse pra enfermeira (chefe). Pra ninguém, né?! E aí com um tempo é que a gente foi descobrir, devido a todas as medidas de segurança do paciente. Mas não houve nenhum dano (maior) ao paciente, graças a Deus”.

“(...) ela disse que ficou observando a paciente, né?! Sinais vitais estáveis. Ela (a paciente) não teve nenhuma reação. E aí ela disse que não informou porque ela teve medo, receio de uma punição”.

GL-8

Foi perguntado de que forma o caso descrito foi tratado e resolvido por parte do responsável pela gestão do setor. Na ocasião, a GL-8 informou que a funcionária foi chamada para que houvesse um entendimento sobre o que de fato aconteceu, o porquê daquela ocorrência.

“A gente chamou essa técnica para conversar, pra saber o que tinha acontecido. E ela realmente assumiu que não tinha prestado atenção para verificar os dados”

“...nós informamos hoje que a política de segurança do paciente não é de punição, né? Foi aí que ela realmente relaxou, viu que não era por aí essa questão”

“Eu acho que acontecem coisas que não chegam lá (na gerência/direção) por medo mesmo, né?! Falta de uma orientação. É explicar mesmo”.

GL-8

Esse relato confirma, de certa forma, um traço expressivo que apareceu na primeira parte do estudo junto aos profissionais de saúde, que são sinais de uma cultura de punição e o receio individual para a notificação de incidentes e de eventos adversos.

Os Gráficos 3a, 3b, 9a e 9b já apresentaram que, de fato, há essa preocupação por parte dos funcionários da maternidade. Além disso, outros estudos realizados em diferentes países, como o de Esbérard (2020), Reis (2013), além das recomendações da OMS (2015) e do IBSP (2017), confirmam que se trata de uma das percepções negativas mais recorrentes sobre variáveis que impedem a construção de uma cultura de segurança do paciente eficiente e proativa.

Sobre esse episódio, e também sobre os dados quantitativos vindos dos profissionais de saúde, foi solicitado aos gestores e líderes que explicassem estes *feedbacks* e, também, o porquê de haver este tipo de bloqueio por parte dos envolvidos.

A GL-7 explicou que, internamente, esse tema já foi abordado e que algumas ações já haviam sido feitas para minimizar este receio por parte dos funcionários, como por exemplo, garantir-lhes que o sistema de notificações da maternidade garante o sigilo do funcionário notificador de eventos adversos.

“A gente tem um sistema de notificação, que é o VigiHosp, que possibilita a notificação sem a identificação, (de forma) anônima. Mas mesmo assim, apesar dos treinamentos, a gente sempre falar que existe essa possibilidade, é um problema. Porque a gente precisa identificar aonde a gente está errando, para que evite que aconteça novamente”.

GL-7

Parte do sentimento de alguns funcionários pode ser explicado pelo fato de que eles tiveram experiências passadas, em outras empresas, ou até mesmo na maternidade analisada, sob gestões antigas, com cenários diferentes, onde situações deste tipo eram tratadas de forma mais repreensiva. Desta forma, estes funcionários ainda não conseguem “se libertar”, por assim dizer, desta suspeição pessoal de serem penalizados pelo ato de notificarem suas atitudes inseguras no local de trabalho.

O relato da GL-9, do setor de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mostra uma definição bem atual sobre a temática, fortificada pela OMS (2015), ao tocar em conceitos como causa-raiz de incidentes, aprendizagem contínua e corresponsabilização pelo acontecimento de eventos adversos.

“A gente procura realmente entender essa questão de culpabilizar, não procurar um culpado para o erro, ou dano que chegou ao paciente. Inclusive nos casos de incidentes. A gente trabalha tentando alinhar os nossos processos de trabalho. Isso através das nossas educações permanentes, das nossas reuniões, e quando acontece o erro, a gente, comumente, reúne a equipe, junta com membros do Núcleo (NSP), e fazemos uma análise de causa-raiz. A gente procura as fragilidades dos nossos processos de trabalho. A gente não procura um culpado para aquilo, porque a gente sabe que um dano que chega ao paciente não foi causado pelo erro de uma única pessoa. A falha, geralmente, existe nos processos. Eles sim precisam ser alinhados e não enquanto equipe, claro, a gente precisa de responsabilizar. Por isso, eu trabalho com a corresponsabilização”.

GL-9

A declaração anterior mostra um ponto de vista em consonância com as ideias atuais de uma CSP proativa e construtiva e pode refletir uma vivência de setores específicos da maternidade, como a UTI, que já fora citada neste documento como um departamento que é referência para os demais quando se trata de segurança do paciente no local analisado.

Ainda assim, tendo um olhar mais holístico, pode-se inferir que o processo de sensibilização, por parte dos gestores da maternidade, não conseguiu modificar a realidade de receio e angústia de grande parte dos funcionários, haja vista os resultados expressos nos Gráficos 3a, 3b, 9a e 9b. E isso é reconhecido pelos membros do Núcleo de Segurança do Paciente, ao afirmar que:

“Tem muitas coisas que acontecem sem a gente saber! Se eles conseguirem colocar o que está acontecendo, a gente vai poder ter uma visão maior do nosso problema e saber onde vai agir. Mas existe ainda realmente... é difícil convencê-los de que aquela notificação, o que estão colocando ali não vai ser usado como punição”.

GL-7

Este é um dos maiores entraves que impacta a CSP na maternidade identificados por esta pesquisa, pois os *feedbacks* dos profissionais convergem com o relato de alguns gestores, ainda que, na visão destes, a instituição tenha feito trabalhos internos para o contorno deste cenário. Porém, o fato é que isso acaba por afetar a CSP, pois implica na

formação de uma cultura de notificações distribuída por todos os departamentos, como lembra a OMS (2015) e esbarra em uma das principais variáveis para a classificação do nível de maturidade de uma cultura de segurança, segundo Westrum (1993), Hudson (2003) e Gonçalves Filho (2011): o fluxo de informações.

Uma consequência disto é o comprometimento do processo de aprendizagem interna. Assim, as ações da vigilância em saúde e segurança do paciente se expressam, em muitos casos, com um caráter mais corretivo, não se antecipando a fatos ou a comportamentos tidos como “de risco”.

“A gente não consegue ainda trabalhar proativamente nos riscos identificados, né?! A gente ainda trabalha reativamente, atua depois do que aconteceu. A gente tem essa possibilidade, mas a cultura ainda não está bem... ainda existe esse sentimento de culpa, de que ‘eu vou ser punido, portanto eu não vou dizer”.

GL-7

Outro ponto discutido foi se deveria haver uma inclinação para a distribuição de responsabilidade entre os envolvidos pelo acontecimento de um sinistro e em que momentos um funcionário deveria ser, de fato, punido por suas ações no exercício da profissão. Como prevê, por exemplo, a Resolução 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em seu artigo 108, *“As penalidades a serem impostas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, conforme o que determina o art. 18, da Lei n° 5.905, de 12 de julho de 1973, são as seguintes: advertência verbal, multa, censura, suspensão do exercício profissional, cassação do direito ao exercício profissional”.*

A fala, a seguir, expressa o entendimento de um gestor (GL-7) da maternidade com relação à punição ou responsabilização de um funcionário pela ocorrência de alguma falta cometida.

“(...) existe sim a responsabilização, em alguns casos, que se você descumprir normas pré-estabelecidas, mas existem também processos que não estão alinhados, que possuem fragilidades e que podem levar você ao erro. E isso a gente pode evitar quando a gente sabe (e identifica) essas fragilidades”.

GL-7

As discussões convergiram para o quão tênue é a linha que separa erros estritamente individuais, daqueles ocasionados por falhas gerais nos processos ou inadequações de suporte técnico. Cabe à gerência realizar o mapeamento de todo o caminho trilhado até que o evento adverso ou o incidente tenha se materializado.

“(...) essa semana mesmo eu estava reunida com a equipe de educação permanente do nosso setor e com as diaristas da nossa UTI Neonatal. E a gente estava falando justamente sobre isso. Sobre a necessidade de identificar se a falha foi no processo ou se o processo está bem consolidado, mas o profissional, naquele dia, falhou por algum motivo. E a gente tem que saber como fazer essa abordagem. Nós somos o tempo inteiro corresponsáveis. E a pessoa da equipe precisa se sentir dessa forma. E a gente saber como abordar ao ponto de ele (o funcionário) entender aquilo como uma oportunidade de melhoria e não como uma punição. Eu acho que a responsabilização ela é até muito positiva nesse sentido aí, né?”.

GL-9

Este é um ponto crítico que esbarra em outra situação que é o mapeamento dos processos internos. Percebeu-se que, devido à dimensão das atividades e às dezenas de setores existentes, muitos processos internos e suas respectivas tarefas não haviam sido mapeados e descritos de forma mais minuciosa, dificultando, assim, uma padronização básica no modo de atuação dos profissionais.

A EBSERH (2018) destaca o mapeamento de processos internos como uma das ações importantes para se evitar a ocorrência de EAs. O próprio Ministério da Saúde do Brasil (2014) lembra que o objetivo da criação do Plano de Segurança do Paciente (PSP) é regulamentar as ações de segurança do paciente de ambientes hospitalares. Para tanto, deve-se haver o reconhecimento e o mapeamento dos riscos institucionais relacionados à especificidade da epidemiologia local e aos processos assistenciais, de forma a estimular a criação de uma cultura de gerenciamento do cuidado ao paciente, bem como organizar as estratégias e as ações que previnam, minimizem e mitiguem os riscos inerentes a estes processos.

A atividade de mapeamento de algumas atividades específicas até já teve início na maternidade, porém, existe, ainda, um longo caminho a ser percorrido, uma vez que a instituição possui centenas de empregados trabalhando em todos os turnos de funcionamento, logo uma mesma atividade pode ser executada de formas diferentes, a depender do funcionário escalado para tal.

“(...) a gente identificou também, até em algumas avaliações internas da qualidade, que existiam poucos processos desenhados...é... a maioria dos processos não foram mapeados. E assim, a gente faz de trás pra frente. Faz um procedimento operacional padrão (POP), sem mapear o processo. Mas como não tinha nada escrito, cada um faz da sua forma. E agora que a gente está trabalhando nesses protocolos, né, a gente veio com essa nova visão: Que a gente precisa ter o procedimento escrito, precisa treinar as pessoas para que elas façam da mesma forma”.

GL-7

Outro tema levantado durante a reunião foi em relação à aceitabilidade, receptividade dos subordinados para temas ligados à segurança do paciente, desde a adoção de novas medidas, até reuniões periódicas sobre o tema. O Quadro 10 mostra que houve opiniões divergentes quanto a isto.

Quadro 10 - Reunião de Conversação: DSC - Receptividade interna a ações e mudanças na segurança do paciente

Sujeito	Expressões-Chave (ECHs)	Ideias Centrais (ICs)	Agrupamentos
GL-10	<p><i>“Como farmacêutica, eu já atuava muito na parte de segurança de medicamentos, mas na parte assistencial, de segurança do paciente é mais recente. (...) O que eu observo, neste período que estou no cargo, é que a receptividade não é muito geral dos profissionais. Você encontra pessoas receptivas, mas eu acho que existe ainda muita resistência dos profissionais a mudanças. A gente sabe que o novo já traz uma certa resistência”</i></p> <p><i>“(...) Um profissional que é acostumado a fazer seu serviço, há anos, sempre da mesma forma e a gente tenta implementar uma mudança na prática, a gente observa isso, uma resistência da maioria dos profissionais”</i></p>		
GL-11	<p><i>“A minha visão é um pouco diferente da de GL-10. Eu sempre atuei em UTI, na assistência eu sempre estou em UTI. E essa visão de segurança do paciente nas UTIs é um pouco mais ampla, é mais bem recebida. Aqui na maternidade eu atuei na UTI Materna e a visão é muito bem aceita. A gente inclusive estava incluído nesse projeto, Moinho de Ventos, com uma atividade e a equipe toda se uniu na responsabilidade. E assim, a visão que a gente tem de segurança em UTI é bem maior”</i></p>	Há uma percepção geral de barreiras quanto a mudanças internas, porém em alguns setores, como a UTI, o cenário se inverte. Os gestores estão cientes de que as mudanças contínuas, baseadas no aprendizado, são benéficas para a segurança do paciente na maternidade	Receptividades dos funcionários a temas e ações e modificações relacionadas à segurança do paciente
GL-10	<p><i>“Nesse ponto eu realmente concordo com o GL-11. As UTIs parecem ser mais fáceis. Pela complexidade, por talvez ser um setor mais fechado. Realmente nas UTIs é mais fácil de se trabalhar, a receptividade é melhor”</i></p>		
GL-11	<p><i>“Talvez pela complexidade “do fazer” com o paciente. O paciente é mais complexo, mais crítico e esse cuidado se torna mais visível. A visão que a gente tem da assistência na UTI...pode ser que nos outros setores isso não seja tão evidente, mas na UTI a gente vê que as pessoas recebem melhor quando vem uma ação do Núcleo visando melhorar a segurança do paciente”</i></p>		
GL-4	<p><i>“Tem muitas pessoas que ainda estão com a aquela mente arraigada no passado, não se libertou ainda e têm dificuldades de aceitar mudanças, né? Como você mesmo disse: Não adianta quando a gente vai fazer (algo) e tem dificuldade de mudanças, imaginem o processo de trabalho que você está acostumado a fazer (há muito tempo). É a síndrome de Gabriela, né? Eu nasci assim, vou ser sempre assim, vou morrer assim! Então, é preciso a gente ter a capacidade de entender que a mudança é necessária e que a gente precisa realmente melhorar. Eu digo sempre, a cultura de segurança paciente é mão dupla, o que vai pro paciente, volta pro profissional. Quando você faz a assistência segura, você como profissional vai se sentir mais seguro também”</i></p>		
GL-10	<p><i>“Eu observo assim: Existem algumas “pessoas chave” que são sim muito receptivas (a mudanças organizacionais na condução da segurança do paciente), mas de uma maneira geral, ainda tem muita resistência dos profissionais aqui”</i></p> <p><i>“Até mesmo uma informatização (simples) de processo... O GL-9 tá aí e pode falar (confirmar)...que vai facilitar o processo, essa informatização é vista com grande resistência por funcionários do setor. Então, até quando é pra facilitar o processo (o trabalho deles), o pessoal tem resistência. Quando é pra mudar uma prática, tem resistência. Quando essa mudança implica em um maior trabalho, tem resistência também. Então, é muito difícil”</i></p>		

Sujeito	Expressões-Chave (ECHs)	Ideias Centrais (ICs)	Agrupamentos
---------	-------------------------	-----------------------	--------------

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)	Há pessoas específicas que são receptivas a mudanças para segurança do paciente, em setores fechados como as UTIs, por exemplo, mas de forma geral, acho que existe ainda muita resistência dos profissionais, até quando as mudanças irão facilitar seus trabalhos.		
---	--	--	--

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A partir dos relatos, transpareceu, novamente, a ideia de existência de subculturas de segurança do paciente dentro da maternidade, onde, neste caso, há setores onde os funcionários são mais abertos a discussões e mudanças de postura para melhoria contínua, em detrimento de outros que se mostram mais reticentes e conservadores.

Esse é um outro ponto delicado, pois acaba por atingir um aspecto fundamental da CSP que é a ideia de aprendizagem e melhoria contínua. Ademais, dá sinais claros para interferências no Modelo *Systems Engineering Initiative for Patient Safety* (SEIPS), proposto por Carayon e Smith (2006) que mostram que mudanças em quaisquer aspectos do sistema de trabalho, dependendo de como a modificação ou melhoria é projetada e implementada, afetam diretamente o trabalho, as atividades e os consequentes resultados para pacientes, funcionários e organizações.

Em contrapartida, a resistência a mudanças e/ou melhorias também acaba por fomentar, socialmente, um ambiente estático, sem atualizações. Apesar disto, a dimensão que trata destes temas teve mais percepções positivas (40,8%), do que negativa (31,5%) por parte dos profissionais de saúde na primeira parte do estudo (Ver Tabela 13).

Aproveitando o ensejo, nos últimos momentos de conversação com os gestores e líderes, foram discutidos os avanços substanciais relacionados à segurança do paciente que a maternidade experimentou nos últimos anos. O Quadro 11 apresenta alguns destes relatos.

Quadro 11 - Reunião de Conversação: DSC - Evolução da segurança do paciente na maternidade

Sujeito	Expressões-Chave (ECHs)	Ideias Centrais (ICs)	Agrupamentos
GL-4	<p><i>"Eu tô há pouco tempo na maternidade, vai fazer 40 anos (risos) e neste longo período eu tenho visto uma mudança extraordinária, sabe? Eu nunca imaginei que chegaria a ver o que hoje é assim"</i></p> <p><i>"Tem muitas coisas ainda que precisam melhorar, a mudança não é feita de uma hora para a outra, tem que ser uma mudança de cultura, né?"</i></p>	Nos últimos anos, houve melhoras substanciais na	Evolução da segurança

Sujeito	Expressões-Chave (ECHs)	Ideias Centrais (ICs)	Agrupamentos
	<i>“Então, pra mim foi um ganho muito grande eu ter continuado na maternidade, estou há 40 anos e vendo a transformação do que eu via em 81, quando eu cheguei, e o que eu estou vendo hoje, né? Muita mudança mesmo”</i>	segurança do paciente na maternidade, apesar de haver muitos espaços e pontos para melhorias, na cultura organizacional, inclusive	
GL-3	<i>“Eu estou na maternidade há 7 anos (...) percebo que desde o início, as mudanças são muitas, em todos os sentidos. Com relação à qualificação dos profissionais, com a melhoria dos processos de trabalho. Isso também, em parte, eu acho que aconteceu por causa da EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) ...O processo deles de segurança do paciente é muito forte, eles incentivam muito as instituições a trabalharem nessa parte. No meu setor, que é a UTI Neonatal, é um pouquinho diferente dos demais setores da instituição. Aqui eu vejo que o pessoal é bem empenhado em trazer melhorias para o paciente”</i>		
GL-8	<i>“Eu tô na maternidade há 5 anos. Lá onde eu atuo, a gente trabalha com o (projeto) prevenção de quedas. Quando eu cheguei, ele (o projeto) não existia lá. E com o tempo foi implantado. Então, hoje eu já vejo as pessoas com uma outra visão do que é segurança do paciente”</i> <i>“Antes, paciente caía, aconteciam as coisas e a gente nem sabia (...) quando eu chego de dia, já me informam que, à noite, aconteceu a queda de um paciente. E antes não acontecia. Às vezes, eu ia saber pela boca do próprio paciente, entendeu?”</i>		
GL-3	<i>“Eu vejo essa diferença com relação aos demais setores, que foi até o que a GL-7 tinha dito no início, em relação aos setores mais fechados né? E em parte eu vejo também por conta do processo da EBSERH...dos sistemas, a questão do GHU, da evolução ser toda informatizada. Isso melhora muito nosso cuidado, o serviço prestado. Coisas simples: os exames, que antigamente a gente escrevia tudo à mão, num pedaço de esparadrapo, hoje em dia isso já está informatizado, a gente já imprime as etiquetas com todas as informações corretas para evitar erros simples.”</i>		

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)	Houve evoluções grandes relacionadas à segurança do paciente na maternidade, desde a melhoria de processos, criação de projetos, como o Prevenção de Quedas, a informatização de atividades, até a qualificação de profissionais. A adesão à EBSERH foi fundamental para este crescimento.
---	--

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Os gestores, líderes e funcionários reconhecem a evolução da maternidade na área de segurança, ressaltam seus pontos fortes, no entanto, reconhecem que há espaços para alinhamentos, reparos e melhorias específicas. E essas mudanças podem ser pautadas por análises atuais da cultura de segurança do paciente, diagnosticando suas fortalezas e fraquezas, para ações a médio e longo e prazo, como propõe este estudo.

5.7.2 Discussões dos resultados: percepções dos gestores e líderes (GF II) sobre os resultados quantitativos dos profissionais de saúde (GF I)

O segundo momento da reunião com gestores/líderes aconteceu com a exposição dos principais resultados referentes às percepções dos profissionais de saúde

relativas à segurança do paciente na maternidade. O Quadro 12 mostra alguns trechos das falas dos participantes ao se depararem com os dados negativos vindos da Dimensão 08 (Dimensionamento de Pessoal), que apontou 84,7% de reprovação para o quantitativo de funcionários atuais na maternidade e 71,4% para implicações para a segurança do paciente por conta da alta carga de trabalho.

Quadro 12 - Sessão Coletiva: DSC – Relatos para problemas de dimensionamento pessoal na maternidade

Sujeito	Expressões-Chave (ECHs)	Ideias Centrais (ICs)	Agrupamentos
GL-3	<i>“Não me surpreende essas informações. Eu marcaria isso também!”</i>		
GL-8	<i>“Com certeza. Eu concordo demais”</i>		
GL-7	<i>“Eu só queria colocar uma lenha na fogueira. Eu concordo que a gente tem superlotação e nunca vai ter um dimensionamento adequado porque a gente tem um número de leitos e sempre há um... leitos extras. A gente é “porta aberta” e sempre está com a taxa de ocupação acima do esperado. Mas quando acontece um Evento Adverso (EA) e a gente vai olhar, naquele dia que houve o EA, tinha gente suficiente, o quantitativo de pessoas era o adequado. Então deveria acontecer mais EAs quanto tem menos gente, do que quando tem pessoal em número suficiente pra atender a demanda. Só pra jogar uma lenhazinha aí (na conversa)”</i>	A maternidade possui problemas notórios de dimensionamento de pessoal.	Problemas de dimensionamento pessoal na maternidade
GL-10	<i>“Sou GL-10, trabalho no Centro Obstétrico. Até concordar um pouco com GL-7 aí. Realmente a gente tem esse déficit profissional, tá certo? Isso é notório. Principalmente naqueles dias em que a maternidade está com seus centos e poucos por cento de lotação. Passa dos 100%. Isso realmente prejudica, mas, às vezes, a gente vê que a nossa rotina virou algo quase que cultural. De fazer aquela coisa errada, justificando que a gente tem pouca gente, e quando a gente tem pessoal suficiente, continua fazendo a coisa errada do mesmo jeito. Porque a gente pega aquela cultura que já tá no dia a dia justificando que não tem gente suficiente”.</i>	Isto influencia o surgimento de EAs, porém os erros devem ser analisados caso a caso, não apenas pela possível falta de pessoal para a execução das atividades.	
GL-3	<i>“O que eu consigo identificar nos meus plantões: Quando a gente tem o quantitativo correto, acaba tendo um relaxamento do profissional com relação ao cuidado, à assistência. O que eu percebo: É mais fácil eles esquecerem, quando o quantitativo está correto, do que quando não está. Então, esse relaxamento, esse esquecimento dá brechas para que aconteçam os erros. Eu acho que o pessoal fica tão atarefado de fazer as coisas, de dar tempo de fazer, que quando as coisas estão bem tranquilas acaba que os erros acontecem porque ‘passa batido’. Eu encontrei muitos erros nestes momentos, até mais do que quando está sobrecarregado”.</i>		
GL-7	<i>“Mesmo assim, com o possível relaxamento individual “(...) isso não quer dizer que quando tá com o dimensionamento inadequado e uma alta demanda de trabalho os riscos não sejam maiores. São bem maiores. Você tem uma rotatividade muito grande de pacientes na parte obstetrícia. Eles rodam muito dentro do hospital, entre leitos, e isso gera uma possibilidade grande de riscos para acontecerem algumas falhas. Pois o número de leitos excedentes para uma mesma quantidade de profissionais é... (por exemplo) Hoje você tem 5 profissionais para 15 pacientes. Amanhã eu tenho 5 profissionais e 18 pacientes; 5 profissionais e 20 pacientes e assim vai. É uma coisa que a gente não consegue evitar essa superlotação na rede, até pela nossa área de abrangência (região metropolitana de Natal). A gente sempre tem a mesma quantidade de funcionários e o número de pacientes muda no dia a dia.”</i>		

Sujeito	Expressões-Chave (ECHs)	Ideias Centrais (ICs)	Agrupamentos
GL-11	<i>“Pegando esse tópico de que ‘no dia o dimensionamento estava bom’ a gente tem que... pra não criar uns vieses, é importante demais esse estudo da causa-raiz, porque assim, nem sempre os motivos vão ser os mesmos, né? Eu posso ter, por exemplo, no dia, um dimensionamento correto, mas eu tenho uma equipe cansada de outros dias. (Ou que) pessoas não foram treinadas em relação àquele evento, não foram capacitadas para aquele evento. Então, é importante demais a gente ter esse estudo da causa-raiz. Pra a gente tomar um direcionamento para a solução, a gente precisa identificar bem direitinho o que realmente aconteceu naquele dia. E não olhar somente para o dimensionamento”</i>		
GL-4	<i>“Eu concordo com o que GL-11 tá dizendo porque a equipe está tendo a sobrecarga de trabalho, independentemente do dimensionamento ela está sobrecarregada, né? Na maioria das vezes, os setores estão lotados. Então, esse relaxamento pode refletir o cansaço. Olhar essa questão do dimensionamento, mas vendo também essa questão do estado do profissional, o estado geral dele, o estado psicológico dele, cansaço físico, mental, porque isso influencia na assistência, né?”</i>		
GL-12	<i>“Sobre o dimensionamento dos técnicos de enfermagem. Concordo demais com a fala de todos que antecederam. O nosso dimensionamento efetivo está longe de ser o adequado, mas lembro somente que as custas de plantões de APH de servidores externos e internos, plantões extras da EBSEH, contrato temporário... temos hoje um dimensionamento considerado adequado em diversos setores e turnos. Pontos negativos: alta rotatividade de profissionais, pouca fidelização com o serviço e processo de trabalho, sobrecarga de carga horária para um funcionário já exausto que por muitas vezes tem outro emprego, etc”</i>		
GL-10	<i>“Eu acho que o dimensionamento tem uma parcela importante na questão da segurança do paciente, mas o profissional em si tem uma parcela ainda mais importante, que é a cultura dele de fazer aquilo certo, de pensar na segurança do paciente que ele tá atendendo, né? Eu acho que é isso, né: Contribui, mas tem outros fatores também”.</i>		

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

A inadequação do dimensionamento de pessoal é um dos responsáveis pelo o surgimento de EAs na maternidade, porém em algumas situações em que ocorreu, tinha gente suficiente, o quantitativo de pessoas era o adequado. Virou rotina, algo quase que cultural. De fazer aquela coisa errada, justificando que a gente tem pouca gente, e quando a gente tem pessoal suficiente, continua fazendo a coisa errada do mesmo jeito. Nesses casos, percebe-se que quando tem o quantitativo correto, acaba tendo um relaxamento do profissional com relação ao cuidado. Além disso, o número de funcionários é fixo, já a demanda diária é variável, frequentemente acima dos 100% da capacidade. O importante a se fazer é realizar um estudo de causa-raiz, pois os motivos dos erros não são os mesmos. Entender esse problema do dimensionamento, mas vendo também esse ponto do estado do profissional, o estado geral, psicológico, cansaço físico, mental, porque isso influencia na assistência.

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Percebeu-se que há divergências de opiniões quanto ao grau de influência no surgimento de EAs relacionados ao quantitativo exíguo de profissionais. Alguns gestores e líderes veem forte ligação entre essas duas variáveis. Já outros creem que esta questão deve ser analisada de forma mais profunda e pontual, visto que, em situações imprevistas no passado dentro da maternidade, verificou-se que a quantidade de

funcionários, naquele momento, era a adequada. Além disso, outros fatores de ordem pessoal também podem somar-se ao quadro de funcionário diminuto e acabar por contribuir para a ocorrência de incidentes.

Mais um discurso que vale destacar foi o de outra gestora, do Setor de Regulação, que fala, além da inexperiência de novos funcionários, do sentimento de acomodação que paira sobre os mais antigos da maternidade.

“(...) Há pessoas antigas, que conhecem a rotina, e que ficam acomodadas. Muitas vezes elas têm uma autossuficiência de que com elas isso (ocorrência de EAs) não vai acontecer. Exemplo: faltou uma compressa num momento cirúrgico, aí a pessoa diz assim: ‘Eu não vou abrir. Eu tenho certeza de que não está aqui dentro. Eu nunca deixei uma compressa dentro do abdômen de ninguém’. Isso é só um fato. Então, além das pessoas novas, sem experiência, existem as pessoas antigas, que ficam acomodadas, que se julgam sabedoras de todos os passos, de todos os cursos, e muitas vezes isso gera um problema para o paciente”

GL-12

Assim, na percepção dos gestores e líderes, além do quantitativo de pessoal, outros fatores em conjunto contribuem também para o acontecimento de situações indesejadas, como falta de capacitação de profissionais inexperientes, demanda variável de pacientes acima dos limites da assistência, estresse do trabalho, excesso de atividades, jornada dupla de trabalho de alguns funcionários, cansaço físico e mental, ou até relaxamento em situações mais tranquilas e acomodação individual advinda da própria experiência naquele posto de trabalho.

Outro momento de discussão de resultados aconteceu ao analisarem que 71,4% dos profissionais de saúde afirmaram ter problemas de perdas de informações importantes de pacientes nos momentos de trocas de turnos e/ou plantões entre funcionários. O Quadro 13 mostra alguns relatos sobre essa temática.

Quadro 13 - Sessão Coletiva: DSC – Relatos para problemas na transição do cuidado do paciente na maternidade

Sujeito	Expressões-Chave (ECHs)	Ideias Centrais (ICs)	Agrupamentos
GL-4	<i>“Essa questão é da comunicação, né? Que é um dos pontos mais difíceis de ser trabalhado na segurança do paciente. A gente tem iniciado esse trabalho no (setor) Alto Risco com o Projeto Paciente Seguro... e a gente tem tentado trabalhar essa questão. Mas a gente sabe que é um dos protocolos mais difíceis de ser instituído”</i>	Os gestores reconhecem que se trata de uma das atividades mais complicadas de trabalhar dentro da maternidade e que acaba por	Problemas na transição do cuidado do paciente na maternidade
GL-7	<i>“Sobre a transição do cuidado, já existe uma proposta com uma ferramenta que foi apresentada ao Núcleo de Segurança e a gente vai conversar ainda como implantar no transporte interno de pacientes dentro dos setores. Uma coisa que a gente já pensou, mas realmente a parte de comunicação é bem complicada de se trabalhar”</i>		

Sujeito	Expressões-Chave (ECHs)	Ideias Centrais (ICs)	Agrupamentos
GL-4	<i>“Foi criado um instrumento de passagem de plantão de alto risco para o enfermeiro, pra o técnico, mas ainda existem as falhas, entendeu? Você, às vezes, fica bitolado no seu normal, como a Dra. GL-12 falou, já tá acostumado ou não quer mudar e não usa aquele instrumento. Mas é muito difícil a comunicação (na maternidade), muito difícil mesmo”</i>	influir negativamente na assistência prestada.	
GL-12	<i>“Esse instrumento que existe, a gente tenta colocar realmente...muita gente conhece que é o Método SBAR, que é o método onde você vai fazer a transição do cuidado e, infelizmente, muitas vezes, isso não é feito adequadamente. A Instituição precisa caminhar na organização dessa transição do cuidado. Porque eu vejo a passagem do plantão, por exemplo, lá da obstetrícia de 7 horas da manhã e é excelente. Então nesse local, ocorre a transição do cuidado, todo mundo recebe, é passado isso daí, é escrito no quadro lá. Mas infelizmente é um setor que é dessa forma. Outros setores também têm, mas não da forma como deveria ser. Então é uma estratégia que nós precisamos melhorar”</i>	Apesar disto, em alguns setores, a transição do cuidado é feita sem muitos ruídos.	

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) *“A questão da comunicação é um dos pontos mais complicados de se trabalhar dentro da segurança do paciente. Sobre a transição do cuidado, já existe uma proposta com uma ferramenta que foi apresentada ao Núcleo de Segurança a ser implantada. O que se percebe, atualmente, é que há o fluxo de informações, mas não adequadamente. É uma estratégia que nós precisamos melhorar. A Instituição precisa caminhar na organização dessa transição do cuidado”*

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Muitos dos gestores reconhecem que há problemas a serem resolvidos neste sentido e também têm noção de que esta é uma das áreas mais complicadas de serem contornadas dentro da maternidade. Esse é um dos destaques identificados pela pesquisa que afeta a cultura de segurança interna: a dificuldade do fluxo de algumas informações importantes sobre o paciente para outros setores, departamentos e funcionários receptores, facilitando, assim, a ocorrência de EAs.

Outros relatos importantes, apresentados no Quadro 14, dizem respeito aos resultados preocupantes vindos das Dimensões 09 e 10, que apontam, respectivamente, colaboração entre profissionais de um mesmo setor (33,7% de positividade) e haver um certo desagrado em trabalhar com profissionais de outros setores da maternidade (60,2% de negatividade).

Quadro 14 - Sessão Coletiva: DSC – Relatos para relacionamentos interpessoais e colaboração entre funcionários de um mesmo setor

Sujeito	Expressões-Chave (ECHs)	Ideias Centrais (ICs)	Agrupamentos
GL-8	<i>“Eu acho que tem uma questão profissional, mas pessoal (também). Eu acho que tem profissionais que são bem abertos, que querem que as coisas avancem, que deem certo no seu setor. E há aqueles que sempre criam barreiras”</i> <i>“Na maternidade, nós temos vários profissionais de vários outros lugares, mas isso aí eu acho que é muito mais pessoal, né? Profissionais que lá chegam com problemas pessoais pesados, chegam carregados e</i>	Há sim problemas interpessoais entre alguns membros da maternidade que excedem os assuntos do trabalho.	relacionamentos interpessoais e colaboração entre

Sujeito	Expressões-Chave (ECHs)	Ideias Centrais (ICs)	Agrupamentos
	<i>aí já não vêm bem pro trabalho, meio chateada. Aí pegam aqueles pacientes e meio que descarregam em cima, né?”</i>	Quanto à colaboração interna e seus problemas, para alguns, este resultado surpreende, pois em alguns setores, o cenário é divergente	
GL-3	<i>“Isso (falta de colaboração) não é uma realidade aqui na Neo (no meu setor). Pelo contrário. Todo mundo se ajuda, porque se não, iam ter muitos atestados (risos!)”</i>		
GL-8	<i>“(…) A gente sabe que agora em plena época de pandemia tem muitos que estão assim ‘estafados’, com problemas psicológicos, né? Então assim, eu sei que isso influi, mas eu acho que é muito mais pessoal, cuidado profissional, pra ver como ele tá mesmo...pra ver se resolve”</i>		
GL-3	<i>“(…) Mesmo com ajuda do colega, o setor ainda é pesado (muito trabalho). GL-12 tá até aí de prova, quando a gente vê um ou outro que não tem essa postura, essa cultura de ajudar o colega, a gente conversa com a GL-12, chama a pessoa pra conversar e se resolve. Essa afirmação aí, sinceramente, não condiz com a realidade da UTI Neo”</i>		

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) *Tem profissionais que são bem abertos, que querem que as coisas avancem, que deem certo no seu setor. E há aqueles que sempre criam barreiras, coisas mais pessoais. Profissionais que lá chegam com problemas pessoais pesados. Sobre a colaboração, quando a gente vê um ou outro que não tem essa postura, essa cultura de ajudar o colega, a gente conversa, chama a pessoa pra conversar e se resolve*

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

O penúltimo tópico tratado na reunião foi em relação ao fato de 55% dos participantes da pesquisa terem afirmado que recebem, apenas raramente, informações de relatórios de eventos adversos em seus setores (Gráfico 4b). Sobre este *feedback*, a responsável pelo NSP se posicionou:

“É ficou bem claro isso mesmo. É uma coisa que a gente já tinha identificado aqui, mas que precisa melhorar. A gente faz a discussão dos indicadores nas reuniões do Núcleo, a gente divulga nos murais. Tem uma TV no corredor central que a gente coloca (os resultados) semestral, mas a gente tava até pensando em fazer mais frequentemente. A gente tentou boletins via link, mas o pessoal praticamente não acessou (baixa adesão). Então, tem que ver uma outra forma de disponibilização dos dados para que cheguem até a ponta. Realmente ficam concentrados aqui no Núcleo e a gente manda relatório para os gestores. Mas eu acho que para o grande público, para a ‘ponta’, precisa sim melhorar”.

GL-7

Percebe-se, até com levantamento de dados públicos da maternidade, que há pesquisas e acompanhamento dos números de ocorrências de eventos adversos, porém, para uma parcela considerável dos participantes da pesquisa, esses resultados, em forma de relatórios, não têm chegado.

É fato que a maternidade dispõe de uma série de canais internos para a divulgação destes resultados, como inclusive foi contemplado, anteriormente, na fala da gestora. Mas estes canais não têm tido um alto grau de eficácia. Também ficou claro que esta é uma problemática interna já identificada, ou seja, os resultados da pesquisa

neste ponto não foram surpreendentes, ainda assim, sabe-se que é uma situação de difícil contorno. A gerente do NSP completou afirmando que, atualmente, estão em prática alguns ‘programas piloto’, em fases experimentais, voltados a este tema, mas ainda de forma muito pontual, apenas em poucos setores específicos.

Na parte final da reunião, foram abordadas as percepções dos profissionais de saúde em que 63,3% da amostra expressaram opiniões apenas medianas para o quesito em que abordava que a direção da maternidade propiciava um clima de segurança do paciente. Apenas 19,4% deram um retorno positivo para esse quesito.

“(...) eu percebo é que precisa, talvez, de uma melhor divulgação, melhor conhecimento do pessoal, divulgação dessas informações (ações da gerência) para os profissionais, né?”

GL-7

Assim como já foi inferido nas discussões relativas ao Gráfico 8c, há aqui, também, o relato de que a direção da maternidade tem atuado no sentido de propiciar uma cultura organizacional pautada na segurança do paciente, contudo, estas ações não têm chegado com maior eficácia e força em grande parte dos profissionais de saúde na ‘ponta do processo’, de modo que os resultados apontam dúvidas e certo desalento entre eles. Isso caracteriza, como diz Westrum (2004), uma cultura organizacional com fortes traços burocráticos.

No final da reunião, foram expostos aos gestores e líderes alguns comentários livres deixados pelos profissionais de saúde, na parte final do questionário de pesquisa (Apêndice A), onde puderam dissertar sobre outras questões que por ventura não estivessem incluídas nas perguntas fechadas do instrumento e que fossem relacionadas à segurança do paciente. Alguns utilizaram o espaço como um desabafo, como mostra o Quadro 15.

Quadro 15 - Comentários gerais dos profissionais de saúde sobre a segurança do paciente

“A superlotação, onde as pacientes ficam em macas e cadeiras, é um dos problemas sérios de segurança do Paciente na maternidade”

“A frequente taxa de ocupação acima de 100% traz grandes riscos para a segurança do paciente”

“Existem coisas que são prioridades e não são respeitadas como tal. A direção parece mais preocupada com o ponto dos colaboradores do que com a logística ou a segurança ou o bem-estar do usuário. É mais importante dar conta da demanda do que da segurança. Um paciente atrás da outra sem um CRO decente. Já aconteceu de um bebê cair enquanto a mãe amamentava. As macas, nem se fala... Gerir não é mandar é ser resolubilidade com compromisso com a coerência, a sensatez. Fico por aqui com minha insatisfação que é por demais angustiante”

“É fundamental melhorar a comunicação entre os setores e entre os profissionais; a construção de uma “cultura institucional” sobre segurança do paciente”

“Maternidade lotada, ar-condicionado quebrado, paciente trás seu ventilador de casa, fiação esposta”

Na MEJC temos uma equipe que desempenha as atividades de segurança do paciente com bastante responsabilidade.

“Várias pessoas te ajudam no trabalho mas muitas não quando você precisa”

“A superlotação na MEJC expõe ainda mais os pacientes a riscos diários”

Em relação a notificação considero que tem que melhorar o retorno em relação as notificações realizadas. Considero que a cultura de segurança do paciente melhorou em relação a períodos anteriores

“A cultura de notificação de incidentes para melhoria de processos de trabalho ainda precisa ser melhorada”

“Notificação de evento precisa ser mais comunicada a todos os setores e horários de funcionamento bem como, melhor compreendida sua finalidade”

“Muitas coisas precisam ser melhoradas para ajudar a segurança do paciente aqui”

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

De forma geral, os gestores consideraram grande parte dos comentários como pertinentes, reconhecendo que a maioria dos problemas noticiados e identificados são, por certo, enfrentamentos diários de todos os funcionários da maternidade na busca pelo desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente efetiva. Em alguns poucos pontos houve reações de surpresa, quer seja pelo conteúdo de algum quesito com um *feedback* negativo, quer seja pelo fato de os percentuais dos resultados apresentados terem sido demasiados e, dessa maneira, terem causado sobressaltos.

5.8 CLASSIFICAÇÃO DA MATERNIDADE QUANTO À TIPOLOGIA DE CULTURA DE SEGURANÇA

Com base nos conceitos de tipologia e maturidade de cultura de segurança em organizações, propostos por Westrum (1993, 2004) e por Hudson (2003) (Quadro 4), e nas definições do modelo proposto por Gonçalves Filho, Andrade e Marinho (2011) (Anexo B), foi feita a análise da maturidade da maternidade tomando como referência as respostas coletadas junto aos profissionais de saúde, via questionário, e os relatos recolhidos na reunião.

Foram analisadas as variáveis recomendadas por Westrum (1993) e Hudson (2003): 1) Informação; 2) Aprendizagem Organizacional; 3) Comunicação; 4)

Comprometimento; e 5) Envolvimento. E cada uma delas com estágios ou níveis de maturidade (Patológico, reativo, calculativo/burocrático, proativo e construtivo).

Na maternidade, a variável **Informação** foi classificada no **Estágio III (calculativo/burocrático)**, apresentando, no entanto, alguns traços característicos de Estágio II (reativo). As propriedades decisivas da variável no estágio III são que a organização já apresente um sistema para gerenciar e calcular riscos nos locais de trabalho, mas ainda não tem a visão sistêmica da saúde, segurança e meio ambiente. As ações estão mais voltadas para a quantificação dos riscos como forma de geração de dados que embasem a tomada de decisão.

Para tanto, foram considerados os resultados negativos bastante expressivos contidos nos Gráficos 3a a 3b, que mostram problemas nas notificações de incidentes, além dos problemas sérios no fluxo de informações identificados na transição do cuidado (troca de turnos e plantões de funcionários) e, também, um índice de negatividade considerável (55,1%) no quesito *“Nós recebemos informações sobre mudanças implementadas neste setor a partir dos relatórios de eventos adversos”*. Acrescenta-se a isto, os relatos de alguns gestores (Quadro 13) reconhecendo haver falhas na passagem da informação entre os funcionários da maternidade.

Apesar da classificação supradita, também foram identificadas características proativas (Estágio IV) para a variável informação, como *“A empresa oferece meios que permitem os empregados informarem qualquer tipo de ocorrências anormais”*. Em discussões passadas, percebeu-se que estes meios nem sempre são usados de forma devida, porém eles existem. Contudo, por ser apenas pontual, optou-se pela classificação calculativa/burocrática para esta variável de informação.

A variável **aprendizagem organizacional** foi posicionada no **Estágio IV (proativa)**. Para chegar-se a essa conclusão foram considerados os aspectos de maturidade organizacional tais como os bons índices de positividade de ações e discussões setoriais contínuas de problemas de segurança do paciente para que estes não venham a se repetir (Gráfico 4a e Gráfico 5a). Junta-se a isso, as falas de alguns gestores que fortificam a ideia de que há sim uma preocupação interna com esse aspecto, com evoluções sensíveis da segurança do paciente nos últimos anos (Quadro 11).

Contudo, alguns aspectos de estágio calculativo puderam ser percebidos para esta variável durante esta pesquisa, como por exemplo, as análises de causas de eventos

adversos restringirem-se aos atores envolvidos no processo de origem e aos artefatos de trabalho (material, máquinas) e não englobarem, por exemplo, instâncias hierárquicas mais superiores. Além disso, vale ressaltar o fato de haver problemas de avaliação posterior de efetividade após mudanças implementadas, evidenciados pelo Gráfico 5b.

Em relação à variável **comunicação**, foi percebida a classificação de **Estágio III (calculativo/burocrático)**, pois identificou-se que há a divulgação interna sobre dados e informações sobre segurança do paciente e, também, dos próprios profissionais de saúde, como prevê o modelo de maturidade de cultura de segurança, contudo, esses dados não possuem o alcance desejado, de modo que a adesão do público-alvo se mostrou insuficiente, como pode ser percebido nos relatos da gestora GL-7 e, também, nos resultados numéricos apresentados no Gráfico 6a.

Por essas razões, a variável foi especificada no Estágio III de maturidade de cultura de segurança. Por outro lado, alguns indicadores positivos sobre comunicação também devem ser lembrados, como o fato de os profissionais perceberem abertura interna para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente (Gráfico 6b). Assim, esta variável pode ser considerada em um meio termo entre os estágios III e IV.

Para a variável **comprometimento**, chegou-se à conclusão de que ela está situada no **Estágio IV (proativo)**, pois foram percebidas várias situações internas que correspondem a esse nível de maturidade de segurança. Por exemplo, a existência de plano interno de segurança de trabalho e paciente, mas também de ações voltadas a esta finalidade como o Projeto Paciente Seguro, além da existência de auditorias internas e treinamentos voltadas a este fim.

Apesar disto, alguns sinais de estágio burocrático também podem ser citados na variável de comprometimento, como o fato de grande parte dos profissionais de saúde considerarem apenas mediana a afirmação de que a direção da maternidade propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente (Gráfico 8c).

Por fim, a variável **envolvimento** também foi classificada no **Estágio III (calculativo/burocrático)**, pois, apesar de se verificar que os profissionais discutem maneiras de se evitar que os erros aconteçam no âmbito setorial, percebeu-se que há ainda um *gap* de comunicação entre trabalhadores de níveis hierárquicos diferentes,

como a alta gestão da maternidade. Ou seja, muitas decisões sobre a segurança do paciente podem ficar restritas a uma amostra reduzida de funcionários, indicando características mais burocráticas.

Portanto, de uma forma geral, pode-se concluir que o nível de maturidade da cultura de segurança do paciente da maternidade analisada está, predominantemente, no **Estágio III**, que é aquele **calculativo** e mais **burocrático**, porém com algumas características fortes e pontuais de proatividade.

Reason (1997) é enfático ao declarar que atingir uma cultura de segurança efetiva é um caminho com aprendizagens coletivas, compartilhamento de pensamentos, interação e cooperação, mas, sobretudo, um gerenciamento comprometido com tais ideais.

Autores que versam sobre esta temática comentam que este nível de maturidade é dinâmico e acompanha a trajetória das organizações, de modo que eles podem evoluir ou declinarem, tudo depende de como os fatores/variáveis/dimensões são tratadas de forma interna. Gonçalves Filho, Andrade e Marinho (2011) dizem que, nestes casos, o progresso só é possível quando se conhece o atual estágio de cultura de segurança, identificando suas oportunidades de melhorias e estabelecendo condutas para chegar-se ao estágio seguinte.

5.9 ERGONOMIA ORGANIZACIONAL: MATRIZ DE IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E RECOMENDAÇÕES

Com base nos contrantes percebidos durante as etapas desta pesquisa, foram pensadas sugestões de melhorias respaldadas nos conceitos vindos da macroergonomia e dos domínios da ergonomia cognitiva e ergonomia organizacional, levando em consideração os sociofatos (cultura, jornada de trabalho, contratos e etc), como prevê Vidal (2003).

Devido aos aspectos de subjetividade que envolvem o tema de cultura organizacional e também os dois campos ergonômicos citados, as recomendações de ações mostradas, a seguir, voltam-se mais para o campo da ergonomia cognitiva, no âmbito do coletivo de trabalho, uma vez que os achados da pesquisa versam sobre a organização como um todo, e não apenas sobre um setor ou atividade específica.

Do ponto de vista da ergonomia organizacional, as contribuições voltaram-se a questões da organização do trabalho que impactam variáveis constituintes da cultura de segurança do paciente, tais como: sistemas de comunicação, cooperação e interligação entre atividades e níveis hierárquicos; descrição e balanceamento de tarefas; rotinas e jornadas de trabalho; capacitação, treinamento de funcionários, além de formas de aprendizagem e melhoria contínua.

O Quadro 16 apresenta uma matriz com os principais problemas identificados na maternidade que impactam a sua cultura de segurança do paciente.

Quadro 16 - Matriz de contrantes identificados pela pesquisa

PROBLEMAS REAIS IDENTIFICADOS NA PESQUISA				
MODO DE DETECÇÃO	<i>Problemas reais que afetam a cultura de segurança do paciente de uma maternidade pública de Natal-RN, percebidos após demanda ergonômica negociada, via pesquisa situada junto a funcionários de diversos níveis, posições e funções da organização</i>			
ORIGEM DOS DADOS	MÉTODOS INTERACIONAIS	INSTRUMENTOS DE COLETA	PRINCIPAIS CONTRANTES / PROBLEMAS IDENTIFICADOS	$\sum P_i$
GRUPO FOCAL I (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)	APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO VALIDADO PELA AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ)	HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (HSOPSC)	<p>P_1 Problemas de dimensionamento de pessoal;</p> <p>P_2 Influência negativa do volume de trabalho diário na segurança do paciente;</p> <p>P_3 Perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente nas trocas de turnos/plantões;</p> <p>P_4 Receio dos profissionais de que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais;</p> <p>P_5 Receio dos profissionais de que seus erros individuais sejam usados contra si próprios;</p> <p>P_6 Problemas de relacionamentos entre funcionários de diferentes setores;</p>	6 CONTRANTES
GRUPO FOCAL II (GESTORES E LÍDERES)	AÇÕES CONVERSACIONAIS RELATOS DURANTE SESSÃO COLETIVA DISCUSSÃO DE RESULTADOS	ROTEIRO DE CONVERSAÇÃO EXPOSIÇÃO DE DADOS QUANTITATIVOS DE RESULTADOS REGISTROS EM ÁUDIO E VÍDEO	<p>P_1 Setores “abertos” são mais propícios à ocorrência de incidentes;</p> <p>P_2 Receio de punições dos funcionários por erros individuais;</p> <p>P_3 Problemas de dimensionamento de pessoal;</p> <p>P_4 Falta de mapeamento de vários processos de trabalho dos funcionários;</p> <p>P_5 Resistência dos funcionários a mudanças organizacionais;</p>	8 CONTRANTES

PROBLEMAS REAIS IDENTIFICADOS NA PESQUISA				
MODO DE DETECÇÃO	<i>Problemas reais que afetam a cultura de segurança do paciente de uma maternidade pública de Natal-RN, percebidos após demanda ergonômica negociada, via pesquisa situada junto a funcionários de diversos níveis, posições e funções da organização</i>			
ORIGEM DOS DADOS	MÉTODOS INTERACIONAIS	INSTRUMENTOS DE COLETA	PRINCIPAIS CONTRANTES /PROBLEMAS IDENTIFICADOS	$\sum P_i$
			<p>P_6 Perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente nas trocas de turnos/plantões;</p> <p>P_7 Percepção de acomodação dos profissionais que atuam há muito tempo na maternidade;</p> <p>P_8 Subnotificação de incidentes e eventos adversos</p>	
$\sum P_{Total} = 11$ contrantes e principais problemas				

Fonte: O autor (2021)

Apesar de o Quadro 16 apresentar 6 contrantes advindos do Grupo de Focal I e 8 vindos do Grupo de Focal II, o somatório final apresentou onze problemas, pois alguns deles se repetiram nas percepções de ambos os grupos, como foram os casos dos problemas de dimensionamento pessoal, perdas de informações do paciente entre trocas de turnos de trabalho, além do receio de punições por erros individuais.

Cabe ressaltar que o estudo identificou uma quantidade até maior de pontos frágeis na maternidade, uma vez que a média geral das percepções dos profissionais de saúde sobre o tema teve um resultado negativo (41,7%) superior ao positivo (30,1%) (Rever Tabela 13). Entretanto, para esta seção foram elencados aqueles onze problemas que se sobressaíram e que, na visão do pesquisador, caso sejam mitigados, já ocasionarão um impacto significativo na atual cultura de segurança do paciente da instituição.

Como forma de validação dos problemas identificados, os dados foram convertidos em relatório parcial de pesquisa e enviados ao NSP da maternidade para que ficassem cientes do contexto atual da cultura de segurança do paciente na instituição. Estes mesmos dados serão utilizados pelo próprio NSP como forma de atualização de informações da maternidade junto à plataforma de dados do Ministério da Saúde do Brasil, já que esta é uma das atividades recorrentes do Núcleo.

5.10 INICIATIVAS PARA A MITIGAÇÃO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Com base na identificação e priorização dos principais contrantes percebidos durante a pesquisa, foram elencadas uma série de ações que buscam minimizar as problemáticas existente atualmente na maternidade e que impactam a cultura de segurança do paciente. Acredita-se que, com a adesão das medidas expostas no Quadro 17, os índices de percepções negativas relacionadas às dimensões de cultura de segurança serão minimizados.

Quadro 17 - Sugestões de melhorias aos problemas identificados que impactam a CSP na maternidade

Problemas identificados	Iniciativas para mitigação dos principais problemas identificados e contribuições à Cultura de Segurança do Paciente da maternidade
Problemas de dimensionamento de pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a possibilidade de abertura de orçamentos institucionais que permitam o recrutamento de pessoal, aumentando assim o quantitativo de funcionários na maternidade, em especial, nas funções de médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, que corresponderam ao maior percentual da amostra da pesquisa. Esta iniciativa busca se aproximar de um número adequado e balanceado de profissionais para manter um nível de assistência mais satisfatório para os pacientes e uma carga de trabalho adequada, para os funcionários, além de melhorar suas percepções sobre a referida dimensão de CSP;
Influência negativa do volume de trabalho diário na segurança do paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação de profissionais de apoio, em especial em setores onde há atividades mais complexas, que demandam maior tempo de execução e que podem interferir na percepção de boa assistência ao paciente; • Realizar estudos frequentes voltados à ergonomia cognitiva e organizacional dos profissionais da “linha de frente”, observando fatores de ordem psicomotora, comunicação, coordenação das ações, tomada de decisão, clima de trabalho, estresse laboral e social, iluminação e sinalização de ambientes, duplicação de jornadas de trabalhos, rodízio de escala de funcionários e cadenciamento ou revezamento de trabalhadores com atividades a cumprirem, como forma de minimizar a ocorrência de eventos adversos..

Problemas identificados	Iniciativas para mitigação dos principais problemas identificados e contribuições à Cultura de Segurança do Paciente da maternidade
Perda de informações importante sobre o cuidado do paciente nas trocas de turnos/plantões;	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento do Método SBAR de transição do cuidado de pacientes (Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendações) com revisão minuciosa de todos os dados e informações dos pacientes do setor no qual o profissional irá atuar; • Realizar um <i>double check</i> oral e textual das informações principais dos pacientes, seja pelo registro eletrônico em plataforma de dados ou através de <i>check lists</i> físicos; • Estimular, sempre que possível, a participação do paciente, ou seja, envolvê-lo no processo de transição do cuidado, de forma que ele possa contribuir no fluxo de informações importantes para o novo profissional que, a partir de agora, irá prestar a sua assistência. Incentivá-lo a ser participativo nos momentos em que ele está nas dependências da maternidade, perguntando, questionando, verificando, solicitando explicações, sempre possível e se assim julgar necessário, na medida de suas possibilidades clínicas, se o procedimento está em conformidade com procedimentos de segurança estabelecidos pela organização; • Produzir materiais de orientação para o engajamento do paciente nestes momentos de transição de cuidado/troca de plantões e funcionários. Ferramentas eficazes para informar e engajar pacientes e educadores são materiais e panfletos sobre sua condição e medicamentos; • Estimular a reconciliação medicamentosa entre pacientes e funcionários como forma de mitigar erros na administração de drogas entre profissionais diferentes à frente do processo de assistência; (<i>A recomendação medicamentosa é um método que consiste na obtenção de uma lista completa e precisa dos medicamentos de uso habitual do paciente e posterior comparação com a prescrição em todas as transições de cuidado (ProQualis, 2015)</i>); • Implementar medidas de modificações na transição do cuidado, monitorá-las através de indicadores e apresentar seus resultados setoriais de forma trimestral à comunidade interna, destacando os setores que melhor desempenham a função.
Receio dos profissionais de que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais;	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento da alta gestão da maternidade no processo de sensibilização dos funcionários na busca pelo estabelecimento de uma cultura justa, onde as pessoas não são punidas por incidentes e eventos adversos, mas que haja a busca do conhecimento profundo das causas raízes destes eventos ajuda a desenvolver uma cultura do paciente cada vez mais madura e tomar decisões gerenciais mais eficazes para a segurança do paciente; • Criação de um comitê, com membros do NSP e lideranças com poder interno de decisão, para tratar especificamente de assuntos relacionados a temores individuais de colaboradores quanto a punições gerenciais em virtude da sua participação em processos de trabalho que desencadearam a ocorrência de incidentes ou eventos adversos; • O comitê terá, entre outras, a função de aumentar a política de sensibilização junto aos setores, para a promoção de uma cultura justa de segurança do paciente, baseada no aprendizado contínuo. Essa iniciativa, com rondas setoriais, visa fortalecer um movimento que já existe, de forma pontual, na maternidade, mas que se mostrou insuficiente, haja vista a percepção dos profissionais de saúde retratada nesta pesquisa;

Problemas identificados	Iniciativas para mitigação dos principais problemas identificados e contribuições à Cultura de Segurança do Paciente da maternidade
Receio dos profissionais de que seus erros individuais sejam usados contra si próprios;	<ul style="list-style-type: none"> • O comitê deverá solicitar às gerências e lideranças locais, que tratem o tema de incidentes e eventos adversos de forma mais próxima dos funcionários, lembrando-os desta postura institucional, incentivando-os a notificarem eventuais incidentes e eventos adversos em suas atividades, apresentando, sempre que possível, dados internos em que incidentes foram investigados e EAS e tratados de forma conjunta, buscando a causa raiz do problema que culminou na ocorrência destes; • O comitê deverá também aproveitar os espaços institucionais (reuniões, eventos internos, pesquisas, apresentações públicas) para fortalecer a ideia de implantação na maternidade de uma cultura justa, efetiva e pautada em aprendizagem contínua; • Agir após a ocorrência de EAs: se um dano ao paciente for evitável, com o processo já mapeado e alinhado, representantes da maternidade deverão esclarecer o fato, o quanto antes, com os envolvidos, pagar todos os cuidados relacionados ao dano, indenizar, quando for o caso, procurar uma resolução justa, e garantir suporte contínuo para pacientes, familiares e profissionais de saúde; • Aumentar a percepção de uma organização de alta confiabilidade, destacando a "cultura da segurança" como um fator chave na promoção de excelência no desempenho e na segurança do paciente.
Falta de mapeamento de vários processos de trabalho dos trabalhadores;	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar um levantamento de todos os processos operacionais da maternidade, em especial, daqueles que são do cotidiano de setores/grupos numerosos de funcionários; separar os que já possuem um Procedimento Operacional Padrão (POP) claro e definido, daqueles que não possuem, e (re)elaborar POPs, baseados nas situações reais de trabalho; • Fazer as descrições minuciosas das atividades, com fins de padronização no serviço de assistência ao paciente, com linguagem clara, termos acessíveis e de fácil entendimento dos usuários, procurando diminuir o risco de ocorrência de incidentes e de eventos adversos; • Estimular, via Gerência de Pesquisa e Ensino da maternidade, pesquisas voltadas ao tema de mapeamento de processos internos, como forma de agilizar este objetivo, uma vez que se tratam de muitos setores envolvidos; • Construir um Manual Operacional contendo as descrições das atividades em todas as suas etapas, contemplando funcionários/equipamentos/procedimentos, e dispô-lo, segundo cada setor, de forma física e virtual para eventuais dúvidas ou desconhecimentos dos profissionais de saúde durante suas jornadas de trabalho;
Subnotificação de incidentes e eventos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer um levantamento daqueles profissionais que nunca acessaram o sistema de notificação de incidentes e eventos adversos da maternidade, ou o fazem de forma muito rara, entender o porquê eles subutilizam a plataforma, conscientizá-los para a importância da notificação e treiná-los para tal; • Realizar reuniões setoriais para tratar o tema da notificação e da segurança do paciente de forma franca, esclarecendo a relevância da notificação de incidentes e de eventos adversos para o crescimento e aprendizagem de seus próprios departamentos; • Reeducar as equipes para que o ato de notificar não seja encarado com angústia e temor, mas sim como uma oportunidade de reflexão e melhorias futuras; • Desenvolver um programa anual para reconhecer e recompensar funcionários por reportar incidentes e eventos adversos, além aqueles que contribuíram para a aprendizagem organizacional.

Problemas identificados	Iniciativas para mitigação dos principais problemas identificados e contribuições à Cultura de Segurança do Paciente da maternidade
Problemas de relacionamentos entre funcionários de diferentes setores	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar com funcionários que apresentam de maneira mais forte problemas deste tipo, procurar entender suas razões e procurar mediar o conflito com respeito e tolerância; • Tratar de temas sobre atritos de ordem pessoal e alertar para o fato de quão negativos eles podem ser para a boa convivência e o exercício da profissão; • Explicar ao corpo de trabalhadores que muitas questões de ordem pessoal não precisam ser compartilhadas no ambiente de trabalho; • Deixar o espaço aberto, nas lideranças locais e também nos setores de recursos humanos e administrativo da maternidade, para aqueles funcionários que tenham problemas sérios neste sentido e direcioná-los para serviços internos da maternidade que possam auxiliá-los na resolução de conflitos;
Setores abertos são mais propícios a ocorrência de incidentes e eventos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer protocolos de conduta dentro destes setores específicos, com fiscalizações diárias dos próprios funcionários e estabelecer condições mínimas para a circulação ou permanência de pessoal nestes setores; • Realizar uma confrontação de postura e de procedimentos entre as dinâmicas de trabalhos nos setores mais “fechados” com estes tidos mais “abertos” e promover um <i>benchmarking</i> interno de forma a servir como parâmetro positivo.
Resistência dos funcionários a mudanças organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular os gestores e líderes setoriais a trabalharem de forma aberta e franca sobre a importância de mudanças em ambientes de trabalho, transparecendo confiança nas mudanças propostas e lembrando que elas se dão de forma paulatina; • Estar aberto a ouvir esses funcionários e manter contatos pessoais, de maneira informal, tratando sobre esse tema sempre que possível. Dar tempo às mudanças e aos funcionários; • Deixar claro ao seu público interno que a maternidade prevê uma cultura de segurança do paciente efetiva, pautada na aprendizagem e melhoria contínua e que mudanças são essenciais neste processo de modelagem; • Explicar que muitas das mudanças organizacionais, quer sejam tecnológicas ou de comportamento, são para contribuir com a segurança dos pacientes, mas, sobretudo, melhorar as próprias atividades dos profissionais dentro das instalações da maternidade e que, portanto, trata-se de transformações benéficas para os setores;
Percepção de acomodação dos profissionais que atuam há muito tempo na maternidade	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar quais os profissionais que se encaixam nesta problemática específica; • Reaquecer o exercício da profissão: criar planos semestrais de motivação no trabalho, de modo a envolver os profissionais que já atuam na maternidade há mais tempo, destacando suas contribuições passadas e mostrando as oportunidades de melhoria e crescimento que eles ainda podem oferecer à instituição; • Criar projeto de mentorias e reuniões onde estes profissionais mais experientes possam servir de orientadores daqueles que ingressaram há pouco tempo na instituição, enfatizando a troca de experiências, dificuldades e barreiras encontradas no tempo de atuação na maternidade; • Desafiar os profissionais mais experientes a inovarem em suas atividades e bonificá-los com isso.

Ainda, recomenda-se, fortemente, que haja uma reorientação e sensibilização da alta direção, em especial de gestores e líderes da maternidade, no sentido de assumirem papéis de direcionadores das ações internas para a remodelagem da cultura de segurança do paciente burocrática, que atualmente está em vigência na organização, e comecem o processo de promoção de uma cultura de segurança do paciente mais proativa.

Esse protagonismo orientador dos cargos de gestão é defendido por vários pesquisadores da área e órgãos como a AHRQ (2004) dos Estados Unidos que é enfática ao destacar: *“As vidas dos pacientes dependem da capacidade dos líderes do cuidado de saúde de fazerem com que os profissionais clínicos trabalhem juntos de forma efetiva e de gerir os sistemas cada vez mais complexos nos quais o cuidado de saúde é prestado. Para atingir esses objetivos, os líderes devem compreender e transformar a cultura organizacional, o sistema de valores, atitudes e normas comuns numa organização”*.

Ademais, propõe-se que os dados de acompanhamento da CSP na maternidade sejam comparados aos de outras instituições de saúde, de mesmo porte e ramo, para que se tornem bons indicadores das iniciativas descritas. Recomenda-se, por fim, que este estudo seja replicado em ciclos contínuos na maternidade analisada, por períodos não superiores a 24 meses, como forma de comparação de série histórica e monitoramento das percepções das variáveis de cultura de segurança do paciente após a adoção das medidas propostas, no sentido de promover a melhoria contínua da cultura de segurança do paciente da maternidade.

6 CONCLUSÕES

Neste capítulo, serão apresentadas as conclusões sobre a pesquisa. Para tanto, ele foi dividido em 5 partes: “considerações finais”, “sobre os resultados, as discussões e as hipóteses de pesquisa”, “contribuições da pesquisa”, “limitações da pesquisa” e “sugestões para ampliação da pesquisa”.

6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo central analisar e diagnosticar a cultura de segurança do paciente (CSP) em uma maternidade pública de alta complexidade localizada na cidade de Natal, Brasil, sob a ótica de seus funcionários, como forma de entender e mitigar a ocorrência de eventos adversos. Com base nas etapas gerais de pesquisa e nos seus resultados, entende-se que o objetivo central traçado foi alcançado.

Apesar de não se tratar especificamente de uma abordagem voltada a uma atividade específica, o caminho metodológico desta pesquisa adotou as principais etapas da Análise Ergonômica do Trabalho (AET), que a norteou em vários momentos, durante a análise global, a instrução da demanda e a construção social, inclusive na confecção e adaptação de instrumentos de pesquisa.

As contribuições dos domínios de especialização da ergonomia, especialmente da ergonomia cognitiva e da ergonomia organizacional, e da macroergonomia foram muito importantes para a construção do referencial teórico e para as análises dos dados coletados em campo e sua relação com a cultura de segurança do paciente. Todas estas contribuições, assim como a contribuição dos constructos formulados a partir da macroergonomia e da sociotécnica – sociofatos e mentefatos -, ajudaram a compreender os fatores da organização do trabalho, existentes na maternidade, que interferem nas atividades dos profissionais, podendo contribuir para a ocorrência de eventos adversos e comprometer, assim, a segurança do paciente.

As fontes de informações que nortearam o pesquisador durante todos passos da pesquisa foram fundamentais para que o diagnóstico do estudo de caso fosse realizado. Foram elas: o levantamento bibliográfico sobre a temática central de segurança organizacional; as reuniões internas com o Grupo de Ação Ergonômica (GAE) e o Grupo de Acompanhamento (GA), a coleta de dados de forma direta, através da aplicação de

instrumentos de pesquisas com a amostra de profissionais de saúde; a apresentação da pesquisa à comunidade local para conhecimento e validação; a realização de reuniões com métodos interacionais; verbalizações; discurso do sujeito coletivo (DSC); entrevistas e registros em áudio e vídeo, além de conversas informais com vários atores da pesquisa.

Baseado nos dados coletados junto a uma amostra de profissionais de saúde e, também, de gestores e líderes da maternidade, concluiu-se que a atual cultura de segurança do paciente (CSP) da maternidade em questão está classificada como Estágio III (cultura de segurança do paciente burocrática ou calculativa). Esta classificação posiciona a instituição em um patamar intermediário, considerando a faixa de cinco estágios, e aponta para a necessidade de ainda se realizar um trabalho direcionado para a melhoria da segurança do paciente na maternidade analisada. Contudo, alguns aspectos pontuais de cultura proativa foram também identificados.

Os resultados apontaram que, de forma geral, a CSP na maternidade foi percebida pelos profissionais de saúde como regular, com a presença de subculturas diferentes entre setores/departamentos. Nas dimensões analisadas, as percepções negativas (41,7%) superaram às positivas (30,1%) e algumas delas se destacaram como aquelas que mais contribuiriam com esse cenário, mostrando-se como as que apresentaram os maiores índices de fragilidades, quais sejam: dimensionamento de pessoal, respostas não punitivas a erros dos colaboradores, problemas de transição do cuidado e, também, a frequência de incidentes não notificados. Por outro lado, algumas dimensões tiveram respostas mais positivas dos participantes da pesquisa, tais como: ações dos supervisores ou chefes de setores para a segurança do paciente, abertura para comunicações e, também, aspectos de aprendizagem organizacional.

Baseado nos resultados de fragilidades das dimensões, foram selecionados onze quesitos que obtiveram as piores avaliações, segundo o estudo, e foram sugeridas uma série de iniciativas que buscam mitigar as fragilidades encontradas. As principais foram as seguintes: Problemas de dimensionamento de pessoal; Influência negativa do volume de trabalho diário na segurança do paciente; Perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente nas trocas de turnos/plantões; Receio dos profissionais de que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.

Torna-se fundamental ressaltar que a análise de cultura de segurança de qualquer organização é um verdadeiro desafio, pois trata-se de algo bastante abstrato e complexo, em que os resultados representam um recorte daquele momento específico da instituição, com percepções de um grupo de funcionários sobre uma quantidade considerável de variáveis. Contudo, as percepções individuais são dinâmicas e podem ser influenciadas por fatores pessoais recentes dos próprios participantes da pesquisa e, também, por fatores externos aos limites organizacionais. Portanto, os resultados aqui expostos correspondem, *a priori*, ao intervalo de tempo especificado no capítulo de metodologia da pesquisa.

6.2 SOBRE OS RESULTADOS, AS DISCUSSÕES E AS HIPÓTESES

A respeito das problemáticas que se buscou investigar e suas respectivas hipóteses de pesquisas descritas no Quadro 1, chegou-se às seguintes considerações: existem diferenças sensíveis de percepções de conceitos relacionados à cultura de segurança do paciente entre profissionais de saúde da linha de frente e os gestores da maternidade, confirmando, assim, a hipótese 1 (H_1).

Alguns resultados numéricos quando confrontados com os relatos dos gestores (Quadros 7 e 8), mostram que eles possuem uma visão conceitual (papel da gerência, filosofia de não punição individual, entendimento de causa raiz para incidentes, cooperação e etc) muito mais próxima daquela preconizada por grandes órgãos de saúde, como OMS, IBSP, AHRQ, que estudam aspectos relacionados à cultura de segurança organizacional e de pacientes.

Foi verificado que os contrantes referentes ao fluxo informacional dentro da maternidade impactam negativamente as percepções dos profissionais sobre a CSP da maternidade (Gráficos 4b, 6a, 13a e 13b) tornando a hipótese 2 (H_2) válida. Além disso, este contrante é responsável, em alguns casos, pela ocorrência de eventos adversos no âmbito assistencial, como foi percebido pelos relatos de gestores e líderes, fortalecendo a percepção da pesquisa de uma maturidade de cultura de segurança do paciente burocrática/calculativa para a maternidade.

As Hipóteses 3 (H_3) e 4 (H_4) também foram confirmadas, uma vez que a carga excessiva de trabalho, aliada aos problemas de dimensionamento de pessoal e aos temores pessoal dos funcionários quanto a possíveis sanções, consistiram em uns dos

principais contrantes que culminaram na percepção mais negativa do que positiva na média geral das dimensões de cultura de segurança do paciente (Tabela 13) por parte dos respectivos participantes da pesquisa. Além disso, como mostraram os Gráficos 14a, 14b e 14c, estes fatores são responsáveis também, em parte, pela ocorrência de eventos adversos.

Por fim, a Hipótese 5 (H₅) foi confirmada, pois vários relatos de gestores convergiram para o fato de que, em alguns setores, os aspectos de segurança do paciente aparentaram estar em maior conformidade técnica do que em outros setores, inferindo a existência de subculturas de segurança do paciente na maternidade. A confirmação desta hipótese pode ser explicada, também, pelo fato de se tratar de uma organização grande, que possui centenas de funcionários, de diversas formações e experiências e de setores distintos, e uma grande rotatividade diária de pacientes.

6.3 CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA

A pesquisa colaborou na expansão do conhecimento de cultura de segurança do paciente em nível regional, uma vez que não se tem observado com tamanha frequência, nos últimos anos, estudos voltados a esta temática em maternidades no Estado do Rio Grande do Norte e na própria Região Nordeste, em maternidades, preenchendo, assim, uma lacuna existente.

A pesquisa também contribui para o conhecimento da caracterização da cultura de segurança da maternidade e para o fortalecimento da compreensão a respeito da relação que se dá entre a maturidade da cultura de segurança do paciente em uma maternidade, a ocorrência de eventos adversos e as possíveis estratégias que podem ser utilizadas para preveni-los e mitiga-los. Neste sentido, outros estabelecimentos de saúde, do mesmo ramo, podem tomar os resultados desta pesquisa como referência para o desenvolvimento de estratégias para a melhoria da cultura de segurança do paciente e, conseqüentemente, para realização de ações de prevenção e mitigação de eventos adversos.

As informações aqui contidas podem influenciar em planejamentos estratégicos futuros e nortear planos de ações em diversos níveis na maternidade. A pesquisa disponibilizou, também, uma relação de contrantes existentes, atualmente, na

maternidade, que são responsáveis por interferirem nas variáveis que impactam a CSP e na ocorrência de eventos adversos.

Além disso, esta pesquisa auxiliará a maternidade, mais precisamente, o Núcleo de Segurança do Paciente, com informações importantes para a elaboração de relatórios técnicos da organização, relacionando a cultura de segurança do paciente e as possíveis ocorrências de eventos adversos, a partir de dados concretos da maternidade pesquisada, possibilitando o diagnóstico da CSP e a elaboração de estratégias para sua melhoria, visando a prevenção e mitigação de eventos adversos e a publicização de informações a este respeito, para os órgãos de regulação e auditoria do poder público.

Do ponto de vista científico e interdisciplinar, esta pesquisa apresenta uma contribuição teórica e metodológica para a área de Cultura de Segurança do Paciente e para a interface desta área com a Ergonomia, em especial, para a área de Macroergonomia, por se tratar de uma aplicação em um sistema sociotécnico, da interface humano-organização no âmbito da cultura de segurança do paciente, da gestão de segurança do paciente, da arquitetura organizacional, de um aspecto do projeto organizacional, e da participação dos profissionais de saúde na pesquisa, e, também, para a área de Cultura Organizacional.

Além da abordagem quantitativa, bastante utilizada e dominantes nas pesquisas sobre cultura de segurança do paciente, esta pesquisa trouxe, de forma complementar, uma abordagem qualitativa, através da contribuição etnográfica da Ergonomia, trazendo relatos dos profissionais de saúde e líderes e gestores da maternidade, sobre situações vivenciadas ou testemunhadas por eles na maternidade, que expressavam os quesitos da cultura de segurança do paciente, presentes no dia a dia de trabalho, que, também, foram abordados no questionário HSOPSC aplicado com eles nesta pesquisa.

Para a Engenharia de Produção, a contribuição desta pesquisa se dá pela sua aplicação em um sistema de saúde, que é um sistema sociotécnico, e pelo fato de tratar de aspectos relacionados à organização do trabalho, às estratégias organizacionais, à gestão organizacional e sua repercussão sobre a eficiência organizacional, em termos de controle das ocorrências de eventos adversos.

6.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

O estudo passou por entraves para que pudesse ser concluído. Um dos fatores de dificuldade foi que as referências teóricas existentes sobre o tema, não possuíam um consenso mínimo sobre quais variáveis ou fatores deveriam ser analisados ao se mensurar ou diagnosticar uma cultura de segurança organizacional. Assim, se estabeleceu o dilema de se definir quais variáveis, modelos ou instrumentos de pesquisa se deveriam priorizar nesta pesquisa em particular.

Outro fator de limitação foi a adesão dos profissionais de saúde à pesquisa e o tamanho da amostra, para a aplicação do questionário HSOPSC e sua influência na confiabilidade dos resultados da pesquisa. Considerando-se a população de trabalho da maternidade, o tamanho da amostra da pesquisa foi menor que a desejada, infelizmente, mesmo tendo sido feitas as solicitações e campanhas de sensibilização na maternidade, para a adesão necessária do público-alvo. Certamente, uma maior adesão dos profissionais à pesquisa daria um melhor embasamento e força para a expansão dos resultados internos de percepção.

Ademais, o instrumento de pesquisa indica que todas as dimensões ali presentes possuem o mesmo peso numérico para análises de priorizações, mesmo para situações onde a segurança do paciente parece ser afetada de forma mais direta. Caso houvesse uma ponderação entre os itens do questionário aplicado, alguns resultados poderiam ser diferentes.

Contudo, na própria etapa metodológica da Construção Social, já havia sido dada a informação de que, internamente, alguns funcionários da maternidade possuíam certa resistência a participarem de momentos de pesquisa como o que foi proposto. Soma-se a isto, o fato de o instrumento de pesquisa ser considerado longo, por abordar várias dimensões, com múltiplos quesitos, causando, em alguns momentos, impaciência nos respondentes.

Contudo, a amostra da pesquisa contou com um número bem expressivo de profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), mas, por outro lado, houve uma heterogeneidade ou diversidade insatisfatória de profissionais participantes. Caso houvesse uma participação maior de outras categorias de

profissionais de saúde da maternidade na pesquisa, talvez, os resultados quantitativos pudessem se expressar de forma sensivelmente diferente.

Constatou-se, também, que o principal contrante metodológico foi o de acesso, em algumas etapas da pesquisa, à maternidade para a aplicação da pesquisa de campo, em virtude, principalmente, da regra sanitária do distanciamento social, estabelecido pelos governos federal, estadual e municipal, e adotada pela maternidade, durante o período da pandemia do novo coronavírus, a partir de 2020. Em virtude desses momentos, que geram impedimentos na aplicação da pesquisa e, conseqüentemente, incertezas sobre seu andamento e a possível volta à normalidade das atividades, a pesquisa de campo, presencialmente, foi suspensa por um determinado período.

No período em que a pesquisa de campo presencial foi suspensa, optou-se por realizar uma mudança na metodologia de coleta de dados, que passou a ser feita de forma remota, viabilizando, assim, a execução da pesquisa de campo. Com isso, foi necessária uma nova solicitação ao Comitê de Ética em Pesquisas (CEP), em que foi necessário explicar-lhe as respectivas modificações na metodologia e suas justificativas, em função da proposta de modo remoto da pesquisa de campo, para que sua aplicação fosse autorizada nesta modalidade. Isso provocou um atraso no cumprimento do cronograma, anteriormente, previsto para a pesquisa.

Neste cenário, parte das informações da amostra foi coletada de forma presencial nas instalações da maternidade, antes da pandemia, e outra parte foi coletada de forma virtual. Entende-se que este não é o modo ideal de levantamento de dados, porém foi a forma encontrada, diante do cenário pandêmico, para que se pudesse aplicar a pesquisa com um tamanho de amostra minimamente significativo.

Outras etapas que tiveram que ser contornadas foram as relativas às conversações e às reuniões com gestores e líderes da maternidade, que estavam previstas para ocorrer nas próprias instalações da maternidade. Pela conjuntura apresentada, elas tiveram que ser feitas em salas virtuais. Isto, de alguma forma, pode ter dificultado a apreensão, de forma mais consistente, dos dados e de certos aspectos comportamentais (gestos adotados, entonações de voz, expressão de sentimentos de surpresa, de indignação, de satisfação etc) dos participantes da pesquisa, no contexto (virtual) da pesquisa, podendo ter, também, trazido alguma influência, mesmo que não

tão prejudicial, nas respectivas análises dos dados e, portanto, nos resultados da pesquisa.

Contudo, segundo a chefe do NSP, apesar de a reunião com líderes e gestores ter sido feita de forma virtual, esta teve uma ótima adesão deles. Dos 34 convidados, 25 estavam *online*. “Se fosse de forma presencial, não teríamos esse número na sala de reuniões”, afirmou a profissional.

Além disso, alguns problemas de caráter pessoal do próprio pesquisador acabaram por interferir no andamento de algumas etapas da pesquisa, deslocando tarefas e sendo forçado a reprogramar o cronograma das atividades de pesquisa estipulado anteriormente.

Por fim, o fato de a pesquisa ter tido as limitações apresentadas nesta seção, não diminui suas contribuições já mencionadas aqui. Conclui-se que seus resultados são válidos e confiáveis para a compreensão da cultura do paciente da maternidade pesquisada e para a formulação de estratégias para sua melhoria contínua e, portanto, para a redução de ocorrências de eventos adversos.

6.5 SUGESTÕES PARA AMPLIAÇÃO DA PESQUISA

Algumas medidas foram pensadas como forma de amplificar os resultados encontrados e discutidos na pesquisa. Por exemplo, que o estudo seja replicado na própria instituição analisada, em condições similares, se possível contando com um tamanho amostral superior ao considerado aqui, em intervalos de 12 meses, se possível, constituindo-se em um estudo longitudinal que contribua para as tomadas de decisões gerenciais e ações contínuas, no sentido de desenvolver, paulatinamente, a maturidade da cultura de segurança do paciente e, conseqüentemente, o padrão de segurança do paciente na maternidade.

Além disso, utilizar outros instrumentos de pesquisa que se aplicam, também, às análises da cultura de segurança do paciente, como o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e o *Modified Stanford Instrument* (MSI), ambos validados e, também, com boa aplicação em pesquisas, e observar se eles darão respostas que indiquem percepções, consideravelmente, divergentes daquelas reveladas pelos participantes desta pesquisa quando da aplicação do instrumento HSOPSC.

Por fim, sugere-se que se elabore e se valide um novo modelo de avaliação de cultura de segurança do paciente, a partir dos instrumentos internacionais disponíveis, atualmente, das experiências práticas publicadas em documentos institucionais, das publicações científicas e das pesquisas empíricas e situadas sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- ABERGO. **O que é ergonomia**. Disponível em: <http://www.abergo.org.br/internas.php?pg=o_que_e_ergonomia>. Acesso em: 19 mar. 2019.
- AGÊNCIA INTERNACIONAL DE ENERGIA ATÔMICA (AIEA). **Key practical issues in strengthening safety culture**. Vienna, 2002. 25 p.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Hospital survey on patient safety culture**: 2009. Disponível em <<https://archive.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2009/hospSURV091.pdf>> Acesso em: 30 set. 2021.
- AL SWELEH, F.S.; AL SAEDAN, A.M.; AL DAYEL, O. A. Patient safety culture perceptions in the college of dentistry. **Medicine** (2018) 97:2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000009570>
- ANDRADE, L. E. L.; MELO, L. O. M.; SILVA, I. G.; SOUZA, R. M.; LIMA, A.L.B.; FREITAS, M. R.; BATISTA, A. M.; GAMA, Z. A. S. Adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in an electronic Brazilian version. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 26(3), Jul-Sep 2017.
- ANTUNES, A.V.; COSTA, M.N. Nursing staff dimensioning at a university hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 11 (6) dez. 2003. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000600019>
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. **A sociedade dos adoecimentos no trabalho**. Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015. Disponível em< https://www3.fmb.unesp.br/sete/pluginfile.php/31914/mod_page/content/82/ANTUNES_PR_AUN_Soc_Adoec_Trab.pdf> Acesso em: 11 nov. 2019.
- BASS, B.; AVOLIO, B. J. Transformational leadership and organizational culture. **Public Administration Quarterly**, Elizabethtown, PA, v.17, n.1, p.112-121, Spring, 1993.
- BERNARDES, C.; MARCONDES, R. **Teoria geral da administração: gerenciando as organizações**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
- BELL, D.; PATEL, H.; MOLOKHIA, M.; SRISHANMUGANATHAN, J.; PATEL, M.; CAR, J.; Tendências em internações hospitalares por reações adversas a medicamentos na Inglaterra: análise das estatísticas nacionais de episódios hospitalares 1998-2005. **BMC Clin Pharmacol**, 7:9. 2007.
- BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G. Statistics notes: Cronbach's alpha. **British Medical Journal**, v.314, n.7080, p. 572, 1997.
- BOECK, E. JACKSENS, L.; BOLLAERTS, M.; VLERICK, P. Food safety climate in food processing organizations: development and validation of a self-assessment tool. **Trends in Food Science & Technology**, Belgium, v. 46, p. 242-251, dez. 2015.
- BORBA NETTO, F. C.; SEVERINO, F. G. Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**. Fortaleza. v. 9. n. 3. P. 334-341. 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Dia Mundial da Segurança do Paciente**. 2019. Disponível em <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/servicos/53977-dia-mundial-da-seguranca-do-paciente>> Acesso em: 19 mar. 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 2013.

- BRASIL, Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em saúde**. 2019. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.htm> Acesso em: 19 mar. 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em saúde**. 2019. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.htm> Acesso em: 19 jan. 2020.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 12 set. 2021.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2013.**
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014.
- BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A. **Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento**. Revista Esc. Enfermagem. v. 42, p. 563-568, 2008.
- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES. 2021. **Ficha de estabelecimentos**. Disponível em <http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2408102409208> Acesso em: 10 out. 2021.
- CALORI, M.A.O.; GUTIERREZ, S.L.; GUIDI, T.A.C. Segurança do paciente: promovendo a cultura de segurança. **Saúde em Foco**, UNISEPE, Ed.7, 2015.
- CAMERON, K. S.; QUINN, R. **Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values Framework**, revised edition, San Francisco, Jossey-Bass, 2006.
- CARAYON, P. Human factors of complex sociotechnical systems. Elsevier. **Applied Ergonomics** v.37. p. 525–535. 2006.
- CARAYON, P.; SMITH, P. Work organizations and ergonomics. **Applied Ergonomics**. V.36. p. 649-662. 2000.
- CARAYON, P.; SMITH, P. Work system design for patient safety: the SEIPS model. **Qual Saf Health Care**. 2006.
- CARVALHO, R. J. M. de; SALDANHA, M. C. W. **Relatório de instrução da demanda**. Rio de Janeiro: CESERG, GENTE/COPPE/UFRJ, 2001.
- CARVALHO, R.E.F.L.; ARRUDA, L.P.; NASCIMENTO, N.K.P.; SAMPAIO, R.L.; CAVALCANTE, M.N.S.N.; COSTA, A.C.P. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2017(25)2849 DOI:[10.1590/15188345.1600.2849](https://doi.org/10.1590/15188345.1600.2849)
- CHOUDHRY, R. M.; FAG, D.; MOHAMED, S. The nature of safety culture: a survey of the state-of-the-art. **Safety Science**, n. 45, p. 903-1012, 2007.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. 2017 Disponível em <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/eae0a55729098701a9f49a22a9f3ce43.pdf>> Acesso em: 8 jan. 2020.

- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE DO BRASIL. **Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente**. 2009. Disponível em < <http://www.conass.org.br/seguranca-do-paciente/>> Acesso em: 20 jan. 2020.
- COOPER, D. Towards a Model of Safety Culture. **Safety Science** 36 (2):111-136
[DOI:10.1016/S0925-7535\(00\)00035-7](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00035-7)
- DA MATTA, R. **Explorações**. Rio de Janeiro: Rocco, 1986.
- DAVIES J. M.; HÉBERT, P.; HOFFMAN, C. **The Canadian Patient Safety Dictionary**. Ottawa, Canada: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2003.
- DAVIES J. M.; HÉBERT, P.; HOFFMAN, C. **The Canadian Patient Safety Dictionary**. Ottawa, Canada: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2003. Disponível em <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/publications/patient_safety_dictionary_e.pdf> Acesso em: 3 fev. 2020.
- DUL, J.; BRUDER, R.; BUCKLER, P.; CARAYON, P.; FALZON, P.; MARRAS, W. S.; WILSON, J. R.; DER DOLEN, B. V. A strategy for human factors/ergonomics: developing the discipline and profession. **Ergonomics** 55(4):377-95, 2012.
- EK, A. et al. Safety culture in Swedish air traffic control. **Safety Science**, n. 45, p. 791-811, 2007.
- EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Plano de Segurança do Paciente – PSP. Universidade Federal de São Carlos, 2016.
- EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Regimento interno NSP. Disponível em <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/16692/3362044/Regimento+Interno+NSP+2017/e8341fc6-3966-407b-a540-884aceea851a>> Acesso em: 5 mai. 2019
- ESBÉRARD, F. **Sistemas de Notificação e Aprendizagem de Incidentes de Segurança do Paciente: Relatório Técnico e Orientações**. Dr. Fernando Esbérard Perícias Médicas. Leme: Editora Mizuno, 2021.
- ESPAÑA. SEGURIDAD DEL PACIENTE. **Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español**. Disponível em <<https://seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/percepcion-opinion/2007/analisis-cultura-seguridad/>> Acesso em: 30 ago. 2021.
- ETCHEGARAY, J. M.; THOMAS, E. J. **Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety**. *BMJ Quality Safety*, 2012.
- FAGERSTRÖM, L.; KINNUNEN, M.; SAARELA, J. Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. **BMJ Open**. 2018. v.8. DOI: [10.1136/bmjopen-2017-016367](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016367).
- FALZON, P. **Ergonomia**. Editora Blucher. 2005.
- FALZON, P. **Ergonomia**. São Paulo SP: Edgard Blucher, 2007.
- FASSARELLA, C.S.; CAMERINI, F.G.; HENRIQUE, D.M.; ALMEIDA, L.F.; FIGUEIREDO, M.B.; Evaluation of patient safety culture: comparative study in university hospitals. **Journal of School of Nursing**. University of São Paulo. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017033803379>.
- FÉLIX, R.S.; FILIPPIN, N.T. Patient Safety Culture Patient Safety Culture in a maternity. **Rev. Enferm.** UFSM, Santa Maria, v10, p. 1-18, 2020.
- FLIN, R. et al. Measuring climate: identifying the common features. **Safety Science**, n. 34, p. 177-192, 2000.

- FLIN, R.; BURNS, C.; MEARNS, K.; YULE, S.; ROBERTSON, E. M. Measuring safety climate in health care. **Qual Saf Health Care**. 15:109-15, 2006.
- FLIN R. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. **Saf. Sci.** 45:653-67. 2007.
- FERNANDES, A. M. M. L.; QUEIRÓS, P. J. P. Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Revista de Enfermagem Referência**, (4), 37–48. 2011.
- FLEMING, M. Safety culture maturity model. **Health and Safety Executive**. Colegate, Norwich, 2001.
- FREITAS, B.; BATISTA, M. R.; GAMA, Z. A. S. Adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in an electronic Brazilian version. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 26(3), Jul-Set 2017.
- GAMA, Z.A.S.; OLIVEIRA, A.C.S.; HERNÁNDEZ, P.J.S. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(2):283-293, fev, 2013.
- GEORGE, D. MALLERY, P. **SPSS for Windows step by step: A Simple Guide and Reference**. 11.0 Update (4.ª ed.). Boston: Allyn & Bacon, 2003.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GLENDON, A. I.; STANTON, N. A. Perspectives on safety culture. **Safety Science**, n. 34, p. 193-214, 2000.
- GOMIDES, M.D.A; ALVES, M.M.; AIRES, R.S.P.; A.O.S.M.; E.G.V.; SADOYAMA, G. **Cultura de segurança na área da saúde**. Simpósio de Metodologias Ativas - Inovações para o Ensino e a aprendizagem na Educação básica e superior. Blucher Education Proceedings, v.2, n.1. 2017.
- GONÇALVES FILHO A.P.; ANDRADE, J.C.S, MARINHO, M.M.O. Culture e safety management: the proposal of a model. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 18, n. 1, p. 205-220, 2011.
- GONÇALVES. M.I. **Comunicação na passagem de plantão da equipe de enfermagem em unidades de cuidados intensivos neonatais e fatores relacionados à segurança do paciente**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação de mestrado. Florianópolis, 2012.
- GONSALVES, E. P. **Iniciação à pesquisa científica**. Campinas: São Paulo. Alínea, 2007.
- GRISWOLD, Wendy. **Cultures and Societies in a Changing World**. Chicago: Sage, 2003.
- GUÉRIN, F. LAVILLE, A., DANIELLOU, F., KERGUÉLEN, A. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da Ergonomia**. São Paulo: Edgard Blucher: Fundação Vanzolini, 2001.
- GULDENMUND, F.W. The nature of safety culture: a review of theory and research. **Safety Science**, n. 34, p. 193-214, 2000.
- HEALTH AND SAFETY COMMISSION (HSC). ACSNI. **Study Group on Human Factors**. 3rd Report: Organising for Safety. London: HMSO. 1993.
- HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE (HSE). **A review of safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit**. Disponível em <<https://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr367.pdf>> Acesso em: 1 jul. 2020.
- HENDRICK, H. W.; KLEINER, B. M. **Macroergonomia: uma introdução aos projetos de sistemas de trabalho**. Rio de Janeiro: Virtual Científica, 2006

HENDRICK, H.W. Future directions in macroergonomics. **Proceedings 12th Triennial Congress of the International Ergonomics Association**. Informa UK Limited, v. 1, p. 41-43, 1994.

HOPKINS, A. 2006. Studying organisational cultures and their effects on safety, **Safety Science**, 44, pp875-899

HOLLNAGEL, E. Reconciling work-as-imagined and work-as-done. **Boca Raton: Resilient Health Care**, Taylor & Francis Group, v. 3, p.17 -25, 2017.

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Revista Produto & Produção**, vol. 11, n. 2, p. 85 - 103, jun. 2010.

HUDSON, P. Applying the lessons of high risk industries to health care. **Quality & Safety in Health Care**, n. 12, p. 7-12, 2003.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington, National Academies Press (US); 2000.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington: National Academy Press, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE (IBSP). **Na cultura de segurança a punição inibe o compartilhamento de incidentes**. (2017). Disponível em <<https://segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/na-cultura-de-seguranca-a-punicao-inibe-o-compartilhamento-de-incidentes/>>. Acesso em: 21 set. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE (IBSP). **Na enfermagem, excesso de trabalho entre profissionais aumenta em 40% o número de morte de pacientes**. (2019) Disponível em <<https://segurancadopaciente.com.br/qualidade-assist/na-enfermagem-excesso-de-trabalho-entre-profissionais-aumenta-em-40-o-risco-de-morte-de-pacientes/>>. Acesso em: 20 set. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE (IBSP). **Transição do cuidado: ferramentas de comunicação**. (2019) Disponível em <<https://segurancadopaciente.com.br/qualidade-assist/transicao-do-cuidado-ferramentas-comunicacao/>>. Acesso em: 01 out. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE. **Erros em cirurgias: metade são causados por falhas de cognição**. 2019. Disponível em <<https://www.segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/erros-em-cirurgia-metade-sao-causados-por-falhas-de-cognicao/>> Acesso em: 2 set. 2019

INSTITUTO BRASILEIRO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE. **Segurança do paciente: fatos importantes, segundo a OMS**. 2019. Disponível em <<https://www.segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/seguranca-do-paciente-confira-10-fatos-importantes-segundo-a-oms/>> Acesso em: 22 Out. 2019.

INTERNATIONAL ERGONOMICS ASSOCIATION (ILO). **What is ergonomics? Definition and applications**. 2006. Disponível em <<https://www.iea.cc/whats/index.html>> Acesso em: 5 jun. 2019.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION -IOL. **World employment and social outlook – 2018**. Disponível em <<https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2018/lang--en/index.htm>> Acesso em: 3 set. 2019

INTERNATIONAL NUCLEAR SAFETY ADVISORY GROUP (INSAG). **Safety Culture**. Safety Series. International Atomic Energy Agency, Viena, 1991.

- KAWAMOTO, A. M.; OLIVEIRA, J. L. C.; TONINI, N. S.; NICOLA, A. L. Leadership and patient safety culture: perceptions of professionals in a university hospital. **J. res.: fundam. care. Online**. 2016. abr./jun. 8(2):4387-4398.
- LEAPE, L. **Scope of problem and history of patient safety**. *Obstet Gynecology Clin North am*. V. 35. p. 1-10. 2008.
- LEFEVRE F.; LEFEVRE A.M. **Pesquisa de Representação Social: um enfoque quali quantitativo**, 2 ed., Liber Livro, Brasília, 224 p. 2012.
- LEITAO, I. M. T. A. et al. **Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais**. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324029419003>>. Acesso em: 14 set. 2021.
- LEONTITSIS, A.; PAGGE, J. A simulation approach on Cronbach's alpha statistical significance. **Mathematics and Computers in Simulation**. v. 73, p. 336-340. 2007.
- MADALOZZO, M.M.; LUCAS, J.I.; KANAN, L.A.; MARCON, S.R; SOUZA, A.S.; MICHELIN, F.T.; HOFFMAN, S.P. Cultura de segurança do paciente em um hospital acreditado de alta complexidade. **Research, Society and Development**. V.10, n.6, 2021.
- MARTINEZ, E.A. Quality, Patient Safety, and the Cardiac Surgical Team. **Anesthesiology Clin**. Department of Anesthesia, Critical Care and Pain Medicine, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anclin.2013.01.004>
- MÁSCULO, F. S.; VIDAL, M. C. **Ergonomia: Trabalho adequado e eficiente**. Rio de Janeiro: Elsevier Ltda, 2011.
- MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO – MEJC. **Nossa história**. 2019. Disponível em <<http://www.ebserh.gov.br/web/mejc-ufrn/nossa-historia>>. Acesso em 02 Dez. 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Controle de infecções**. Disponível em <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta2/portaria-msgm-n-529-de-01-04-2013.pdf>> Acesso em: 16 ago. 2019.
- MINTZ, S. W. Culture: An Anthropological View. **The Yale Review**, XVII (4), 1982, p. 499-512. Traduzido por James Emanuel de Albuquerque. 2009.
- NATIONAL QUALITY FORUM. **Serious Reportable Events in Healthcare: A Consensus Report**. Washington, DC: National Quality Forum, 2002.
- NICOLAU, K.; FURLAN, P. G.; ESCALDA, P. Método do Discurso do Sujeito Coletivo e Usabilidade dos Softwares Quali Quantisoft e DSCsoft na Pesquisa Quali Quantitativa em Saúde. **Journal of Social, Technological and Environmental Science**. v.4, n.3, jul.-dez. 2015, p. 87-101. ISSN 2238-8869.
- OLIVEIRA, R.M.; LEITÃO. I.M.; AGUIAR, L.L.; OLIVEIRA, A.C.S.; GAZOS, D.M.; SILVA, L.M.S.; BARROS, A.A.; SAMPAIO, R.L. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. **Rev. esc. enferm. USP**. 2015. 49 (1) <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100014>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Sections** 2015. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf> Acesso em: 29 mar. 2019.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **OMS pede ação urgente para reduzir danos aos pacientes na área de saúde**. 2019. Disponível em<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6020:oms-pede-

[acao-urgente-para-reduzir-danos-aos-pacientes-na-area-da-saude&Itemid=838](#)> Acesso em: 23 Out. 2019.

PATIENT SAFETY MOVEMENT (PSM). 2018. **Creating a Culture of Safety**. Disponível em <<https://patientsafetymovement.org/>> Acesso em: 04 out. 2021.

PIRES, J. C. S. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Rev Admin Publica** 2006. Jan/fev. 40(1): 81-105.

PRONOVOST, P. J.; SEXTON, J. B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **BMJ Quality & Safety**. v. 14. 2006.

”. Fernandes e Queirós (2011). **Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)**. 2013. Disponível em <https://proqualis.net/cartaz/question%C3%A1rio-sobre-seguran%C3%A7a-do-paciente-em-hospitais-hsopsc> Acesso: 15 mar. 2019.

REASON, J. **The human contribution unsafe actes, acidentes and heroic recoveries**. Ed. Ashgate. 2008.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. Tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Fundação Oswaldo Cruz. 2013.

REIS, G. A. X.; HAYAKAWA, L. Y.; MURASSAK, A. C. Y.; MATSUDA, L. M.; GABRIEL, C. S.; OLIVEIRA, M. L. F. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Revista Texto contexto enferm**. v.26 n.2 Florianópolis. 2017.

REIS-DENNIS, S. What ‘Just Culture’ doesn’t understand about just punishment. **Journal Medical Ethics**. v.44, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2018-104911>

RICHTER, A.; KOCH, C. Integration, differentiation and ambiguity in safety cultures. **Safety Science**. v. 42, p. 703-722. 2004.

ROBBINS, S.P.; JUDGE, T.A.; SOBRAL, F. **Comportamento Organizacional: Teoria e prática no contexto brasileiro**. 14. ed. São Paulo. Pearson Pretince Hall, 633 p. 2010.

RUSSELL E.M.; KHANNA, K.; SORRA, J.; DYER, N.; FAMOLARO, T. Exploring Relationships Between Hospital Patient Safety Culture and Adverse Events. **Journal of Patient Safety**: 2010 - V. 6 (4) - p. 226-232. DOI: [10.1097/PTS.0b013e3181fd1a00](https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181fd1a00)

SCHEIN, E. **Cultura Organizacional e Liderança**. São Paulo: Atlas, 2009.

SECRETARIA DE INSPEÇÃO DO TRABALHO (SIT). **Painel de informações e estatísticas de inspeções do trabalho no Brasil**. Ministério do Trabalho e Emprego. Radar Brasil. 2019. Disponível em <<https://sit.trabalho.gov.br/radar/>> Acesso em: 2 fev. 2020.

SEXTON, J.B., HELMREICH, R.L., NIELANDS, T.B., ROWAN, K., VELLA, K., BOYDEN, J., ROBERTS, P.R.; THOMAS, E.J. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v. 6, p. 44, 2006.

SEXTON, J.B.; HELMEREICH, R.L.; NEILANDS, T.B.; ROWAN, K.; VELLA, K.; BOYDEN, J. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Serv Res**. 2006.

SEXTON, J.B.; CALEB J.; TIMOTHY M. P.; TANIA, D.; NORA, V. B. A.; KATIE, B.; PEGGY, W.; ELIZABETH, C. W.; MARTIN, A.M. Association of Safety Culture with Surgical Site Infection Outcomes. **Journal of the American College of Surgeons**, V. 222, I. 2, Feb. 2016, p. 122-128.

SEXTON, J. B.; LORI, A.P. R. N., JAMES, M.; CHRISTINE G. H. B.L.A.; MARTINEZ, E.A.; MOORE, D.; DAVID, G. H.N.; PRONOVOST, P.J. A Check-up for Safety Culture in “My Patient Care Area”. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**. v. 33, l. 11, Nov. 2007, p. 699-703

SHELL C. M, KAREN D.D. **Organizational culture and leadership**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 2008.

SIGARDO, A. P. **O social e o cultural na obra de Vigotski**. 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/es/v21n71/a03v2171.pdf>> Acesso em: 20 jun. 2019.

SILVA, A.C.A.B; SANTA ROSA, D.O. **Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar**. **Cogitare Enferm**. 2016. v. 21. p.01-10.

SILVA, C. A. S.; LIMA, M. L. **Cultura de segurança e aprendizagem com acidentes**. In: VALA, J.; GARRIDO, M.; ALCOBIA, P. (Org.). *Percurso da investigação em psicologia social e organizacional*. Lisboa: Ed. Colibri, 2004. vol. I, p. 257-270.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 4a edição revisada e atualizada. Florianópolis, 2005.

SILVA, M. V. P; CARVALHO, P. M. G. Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto atendimento. **Revista Interdisciplinar**. v. 9, n. 1, p. 1-12, 2016.

SILVA, S. C. A. **Cultura de segurança e prevenção de acidentes de trabalho numa abordagem psicossocial: valores organizacionais declarados e em uso**. 2003. 385 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Organizacional) – Departamento de Psicologia Social e das Organizações– Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, 2003.

SORRA J.S.; NIEVA, V.F. Hospital survey on patient safety culture. Rockville: **Agency for Healthcare Research and Quality**. 2004.

SPRADLEY, J. P.; McCURDY, D. W. **Anthropology: The Cultural Perspective**. New York: John Wiley & Sons Inc. 1975.

SZNELWAR, I. L. **Alain Wisner: o desenvolvimento da ergonomia e do pensamento sobre o trabalhar**. 2006. Disponível em <https://www.cairn.info/revue-travailler-2006_1-page-55.htm#xd_co_f=Y2VhMzc0NWETMTk5Ni00OWY5LTg4YTUtMWM5ZjQ5NGFkMDZi~>> Acesso: 20 jan. 2020.

TERSSAC, G.; MAGGI, B. **O trabalho e a abordagem ergonômica**. In: DANIELLOU, François (coord.). *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgard Blücher, 2004.

THARALDSEN, J. E., OLSEN, E., RUNDMO, T. A longitudinal study of safety climate on the Norwegian continental shelf. **Safety Science**. v. 46, n. 3, p. 427-439, 2008.

VAITSMAN J. Cultura de organizações públicas de saúde – notas sobre a construção de um objeto. **Caderno de Saúde Pública**.16(3):847-50. 2000.

VIDAL, M. C. R. **Ergonomia na empresa: útil, prática e aplicada**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Virtual científica, 2002.

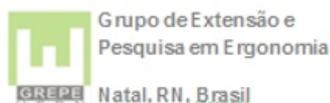
VIDAL, M. C. R. **Guia para análise ergonômica do trabalho na empresa (AET): uma metodologia realista, ordenada e sistemática**. Editora Virtual Científica, Rio de Janeiro, 2003.

VIDAL, M. C. R. **Guia para análise ergonômica do trabalho na empresa: uma metodologia realista, ordenada e sistemática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Virtual científica, 2008.

- VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. Tradução: Rogério Videira. Editora Yendis, São Caetano do Sul, SP. 2009.
- WAGNER, J. A.; HOLLENBECK, J. R. **Comportamento organizacional: criando vantagem competitiva**. Saraiva, 1999.
- WATERSON, P. **Patient Safety Culture: theory, methods and applications**. Edited by Loughborough University, UK. Ashgate Publishing. 2014.
- WESTRUM R. A typology of organisational cultures. **Qual Saf Health Care**, 2004.
- WESTRUM, R. **Cultures with requisite imagination**. In: Wise J, Stager P, Hopkins J, eds. Verification and validation in complex man-machine systems. New York: Springer, 1993.
- WILLIAMSON, A. M. et al. The development of a measure of safety climate: the role of safety perceptions and attitudes. **Safety Science**, v. 25, n. 1-3, p. 15-27, 1997.
- WISNER, A. **Questões epistemológicas em ergonomia e em análise do trabalho** In: DANIELLOU, F. A Ergonomia em busca de seus princípios. São Paulo: Edgard Blucher, 2004.
- ZOHAR, D. Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. **Journal of Applied Psychology**, n. 1, p. 96-102, 1980.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário HSOPSC adaptado da AHRQ (2009)



**Pesquisa em serviços de saúde:
Análise da cultura de segurança do paciente na Maternidade Escola
Januário Cicco em Natal-RN**

Instruções

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificação de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida.

Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

SEÇÃO A: INFORMAÇÕES GERAIS E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Qual é o seu cargo/função nesta maternidade? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médico do Corpo Clínico / Médico Assistente | <input type="checkbox"/> Psicólogo |
| <input type="checkbox"/> Médico Residente / Médico em Treinamento | <input type="checkbox"/> Assistente Social |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro | <input type="checkbox"/> Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia) |
| <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem / | <input type="checkbox"/> Administração / Direção |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermagem | <input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo/Secretário |
| <input type="checkbox"/> Farmacêutico / Bioquímico / Biólogo / Biomédico | <input type="checkbox"/> Maqueiro |
| <input type="checkbox"/> Técnico em radiologia | <input type="checkbox"/> Profissional de Educação Física |
| <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo | <input type="checkbox"/> Outro, especifique _____ |

2. Indique o seu sexo:

- Feminino Masculino

3. Qual a sua idade? _____ anos

4. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? _____ Anos

5. Qual o seu grau de escolaridade:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Primeiro grau (Ensino Básico) Completo | <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo |
| <input type="checkbox"/> Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto | <input type="checkbox"/> Pós-graduação (Nível Especialização) |
| <input type="checkbox"/> Segundo grau (Ensino Médio) Completo | <input type="checkbox"/> Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado) |

6. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?

- SIM**, em geral, tenho interação ou contato direto com os pacientes em grande parte do tempo
- NÃO**, em geral, não tenho interação ou contato direto com os pacientes.

7. Há quanto tempo você trabalha nesta maternidade?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> Entre 11 e 15 anos |
| <input type="checkbox"/> Entre 1 e 5 anos | <input type="checkbox"/> Entre 16 e 20 anos |
| <input type="checkbox"/> Entre 6 e 10 anos | <input type="checkbox"/> 21 anos ou mais |

8. Há quanto tempo você trabalha no atual setor desta unidade hospitalar?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> Entre 11 e 15 anos |
| <input type="checkbox"/> Entre 1 e 5 anos | <input type="checkbox"/> Entre 16 e 20 anos |
| <input type="checkbox"/> Entre 6 e 10 anos | <input type="checkbox"/> 21 anos ou mais |

9. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha nesta maternidade?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 20 horas por semana | <input type="checkbox"/> Entre 60 e 79 horas por semana |
| <input type="checkbox"/> Entre 20 e 39 horas por semana | <input type="checkbox"/> Entre 80 e 99 horas por semana |
| <input type="checkbox"/> Entre 40 e 59 horas por semana | <input type="checkbox"/> 100 horas por semana ou mais |

10. Já participou de algum treinamento na maternidade destinado à segurança do paciente?

- Sim Não

SEÇÃO B: SOBRE A SUA ÁREA/UNIDADE DE TRABALHO NA MATERNIDADE

Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como a área de trabalho, departamento ou área clínica da maternidade onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho ou na qual presta a maior parte dos seus serviços clínicos.

Qual é a sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione **UMA** resposta.

- () Unidade Materno-Infantil () Unidade de Nutrição Clínica
 () Unidade de Atenção à Saúde da Mulher () Unidade de Diagnósticos (Imagens / Métodos Gráficos)
 () Unidade de Direitos Reprodutivos () Unidade de Laboratório de Citologia
 () Unidade de Farmácia Hospitalar () Unidade de Monitoramento e Avaliação Ambulatorial
 () Unidade de Cuidados Intensivos () Unidade de Vigilância em Saúde
 () Unidade de Cirurgia / RPA () Outra, por favor, especifique: _____

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.

Pense na sua área/unidade de trabalho da maternidade	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Nesta unidade, as pessoas APOIAM UMAS ÀS OUTRAS e se tratam com RESPEITO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Nós TEMOS PROFISSIONAIS SUFICIENTES para dar conta da carga de trabalho da maternidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Às vezes, NÃO SE PROPORCIONA o melhor cuidado para o paciente aqui na maternidade porque a carga de trabalho é excessiva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Estamos sempre adotando medidas para MELHORAR A SEGURANÇA DO PACIENTE na maternidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Os profissionais da maternidade consideram que SEUS ERROS PODEM SER USADOS CONTRA ELES próprios	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Quando alguém nesta unidade está sobrecarregado, RECEBE AJUDA DE SEUS COLEGAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente na maternidade, avaliamos a sua efetividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
A segurança do paciente NUNCA É COMPROMETIDA em decorrência de maior quantidade de trabalho a ser concluída na maternidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Os profissionais temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Nesta unidade, NÓS TEMOS PROBLEMAS de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Os nossos procedimentos e sistemas SÃO ADEQUADOS para prevenir a ocorrência de erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO C: SOBRE O SEU SUPERVISOR OU CHEFE

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

Pense na sua área/unidade de trabalho na maternidade	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
O meu supervisor/chefe realmente LEVA EM CONSIDERAÇÃO as sugestões dos profissionais do setor para melhoria da segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
O meu supervisor/chefe NÃO dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO D: COMUNICAÇÃO NA MATERNIDADE

Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
Nós RECEBEMOS INFORMAÇÕES sobre mudanças implementadas neste setor a partir dos RELATÓRIOS de eventos adversos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Os profissionais da maternidade TÊM LIBERDADE PARA SE EXPRESSAR ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Somos informados sobre erros nesta unidade e DISCUTIMOS MANEIRAS DE PREVENI-LOS a fim de evitar que eles se repitam	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Os profissionais da maternidade SENTEM-SE À VONTADE para QUESTIONAR AS DECISÕES ou ações de seus superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO E: EVENTOS ADVERSOS RELATADOS NA MATERNIDADE

Na sua unidade de trabalho na maternidade, quando ocorrem os erros seguintes, com que frequência eles são notificados?

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
Os erros identificados e corrigidos ANTES DE AFETAR O PACIENTE são notificados com que frequência na maternidade?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Na maternidade, quando ocorre um erro, DURANTE a prestação do cuidado, que poderia causar danos ao paciente, MAS NÃO CAUSA, com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO F: A MATERNIDADE

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre a maternidade.

Pense na maternidade	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
A direção da maternidade PROPICIA UM CLIMA DE TRABALHO que promove a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
As unidades da maternidade estão BEM COORDENADAS e trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores da maternidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
HÁ UMA BOA COOPERAÇÃO entre diferentes setores da maternidade que precisam trabalhar em conjunto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
As trocas de plantões são problemáticas na maternidade, sendo COMUM A PERDA DE INFORMAÇÕES importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de turnos entre equipes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Muitas vezes É DESAGRADÁVEL trabalhar com profissionais de outras unidades ou setores da maternidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
As ações da direção da maternidade demonstram que a segurança do paciente É UMA PRIORIDADE	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
A direção da maternidade SÓ DEMONSTRA INTERESSE na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso mais grave	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO G: Nota em relação à segurança do paciente

	Excelente	Muito boa	Regular	Ruim	Muito ruim
Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho na maternidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO H: Comentários livres

Por favor, sinta-se à vontade para escrever abaixo qualquer comentário ou sugestão sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos nesta maternidade.

Obrigado por participar desta pesquisa.

Questionário HSOPSC inspirado do modelo padrão estabelecido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Alguns termos e nomenclaturas foram adaptadas à realidade da maternidade analisada no estudo.

APÊNDICE B - Roteiro de Análise Global (AG)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO GRUPO DE EXTENSÃO E PESQUISA EM ERGONOMIA

Roteiro de Análise Global

Maternidade Escola Januário Cicco - MEJC

(Fonte: CARVALHO, 2018, adaptado de CESERG/COPPE/UFRJ, 2004)

1. Histórico, Contingências e Contexto da MEJC

- História da MEJC: Fundação e fundador, modificações, tempo de existência, sua evolução;
- Elementos de Geografia: localização; vizinhança; acesso e tipos de serviços próximos;
- Disposição hierárquica de Superintendências, Direções, Divisões, Gerências, Setores, Unidades e Núcleos;

2. Produtos ou Serviços

- Tipos dos serviços prestados;
- Instalações;
- Capacidade de atendimento;

3. Clientela

- Usuários;
- Espoco e área de abrangência.

4. Estudo da população de trabalho

- Total (da própria MEJC)
- Repartição por sexo, por faixa etária, por características especiais;
- Distribuição entre turnos e divisões da MEJC;
- Grau de instrução, escolaridade;

5. Análise do fluxo de produção

- Materiais
- Informações
- Pessoas
- Fluxogramas.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais de saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH
MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO – MEJC
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA - GEP



TCLE para maiores de idade:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa “Análise da cultura de segurança do paciente em uma maternidade escola localizada em Natal-RN” que tem como pesquisador responsável Paulo Ricardo Fernandes de Lima. Esta pesquisa pretende analisar e classificar a cultura de segurança do paciente na Maternidade Escola Januário Cicco.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é que, segundo a bibliografia vigente, por meio da análise do tipo de cultura de segurança do paciente existente em ambientes de prestação de saúde pode-se entender com maior profundidade os contrantes existentes na organização e, conseqüentemente, diminuir seu número de eventos adversos. O benefício desta abordagem está no fato de que ela pode tornar-se um instrumento confiável, junto à administração e aos profissionais de saúde, para a tomada de decisões estratégicas e operacionais relacionadas à política interna de segurança do paciente.

Caso você decida participar, você deverá preencher um questionário, validado internacionalmente sobre o tema de cultura de segurança em prestação de saúde (esta etapa dura 10 minutos aproximadamente). Em todas as etapas do estudo, a identidade dos funcionários e/ou colaboradores será preservada, bem como suas respostas diretas e individuais. Devido ao distanciamento social, provocado pela pandemia do novo coronavírus em 2020, o questionário será preenchido de forma virtual.

Caso você tenha algum desconforto, incômodo, constrangimento ou desconhecimento de texto ou de conteúdo de algumas perguntas, você pode optar por não as responder. Você tem o direito, também, de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo individual.

Os dados que você irá fornecer serão confidenciais, verídicos e serão divulgados apenas em congressos, relatórios técnicos ou publicações científicas, não havendo riscos de divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar de forma pessoal.

1/3

Rubrica do Participante/Responsável legal:	Rubrica do Pesquisador:
--	-------------------------



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
 EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH
 MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO – MEJC
 GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA - GEP



Os dados coletados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e inacessível do grande público, em bases eletrônicas de dados, por um período de 5 anos. Se você tiver algum gasto pela participação ou algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsados para você.

Durante todo o período da pesquisa, você poderá tirar possíveis dúvidas, esclarecimentos ou comunicar-se sobre possíveis imprevistos ligando para Paulo Ricardo Fernandes de Lima, e-mails paulo.fernandes@ufersa.edu.br ou pauloricardorn1@hotmail.com ou ainda através do telefone (84) 9 9947 6456.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, telefone: 3342-5003, endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Nata/RN, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br.

Caso solicite, uma cópia deste documento será enviada a você. Outra com o pesquisador responsável Paulo Ricardo Fernandes de Lima.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa Análise da cultura de segurança do paciente em uma maternidade escola localizada em Natal-RN e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

2/3

Rubrica do Participante/Responsável legal:	Rubrica do Pesquisador:
--	-------------------------



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH
MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO – MEJC
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA - GEP



Natal, ____/____/____



Assinatura do participante da pesquisa

Impressão
datiloscópica do
participante

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo “Análise da cultura de segurança do paciente em uma maternidade escola localizada em Natal-RN” declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, ____/____/____.

Assinatura do (a) Pesquisador (a) Responsável

Nome do (a) Pesquisador (a) Responsável

3/3

Rubrica do Participante/Responsável legal:	Rubrica do Pesquisador:
--	-------------------------

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para gestores e líderes



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH
MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO – MEJC
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA - GEP



TCLE para maiores de idade:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa “Análise da cultura de segurança do paciente em uma maternidade escola localizada em Natal-RN” que tem como pesquisador responsável Paulo Ricardo Fernandes de Lima. Esta pesquisa pretende analisar e classificar a cultura de segurança do paciente na Maternidade Escola Januário Cicco.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é que, segundo a bibliografia vigente, por meio da análise do tipo de cultura de segurança do paciente existente em ambientes de prestação de saúde pode-se entender com maior profundidade os contrantes existentes na organização e, conseqüentemente, diminuir seu número de eventos adversos. O benefício desta abordagem está no fato de que ela pode tornar-se um instrumento confiável, junto à administração e aos profissionais de saúde, para a tomada de decisões estratégicas e operacionais relacionadas à política interna de segurança do paciente.

Caso você decida colaborar, deverá participar de reuniões com grupos focais para a discussão dos resultados preliminares advindos da aplicação de questionários junto a profissionais de saúde da maternidade. Na ocasião, serão tratados temas relacionados à cultura e clima de segurança do paciente, e os participantes estão livres para colocarem suas impressões. Este momento ocorrerá de forma remota, devido ao distanciamento social provocado pela pandemia do novo coronavírus, utilizando plataformas digitais de reuniões, se dará após prévio agendamento entre os envolvidos e terá aproximadamente 30 minutos de duração. Em todas as etapas do estudo, a identidade dos funcionários e/ou colaboradores será preservada, bem como suas respostas diretas e individuais.

O momento será registrado, para que o pesquisador possa compilar os depoimentos e realizar as discussões concernentes ao tema. Posteriormente, apenas ele terá acesso ao conteúdo para análises técnicas de discurso e conclusões da pesquisa.

1/3

Rubrica do Participante/Responsável legal:	Rubrica do Pesquisador:
--	-------------------------



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH
MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO – MEJC
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA - GEP



Os dados que você irá fornecer serão confidenciais, verídicos e serão divulgados apenas em congressos, relatórios técnicos ou publicações científicas, não havendo riscos de divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar de forma pessoal.

Os dados coletados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e inacessível do grande público, em bases eletrônicas de dados, por um período de 5 anos. Se você tiver algum gasto pela participação ou algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsados para você.

Caso você tenha algum desconforto, incômodo, constrangimento ou desconhecimento de texto ou de conteúdo de algumas perguntas, ou considerá-las improcedentes, você pode optar por não as responder. Você tem o direito, também, de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo individual.

Durante todo o período da pesquisa, você poderá tirar possíveis dúvidas, esclarecimentos ou comunicar-se sobre possíveis imprevistos ligando para Paulo Ricardo Fernandes de Lima, e-mail paulo.fernandes@ufersa.edu.br ou através do telefone (84) 9 9947 6456.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, telefone: 3342-5003, endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Nata/RN, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Paulo Ricardo Fernandes de Lima.

2/3

Rubrica do Participante/Responsável legal:	Rubrica do Pesquisador:
--	-------------------------

Av. Nilo Peçanha, 259, Petrópolis – Gerência de Ensino e Pesquisa –
Prédio Administrativo - 3º andar. Natal/RN. CEP 59.012-300
Fone: (84) 3342-5813 - E-mail: eventosgepmejo@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
 EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH
 MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO – MEJC
 GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA - GEP



Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa Análise da cultura de segurança do paciente em uma maternidade escola localizada em Natal-RN e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, ____/____/____



Assinatura do participante da pesquisa

Impressão
 datiloscópica do
 participante

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo “Análise da cultura de segurança do paciente em uma maternidade escola localizada em Natal-RN” declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, ____/____/____.

Assinatura do (a) Pesquisador (a) Responsável

 Nome do (a) Pesquisador (a) Responsável

3/3

Rubrica do Participante/Responsável legal:	Rubrica do Pesquisador:
--	-------------------------

APÊNDICE E - Cartaz de divulgação da pesquisa na maternidade

PARTICIPE!   **EBSERH É MEC**

Pesquisa acadêmica sobre cultura de segurança do paciente na MEJC

OBJETIVOS:

- ANALISAR AS PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA MATERNIDADE SOBRE O TEMA DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE;
- IDENTIFICAR PONTOS FORTES E FRACOS DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA MATERNIDADE

PÚBLICO-ALVO: TODOS OS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE DA MEJC.

Se você deseja contribuir, então aponte a câmera do seu celular para o **QR Code ao lado**, acesse e responda a um questionário online com situações sobre a temática de segurança do paciente na MEJC.



Ou acesse: <https://forms.gle/5zgsvgqNagaYhDZL8>



APÊNDICE F - Roteiro Dinâmico de Conversação



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção
Grupo de Extensão e Pesquisa em Ergonomia - GREPE
Pesquisador: Paulo Ricardo Fernandes de Lima
Orientador: Prof. Dr. Ricardo José Matos de Carvalho
Apoio: Núcleo de Segurança do Paciente (MEJC)



ROTEIRO DINÂMICO DE CONVERSAÇÃO

Tema: Cultura de Segurança do Paciente (CSP)

Público-alvo: Gestores e líderes da Maternidade Escola Januário Cicco (Grupo Focal II)

Instituição:

Endereço:		Contato (cel; email etc):
Nome do interlocutor:		Função/Cargo/Setor:
Data da conversa:	Horário do início:	Horário do término:
Responsável pela condução da conversa:		

Áreas	Tópicos guias	Abrangência do tema
CONHECIMENTOS, FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA EM SEGURANÇA DO PACIENTE	1 - Formação em Segurança do Paciente: cursos (aperfeiçoamento, especialização, doutorado etc.), treinamentos, participação em eventos (congressos, seminários, encontros etc.)	Do próprio Interlocutor
	2 - Tempo que atua na área de segurança do paciente ou com assuntos correlatos. Detalhamento (ações, período, local e etc.).	Interlocutor
	3 - Participação em ações de segurança do paciente: coordenação de implementação da ação; execução de ações, participação em outras pesquisas. Detalhamento (período, local, natureza da ação etc.).	Interlocutor
	4 - Falar sobre o conhecimento/entendimento que possui sobre Cultura de Segurança do Paciente (CSP), sua importância e para que serve.	Interlocutor
	5 - Leia o seguinte conceito " <i>É o conjunto de valores, atitudes, percepções, competências individuais e/ou grupais voltados à diminuição ou eliminação dos riscos que uma assistência à saúde pode causar em um paciente</i> ". Teça comentários sobre ele. (entendimento, concordância ou não, importância, aplicabilidade etc.)	Interlocutor
	6 - Expressar se pensa que é possível se desenvolver uma CSP em uma unidade de saúde (Maternidade, Hospital etc.) e de que maneira. Se conhece algum local onde se desenvolveu uma cultura formal de segurança do paciente, dar exemplos e relatar.	MEJC como um todo

GESTÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA MEJC	1 - Percepção sobre a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) na MEJC. Solicitar exemplos reais observados que evidenciam esta percepção.	MEJC
	2 - Conhecimento sobre o NSP na MEJC: os objetivos, os integrantes, a política e a atuação (o que tem feito) e os resultados das ações.	MEJC
	3 - Comunicação ou interação entre o setor que trabalha com o NSP: frequência, tipos de assuntos/conteúdos, forma (reunião, <i>email</i> , etc), objetivo.	Setor do interlocutor
	4 - Participação em alguma ação ou capacitação interna ou externa sobre segurança do paciente. Descrever (tipo, conteúdo/assunto, objetivo, período, horas, resultados obtidos etc);	Setor do interlocutor
	5 - O(s) modelo(s) de segurança do paciente em que a MEJC se inspira alguma instituição local, nacional ou internacional;	MEJC
	6 - Dizer se presenciou ou conhece quem presenciou algum caso de evento adverso com algum paciente na MEJC e como foi resolvido. Descrever.	Setor do interlocutor ou MEJC
	7 - Conhecimento dos dados internos sobre Segurança do Paciente e seus indicadores. Formas de publicização dos dados (comunicados, <i>e-mails</i> , mural, <i>site</i> , reuniões e etc) e pessoas ou setores que têm acesso a estes dados.	Setor do interlocutor
	8 - Qual a visão sobre garantir que os funcionários não sejam culpabilizados pela ocorrência de eventos adversos e incidentes e que os incentivem a relatarem suas experiências de práticas inseguras sem medo de serem culpados ou de alguma ação disciplinar ou punitiva.	Interlocutor

LIDERANÇA	1- A importância do compromisso e engajamento da liderança para que a segurança do paciente se torne uma realidade aplicada no dia a dia nas instituições de saúde.	Interlocutor
	2 - Interesse em participar de capacitação sobre aprendizagem organizacional e política interna relacionada à segurança do paciente. O objetivo do interesse.	Interlocutor
	3 - Existência de setores ou funcionários individuais que realizam e se destacam por boas práticas relativas à segurança do paciente	MEJC
	4 - O que tem dado certo em termos de segurança do paciente na MEJC. Os projetos e desta gerência que têm sido colocados em prática e trazido bons resultados.	MEJC
	5 – Existem canais gerenciais de avaliação da CS interna? E da CSP?	Interlocutor
	6 - Sobre a importância do trabalho em equipe e cooperativo para segurança do paciente;	Setor do interlocutor ou MEJC

FUNCIONÁRIOS E EQUIPE	1 - Receptividade ou barreira dos funcionários do setor sobre CSP	Setor do interlocutor
	2 - Sobre a estratégia de aproximar os funcionários desta gerência com a equipe do NSP	Setor do interlocutor
	3 - Visão sobre outros agentes, pacientes, familiares e acompanhantes de pacientes participarem da construção da CSP	Setor do interlocutor
	4 - Possíveis formas de disseminação e fortalecimento da CSP na MEJC	interlocutor

ANEXOS

ANEXO A - Termo de compromisso da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA



TERMO DE COMPROMISSO

Ilma Prof. Dr^a. Janaina Cristiana de Oliveira Crispim Freitas
Chefe do setor de Pesquisa da GEP/MEJC

Eu, **Paulo Ricardo Fernandes de Lima**, telefone **84 99947 6456**, Paulo.fernandes@ufersa.edu, submeto o presente projeto de pesquisa intitulado "**Análise da cultura de segurança do paciente na Maternidade Escola Januário Cicco**" sob orientação do **José Ricardo Matos de Carvalho**, professor, doutor, Departamento de Engenharia de Produção, a ser desenvolvido como:

- () Relato de caso para fins acadêmicos*;
() Relato de caso para fins científicos*;
() TCC de conclusão de curso da graduação;
() TCC de curso de pós-graduação lato sensu;
(x) Dissertação de mestrado;
() Tese de doutorado;
() Pós-doutoramento;
Outros: _____

Declaro que o projeto de pesquisa apresentado contempla os princípios vigentes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Quando se aplicar, comprometo-me a entregar um relatório parcial por escrito, até 30 dias após a finalização da coleta do material e apresentar de forma oral e/ou escrita o produto da minha pesquisa, desenvolvida nesta Maternidade, citar o nome desta instituição nos trabalhos publicados em congressos, simpósios ou outras atividades semelhantes, bem como em jornais, revistas e periódicos nacionais ou estrangeiros, seja no título, resumo (*abstract*) ou na metodologia do estudo publicado como artigo científico.

****Não será necessário relatório parcial e final.***

Natal, 06 de Junho de 2019.


Pesquisador (a) responsável

AVENIDA NILO REICANHA, 255, PETROPÓLIS, NATAL/RN - CEP 59012-900
TELEFONE: (84) 3213 5975/ 3342 5812

ANEXO B - Estágios de cultura de segurança em organizações

Fator: INFORMAÇÃO				
Estágios				
Patológico	Reativo	Burocrático	Proativo	Construtivo
1 - A empresa não faz análise das ocorrências anormais.	1 - Somente as ocorrências anormais que resultaram em acidentes graves são informadas pelos empregados	1 - A maioria das ocorrências anormais que acontecem na empresa, independente da gravidade ou se resultaram em acidentes, não são informadas pelos empregados.	1 - A maioria das ocorrências anormais que acontecem na empresa, independente da gravidade ou se resultaram em acidentes, são informadas pelos empregados	1 - As ocorrências anormais que acontecem na empresa, independente da gravidade ou se resultaram em acidentes, são informadas pelos empregados.
2 - A análise das ocorrências anormais feita pela empresa se restringe a identificar os culpados pelas ocorrências.	2 - A empresa oferece meios que permitem os empregados informarem apenas as ocorrências anormais que resultaram em acidentes graves.	2 - A empresa oferece meios que permitem os empregados informarem apenas as ocorrências anormais que resultaram em acidentes (independente da gravidade).	2 - A empresa oferece meios que permitem os empregados informarem qualquer tipo de ocorrências anormais.	2 - A empresa oferece meios que permitem os empregados informarem qualquer tipo de ocorrências anormais.
3 - A empresa não faz melhorias em segurança no trabalho.	3 - Os empregados não se sentem à vontade (não têm confiança) para informar as ocorrências anormais que acontecem na empresa.	3 - A minoria dos empregados se sente à vontade (tem confiança) em informar as ocorrências anormais ocorridas na empresa	3 - A maioria dos empregados se sente à vontade (tem confiança) em informar as ocorrências anormais que acontecem na empresa.	3 - Todos os empregados se sentem à vontade (têm confiança) em informar as ocorrências anormais ocorridas na empresa
4 - A empresa não informa o resultado das análises das ocorrências anormais para os empregados	4 - Os únicos índices de desempenho da segurança no trabalho existentes na empresa são os acidentes graves ocorridos	4 - Os únicos índices de desempenho da segurança no trabalho existentes na empresa são as taxas de acidentes ocorridos	4 - A empresa possui outros índices de desempenho da segurança no trabalho, além das taxas de acidentes ocorridos	4 - A empresa possui outros índices de desempenho da segurança no trabalho, além das taxas de acidentes ocorridos.

Fator: APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL				
Estágios				
Patológico	Reativo	Burocrático	Proativo	Construtivo
1 - A empresa não faz análise das ocorrências anormais	1 - A empresa faz análise apenas das ocorrências anormais que resultaram em acidentes graves	1 - A empresa faz análise apenas das ocorrências anormais que resultaram em acidentes (independente da gravidade).	1 - A empresa faz análise da maior parte das ocorrências anormais.	1 - A empresa faz análise de todas as ocorrências anormais, independente da gravidade ou se resultaram em acidentes.
2 - A análise das ocorrências anormais feita pela	2 - A análise das ocorrências anormais feita pela	2 - A análise das ocorrências anormais feita pela	2 - A análise das ocorrências anormais feita pela	2 - A análise das ocorrências anormais feita pela

Fator: APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL				
Estágios				
Patológico	Reativo	Burocrático	Proativo	Construtivo
empresa se restringe a identificar os culpados pelas ocorrências.	empresa se restringe a identificar as causas imediatas das ocorrências.	empresa se restringe a identificar falhas das máquinas, dos equipamentos, da manutenção e dos empregados.	empresa abrange a empresa como um todo, tais como os processos de trabalho, decisões gerenciais que influenciaram na ocorrência, os procedimentos de trabalho, a contribuição das máquinas e das pessoas para a ocorrência.	empresa abrange a empresa como um todo, tais como os processos de trabalho, decisões gerenciais que influenciaram na ocorrência, os procedimentos de trabalho, a contribuição das máquinas e das pessoas para a ocorrência.
3 - A empresa não faz melhorias em segurança no trabalho.	3 - A empresa faz melhorias em segurança no trabalho apenas quando ocorrem acidentes graves.	3 - A empresa faz melhorias em segurança no trabalho apenas nos setores em que há riscos de acidentes	3 - A empresa faz continuamente melhorias em segurança do trabalho.	3 - A empresa faz continuamente melhorias em segurança do trabalho.
4 - A empresa não informa o resultado das análises das ocorrências anormais para os empregados	4 - A empresa informa o resultado da análise das ocorrências anormais apenas aos empregados envolvidos com a ocorrência.	4 - A empresa informa o resultado da análise das ocorrências anormais apenas aos empregados do setor envolvido com a ocorrência.	4 - A empresa informa apenas o resultado das análises dos acidentes graves para todos os empregados	4 - A empresa informa os resultados das análises das ocorrências anormais para todos os empregados, para compartilhar as lições aprendidas.

Fator: COMUNICAÇÃO				
Estágios				
Patológico	Reativo	Burocrático	Proativo	Construtivo
1 - As notícias sobre segurança no trabalho não são divulgadas pela empresa.	1 - As notícias sobre segurança no trabalho somente são divulgadas pela empresa quando ocorrem acidentes graves.	1 - As notícias sobre segurança no trabalho divulgadas pela empresa limitam-se às previstas em normas de segurança, como, por exemplo, sobre uso do Equipamento de Proteção Individual (EPI) e a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)	1 - As notícias sobre segurança no trabalho divulgadas pela empresa são diversas, tais como o uso do Equipamento de Proteção Individual (EPI), palestras sobre segurança, índices de acidentes, resultados de análises de ocorrências anormais, proteção à saúde, melhorias realizadas em segurança no trabalho, entre outros	1 - As notícias sobre segurança no trabalho divulgadas pela empresa são diversas, tais como o uso do Equipamento de Proteção Individual (EPI), palestras sobre segurança, índices de acidentes, resultados de análises de ocorrências anormais, proteção à saúde, melhorias realizadas em segurança no trabalho, entre outros
2 - Não existe um canal aberto de	2 - Existe um canal aberto de	2 - O canal de comunicação entre	2 - Existe um canal aberto de	2 - Existe um canal aberto de

Fator: COMUNICAÇÃO				
Estágios				
Patológico	Reativo	Burocrático	Proativo	Construtivo
comunicação entre a empresa e os empregados para falar sobre segurança no trabalho.	comunicação entre a empresa e os empregados para falar sobre segurança no trabalho apenas quando acontecem acidentes graves.	a empresa e os empregados para falar sobre segurança no trabalho é formal (com base em normas e procedimentos da empresa, como, por exemplo, na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e em reuniões formais de trabalho).	comunicação entre a empresa e os empregados para falar sobre segurança no trabalho.	comunicação entre a empresa e os empregados para falar sobre segurança no trabalho
3 - A comunicação sobre segurança no trabalho feita pela empresa não chega aos empregados	3 - A comunicação sobre segurança no trabalho feita pela empresa não chega aos empregados.	3 - A comunicação sobre segurança no trabalho feita pela empresa chega à minoria dos empregados	3 - A comunicação sobre segurança no trabalho feita pela empresa chega à maioria dos empregados.	3 - A comunicação sobre segurança no trabalho feita pela empresa chega a todos os empregados.

Fator: COMPROMETIMENTO				
Estágios				
Patológico	Reativo	Burocrático	Proativo	Construtivo
1 - Não existe na empresa planejamento em segurança no trabalho.	1 - O planejamento da empresa para a segurança no trabalho é voltado apenas para corrigir o que deu errado no passado.	1 - O planejamento da empresa para a segurança no trabalho é voltado apenas para a identificação e análise dos riscos existentes no ambiente de trabalho.	1 - O planejamento da empresa para a segurança no trabalho não é integrado com o planejamento das outras áreas da empresa (como, por exemplo, a área de produção).	1 - O planejamento da empresa para a segurança no trabalho é integrado com o planejamento das outras áreas da empresa (como, por exemplo, a área de produção).
2 - A empresa não faz auditorias em segurança no trabalho.	2 - A empresa faz auditorias em segurança no trabalho apenas depois que acidentes graves ocorrem.	2 - A empresa faz auditorias em segurança no trabalho apenas nas áreas em que existem riscos de acidentes	2 - A empresa faz auditorias em segurança do trabalho em todos seus setores	2 - A empresa faz auditorias em segurança do trabalho em todos seus setores.
3 - A empresa não faz investimentos em segurança no trabalho.	3 - A empresa faz investimentos em segurança no trabalho apenas depois que acidentes graves ocorrem	3 - A empresa faz investimento em segurança no trabalho apenas nas áreas em que existem riscos de acidentes.	3 - A empresa investe continuamente em segurança no trabalho em todos os seus setores.	3 - A empresa investe continuamente em segurança no trabalho em todos os seus setores.
4 - A empresa não realiza treinamento em segurança no trabalho.	4 - A empresa realiza treinamento em segurança no trabalho apenas após a ocorrência de acidentes graves.	4 - A empresa realiza treinamentos em segurança no trabalho apenas para os empregados que trabalham em ambientes em que	4 - A empresa realiza continuamente treinamento em segurança no trabalho para todos os empregados.	4 - A empresa realiza continuamente treinamento em segurança no trabalho para todos os empregados.

Fator: COMPROMETIMENTO				
Estágios				
Patológico	Reativo	Burocrático	Proativo	Construtivo
		existem riscos de acidentes.		
5 - A empresa não possui equipe para apoio à segurança no trabalho.	5 - A empresa possui uma equipe pequena para apoio à segurança no trabalho.	5 - A empresa possui uma equipe com dimensão adequada para apoio à segurança no trabalho	5 - A empresa possui uma equipe com dimensão adequada para apoio à segurança no trabalho.	5 - A empresa não possui uma equipe para apoio à segurança no trabalho por que a responsabilidade pela área é distribuída por toda a empresa.
6 - A segurança no trabalho não é prioridade na empresa	6 - A segurança no trabalho torna-se prioritária na empresa somente quando ocorrem acidentes graves	6 - A segurança no trabalho não é a maior prioridade na empresa	6 - A segurança no trabalho não é a maior prioridade na empresa	6 - A segurança no trabalho é a maior prioridade na empresa.
7 - Não existem procedimentos em segurança no trabalho na empresa.	7 - Os procedimentos em segurança no trabalho são escritos pela empresa apenas depois que acidentes graves ocorrem.	7 - Os procedimentos em segurança no trabalho existentes na empresa são voltados apenas para os setores em que existem riscos de acidentes.	7 - Os procedimentos em segurança no trabalho da empresa apresentam as melhores práticas para executar a tarefa, mas não são constantemente revisados para adequá-los à realidade do trabalho.	7 - Os procedimentos em segurança no trabalho da empresa apresentam as melhores práticas para executar a tarefa e são constantemente revisados para adequá-los à realidade do trabalho.
8 - A empresa contrata terceirizadas sem preocupação com a segurança no trabalho	8 - A empresa dá atenção à segurança no trabalho das terceirizadas apenas depois que acidentes graves acontecem.	8 - A empresa antes de contratar terceirizadas realiza pré-qualificação em segurança do trabalho, mas não faz acompanhamento posterior.	8 - A empresa antes de contratar terceirizadas realiza pré-qualificação em segurança do trabalho, mas não faz acompanhamento posterior.	8 - A empresa considera as terceirizadas parte integrante de seu Sistema de Gestão de Segurança no Trabalho

Fator: ENVOLVIMENTO				
Estágios				
Patológico	Reativo	Burocrático	Proativo	Construtivo
1 - Os empregados não participam das questões sobre segurança no trabalho da empresa.	1 - Os empregados participam das questões sobre segurança no trabalho apenas quando ocorrem acidentes graves na empresa.	1 -A minoria dos empregados participa das questões sobre segurança no trabalho da empresa	1 - A maioria dos empregados participa das questões sobre segurança no trabalho da empresa.	1 - Todos os empregados participam das questões sobre segurança no trabalho da empresa
2 - Os empregados não se interessam em participar das questões sobre segurança no trabalho na empresa.	2 - Os empregados se interessam em participar das questões sobre segurança no trabalho apenas quando ocorrem acidentes graves na empresa	2 - A minoria dos empregados se interessa em participar das questões sobre segurança no trabalho na empresa	2 - A maioria dos empregados se interessa em participar das questões sobre segurança no trabalho na empresa.	2 -.Todos os empregados se interessam em participar das questões sobre segurança no trabalho na empresa