

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE COMUNICAÇÃO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO SOCIAL**

**MARIA CRISTINA LORE SCHILLING**

**A COMUNICAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO  
PACIENTE: INTERFACES E POSSIBILIDADES NO CENÁRIO DO HOSPITAL**

**Porto Alegre  
2017**

MARIA CRISTINA LORE SCHILLING

A COMUNICAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO  
PACIENTE: INTERFACES E POSSIBILIDADES NO CENÁRIO DO HOSPITAL

Tese apresentada como requisito para obtenção  
do grau de Doutor pelo Programa de Pós-  
Graduação da Faculdade de Comunicação Social  
da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande  
do Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cleusa Maria Andrade Scroferneker

Porto Alegre  
2017

## Ficha Catalográfica

S334c Schilling, Maria Cristina Lore

A comunicação e a construção da cultura de segurança do paciente :  
interfaces e possibilidades no cenário do hospital / Maria Cristina Lore  
Schilling . – 2017.

217 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social,  
PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Cleusa Maria Andrade Scroferneker.

1. comunicação. 2. segurança do paciente. 3. hospital. 4. cultura. 5. gestão  
em saúde. I. Scroferneker, Cleusa Maria Andrade. II. Título.

MARIA CRISTINA LORE SCHILLING

A COMUNICAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO  
PACIENTE: INTERFACES E POSSIBILIDADES NO CENÁRIO DO HOSPITAL

Tese apresentada como requisito para obtenção  
do grau de Doutor pelo Programa de Pós-  
Graduação da Faculdade de Comunicação Social  
da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande  
do Sul.

Aprovada em 23 de maio de 2017.

BANCA EXAMINADORA:

---

Profa. Dra. Gisela Maria Schebella Souto de Moura

---

Prof. Dr. Marcelo Schenk de Azambuja

---

Prof. Dr. Ivan Carlos Ferreira Antonello

---

Profa. Dra. Cláudia Peixoto de Moura

Porto Alegre  
2017

## ***Epígrafe***

*“Si comunicar es compartir la  
significación, participar es compartir la  
acción. La educación sería entonces el  
decisivo lugar de su entrecruce”*

*(Martín-Barbero, 2002, p.1).*

*Dedicatória*

*Ao meu marido, Rui André Volkmer, por me lembrar todos os dias que o amor  
tudo pode, e que sem amor eu nada escreveria, eu nada seria.*

*Aos meus filhos, Priscila e Matheus, pois vocês representam o que deixo de  
melhor para o mundo.*

*À minha neta, Rafaela, por me encantar com sua alegria e inteligência, e me  
ensinar que a vida é feita de descobertas e emoções.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que me brindou com a vida e a capacidade de amar.

Aos meus pais, Willy João Schilling (*in memorian*) e Lucy Lore Schilling, que representam a sustentação dos meus valores e a busca pelos meus sonhos.

Aos meus irmãos José Orlando (*in memorian*), Carlos Ricardo (*in memorian*) e Eduardo Alberto, os quais me ensinaram que uma família unida pelo amor supera as dores e comemora cada conquista.

À minha avó, Ilsa Maria Lore (*in memorian*), pela doçura incansável do sorriso que nos acolheu durante toda a vida.

Aos meus sobrinhos queridos, que representam a continuidade da família, perpetuando nossos valores.

À minha amiga/irmã Leila Rabelo, por estar sempre ao meu lado.

À Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul pelas infinitas possibilidades de aprender.

À minha orientadora, professora Dra. Cleusa Maria Andrade Scroferneker, por compartilhar seu conhecimento, me instigando para os (im)possíveis olhares do universo da comunicação; pela sensibilidade de me apontar os caminhos, mas permitir que eu os trilhasse.

À professora Dra. Beatriz Sebben Ojeda, pela confiança no meu trabalho e o incentivo constante na busca do conhecimento, me oportunizando crescimento como pessoa e profissional.

À professora Dra. Andréia da Silva Gustavo, pelo convívio e pelo afeto.

Aos colegas da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia pela riqueza das experiências compartilhadas.

À Dra. Ana Elizabeth Prado de Lima Figueiredo pela amizade fiel e sólida.

À Dra. Janete de Souza Urbanetto pela amizade, incentivo e parceria na busca da Segurança do Paciente.

Aos professores integrantes da banca, pelas preciosas contribuições ao estudo.

Ao hospital pesquisado e aos profissionais que participaram da pesquisa.

## RESUMO

O Programa Nacional de Segurança do Paciente criado, no Brasil, em 2013 definiu como uma das suas metas “melhorar a comunicação”. Tal indicação levou-nos a propor uma pesquisa visando: discutir as interfaces sobre comunicação e a construção da cultura de segurança do paciente; investigar sobre as (im)possibilidades da comunicação no ambiente hospitalar; compreender como a comunicação está atrelada à cultura de segurança do paciente; e evidenciar as competências dos profissionais de saúde para a comunicação. Para o desenvolvimento da pesquisa selecionamos um hospital universitário da região metropolitana de Porto Alegre, RS. A estratégia metodológica foi a Hermenêutica em Profundidade de Thompson, tendo como procedimentos de investigação o estudo de campo, entrevista em profundidade com profissionais da instituição e observação não-participante. A partir das falas dos respondentes, emergiram seis dimensões de análise<sup>1</sup>: **a percepção sobre informação e comunicação; a comunicação e a passagem de plantão: refletindo sobre os cenários; aspectos envolvidos no processo de comunicação no hospital; a relação entre segurança do paciente e comunicação; a construção da cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais; e competências dos profissionais de saúde para a comunicação**, as quais foram (re) interpretadas à luz da análise de conteúdo de Bardin. As análises evidenciaram que o viés instrumental/informacional da comunicação é o mais presente no hospital e que as dimensões cultural, humana e estratégica ainda não estão contempladas, embora necessitem acontecer concomitantemente para a concretização da cultura de segurança do paciente. Constatamos, ainda, uma necessidade manifestada pelas pessoas que trabalham no hospital de que a comunicação aconteça; e, de que os profissionais têm uma expectativa sobre os procedimentos de controle e avaliação das práticas assistenciais e de seu desempenho. Há necessidade de rever o processo de comunicação, pois este constitui a rede que possibilita e/ou sustenta a articulação entre as competências existentes na organização e as necessárias para a implantação do Programa de Segurança do Paciente.

**Palavras-chave:** comunicação organizacional, segurança do paciente, organizações hospitalares, cultura hospitalar, gestão em saúde.

---

<sup>1</sup> As dimensões estão destacadas em negrito.



## ABSTRACT

The National Patient Safety Program created in Brazil in 2013 defined one of its goals as "improving communication". This led us to propose a research aiming at: to discuss the interfaces on communication and the construction of the culture of patient safety; investigating the (in)possibilities of communication in the hospital environment; understand how communication is tied to the patient's safety culture; and to highlight the competencies of health professionals for communication. For the development of the research, we selected a university hospital in the metropolitan region of Porto Alegre, RS. The methodological strategy was Thompson's in Depth Hermeneutics, having as investigation procedures the field study, in-depth interview with professionals of the institution and non-participant observation. From the statements of the respondents, six dimensions of analysis emerged: **the perception about information and communication; communication and shift: reflecting on the scenarios; aspects involved in the hospital communication process; the relationship between patient safety and communication; the construction of patient safety culture from the professional perspective; and competencies of health professionals for communication**, which were (re) interpreted in the light of Bardin's content analysis. The analyzes showed that the instrumental / informational bias of the communication is the most present in the hospital setting and that the cultural, human and strategic dimensions are not yet contemplated, although they need to happen concomitantly to concretize the patient safety culture. We also note a need manifested by the hospital staff that communication needs to happen; and that professionals have an expectation about the procedures to control and evaluate care practices and their performance. There is a need to review the communication process, since it constitutes the network that enables and/or supports the articulation between existing competencies in the organization and those necessary for the implementation of the Patient Safety Program.

**Key words:** organizational communication, patient safety, hospital organizations, hospital culture, health management.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Estrutura da Hermenêutica de Profundidade (HP) .....	22
<b>Figura 2.</b> Conceitos de cultura de segurança do paciente - Portaria MS/GM nº 529/201339 .....	80
<b>Figura 3.</b> Estrutura metodológica do estudo.....	97
<b>Figura 4.</b> Dimensões da análise dos resultados do estudo. ....	117
<b>Figura 5.</b> Comunicação e passagem de plantão: fatores que interferem.....	143
<b>Figura 6.</b> Aspectos envolvidos no processo de comunicação no hospital .....	153
<b>Figura 7.</b> Competências dos profissionais de saúde para a comunicação .....	171

## SUMÁRIO

<b>1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO .....</b>	<b>2</b>
<b>2 HERMENÊUTICA:UM CAMINHO PARA A COMPREENSÃO.....</b>	<b>18</b>
2.1 O PERCURSO DA HERMENÊUTICA .....	21
2.1.1 Interpretação da <i>Doxa</i> .....	22
2.1.2 Análise Sócio-histórica.....	23
2.1.3 Análise Formal ou Discursiva .....	26
2.1.4 Interpretação e re-interpretação.....	27
2.2 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS .....	28
2.3 UNIDADE DE ANÁLISE E PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	29
2.4 PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO .....	32
2.4.1 Entrevista em Profundidade .....	34
2.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	38
2.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	40
<b>3 ORGANIZAÇÃO E TRABALHO.....</b>	<b>42</b>
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA.....	42
3.2 ORGANIZAÇÃO, TRABALHO E TRABALHADOR.....	45
3.3 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES.....	48
3.3.1 Um olhar para as práticas em saúde: a busca pela vida.....	52
<b>4 CULTURA E COMUNICAÇÃO .....</b>	<b>58</b>
4.1 CULTURA, COMUNICAÇÃO E PODER NO TRABALHO EM SAÚDE .....	65
4.2 COMUNICAÇÃO E CULTURA: OS CAMINHOS DA ORGANIZAÇÃO.....	71
<b>5 SEGURANÇA DO PACIENTE.....</b>	<b>77</b>
5.1 TRAJETÓRIA DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	77
5.2 COMUNICAÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE .....	83
5.2.1 Comunicação ou Informação: como os hospitais interpretam o documento?.....	83
5.2.2 Comunicação e segurança do paciente: notificação e análise de incidentes .....	88
<b>6 COMUNICAÇÃO E CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: O QUE A PESQUISA REVELOU .....</b>	<b>95</b>

6.1 CONSTRUÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....	97
6.2 CONHECENDO OS CENÁRIOS .....	115
6.2.1 A percepção sobre informação e comunicação .....	118
6.2.2 A comunicação e a passagem de plantão: refletindo sobre os cenários .....	122
6.2.3 Aspectos envolvidos no processo de comunicação no hospital .....	145
6.2.4 A relação entre segurança do paciente e comunicação .....	154
6.2.5 A construção da cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais .....	160
6.2.6 Competências dos profissionais de saúde para a comunicação .....	167
6.3 DIMENSÕES DA COMUNICAÇÃO NA CULTURA DE SEGURANÇA .....	173
<b>7 À GUIA DE CONSIDERAÇÕES: A MUDANÇA PARA A CONSTRUÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA COMUNICAÇÃO .....</b>	<b>184</b>
<b>8 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>193</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>212</b>
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE PESQUISA - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	212
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE PESQUISA - PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA .....	213
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	214

## 1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO

Há que se colocar saberes em suas devidas gavetas, desde que se permita a constância do rearranjo, pois entendemos a comunicação como um campo de estudos, cuja complexidade e o caráter interdisciplinar são as principais características (SILVA, 2010, 274).

O ser humano é um ser da comunicação: consigo e com o mundo, ambos entendidos como produto da comunicação com o outro, considerando que as coisas não se apresentam ao indivíduo de forma direta, mas sim permeadas pela subjetividade, e construídas graças à mediação do desejo, conhecimento e reconhecimento de outrem (MARTINO, 2011).

Nessa ótica, a comunicação está presente em todas as organizações, de qualquer natureza e/ou propósito (KUNSCH, 2010), sejam elas produtoras de bens ou de serviços. São ambientes dinâmicos, interativos, discursivos, cuja realidade é maleável, construída pelos indivíduos, por meio de processos, práticas e interações, que se instituem socialmente (MARCHIORI, 2013). As organizações se mostram inseridas em um mundo, constituído por símbolos, artefatos e criações subjetivas, que compõem a cultura, sendo a comunicação constitutiva desses espaços (MARCHIORI, 2013).

As organizações de saúde, em especial, possuem características únicas, cujo processo comunicacional apresenta diferentes nuances. A assistência à saúde no Brasil deve estar pautada na integralidade, a qual busca uma apreensão das necessidades de saúde individual e coletiva, incluindo os aspectos objetivos e subjetivos resultantes da interação dos atores em suas práticas no cotidiano das instituições (ARAÚJO e ROCHA, 2007). O resultado esperado do desempenho dessas organizações está voltado para a busca e/ou recuperação da saúde.

O trabalho na área da saúde implica na complexa rede de relações entre pessoas, equipamentos e processos funcionais, inseridos em um intrincado sistema social e econômico. Nesse contexto, situa-se o hospital, considerado como o ambiente mais diferenciado do sistema de atendimento à saúde, o maior consumidor

de recursos e o lugar onde se apresentam os novos avanços no atendimento (JCR, 2008). Para Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2003), o hospital é o ponto focal das promessas mais comprometedoras do sistema de saúde, porque é o local onde se encontram os problemas de maior complexidade e o meio de avaliar o funcionamento do sistema de seguridade social.

O desenvolvimento significativo do conhecimento na área da saúde vem trazendo uma evolução constante no que se refere aos meios de diagnóstico e tratamento. A formação dos profissionais também vem se modificando ao longo do tempo, no intuito de acompanhar a velocidade dessas mudanças, gerando novos conhecimentos e possibilitando novas formas de trabalho. Na organização hospitalar, a oferta da informação técnica e especializada é infinita. As informações, que circulam nesse meio, são como estímulos constantes em uma rede neuronal, gerando reações, as quais nem sempre caracterizam comunicação, pois segundo Wolton (2010) a comunicação pressupõe relação, troca e negociação. Para esse autor, a onipresença da informação torna a comunicação mais difícil, afirmação que remete a uma reflexão sobre esse processo nos serviços de saúde, especialmente no hospital. A revolução da informação produz incerteza na comunicação, ou seja, existem condições necessárias, para que milhões de indivíduos se comuniquem, e consigam conviver num mundo onde cada um vê tudo e sabe tudo, com incontáveis diferenças linguísticas, filosóficas, políticas, culturais e religiosas. Enquanto a informação é a mensagem, a comunicação é a relação, pressupõe tolerância, o que complexifica esse ambiente, considerando-se tais diferenças (WOLTON, 2010).

Transpondo-se essa ideia para a organização hospitalar, podemos visualizar um cenário de constante modificação e evolução tecnológica, em um complexo sistema de relações, e oscilações de poder entre os elementos que compõem a cultura organizacional. De acordo com Couto e Pedrosa (2007), para desempenhar as funções a que se destinam os hospitais se organizam internamente em estruturas hierárquicas e de poder, compostas de diversas áreas e subáreas, nas quais um grande número de profissionais executa atividades diversificadas. Segundo Clegg (1996, p.49), nas relações de poder nas organizações, devem ser consideradas não somente as relações de produção, mas também “as relações simbólicas, porque o poder intervém sempre ao mesmo tempo internamente na hierarquia e na linguagem, na dominação e no simbólico”. O hospital se revela num palco constante

de oscilação de poder, de acordo com o cargo que cada profissional ocupa, o conhecimento que demonstra, o acesso a informações importantes, além de outros fatores que representam e/ou podem representar o poder em uma organização. As relações são caracterizadas pela disputa de saberes, posições na escala hierárquica, e não são constantes no decorrer do tempo. Isto se passa em um cenário no qual os atores se originam de diferentes formações, compondo um ambiente de diversidade cultural.

O papel da equipe de saúde é prestar assistência ao paciente visando o atendimento de suas necessidades de promoção, manutenção e recuperação da saúde (JCR, 2008). Para tanto, existe uma estrutura organizacional que atua como um sistema aberto, com constantes trocas entre profissionais e pacientes. Os atores deste sistema constituem a estrutura da organização com funções especializadas, cargos diversos, normas específicas para cada subgrupo, bem como *status* diferenciados na teia hierárquica do hospital.

Morgan (2007) destaca que nas organizações existem sistemas de valores diferentes que competem entre si e que criam um mosaico de realidades organizacionais, em lugar de uma cultura corporativa uniforme. Diferentes grupos profissionais têm, geralmente, diferentes visões do mundo e da natureza do negócio da organização. Assim como para algumas organizações, esse mosaico pode representar oportunidade de crescimento, para outras, essa fragmentação pode se caracterizar por um conjunto de subculturas profissionais que impõem desafios no processo comunicacional, significando, inclusive, um obstáculo ao propósito da instituição.

Os hospitais se caracterizam como organizações peculiares e ricas no que se refere à vivência de grupos. Possuem diversidade quanto à formação dos indivíduos, suas funções e atribuições. Cada grupo que compõe a cultura organizacional<sup>2</sup> possui uma subcultura própria, constituída por crenças, valores, conhecimento técnico e científico, sentimentos e percepções, a partir de experiências vividas e de expectativas individuais e grupais.

Nas instituições de saúde, o “objeto de trabalho” (grifo nosso) é o paciente, e o corpo de conhecimento comum é o cuidado à saúde, através da prevenção,

---

<sup>2</sup> A discussão sobre cultura será aprofundada no capítulo 4.

diagnóstico, tratamento e reabilitação. O conjunto desses saberes, que é pertinente aos profissionais da saúde, atribui a esses a construção de uma cultura peculiar, calcada no conhecimento adquirido, nas práticas executadas, no aprendizado comum, que norteiam o trabalho diário. Cultura de um grupo, para Schein (2009, p. 16) é definida como “um padrão de suposições básicas compartilhadas, que foi aprendido por um grupo à medida que solucionava seus problemas de adaptação externa e de integração interna”. Em algumas áreas técnicas, os profissionais têm um compromisso forte com os valores de sua profissão, o que gera, por vezes, conflito entre seus interesses pessoais e os interesses da organização, podendo suplantar, inclusive sua identificação com a organização. Para Schein (2009), se uma profissão envolve intenso período de educação e aprendizagem, haverá certamente uma aprendizagem compartilhada de atitudes, normas e valores que por fim se tornarão suposições assumidas como verdadeiras por seus membros.

Segundo Baldissera (2010), apesar de a organização atuar como disciplinadora sobre os sujeitos, estabelecendo objetivos e formas de ação organizacionais, não significa que consiga anular os objetivos individuais de cada sujeito, e que se associa a outros na organização; é provável que os sujeitos percebam a organização como possibilidade para atingirem seus próprios objetivos.

Conforme Morgan (2007), a vida diária de uma sociedade organizacional é cheia de crenças peculiares, rotinas e rituais que caracterizam uma vida cultural própria, diferente de outros tipos de sociedades. As organizações são capazes de influenciar a maior parte do dia-a-dia das pessoas, de forma muito diferente daquela encontrada em tribos e pequenas comunidades. A organização é em si mesma um fenômeno cultural que varia de acordo com: o estágio de desenvolvimento da sociedade; as diferenças de uma sociedade para a outra; a forma como os padrões de cultura são criados e mantidos; o modo como as organizações são socialmente construídas. Para Scroferneker (2010, p.190) a cultura organizacional assemelha-se a um tecido tramado, “o qual é (re)tecido com base em diálogos simultaneamente (in)visíveis, antagônicos/complementares, que se ajustam e desajustam conforme os interesses individuais”. Pode também ser admitida como “trama” nos ambientes organizacionais.

Wood Jr. (2009) refere-se às organizações como responsáveis pelas formas de conduta dos atores sociais e afirma que as empresas são centralizadoras, pois



não produzem somente bens e serviços, mas também produzem formas de comportamento e formas de raciocínio. Motta, Vasconcelos e Wood Jr (2009) destacam, além da empresa como fator determinante de controle social, as escolas de formação das elites sociais. Essas também são responsáveis pela composição da cultura nas organizações, pois formam as gerações que irão deter o poder das práticas políticas e administrativas. Os líderes oriundos dessas escolas influenciarão, nas instituições, o comportamento dos grupos de trabalho através de paradigmas, crenças, visão, missão e outros mecanismos norteadores do funcionamento dessas.

A compreensão dos fatores que configuram a vida das organizações e de seus indivíduos propicia meios para auxiliar na identificação de importantes diferenças no comportamento organizacional. As organizações são como micro sociedades que têm seus próprios padrões distintos de culturas e subculturas. Assim, uma organização pode ver-se como um grupo bem integrado e/ou família que acredita no trabalho conjunto. Outra pode ser fragmentada, dividida em grupos que pensam sobre a realidade de forma muito diferente, tendo aspirações divergentes a respeito daquilo que a organização deveria ser (MORGAN, 2007). Tais padrões de crenças e/ou significados compartilhados, fragmentados e/ou integrados, apoiados em várias normas operacionais e rituais, podem exercer influência decisiva na capacidade total da organização em lidar com os desafios que enfrenta. Cultura e comunicação estão inseridas na mesma teia que compõem as relações no hospital.

A discussão sobre as organizações como culturas desperta para descobertas que podem contribuir para a análise de alguns aspectos sobre a comunicação neste cenário.

A comunicação organizacional necessita ser entendida de modo amplo e abrangendo toda sua ambientação social, política e econômica. Nesse sentido faz-se necessário entender a comunicação inserida nos processos simbólicos e com foco nos significados dos/para os agentes envolvidos, nas práticas comunicativas cotidianas e nas interações nas suas mais diversas formas de manifestação e construção social (KUNSCH, 2010).

Segundo Wolton (2004), o papel da comunicação é favorecer a expressão e a confrontação das tradições, das histórias, das culturas, dos valores e dos projetos. Para esse autor, a comunicação acontece por três principais motivos: o primeiro é o

compartilhamento, uma necessidade humana fundamental e incontornável; o segundo é a sedução, inerente a todas as relações humanas e sociais; e, por último, a convicção, ligada a todas as lógicas de argumentação. O ideal da comunicação está na troca, no compartilhar. “Ontem, comunicar era transmitir, pois as relações humanas eram frequentemente hierárquicas. Hoje, é quase sempre negociar, pois os indivíduos e os grupos se acham cada vez mais em situação de igualdade” (WOLTON, 2010, p.19).

Baldissera (2009) classifica a comunicação organizacional em três perspectivas. A primeira consiste na *organização comunicada*, que se refere aos processos formais e disciplinadores da fala autorizada, ou seja, ao que a organização seleciona da sua identidade e divulga, visando retornos, tais como reconhecimento e obtenção de capital simbólico. A segunda perspectiva, em uma concepção mais aprofundada, compreende a *organização comunicante*, e implica no processo de comunicação entre indivíduo e organização, quando o primeiro atribui sentido a algo que venha da organização. Incluem, além de processos planejados, os que ocorrem de modo informal, até mesmo sem que a organização tenha conhecimento. A terceira perspectiva é a *organização falada*, caracterizada por um processo de comunicação informal indireto, que se materializa fora do âmbito da organização, mas que dizem respeito a essa. Ocorre nas situações em que são tecidos comentários sobre a organização em ambientes externos à mesma, como especulações ou outro tipo de manifestação.

Quando Mumby (2010) aborda o conceito de comunicação enraizado na condição humana, afirma que a comunicação não é simplesmente o meio pelo qual os pensamentos, os sentimentos e as ideias são partilhados, mas sim o que os torna possíveis. Os significados e discursos pertinentes à construção de uma organização não surgem espontaneamente, eles são o produto de configurações de poder e interesses específicos, caracterizando a comunicação organizacional pela diferença e multiplicidade (MUMBY, 2010).

Segundo Wolton (2006, p.18) “a comunicação, complexa por natureza, complicou-se ainda mais nestes últimos trinta anos, devido ao progresso técnico”. Houve uma ruptura, caracterizada pelo fim das distâncias físicas e o aumento das distâncias culturais. A facilidade com que as informações circulam dá uma falsa ideia de comunicação, pois embora os homens troquem mais informações, valendo-se de

inúmeras técnicas cada vez mais aprimoradas, a intercompreensão ocorre em proporção inversa; “a visibilidade do mundo não basta para torná-lo mais compreensível” (WOLTON, 2006, p.19).

A revolução da comunicação vincula-se ao fato de levar em conta o interlocutor. A perspectiva antropológica da comunicação resgata a importância da relação entre eu e o outro, entre eu e o mundo, o que a torna indissociável da sociedade aberta, da modernidade e da democracia (WOLTON, 2006).

Quando Wolton (2010) afirma que o processo de comunicação é muito mais negociação do que a troca de informação, deve-se lembrar que no hospital quando as informações técnicas circulam, pressupõe-se que são oriundas de dados científicos, achados clínicos, baseados no conhecimento do profissional, o qual por sua vez está atrelado ao poder deste na configuração estrutural da organização. Cabe uma reflexão sobre um processo de negociação em um ambiente no qual todos são, de certa forma, detentores de algum poder, seja pelo conhecimento sobre uma patologia, uma técnica e/ou mesmo possuidor de informações privilegiadas. A negociação neste contexto é um processo que envolve um jogo constante de disputa, conhecimento, apropriação de recursos, competências pessoais e interpessoais. Além desse aspecto, a comunicação/negociação pressupõe a troca entre os indivíduos que é influenciada pela expressividade dos envolvidos.

Goffman (1975) admite duas formas de comunicação: expressão dada, ou seja, a expressão que o indivíduo transmite e a expressão emitida. A primeira abrange os símbolos verbais, ou seus substitutos, usada para veicular a informação. A segunda inclui uma ampla gama de ações que a linguagem verbal não contempla, como gestos, ações, aparência. Do outro lado está o receptor cuja compreensão das expressões transmitidas e emitidas depende de sua competência para fazê-lo<sup>3</sup>.

Essa concepção, marcada fortemente pelo aspecto linear da comunicação, ressoava nos estudos, “a partir do domínio da cultura, da técnica e, também, dos estudos das mensagens, numa espécie de relação de estímulo-resposta, ativo-passivo” (FERREIRA, 2010, p. 42). Segundo o autor ainda existe a visão na qual a iniciativa é uma exclusividade do emissor e os efeitos recaem, também, exclusivamente, sobre os públicos ou receptores, reforçando a concepção de

---

<sup>3</sup> As expressões “transmitida”, “emitida” e “veiculação da informação” são as empregadas pelo autor.

linearidade, causalidade e determinação, nos estudos dos meios de comunicação (FERREIRA, 2010)<sup>4</sup>.

Esse consiste no modelo informacional ou a teoria da informação, “caracterizada, essencialmente, como uma teoria da transmissão de signo, segundo o esquema proposto por Shannon” (FERREIRA, 2010, p.43). O autor destaca o signo como portador da informação, deliberadamente produzido por alguém e que será compreendido como tal na sua recepção. O modelo informacional se assenta sobre a ‘transferência’ de informações entre dois pólos e não considera a dimensão que se refere à significação; é uma metodologia de cálculo de unidades de signos transmissíveis e transmitidos que tem como objetivo uma comunicação mais econômica possível, evitando possíveis ambiguidades (FERREIRA, 2010). Segundo o autor o modelo informacional perdurou, como um paradigma representativo, durante muitos anos. Porém, no decorrer do tempo os estudos sobre comunicação foram sendo ampliados para além do rendimento do fluxo informacional, se deslocando, gradativamente, para a produção de sentido (FERREIRA, 2010).

Segundo Wolton (2010, p.59), “a comunicação só tem sentido através da existência do outro e do reconhecimento mútuo. A ruptura consiste hoje no direito do receptor aceitar e/ou recusar a informação, o que legitima a questão da alteridade”. Nessa ótica, os estudos sobre comunicação trouxeram, entre outros, o conceito calcado no significado da comunicação, ampliando a visão informacional para uma compreensão de outros aspectos vinculados ao processo de comunicação, sendo um dos campos férteis de estudo a comunicação organizacional.

A comunicação está presente no cenário da organização, inserida em tudo e em todos, está no palco, entre/com os atores, instiga comportamentos, reflete e/ou faz refletir as relações de trabalho. Pode ser um indicador da cultura da instituição e/ou pode ser um aspecto norteador da estratégia da organização. Em se tratando do hospital, pode ainda, quando inadequada, ser a causa da ocorrência de danos aos pacientes, aumento do tempo de hospitalização e uso ineficaz de recursos (OLUBORODE, 2012), pois tudo que acontece no hospital depende e está associado à comunicação, aqui, entendida como um processo de construção de sentidos, e não somente a troca de informações (FIGARO, 2014). Assim, entre outras iniciativas, a Organização Mundial da Saúde (OMS), visando à segurança dos

---

<sup>4</sup> As expressões “emissor” e “receptor” são as empregadas pelo autor.

pacientes recomendou como uma das metas para um cuidado seguro, “melhorar a comunicação” entre os profissionais da saúde (BRASIL, 2014), o que nos leva à necessidade de repensar/conhecer/olhar/entender o processo comunicacional no cenário hospitalar.

As diferentes instituições da área da saúde possuem características próprias. A complexidade desse segmento não se limita ao nível do paciente tratado, mas se relaciona com os distintos elementos que envolvem a prática, seja em consultórios, clínicas, hospitais ou outras organizações de saúde (FRAGATA, SOUZA e SANTOS, 2014). O hospital, em particular, é uma organização complexa e peculiar no que se refere à forma de produção, ao tipo de serviço ofertado, à clientela atendida, bem como aos resultados esperados. Os hospitais têm se desenvolvido sob o aspecto de gestão, buscando qualificar os padrões de assistência, pois enfrentam obstáculos de proporções gigantescas para se manterem atuantes no mercado (LEE, 2009).

Um dos principais aspectos associados à avaliação do padrão da assistência é a segurança do paciente (WACHTER, 2010). A premissa atual é a de que os seres humanos falham e erros são esperados, mesmo nos hospitais com processos bem organizados. Erros são consequências, não causas. Embora nem sempre seja possível modificar os aspectos humanos, podemos propor mudanças nas condições sobre as quais os seres humanos trabalham, ou seja, criar estratégias para a segurança no sistema (WACHTER, 2010). Baseada nessa premissa, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou estratégias a serem adotadas por todos os hospitais visando à segurança na assistência à saúde, caracterizando um movimento mundial no sentido da construção de uma “cultura de segurança do paciente” (WHO, 2002). Para estratégia, utilizamos, no presente contexto, o conceito de Morin (2011) que a define como um meio/movimento de adaptação e de transformação do ambiente, caracterizando-se, essencialmente pela sua maleabilidade.

No Brasil, em 2013, foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, com o intuito de contribuir para a qualificação do cuidado de saúde em todos os estabelecimentos de saúde do país (BRASIL, 2013). Um dos principais fatores associados à ocorrência de eventos adversos é o processo comunicacional (OPAS, 2010). Perturbações e/ou falhas na comunicação entre as equipes de saúde podem ser causa da diminuição da qualidade dos cuidados, de erros no tratamento

e de danos potenciais para os pacientes (SANTOS et al, 2010). A valorização da comunicação pode contribuir para a criação da cultura de segurança do paciente, evitando e/ou minimizando problemas que tendem resultar em danos, com consequências para clientes<sup>5</sup>(OPAS, 2010).

A criação de uma cultura de segurança do paciente requer importantes modificações no funcionamento dos hospitais. Quando existe a perspectiva de uma mudança cultural nas organizações, a comunicação necessita ser assumida como uma questão estratégica no gerenciamento de negócios e principalmente de pessoas (GRANDO, 2014).

Os conceitos de comunicação discutidos e analisados sob a ótica de diferentes autores (HOHLFELDT, 2011; WOLTON, 2006, 2010; FRANÇA, 2011; MARTINO, 2011) tomam uma conotação peculiar no contexto da organização hospitalar. O hospital é o palco onde todas as cenas, envolvendo a razão e/ou a emoção, acontecem. O racional convive com o irracional. O simbólico convive com o concreto. Os profissionais estão constantemente inseridos na rede de comunicação, incluindo seus aspectos simbólicos, velados e/ou estampados, obscuros e/ou transparentes, representados por diálogos e discursos. O diálogo, segundo Bakhtin (1992), no sentido mais estrito do termo constitui uma das formas mais importantes da interação verbal, e, no sentido mais amplo inclui qualquer tipo de comunicação verbal, envolvendo signos e diferentes arranjos organizacionais. E o discurso aqui conceituado sob o referencial de Foucault (1986), é um conjunto de enunciados que se apoiam na mesma formação discursiva; são feitos de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações); mas, vão além disso, são vistos como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam, o que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. O discurso não tem apenas um sentido ou uma verdade, mas uma história (FOUCAULT, 1986).

A comunicação no cenário hospitalar envolve um universo complexo no qual são (re)tecidas constantemente as relações na tentativa de “lugarizar” os indivíduos organizacionais, onde o irreal e o surreal dialogam e o real se materializa nos

---

<sup>5</sup>Cliente é a palavra usada para designar qualquer comprador de um bem ou serviço, incluindo quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde. O termo incorpora a ideia de poder contratual e de contrato terapêutico, implica poder de decisão e equilíbrio de direitos, ao contrário do conceito de paciente, aquele que sofre e se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado (BRASIL, 2016, p.69,/HumanizaSUS – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS).

ambientes, na arquitetura, nas pessoas, nos equipamentos (SCROFERNEKER, 2010). Assim, no processo de comunicação hospitalar estão presentes todos os elementos até aqui contextualizados, que passam pelo sistema cultural, pelo simbólico e pelo imaginário. A comunicação acontece e é permeada pelas relações estabelecidas entre indivíduos e organização, entre indivíduos e seus pares e entre indivíduos e a tecnologia. O entendimento de que a comunicação constitui um fundamento essencial do trabalho parte da constatação de que a qualidade das interações é crucial para melhorar o desempenho da empresa (ZARIFIAN, 2001).

Existe um paradoxo na comunicação, segundo Wolton (2010). A comunicação é humana e técnica; performática e arcaica; barulhenta e silenciosa – o mais moderno, muitas vezes, necessita do mais arcaico. No hospital, o moderno das tecnologias convive com o arcaico, que solidificou a base do conhecimento na área da saúde; o humano representado pelos profissionais, pacientes e família convive com o técnico, traduzido pelas novas formas de diagnóstico e tratamento e pelo alto grau de especialização das atividades. Esses elementos formam uma verdadeira teia cultural na organização hospitalar.

A comunicação perpassa/estrutura/reflete todos os processos que ocorrem nas organizações. E, o hospital, pelas suas peculiaridades, tem na comunicação um universo a ser explorado, pois a diversidade do mundo da saúde faz do processo comunicacional um objeto merecedor de uma investigação, considerando as diferentes dimensões que esse fenômeno permite e/ou assume. Pelo fato do hospital caracterizar-se como um segmento significativo na vida de uma sociedade torna-se relevante a reflexão sobre o processo de comunicação neste cenário explorando-se os vieses que compõem a cultura dessa organização.

Destacamos, nessa contextualização as dimensões da comunicação propostas por Kunsch (2013; 2016). A autora caracteriza a comunicação organizacional em quatro dimensões: instrumental, estratégica, humana e cultural, destacando a questão humana como a mais importante nas práticas cotidianas nas organizações. Quando discutimos a comunicação organizacional, há que se ter em vista, sobretudo a dimensão humana e as múltiplas perspectivas que se compõem o ato comunicativo no interior das organizações. É necessário ir além da visão meramente mecanicista e/ou da dimensão instrumental da comunicação para uma visão humanista, com aportes conceituais das perspectivas interpretativa e crítica,

considerando-se os aspectos relacionais, os contextos, os condicionamentos internos e externos, enfim, a subjetividade presente na organização (KUNSCH, 2010). Nesse sentido, partimos do princípio de que a implantação da cultura de segurança do paciente abarca e/ou acontece nessas quatro dimensões propostas por Kunsch (2013; 2016), as quais norteiam a compreensão do objeto desse estudo.

Considerando os diferentes entendimentos do termo comunicação, adotaremos, nesse estudo, identificação distinta de acordo com o significado da palavra, sempre que estiver claramente entendido. Quando o conceito for voltado para o viés informacional, caracterizando a dimensão instrumental segundo a classificação de Kunsch (2010; 2016), utilizaremos a palavra *comunicação* em itálico; e, quando o conceito for voltado para o sentido de troca de significados e compartilhamento de sentidos (MARTINO, 2011; WOLTON, 2006, 2010; BALDISSERA, 2010; CUNHA, 2011), a palavra **comunicação** será apresentada em negrito.

Esse estudo foi desenvolvido em um hospital universitário, caracterizado como geral e grande porte, sendo referência no ensino, na pesquisa e no atendimento em diferentes especialidades na área da saúde, localizado na região metropolitana de Porto Alegre, RS<sup>6</sup>. Acreditamos que a investigação dos aspectos implicados na comunicação nesse cenário possa contribuir para as reflexões acerca dos processos comunicacionais em saúde e para a gestão das instituições hospitalares, com repercussões favoráveis para a sociedade.

Os hospitais ao implantar a cultura de segurança do paciente desconhecem e/ou negligenciam a relevância da comunicação assumindo-a meramente em seu caráter instrumental/informacional.

Para nortear a investigação e darmos conta da tese dessa tese propomos como questões deste estudo os seguintes problemas de pesquisa.

- Quais as interfaces da comunicação e a construção da cultura de segurança do paciente?
- Quais as (im)possibilidades da comunicação no ambiente hospitalar?
- Como a comunicação está atrelada à cultura de segurança do paciente?

---

<sup>6</sup> Entendemos como mais adequado preservar a identidade da instituição.



- Quais as competências dos profissionais de saúde para a comunicação?

A partir da discussão e dos problemas de pesquisa apresentados os objetivos deste estudo contemplam:

- Discutir as interfaces sobre comunicação e a construção da cultura de segurança do paciente.
- Investigar sobre as (im)possibilidades da comunicação no ambiente hospitalar.
- Compreender como a comunicação está atrelada à cultura de segurança do paciente.
- Evidenciar as competências dos profissionais de saúde para a comunicação.

O interesse pela realização desse estudo se origina da atuação da pesquisadora durante mais de vinte anos em organizações hospitalares. Inicialmente, como enfermeira assistencial, o contato diário com os pacientes e suas famílias oportunizou a apropriação da realidade na qual estão inseridos e os aspectos intrínsecos aos cuidados em saúde. No desenrolar da trajetória profissional, a atuação como gestora de serviços permitiu uma visão mais ampliada do cenário hospitalar, abarcando desde a estrutura e legislação que sustentam o funcionamento do hospital, até as práticas e os processos de trabalho, mas, principalmente no que concerne às relações entre pessoas e grupos. Como docente e pesquisadora surgiu a oportunidade de compartilhar conhecimentos com profissionais das distintas áreas de atuação e estudantes, durante o processo de formação e posterior inserção no mercado de trabalho. Junto a isso, a pesquisadora participa, desde sua criação, da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP-POLO RS), a qual visa qualificar as práticas em saúde e à produção do conhecimento, incluindo a comunicação como pilar para a implantação da cultura de segurança. E, os anos de estudos durante a formação em comunicação foi o pilar que sustentou a viabilização dessa pesquisa. A experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e não podem ser dissociadas da cultura do grupo em que ela se insere. A riqueza do cenário hospitalar no que se refere às relações implicadas na produção do trabalho, vem

despertando, ao longo dos anos, o interesse em compreender os aspectos envolvidos no processo de comunicação no contexto do hospital, o que instigou a autora para a apropriação do conhecimento mais aprofundado sobre o tema em questão, resultando na concretização dessa pesquisa.

A busca pelo conhecimento, pertinente à realização desse estudo se justifica a partir das considerações de Maldonado (2006, p. 272) quando coloca que as formações sociais construídas ao longo dos três últimos milênios resultam de avanços notáveis das forças produtivas, entre as quais, a mais importante e fundamental é a estruturação do conhecimento: “organizado, sistemático, operativo, e aprofundado para a produção de bens materiais e simbólicos”.

A investigação teórica é imprescindível em toda a pesquisa para fundamentar a problemática a ser estudada; a práxis teórica demanda uma constante inter-relação entre redes de ideias que vai além da reprodução do conhecimento existente, exigindo do pesquisador a contextualização do fenômeno, que contribua para a produção de novo conhecimento (MALDONADO, 2006).

O desenvolvimento dessa pesquisa está apresentado em sete capítulos. O capítulo dois descreve o método e os procedimentos metodológicos adotados nesse estudo. A abordagem elencada para o estudo é a Hermenêutica de Profundidade (HP), cujo referencial teórico- metodológico foi proposto por John B. Thompson (2002). Consideramos adequada essa escolha por permitir diversas possibilidades (re)interpretativas em relação ao fenômeno estudado, facilitando a compreensão do contexto da organização hospitalar e das relações entre os indivíduos implicadas no processo comunicacional. Além disso, a HP permite a aplicação de diferentes formas de investigação, visando ampliar as informações que subsidiam a interpretação e re-interpretação das questões de pesquisa propostas, para a construção do conhecimento.

Os capítulos três, quatro e cinco apresentam o referencial teórico que embasou o estudo. No capítulo três abordamos os aspectos conceituais e históricos acerca das organizações à luz de diferentes autores. Desenvolvemos uma reflexão sobre a relação entre trabalho, trabalhador e organização, e os aspectos que constroem a realidade organizacional. Considerando que o cenário da saúde tem se mostrado cada vez mais competitivo, e com um viés diferente das demais

organizações, abordamos, ainda, o referencial sobre organizações hospitalares, local no qual foi desenvolvida essa pesquisa.

O capítulo quatro trata do referencial teórico sobre cultura e comunicação. Considerando o tema comunicação como eixo central desse estudo, procuramos nesse capítulo apontar alguns caminhos teóricos que embasam/possibilitam um melhor entendimento das práticas nas organizações, com o intuito principal de instigar a discussão sobre cultura e comunicação no/do contexto organizacional. Contempla, ainda, um resgate conceitual acerca dos aspectos pertinentes a esse cenário como as relações de poder na área da saúde e a interface entre comunicação e a cultura na prática da estratégia organizacional.

No capítulo cinco são apresentados os pilares teóricos sobre segurança do paciente, pois foi o tema que despertou o interesse em desenvolver essa pesquisa. Descrevemos os aspectos históricos revelando como a busca da construção de uma cultura de segurança tornou-se um movimento mundial. Abordamos também, os conceitos que balizam o referencial teórico sobre o tema, a legislação que norteia a implantação da cultura de segurança, bem como um sucinto panorama da segurança do paciente.

No sexto capítulo apresentamos os resultados obtidos durante os processos investigativos e propomos uma discussão sobre o fenômeno estudado, à luz do referencial teórico e norteados pela estratégia metodológica adotada. Relatamos a trajetória da construção da cultura de segurança na instituição estudada. Descrevemos o processo do estudo de campo no que se refere à observação não-participante das passagens de plantão e a realização das entrevistas, explorando as seis dimensões que emergiram da análise das entrevistas. Os relatos dos participantes foram interpretados e re-interpretados tendo como pilar o referencial teórico adotado. Esse capítulo se destina a tecer reflexões/ideias que foram construídas a partir dos movimentos interpretativos desenhados ao longo do estudo, no intuito de compreender o contexto da organização hospitalar e sua interface com a comunicação.

No último capítulo realizamos um resgate dos aspectos que revelam a cultura organizacional ao longo da pesquisa. Procuramos descobrir/desdobrar os sentidos ocultos do fenômeno estudado através de uma leitura do contexto e propor a construção de possíveis significados, atrelada ao referencial teórico. Entendemos

que antes de buscar verdades absolutas, nos propusemos a explorar novos olhares para a realidade estudada.

## 2 HERMENÊUTICA: UM CAMINHO PARA A COMPREENSÃO

Neste capítulo, estão descritos o método e os procedimentos metodológicos, adotados no estudo. Segundo Minayo (2012, p. 622), “fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente”. Além disso, a qualidade de uma análise depende também “da arte, da experiência e da capacidade de aprofundamento do investigador que dá o tom e o tempero do trabalho que elabora” (MINAYO, 2012, p. 622).

A Hermenêutica constitui a base metodológica para esse estudo, cujo conceito está calcado na noção de compreender (GADAMER, 1999), com origem na ciência humanista, e se caracteriza como um movimento abrangente e universal do pensamento humano. Na lógica da Hermenêutica, a compreensão está atrelada à questão da alteridade, pois nem sempre se traduz por entendimento, mas por um estranhamento do entendimento, ou seja, aparece como desaparecimento do compreender-se por si mesmo (GADAMER, 1999). A palavra Hermenêutica deriva do verbo grego *hermeneuein*, traduzido por “interpretar” e do substantivo *hermeneia*, que seria “interpretação” (HERMANN, 2002). A origem da hermenêutica remonta ao século XIX e vem da tradição humanística, relacionada à interpretação dos textos bíblicos, à jurisprudência e à filosofia. Está associada à interpretação dos sentidos, das formas simbólicas e se baseia na premissa de que não existe um único caminho para a verdade (HERMANN, 2002).

Para Minayo (2003), a Hermenêutica é considerada a disciplina básica que se ocupa da arte de compreender textos, sejam estes biografias, narrativas, entrevistas, documentos, livros ou artigos. Sua unidade temporal é presente que marca o encontro entre o passado e o futuro; entre o diferente e a diversidade dentro da vida atual, mediada pela linguagem (2003). Para a autora, a Hermenêutica

se move entre os seguintes termos: compreensão como a categoria metodológica mais potente no movimento e na atitude de investigação; liberdade, necessidade, força, consciência histórica, todo e partes, como

categorias filosóficas fundantes; e, significado, símbolo, intencionalidade e empatia como balizas do pensamento (MINAYO, 2003, p. 1).

Considerando-se a Hermenêutica como pilar metodológico para essa pesquisa, a abordagem elencada é a Hermenêutica de Profundidade (HP)<sup>7</sup>, cujo referencial teórico-metodológico foi proposto por John B. Thompson (2002). A escolha deu-se em função das diversas possibilidades de releitura dessa abordagem, principalmente na investigação social, considerando as características do universo a ser explorado na pesquisa.

Para Thompson (2002), a Hermenêutica é importante na medida em que trata da análise dos símbolos como fundamentalmente um problema de compreensão e interpretação. Nesse sentido, no que se refere à análise das formas simbólicas e dos fenômenos sociais, afirma o autor, os métodos de análise das ciências naturais são parciais, pois:

como nos lembra a tradição hermenêutica, muitos fenômenos sociais são formas simbólicas e formas simbólicas são construções significativas que, embora possam ser analisadas pormenorizadamente por métodos formais ou objetivos, inevitavelmente apresentam problemas qualitativamente distintos de compreensão e interpretação (THOMPSON, 2002, p. 359).

A análise retrospectiva de Thompson da tradição hermenêutica o leva a tratar sobre as modificações surgidas desde os debates literários da Grécia Clássica, e emergiu há dois milênios, entre os séculos XIX e XX. Ao evocar a história, o autor procura também enfatizar que, no caso da investigação social, o objeto de interpretação é ele mesmo, um “território pré-interpretado” (THOMPSON, 2002). “O mundo sócio-histórico não é apenas um campo-objeto que está ali para ser observado (...); ele é também um campo- sujeito” (THOMPSON, 2002, p.358), que é construído por sujeitos no curso de suas vidas cotidianas, que estão sempre tentando compreender o contexto que os cerca, o que autor caracteriza como re- interpretação.

Um dos principais aspectos que se destaca na HP é a contextualização social no processo investigativo, o que contribui para as diferentes possibilidades de

---

<sup>7</sup>É utilizada a abreviação HP para se referir a Hermenêutica de Profundidade, de Thompson (1995).

aplicação desta abordagem. Para Thompson (2002, p. 356), “a HP apresenta, não tanto uma alternativa aos métodos de análise existentes, mas um referencial metodológico geral, dentro do qual alguns desses métodos podem ser situados e ligados entre si”.

Considerando-se que os processos investigativos do contexto social pressupõem a apropriação e/ou interpretação do simbólico, Thompson (2002) coloca que

o enfoque da HP deve se basear, o quanto possível, sobre uma elucidação das maneiras como as formas simbólicas são interpretadas e compreendidas pelas pessoas que as produzem e as recebem no decurso de suas vidas quotidianas, este momento etnográfico é um estágio preliminar indispensável ao enfoque da HP. Através de entrevistas, observação participante e outros tipos de pesquisa etnográfica, podemos reconstruir as maneiras como as formas simbólicas são interpretadas e compreendidas nos vários contextos da vida social (THOMPSON, 2002, p. 363).

Veronese e Gareschi (2006) defendem a utilização da HP na pesquisa social baseados na abertura metodológica que tal proposta oferece. Enfatizam que

com essa ferramenta teórica e metodológica o pesquisador pode analisar o contexto sócio-histórico e espaço temporal que cerca o fenômeno pesquisado, pode empreender análises discursivas, de conteúdo, semióticas ou de qualquer padrão formal que venha a ser necessário (VERONESE e GUARESCHI, 2006, p. 87).

Esta fala reforça o aspecto de que, em grande parte das pesquisas sociais, está presente a contextualização social, histórica e temporal do objeto do estudo, visando uma melhor compreensão do fenômeno estudado (VERONESE e GUARESCHI, 2006).

Para a utilização da Hermenêutica de Profundidade nos estudos do campo da Comunicação, Thompson (2002) foi um dos autores que melhor adaptou esse método aos sistemas massivos de disseminação de informações.

A HP está calcada no estudo das formas simbólicas que são construções significativas, tais como ações, falas, textos e imagens, e que exigem uma interpretação (THOMPSON, 2002). Para esse e outros autores (VERONESE e GUARESCHI, 2006; BASTOS e PORTO, 2005), a HP está, estreitamente, ligada aos

processos interpretativos; uma interpretação das opiniões, crenças e compreensões que são pertinentes ao contexto do mundo social. Segundo Bastos e Porto (2005), essa interpretação da linguagem desconstrói o discurso, como forma de interrogar, reinterpretar e reelaborar os sentidos e significados da compreensão antropológica das formas do homem captar a realidade e reconhecer o real.

A Hermenêutica de Profundidade, segundo Thompson (1995) não tem o intuito de criticar o cenário social de um grupo ou um discurso. Esse método busca entender a significação das ações e discursos, a fim de torná-lo apto para a compreensão de todos. Possibilita aos pesquisadores desvendar os diferentes aspectos dos fenômenos sociais com base na análise da cultura, ideologia e comunicação de massa, ou seja, pode fornecer um referencial teórico para a condução da análise cultural.

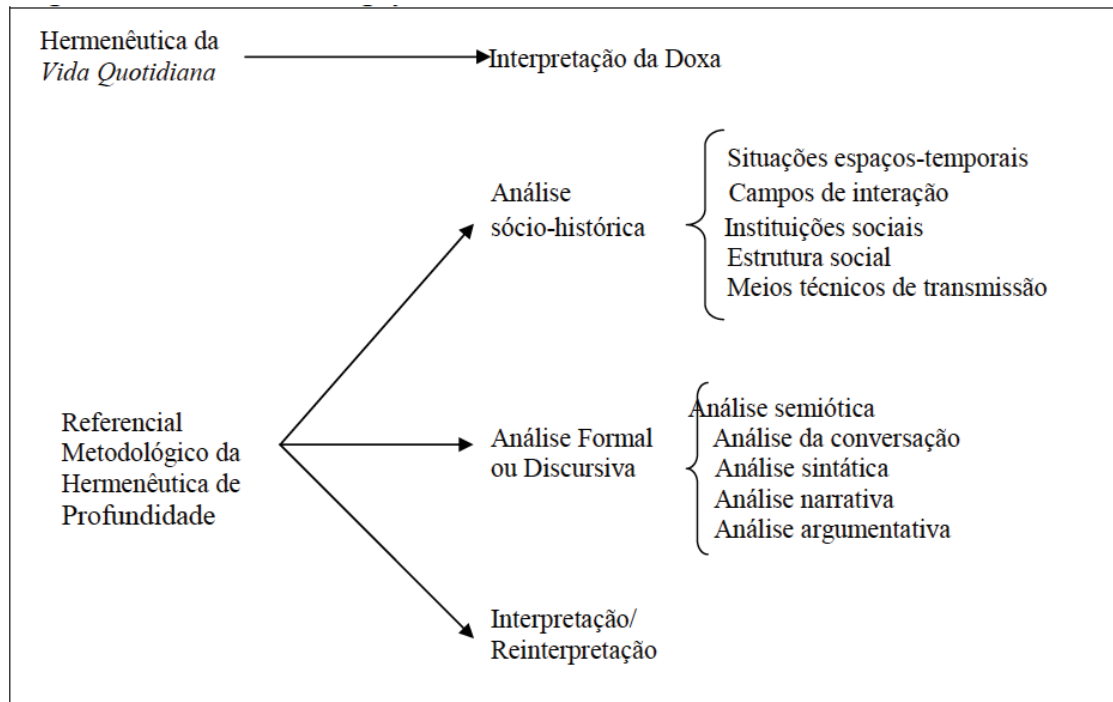
Segundo Bastos e Porto (2005), o diferencial da hermenêutica frente a outras metodologias, é a desobrigação da busca da comprovação, correção, adequação ou des-ocultação dos fenômenos verificados. “É muito mais uma postura de compreensão do que pôr à prova os dados colhidos que possam explicar uma determinada realidade” (BASTOS e PORTO, 2005, p.322). Para Veronese e Guareschi (2006) o aspecto inovador da HP poderia consistir no fato de que ela extrapola as abordagens tradicionais de ideologia, trazendo a necessidade de propor sentidos, discuti-los, desdobrá-los e não desvelá-los; ou seja, descobrir sentidos ocultos dos fenômenos sociais e não desvendar verdades. Mas, vai além disso, “trata-se de construir uma análise plausível, dentro de um paradigma compreensivo, não de acessar e revelar a verdade, mas de fazer uma leitura qualificada da realidade tal qual ela se apresenta” (VERONESE e GUARESCHI, 2006, p.87).

## 2.1 O PERCURSO DA HERMENÊUTICA

A Hermenêutica de Profundidade é estruturada em diferentes fases em seu processo metodológico, não sendo essas necessariamente em ordem cronológica. A estruturação em fases facilita o entendimento do método, permitindo inclusive ao pesquisador escolher as possíveis técnicas a serem utilizadas em cada fase. A figura 1 representa as fases que compõem a HP de Thompson (1995).



**Figura 1.** Estrutura da Hermenêutica de Profundidade (HP)



Fonte: Thompson (1995, p. 365).

### 2.1.1 Interpretação da *Doxa*

O ponto de partida para o trabalho hermenêutico consiste na interpretação da *doxa*, traduzida como a hermenêutica da vida cotidiana. Essa fase implica a investigação de como os sujeitos compreendem o contexto social e suas inter-relações, ou seja, como as pessoas percebem a realidade ao seu redor, inserida na rede de relações que se estabelecem na vida cotidiana (THOMPSON, 2002; VERONESE e GUARESCHI, 2006). Não se caracteriza, portanto, apenas pelo caráter descritivo, mas por um movimento de investigação, considerando os fatores que interferem nesse contexto.

[...] a cultura de um grupo ou sociedade é o conjunto de crenças, costumes, ideias e valores, bem como os artefatos, objetos e instrumentos materiais, que são adquiridos pelos indivíduos enquanto membros de um grupo ou sociedade; e o estudo da cultura envolve, pelo menos em parte, a comparação, classificação e análise científica desses fenômenos (THOMPSON, 1998, p. 173).

Nessa ótica, considerando como as formas simbólicas estão estruturadas e as condições sócio-históricas em que estão inseridas, outros tipos de análise, além da Interpretação da *doxa*, são propostos por Thompson (2002), denominadas dimensões analíticas distintas de um processo interpretativo complexo. São elas a análise sócio-histórica, a análise formal ou discursiva e a interpretação/reinterpretação. A maneira como essas fases de análise podem ser mais adequadamente aplicadas na prática depende do pesquisador (THOMPSON, 2002).

### 2.1.2 Análise Sócio-histórica

**A análise sócio-histórica** tem por objetivo a reconstituição das condições sociais de produção, circulação e recepção das formas simbólicas no contexto onde ocorre o fenômeno estudado. “Formas simbólicas não subsistem num vácuo, elas são produzidas, transmitidas e recebidas em condições sociais e históricas específicas” (THOMPSON, 2002, p.366). Os aspectos básicos do contexto social em que as formas simbólicas se situam enfocam a situação espaço-temporal, os campos de interação, as instituições sociais e a análise da estrutura social. Essa análise deve contemplar o conjunto de regras e convenções; as relações sociais e instituições; e a distribuição do poder, recursos e oportunidades em virtude das quais esses contextos constroem campos diferenciados e socialmente estruturados (VERONESE e GUARESCHI, 2006; THOMPSON, 2002).

O contexto da pesquisa é a organização hospitalar. A análise da estrutura visa contribuir para a compreensão dos processos que ocorrem nesse ambiente. Conhecer a estrutura formal, a estrutura informal, as relações de poder, os recursos disponíveis para a assistência, bem como as regras que norteiam as práticas de saúde é o primeiro passo para a construção do entendimento sobre o processo comunicacional nesse cenário.

Para a análise sócio-histórica Thompson (2002) distingue cinco aspectos básicos dos contextos sociais<sup>8</sup> e sugere que cada um desses define um nível de

---

<sup>8</sup> Os cinco elementos que compõem a análise sócio-histórica estão apresentados na figura 1.

análise distinto. Elencamos três aspectos para desenvolver a análise, considerando a pertinência de aplicabilidade ao estudo.

A primeira análise baseia-se na identificação e descrição das **situações espaço-temporais** (grifo nosso) específicas em que as formas simbólicas são produzidas e recebidas.

As formas simbólicas são produzidas (faladas, narradas, inscritas) e recebidas (vistas, ouvidas, lidas) por pessoas situadas em locais específicos, agindo e reagindo a tempos particulares e a locais especiais, e a reconstrução desse ambiente é uma parte importante da análise sócio-histórica (THOMPSON, 2002).

A *comunicação* no hospital ocorre em um ambiente dinâmico, composto por áreas distintas e especializadas. Entender o contexto no qual as informações circulam é fundamental para a compreensão do processo como um todo. Assim, a análise da situação espaço-temporal nessa pesquisa descreve a trajetória da implantação da cultura de segurança do paciente, na perspectiva da comunicação. Buscamos contextualizar o cenário, relatando as iniciativas desenvolvidas para este fim, a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), os desafios enfrentados e os resultados alcançados. A obtenção desse material se deu por meio das entrevistas com os profissionais que construíram esse trabalho.

O segundo nível de análise sócio-histórica aplicado investiga **os meios técnicos de construção de mensagens e de transmissão** (grifo nosso), ou seja, o substrato material em que, e através do qual, as formas simbólicas são produzidas e transmitidas (THOMPSON, 2002). Nesse procedimento observamos quais aparatos são aplicados na comunicação voltada para a implantação da cultura de segurança do paciente. Esses incluem formulários e planilhas utilizados durante os processos de trabalho que dão suporte à *comunicação*, como nos procedimentos de passagens de plantão.

E, a terceira forma de análise sócio-histórica adotada no estudo é a dos **campos de interação** (grifo nosso) quando se investiga um campo como espaço de posições e um conjunto de trajetórias, as quais determinam as relações entre as pessoas (THOMPSON, 2002). Tais relações são caracterizadas por regras não muito explícitas, mas estratégias implícitas e tácitas, “na forma de conhecimento

prático gradualmente inculcado e continuamente reproduzido nas atividades comuns da vida cotidiana” (THOMPSON, 2002, p. 367). O trabalho em saúde, especialmente no ambiente hospitalar, é calcado em práticas que se consolidaram ao longo dos anos, baseadas na história das profissões, nas descobertas científicas, nas experiências de vida e na reprodução do conhecimento (OGUISSO, 2007; MARQUIS e HUSTON, 2010).

As informações circulam constituindo um processo dinâmico; a troca entre os profissionais ocorre, em grande parte das ocasiões, durante a realização de tarefas que não podem ser interrompidas, comprometendo a concentração dos mesmos. Os enfermeiros, por exemplo, atuam em turnos de seis ou doze horas, e com frequência, a demanda de tarefas suplanta o tempo disponível. Assim, a ‘transferência’ de informações, além de constante, ocorre concomitantemente à assistência, ao gerenciamento ou às atividades educativas (SCHILLING, 2005; FELLI e PEDUZZI, 2011), próprias do fazer diário desse profissional. É necessário levar em conta que as informações são parte do processo comunicacional, pois esse pressupõe troca de significados (WOLTON, 2010).

Aplicando-se esse tipo de análise na organização hospitalar investigamos os fatores que interferem no processo comunicacional que estejam vinculados às distintas profissões e/ou categorias, como médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Cada profissão utiliza formas comuns de assistir ao paciente, norteadas pela legislação, pelos códigos de ética profissional, pelas normas do hospital e pelos aspectos subjetivos de conduta de cada grupo profissional. Esse tipo de categorização, ou de investigação de condutas comuns pode ser realizada, considerando-se os diferentes setores do hospital. Por exemplo, em uma Unidade de Terapia Intensiva, os profissionais realizam atividades que são comuns a esse grupo, mas distintas das atividades desenvolvidas pela equipe de outra área, como o Centro Cirúrgico. Essas interações e relações entre as equipes de trabalho trazem uma gama de possibilidades interpretativas que contribuem para a compreensão do processo comunicacional. Foram considerados ainda, nessa busca, os horários, os locais e/ou outros fatores ambientais que interferem na comunicação.

Assim, a pesquisa de campo inclui a observação não-participante da dinâmica de trabalho nessas duas unidades assistenciais, em diferentes momentos, e, em

especial durante as passagens de plantão, quando ocorre a transferência<sup>9</sup> dos cuidados entre os turnos de trabalho, visando à compreensão do processo de comunicação nesses cenários.

E, a pesquisa de campo incluiu, ainda, a realização de entrevistas com profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem de duas unidades distintas do hospital, e de profissionais envolvidos diretamente com a implantação da cultura de segurança do paciente no hospital. As entrevistas nos facultaram conhecer a percepção desses profissionais sobre a interface entre **comunicação** e cultura de segurança, agregando novos elementos para a compreensão do fenômeno estudado.

### 2.1.3 Análise Formal ou Discursiva

Considerando as dimensões analíticas da Hermenêutica de Profundidade proposta por Thompson, descritas em três fases, a **segunda fase** é a **análise formal ou discursiva** (grifo nosso), a qual parte do princípio de que os objetos e expressões que circulam nos campos sociais, através dos quais acontecem as relações, são formas simbólicas, construções complexas que apresentam uma estrutura articulada, sejam elas textos, falas, imagens paradas ou em movimento, ações ou práticas (VERONESE e GUARESCHI, 2006), ou seja,

um sistema simbólico onde [...] a vida social não é, simplesmente, uma questão de objetos e fatos que ocorrem como fenômenos de um mundo natural: ela é, também, uma questão de ações e expressões significativas, de manifestações verbais, símbolos, textos e artefatos de vários tipos, e de sujeitos que se expressam através desses artefatos e que procuram entender a si mesmos e aos outros pela interpretação das expressões que produzem e recebem (THOMPSON, 1998, p. 165).

Assim, essa fase busca compreender “que padrões de relação estão contidos nas formas simbólicas e em sua relação com o contexto sócio-histórico” (VERONESE e GUARESCHI, 2006, p.89). Existem várias possibilidades de se conduzir a análise formal ou discursiva, de acordo com o fenômeno a ser

---

<sup>9</sup> Os termos transferência e/ou transmissão dos cuidados se referem à situação na qual os profissionais de um turno descrevem as atividades de cuidado prestadas a cada paciente, bem como as devidas recomendações ao colega do turno subsequente, caracterizando a transferência da responsabilidade sobre os pacientes para aqueles que assumem o plantão.

investigado e seu respectivo contexto. Nessa etapa do estudo foram investigados os aspectos simbólicos e subjetivos que estão vinculados ao trabalho no hospital, na perspectiva do processo comunicacional, por meio da análise do conteúdo do material obtido nas entrevistas e durante a observação não-participante. Utilizamos, para tanto, a Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2009), cujo desenvolvimento será detalhado na sequência do estudo.

#### 2.1.4 Interpretação e re-interpretação

**A última fase** da Hermenêutica de Profundidade é a ***Interpretação/re-interpretação*** (grifo nosso). A partir da *análise formal*, a interpretação constrói um novo pensamento, caracterizada por síntese, pela construção criativa de possíveis significados e atrelada ao aspecto referencial (THOMPSON, 2002). O processo de interpretação mediado pelas técnicas do enfoque da HP é simultaneamente um processo de re-interpretação, pois, as formas simbólicas que são o objeto de interpretação fazem parte de um campo pré-interpretado pelos sujeitos que constituem o mundo sócio-histórico (THOMPSON, 2002). "A experiência humana é sempre assimilada aos resíduos do que passou, e no sentido que, ao procurar compreender o que é novo, nós sempre e necessariamente construímos sobre o que já está presente" (THOMPSON, 1998, p. 360).

A *Interpretação/re-interpretação* nesse estudo se dá a partir da análise das formas simbólicas pertinentes ao trabalho no cenário hospitalar, buscando-se uma nova significação para os fenômenos estudados.

Essa fase constitui um campo permeado por conflitos, arriscado, aberto à discussão, o que é intrínseco ao próprio processo de interpretação; o conflito pode surgir desde a interpretação divergente de pesquisadores que empregam técnicas diferentes, até pela maneira com que as formas simbólicas são interpretadas pelos sujeitos que constituem o mundo sócio-histórico (THOMPSON, 2002).

A HP permite a exploração dos diferentes contextos culturais, por meio de formas complementares, constituindo um corpo consistente de possibilidades na pesquisa social. Para Thompson (2002), a Hermenêutica é importante na medida em

que trata da análise dos símbolos como fundamentalmente um problema de compreensão e interpretação.

Entendemos que essa abordagem é adequada para o propósito do estudo, pois faculta a análise dos aspectos simbólicos inseridos nas práticas em saúde, e possibilita a re-interpretação, refletindo na construção de possíveis significados envolvidos no processo comunicacional no hospital. Dentro de cada fase do enfoque da HP, uma gama de técnicas de pesquisa pode ser utilizada, sendo algumas mais adequadas que outras, dependendo do objeto específico de análise e das circunstâncias específicas da investigação (THOMPSON, 2002, p. 366).

## 2.2 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Conforme já destacado, esse estudo é sustentado pela HP e consiste em um estudo exploratório descritivo de caráter qualitativo (GIL, 2009). As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar familiaridade com o problema e o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições, permitindo compreender o problema no meio em que ele ocorre. Seu planejamento é flexível, contemplando uma visão ampla da realidade em estudo (GIL, 2009). Os estudos descritivos se propõem a descrever as características de determinada população ou fenômeno, utilizando-se de técnicas padronizadas de coleta de dados. São habitualmente realizadas pelos pesquisadores sociais que estudam a atuação prática, principalmente em organizações (GIL, 2009).

Entendemos como adequada essa estratégia metodológica considerando que esse estudo foi desenvolvido em uma organização hospitalar, visando à investigação do fenômeno “comunicação na cultura de segurança do paciente”. Caracteriza-se, ainda, como estudo de caso, modalidade amplamente utilizada nas ciências biomédicas e sociais (GIL, 2009). Essa estratégia de pesquisa tem como objetivo contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo e “permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real” dos processos individuais ou organizacionais (YIN, 2005, p.20).

Pesquisar um meio requer concebê-lo como um complexo de estruturas, como um campo de produções e contradições, observando seu funcionamento e buscando sistematizar os aspectos investigados, incluindo experiências, vivências, condições de produção e produtos resultantes desse processo (MALDONADO, 2006). Toda a pesquisa precisa de um recorte, que permita investigar um segmento da realidade, porém sem ignorar o conjunto de aspectos dessa realidade que intervém na sua estruturação e que a condiciona (MALDONADO, 2006).

### 2.3 UNIDADE DE ANÁLISE E PARTICIPANTES DO ESTUDO

Justificamos a importância da contextualização da unidade de análise deste estudo citando Maldonado (2006, p.276), “o contexto não é um fator externo à problemática de pesquisa, ele é parte constitutiva decisiva da formulação de um problema”. A unidade de análise deste estudo é um hospital universitário de grande complexidade da região metropolitana de Porto Alegre, RS. A escolha fundamenta-se no fato desse hospital ser referência para diversas especialidades na assistência à saúde e ser um importante centro de formação de profissionais de diferentes áreas, tais como medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia, farmácia, odontologia, entre outras.

Caracteriza-se como um hospital geral, que assiste a pacientes adultos e pediátricos, abrangendo todas as especialidades médicas. Na área de ensino, situa-se como campo de estágio curricular dos cursos de graduação, pós-graduação e profissionalizantes. Também são desenvolvidos projetos de pesquisa em articulação com universidades. Conta, ainda, com áreas de diagnóstico, centro cirúrgico, salas de recuperação pós-anestésicas e ambulatórios, atendendo as demandas de pacientes internados e ambulatoriais

Para Maldonado (2006), a formulação de uma configuração de contextos múltiplos pertinentes a uma problemática supõe uma imersão básica em cada um desses contextos, que por sua vez implica a realização de procedimentos de planejamento, aproximação, reconhecimento, observação sistemática, experimentação, vivência, investigação teórica e a busca de caminhos de reflexão,



análises e sistematização dos elementos do contexto importantes para a compreensão do problema investigado.

Para essa investigação foram elencadas duas áreas do hospital. Uma consiste em unidade de internação cirúrgica, caracterizada como aberta, com alta rotatividade de pacientes e taxa de ocupação<sup>10</sup>. Apresenta um considerável fluxo de profissionais, pacientes e familiares circulando nesse ambiente. Internam nessa unidade pacientes de várias especialidades cirúrgicas, com diversidade de situações, e agravos. O quadro de profissionais é formado por equipe composta por médicos de várias especialidades, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem e funcionários administrativos. Para fins de sigilo, essa unidade foi denominada nesse estudo como “unidade ALFA”.

A outra área escolhida para o estudo é uma sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) destinada à recuperação dos pacientes submetidos a cirurgias de emergência ou previamente agendadas (eletivas). Essa unidade foi elencada para o estudo por ser uma área com características divergentes da primeira em relação ao número de leitos, por ter uma área física mais restrita, envolvendo profissionais de diferentes áreas, e alto fluxo de pacientes. Para fins de sigilo, essa unidade foi denominada nesse estudo como “unidade BETA”.

A Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) tem como finalidade proporcionar condições estruturais e funcionais para receber o paciente submetido a procedimento anestésico-cirúrgico, que deve permanecer sob observação e cuidados constantes da equipe de enfermagem, até a recuperação da consciência, estabilidade dos sinais vitais, visando restabelecer o equilíbrio fisiológico; além da prevenção das possíveis intercorrências desse período e, no caso de sua ocorrência, prestar assistência imediata ao paciente (SOBECC, 2013).

A equipe dessa unidade é composta por profissionais que permanecem exclusivamente na unidade, como médicos plantonistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem; e outros que atuam nesse setor, mas não durante todo o turno de trabalho, como médicos de outras especialidades que prestam assistência aos pacientes, de acordo como o tipo de cirurgia ou agravo, nutricionistas,

---

<sup>10</sup> Dados técnicos como número de leitos, quadro de pessoal e indicadores não são mencionados, visando preservar a identidade da instituição estudada.

fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros, mediante solicitação e/ou consultoria.

Elencamos essa área para a pesquisa pela sua especificidade. É uma área de alto fluxo de pacientes, na qual os processos informacionais ocorrem de forma intensa e a rapidez na assistência é fator primordial para a manutenção da vida. Os pacientes caracterizam-se por serem de cuidados intermediários e/ou semi-intensivos no que se refere ao grau de dependência da enfermagem, considerando o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP)<sup>11</sup>.

O horário de funcionamento de ambas as unidades é 24 horas, ininterruptamente e os turnos de trabalho são divididos em manhã, tarde e noite. Nestes horários acontece a “passagem de plantão” (grifo nosso) entre os turnos, que consiste na passagem de informação entre os profissionais de saúde que tem como missão a continuidade e segurança dos cuidados (JCI, 2005). Nesse momento acontece a ‘transmissão’<sup>12</sup> de informações acerca dos pacientes, incluindo dados como identificação, motivo da internação, cirurgia realizada e/ou quadro clínico, evolução, cuidados realizados e recomendações de cuidado.

Esse processo ocorre de forma diversa nessas duas áreas (ALFA E BETA), pelas características que cada uma apresenta, finalidade e tipo de pacientes atendidos. Na unidade ALFA a passagem de plantão consiste em uma reunião entre os profissionais dos dois turnos envolvidos, em grande grupo, realizada no posto de enfermagem e distante dos pacientes. Na unidade BETA esse procedimento é realizado à beira do leito, entre os profissionais diretamente envolvidos no cuidado daquele paciente e junto do mesmo. As diferentes situações podem nos permitir uma análise do processo comunicacional, considerando essas variáveis, como a interferência do ambiente, as características do paciente atendido, a presença do paciente durante a passagem de plantão, o número de pessoas envolvidas, dentre

---

<sup>11</sup> Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) é a forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal, para atender às necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente (GAIDZINSKI, 1994).

<sup>12</sup> Os termos ‘transmitir’/‘transmitida(o)’/‘transmissão’/‘transferência’/‘transferir’ a informação serão destacados, ao longo do texto, pois os mesmo são largamente utilizados no cenário hospitalar. Entretanto, assumimos, nesse estudo, essa expressão como vinculada ao viés instrumental da comunicação.

outros. Assim, justificamos a escolha dos locais para o estudo visando contemplar a diversidade que permeia o processo de **comunicação** no ambiente de cuidado.

Como participantes do estudo foram escolhidos os profissionais médicos, enfermeiros gestores, enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem dessas duas áreas. A justificativa da escolha se dá pelo fato desses profissionais prestarem assistência direta aos pacientes diariamente e estarem envolvidos na construção da cultura de segurança do paciente. Além desses, ainda foram incluídos os integrantes do Núcleo de Segurança do Paciente, por serem os desencadeadores do processo de implantação da cultura de segurança, como determina a Portaria 529, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Como critérios de inclusão, foram convidados a participar da pesquisa os funcionários que atuam há mais de um ano na instituição e que concordaram em participar do estudo.

## 2.4 PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

Para a compreensão dos fenômenos sociais diferentes técnicas de investigação podem ser utilizadas. A HP traz o conceito de pluralismo metodológico, permitindo a aplicação de formas diversas de coleta e análise de dados visando a construção de conhecimento crítico (VERONESE e GUARESCHI, 2006). A realidade social pode ser representada de maneiras informais e/ou formais de se comunicar e o meio de comunicação pode ser composto de textos, imagens e/ou materiais sonoros (BAUER, GASKELL e ALLUM, 2002).

Abordamos, a seguir, as técnicas de investigação e análise, que foram utilizadas nessa pesquisa, considerando os preceitos da HP. Tais técnicas incluíram a pesquisa bibliográfica (GIL, 2009; STUMPF, 2008), pesquisa documental (GIL, 2009; MOREIRA, 2008), estudo de campo (GIL, 2009) e entrevista em profundidade (DUARTE, 2004; DUARTE e BARROS, 2008) cujo material coletado foi objeto da análise de conteúdo (BARDIN, 2009).

Em relação à pesquisa bibliográfica entendemos que esta consiste no ponto de partida de uma investigação e desenvolve-se como uma atividade contínua e constante ao longo do trabalho (STUMPF, 2008). Nesse estudo foi calcada principalmente em livros e publicações em periódicos e contempla os temas

relacionados ao fenômeno a ser estudado. Assim, foram abordados os temas organização e trabalho; organizações em saúde; hospitais; segurança do paciente, comunicação e cultura organizacional; e comunicação na cultura de segurança do paciente. A incursão nesses temas teve como intuito, num primeiro momento nortear o caminho da pesquisa e posteriormente, ao longo do trabalho, subsidiar a análise das informações coletadas, buscando a compreensão do problema de pesquisa identificado.

A análise documental, a qual “compreende a identificação, a verificação e a apreciação de documentos para determinado fim” (MOREIRA, 2008, p.271), embora se assemelhe à pesquisa bibliográfica, diferencia-se desta pela natureza das fontes, pois se baseia em materiais que não receberam tratamento analítico e utiliza fontes mais diversificadas (GIL, 2008). Nesse estudo a pesquisa documental se baseou no documento de referência do Ministério da Saúde para a implantação da cultura de segurança (BRASIL, 2014).

Outra técnica de investigação que entendemos como adequada para essa pesquisa é o estudo de campo, o qual se caracteriza pela investigação de um grupo ou comunidade em termos de sua estrutura social, ressaltando a interação entre seus componentes. Busca o aprofundamento das questões propostas e tem um planejamento mais flexível, podendo ser modificado ao longo da pesquisa (GIL, 2009). Esse tipo de investigação focaliza uma comunidade de trabalho, de estudo ou voltada para qualquer atividade humana e é desenvolvida por meio da observação direta das atividades e comportamento do grupo e de entrevistas com os componentes do universo pesquisado (GIL, 2009).

Consideramos esse tipo de investigação apropriada ao objeto de estudo, pois a implantação da cultura de segurança pressupõe mudanças nas relações de trabalho, o que pode ser evidenciado pelo comportamento dos grupos. “O pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente, pois é enfatizada a importância de o pesquisador ter tido ele mesmo uma experiência direta com a situação de estudo” (GIL, 2009, p 53). Além disso, é recomendada ao pesquisador uma imersão na realidade a fim de compreender as regras, costumes e convenções que regem o grupo estudado (GIL, 2009). Nesse caso, a pesquisadora acompanhou as práticas de trocas de turno e a dinâmica de trabalho nas unidades estudadas durante o período de investigação, o que oportunizou o convívio com as diferentes

equipes de profissionais do hospital, caracterizando a imersão sugerida. As técnicas de observação são aplicáveis para a apreensão de comportamentos e acontecimentos no momento em que eles se produzem, sem a interferência de documentos ou pessoas, e coloca o pesquisador dentro do cenário de forma que ele possa compreender a complexidade dos ambientes psicossociais (ZANELLI, 2002).

O pesquisador pode optar pelo grau de participação, definir a duração e o roteiro do que observar. Neste estudo optamos pela observação não-participante, na qual o pesquisador não se envolve diretamente com o objeto pesquisado. O mesmo assume o papel de espectador do objeto observado, o que permite ao pesquisador apreender uma situação como ela realmente ocorre (GIL, 2008). Os aspectos observados foram registrados constando o relato das descrições dos fatos/eventos e as nossas próprias reflexões. Tal registro foi feito no momento mais próximo possível da observação, por meio da utilização de um diário (TEIXEIRA, 2005).

#### 2.4.1 Entrevista em Profundidade

Uma das formas de investigação elencadas para esse estudo foi a entrevista em profundidade. Para tanto foi utilizado um instrumento de pesquisa contemplando os aspectos a serem analisados. As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas no hospital, em local que possibilitou privacidade aos entrevistados e foram gravadas com a permissão prévia dos participantes.

De acordo com Duarte (2004, p.3) entrevistas são fundamentais quando “se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados”. Segundo Duarte (2012) a entrevista em profundidade é um recurso metodológico que busca, com base em teorias e pressupostos definidos pelo investigador, recolher respostas a partir da experiência subjetiva de uma fonte, selecionada por deter informações que se deseja conhecer. É uma técnica qualitativa que, a partir de informações, percepções e experiências dos entrevistados, explora um assunto para analisá-las de forma estruturada (DUARTE, 2012). Essa técnica apresenta flexibilidade no desenvolvimento da conversa, e na estruturação das perguntas, e é geralmente

individual. O objetivo principal desse tipo de entrevista é obter respostas de maior intensidade, sem a necessidade de quantificar dados ou oferecer uma representação estatística.

Duarte (2012) explica que a entrevista em profundidade é efetiva aos estudos exploratórios que buscam ampliar o conhecimento sobre uma dada situação. No método de investigação Hermenêutica que sustenta esse estudo, a entrevista em profundidade foi aplicada em diferentes momentos. Na análise sócio-histórica a entrevista em profundidade foi utilizada para obter informações acerca da construção da cultura de segurança do paciente no hospital. Na fase de interpretação e re-interpretação da HP, foi possível utilizar os benefícios da entrevista em profundidade, e durante o processo de apropriação das informações coletadas, nos inserimos no contexto do fenômeno estudado, o que nos levou ao processo de interpretação e re-interpretação.

Quando um analista social propõe teorias, achados ou interpretações de qualquer tipo, esses resultados se colocam numa situação que podemos descrever como *uma relação de apropriação potencial* pelos sujeitos que constituem o mundo social. Isto é, esses resultados se colocam numa relação de retroalimentação potencial para com o próprio campo sujeito-objeto, a respeito do qual os resultados são formulados, de uma maneira que não possui paralelo semelhante nas ciências naturais (THOMPSON, 1998, p. 359).

A fase da re-interpretação implica a construção de um novo pensamento e pressupõe uma interpretação prévia (THOMPSON, 2002).

Uma entrevista em profundidade, normalmente aborda temas subjetivos, e necessita seguir um rigor metodológico, para que ao aplicar o mesmo procedimento a outro entrevistado os resultados obtidos sejam semelhantes. Para atribuir confiabilidade ao procedimento, é necessário que os entrevistados sejam capazes de responder a questões, apresentarem o máximo de envolvimento com o assunto, pois, como frisa Duarte (2012), uma entrevista de qualidade pode ser mais pertinente ao estudo do que muitas sem relevância. As entrevistas em profundidade podem ser classificadas como abertas, semi-abertas e fechadas<sup>13</sup>(DUARTE, 2012).

---

<sup>13</sup> Entrevista aberta é a estratégia mais flexível de adquirir respostas para uma pesquisa exploratória, mas exige do pesquisador a capacidade em manter o foco e garantir a fluência e a naturalidade, pois não tem um roteiro e as perguntas subsequentes são baseadas nas respostas anteriores; e, a entrevista fechada limita a exploração do objeto a ser estudado (DUARTE, 2012).

Neste estudo utilizamos entrevistas semi-abertas, que se caracterizam pela flexibilidade e por explorar ao máximo determinado tema, exigindo da fonte subordinação dinâmica ao entrevistado, partindo de um roteiro-base que direciona a pesquisa (DUARTE, 2012; THIOLENT, 1985). Utilizamos como roteiro dois instrumentos estruturados com questões abertas e fechadas que permitiram identificar diferentes nuances sobre o objeto estudado. Conforme Duarte (2010), as questões norteadoras que compõem o instrumento baseiam-se no problema de pesquisa; mas devem oferecer o máximo de amplitude ao tema e permitir ao pesquisador explorar cada resposta. Um ponto favorável desse modelo é poder criar uma estrutura para comparação de respostas e articulação de resultados, contribuindo para a sistematização das informações fornecidas por diferentes fontes (DUARTE, 2012).

Para a realização do estudo foram elaborados dois roteiros que visaram nortear as entrevistas.

O primeiro instrumento de pesquisa (APÊNDICE A), aplicado na entrevista com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), foi elaborado visando identificar o processo de construção da cultura de segurança do paciente no hospital, e foi composto pelos seguintes itens:

- I. Histórico da criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).
- II. Constituição e objetivos.
- III. Atuação
- IV. Estratégias desenvolvidas e estratégias a serem implantadas pelo NSP.
- V. Como são veiculadas as informações sobre segurança do paciente no hospital.
- VI. Como é percebido o processo de comunicação na implantação da cultura de segurança do paciente.

O segundo roteiro proposto para essa pesquisa, voltado para os profissionais da assistência, médicos, enfermeiros e técnicos e enfermagem, foi estruturado visando conhecer como principais aspectos:

- I) Percepção sobre a temática segurança do paciente.
-

II) Relação entre segurança do paciente e comunicação.

III) Aspectos envolvidos na comunicação no hospital.

IV) Conhecimento acerca do documento do Ministério da Saúde que recomenda “Comunicação efetiva entre os profissionais da assistência”.

V) Significado de informação e comunicação.

VI) Interferências no processo de comunicação durante a assistência ao paciente no hospital.

Para avaliar a adequação do roteiro da entrevista ao objeto de pesquisa realizamos um pré-teste, o qual foi aplicado em entrevista com três profissionais (uma enfermeira, um médico e um técnico de enfermagem). Identificamos, então, a necessidade de modificação, pois observamos que havia questões redundantes, as quais poderiam confundir o entrevistado e, cujas prováveis respostas seriam contempladas com uma questão apenas. Incluímos, ainda, uma questão abordando o tema “competências para a comunicação”, pois durante a fase de contextualização do cenário e entrevista com o núcleo de segurança surgiu esse assunto, o qual entendemos que poderia contribuir com a investigação. E, alteramos a ordem das questões visando não inferir nenhuma resposta, baseada no texto da pergunta.

Abaixo apresentamos as questões do roteiro modificado, aplicado aos profissionais enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, cujo instrumento se encontra no APÊNDICE B.

I) Significado de informação e comunicação.

II) Conhecimento sobre o documento do Ministério da Saúde que recomenda “Comunicação efetiva entre os profissionais da assistência”.

III) Aspectos envolvidos na comunicação no hospital.

IV) Relação entre segurança do paciente e comunicação.

V) Competências dos profissionais de saúde para a comunicação.

Assim, considerando as diferenças entre os atores desse cenário, a distribuição de poder na hierarquia da instituição, e as demais peculiaridades que envolvem a organização do trabalho em um hospital, acreditamos que a entrevista em profundidade pôde contribuir para uma coleta de dados que permitiu a



compreensão do simbólico que permeia as relações nesse contexto e que compõem o processo comunicacional.

Cabe ainda salientar que

toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos (MINAYO, 2012, p. 622).

Esse aspecto constitui uma limitação desse procedimento metodológico, o que justifica a aplicação de outras técnicas complementares.

## 2.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A descrição dos resultados é outro ponto que exige um cuidado especial, é a forma que diferencia a análise de uma entrevista em profundidade inserida na abordagem da HP de qualquer outra forma de análise (DUARTE, 2012).

O verbo principal da análise qualitativa é compreender e, para tanto é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo na sua subjetividade, mas também é preciso saber que “a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere” (2012, p. 622).

Para analisar as informações oriundas da fase de investigação, recorreremos à Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2009). De acordo com a autora, a análise de conteúdo procura buscar a compreensão do conteúdo além do que está aparente, podendo ser considerada “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2009, p.38), porém não se restringe apenas a isso, ela visa à inferência ou dedução lógica de conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção das mensagens.

A autora aponta três etapas básicas no estudo com análise de conteúdo, intitulada de “análise temática”. A primeira se refere à pré-análise que consiste na organização do material coletado para a análise, ou seja, transcrição das falas da

entrevista semi-aberta. Trata-se da constituição do *corpus*, que são os documentos representativos e pertinentes à pesquisa. Após, realiza-se a exploração do material que começa na pré-análise, e destina-se a submeter o *corpus* a um estudo aprofundado, realizando uma leitura exaustiva do material organizado. Nesta fase, também é feita a decomposição do material coletado em unidades de significado e a posterior agregação destas unidades em temas e/ou categorias<sup>14</sup> que irão emergir do conteúdo dos dados coletados. Ao final, é realizada a interpretação inferencial apoiada nos materiais de informação com uma análise mais intensa, que tenta desvendar o conteúdo latente. Após a descrição dos núcleos de significado identificados e categorizados durante a exploração do material, passamos à interpretação e discussão dos resultados da pesquisa de acordo com o referencial teórico adotado (BARDIN, 2009).

A análise das informações contemplou as etapas referidas, discriminadas a seguir:

- As entrevistas foram gravadas e as falas foram transcritas e digitadas, e o material foi organizado. As entrevistas foram identificadas numericamente e de acordo com o código do participante. Os participantes receberam códigos para identificação das falas e preservação do anonimato, de acordo com sua função, a saber, a letra “E” para enfermeiros, “M” para médicos, “T” para técnicos de enfermagem e “N” para integrantes do Núcleo de Segurança.
- Realizamos leitura e um estudo detalhado das informações, orientado pelo objetivo e referenciais teóricos sobre o tema. Destacamos elementos significativos, os quais assinalados e posteriormente agrupados por similaridade foram então, classificados e categorizados dando origem aos sub-temas e às dimensões finais ou temas propriamente ditos relacionados à comunicação.

A análise das entrevistas foi realizada, considerando três dimensões definidas a priori: **segurança do paciente; comunicação; informação**. Os relatos dos participantes foram interpretados e re-interpretados tendo como pilar o documento de referência para a implantação da cultura de segurança do paciente e o referencial

---

<sup>14</sup> Nessa pesquisa, considerando as subjetividades do cenário estudado, optamos por utilizar o termo “dimensões” em substituição ao que Minayo (2012) denomina “categorias” ou “temas”.

teórico. Entretanto, considerando a abrangência do material e os elementos que emergiram das entrevistas e da observação não-participante, estabelecemos seis dimensões de análise (em negrito), como desdobramento das três dimensões anteriormente elencadas: **a percepção sobre informação e comunicação; a comunicação e a passagem de plantão: refletindo sobre os cenários; aspectos envolvidos no processo de comunicação no hospital; a relação entre segurança do paciente e comunicação; a construção da cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais; competências dos profissionais de saúde para a comunicação.**

O material foi explorado, re-interpretado e discutido à luz do referencial teórico adotado, visando contemplar os objetivos do estudo.

## 2.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os princípios éticos da pesquisa foram contemplados conforme recomendações de Goldim (2010). O estudo foi submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) e à Comissão Científica do hospital em estudo, sob CAAE 61385116.0.00005336, visando atender às Normas e Diretrizes regulamentadoras de pesquisas em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, MS. Res. 466/12).

A participação dos sujeitos na pesquisa foi espontânea e ocorreu mediante autorização dos mesmos através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), em duas vias, identificadas com o nome do participante, datadas e assinadas, sendo uma retida pelo participante da pesquisa e outra arquivada pelo pesquisador. Foi garantida a confidencialidade, a privacidade e o anonimato aos participantes, bem como a liberdade de cancelarem sua participação no estudo a qualquer momento.

A identificação do hospital foi preservada no estudo, atendendo aos princípios éticos e legais. As situações descritas representam práticas comuns nos diferentes cenários de saúde e têm como intuito facilitar a compreensão do fenômeno

estudado, contribuindo para a avaliação das práticas de saúde, com vistas ao cuidado mais seguro.

### 3 ORGANIZAÇÃO E TRABALHO

A organização é o palco no qual as relações de trabalho acontecem, é a base onde se estrutura a construção de saberes, produtos e serviços. Uma reflexão sobre a relação entre trabalho, trabalhador e organização, baseada na produção de diferentes autores permite rever os aspectos que constroem a realidade organizacional contemporânea. Buscamos nesse capítulo um olhar (dentre tantos outros possíveis) sobre a organização a partir das suas dimensões simbólicas, trazendo à discussão alguns conceitos que balizam essa perspectiva. Partimos de um breve resgate histórico das organizações, com enfoque sobre a relação homem/trabalho, desenvolvendo-se, a seguir, uma reflexão crítica sobre as organizações em saúde, em especial os hospitais e as interações sociais que ocorrem nesse ambiente.

#### 3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

Há algum tempo, diferentes autores vêm questionando o motivo pelo qual os indivíduos buscam as organizações; porque nelas permanecem ou saem; e se o trabalho é fonte de prazer e/ou sofrimento (CHANLAT, 1993; MUMBY, 2010).

O trabalho é tão antigo quanto o homem e os aspectos que permeiam essa discussão podem considerar o processo histórico, contemplando uma contextualização no tempo e no espaço. As transformações sociais, de modo geral, sempre estiveram atreladas ao mundo do trabalho. Um dos marcos dessas transformações foi o surgimento do capitalismo industrial, caracterizado como um verdadeiro golpe radical e violento contra as atividades dominantes: a atividade camponesa e as corporações artesanais. O modelo de uma *civilização agrícola rural* foi sendo substituído por uma *civilização industrial urbana* durante o século XVIII, porém não com a mesma velocidade entre os diferentes países e continentes (ZARIFIAN, 2001). Esse modelo, segundo Zarifian (2001) é marcado pela separação

e posterior reunião dos dois objetos: trabalho e trabalhador; pela instauração do fluxo como critério central da produção industrial; e pela imobilização e organização da co-presença do trabalhador no tempo e no espaço (posto de trabalho). As configurações da atividade humana que transformaram ao longo do tempo foram marcadas pela relação entre trabalho e trabalhador. “O trabalho reverte ao trabalhador” (ZARIFIAN, 2001, p.56); não é mais um dado objetivável, padronizável, prescritível e redutível à lista de tarefas relacionadas a uma descrição de emprego. “O trabalho torna-se o prolongamento direto da competência pessoal que um indivíduo mobiliza diante de uma situação profissional” (ZARIFIAN, 2001, p.56). Para esse autor a competência do trabalhador está associada à forma como ele lida como os eventos do cotidiano.

As mutações do trabalho ao longo do tempo apontam diferentes formas de relacionamento do homem com a atividade, do homem com seu grupo de trabalho e do homem com a organização. Na sua transformação histórica, as organizações foram classificadas por Zarifian (2001) em três tipos: *organização celular*, *organização em rede* e *organização por projetos*. A *organização celular* é uma organização por pequenas equipes, dotadas de autonomia suficiente para auto-organizar seu trabalho, diretamente responsáveis por seu desempenho, e geralmente constituídas por profissionais da mesma ocupação. A *organização em rede* visa assumir as necessidades da organização transversal, comum a várias áreas da empresa, voltada para um desempenho global. E, a *organização por projeto* foi criada com o intuito de acelerar processos de inovação, por meio da reunião de uma equipe multiocupacional, em torno de um projeto específico, com prazo determinado. Os três tipos de organização têm como características comuns, de um lado, o movimento de retorno do trabalho ao trabalhador, marcado pela atualização organizada do poder de pensamento e ação; e de outro lado, a apreensão subjetiva do caráter das atividades profissionais.

O reconhecimento da racionalidade limitada parece ser um marco na evolução do conceito do homem no ambiente organizacional e também do conceito de organização. As motivações intrínsecas dos indivíduos não eram estudadas; pensava-se que o aperfeiçoamento dos sistemas garantiria por si só os resultados esperados (MOTTA e VASCONCELOS, 2009). Esse cenário da Escola Clássica de Administração, marcado pelo racionalismo, operacionalização do trabalho e foco na

tarefa foi gradativamente substituído pelo modelo da Escola de Relações Humanas, a partir da experiência de Elton Mayo em Hawthorne (MOTTA e VASCONCELOS, 2009). A complexidade do comportamento humano foi então reconhecida, valorizando-se mais a compreensão dos fatores afetivos e psicológicos no ambiente de trabalho, bem como sua influência nos resultados da organização (MOTTA e VASCONCELOS, 2009; ZARIFIAN, 2001). Mesmo que o olhar tenha se colocado sobre o *homem social*, ainda assim este era considerado como um ser passivo, que reage de forma padronizada aos estímulos da organização (MOTTA e VASCONCELOS, 2009).

Durante décadas estudos foram desenvolvidos acerca da relação do trabalhador com a organização e dos fatores associados à produtividade. Desde o modelo de Frederic Taylor (1903), com foco na tarefa, na especialização do operário, na produção em busca de resultados econômicos houve uma evolução que trouxe a concepção do homem como um ser total, cujo comportamento “não pode ser reduzido a esquemas simples, reducionistas e mecanicistas e que tem necessidade de segurança, afeto, aprovação social, prestígio e autorrealização” (KUNSCH, 2010, p. 10). Entretanto, essas transformações no mundo do trabalho e da gestão, embora tenham provado a existência do indivíduo em outra dimensão, com necessidades e desejos, não apontaram para uma mudança no foco das empresas, que continuou sendo a busca de resultados quantitativos de produção (KUNSCH, 2010), reforçando o modelo Taylorista e Fordista.

Uma das alterações essenciais do trabalho é a necessidade de entendimento mútuo, de troca e da compreensão pelo trabalhador (ZAFIRIAN, 2001). Ao longo da evolução histórica das organizações, os movimentos de socialização dos saberes e de organização do trabalho induzem à abertura em relação às ocupações e às trocas de conhecimentos para as soluções dos problemas que precisam ser enfrentados. As interações dos indivíduos e grupos, suas trocas simbólicas, suas identidades e personalidades compõem uma realidade complexa, que dificilmente pode ser reduzida a modelos mecânicos. No entanto, a necessidade de controlar e dirigir as organizações para atingirem seus objetivos as conduz para a busca de soluções para a gestão. É nesse sentido que é possível compreender a burocracia. A Teoria da Burocracia resgata a racionalidade do processo e retrata o distanciamento entre o mundo da organização formal, das rotinas e cálculos, e o

mundo das práticas informais, que diz respeito aos sentimentos e afetividades (WEBER, 2005). Dessa abordagem originaram-se distorções que contribuíram para a criação de grupos informais, rituais e coalizões entre indivíduos e grupos, mostrando que a construção social da realidade passa pelos aspectos formais e também é fruto das escolhas feitas pelos indivíduos (BERGER e LUCKMANN, 2008; MOTTA e VASCONCELOS, 2009).

Outras teorias se juntaram a essas abordagens em torno do ano de 1960, as quais analisaram não somente o ambiente interno, mas a relação da empresa com o meio externo, como, por exemplo, a Teoria dos Sistemas, de Bertalanffy (BERTALANFFY et al, 1976). Essa teoria defende a ideia de que não há fronteiras claras entre esses dois cenários, interno e externo (BERTALANFFY et al, 1976). A Teoria da Contingência preconizada por Lawrence e Lorsh (1967), também analisa as relações da organização com o meio, baseada no conceito de adaptação, tanto como influenciadora do ambiente externo como sofrendo influência desse ambiente (MOTTA e VASCONCELOS, 2009). Nessas abordagens observamos algumas mudanças no papel do trabalhador, que busca assumir uma posição mais participativa, que contemple também as subjetividades do ser humano.

### 3.2 ORGANIZAÇÃO, TRABALHO E TRABALHADOR

Srouf (2012) conceitua organizações como “coletividades especializadas na produção de um determinado bem ou serviço” (SROUR, 2012, p 69) por meio da combinação entre agentes sociais e recursos, utilizados de forma eficiente<sup>15</sup>, envolvendo ações cooperativas e coordenadas. Esse autor faz ainda uma distinção entre organizações e instituições, embora na linguagem corrente ambas sejam confundidas. Entende “instituição” como organizações ou agrupamentos dotados de certa estabilidade estrutural e/ou que adquiriram prestígio social ou ainda a um *complexo consagrado de normas*, pautado em valores duradouros (SROUR, 2012). Para definir organização Srouf (2012) aponta algumas características que as configuram. São unidades de ação e de decisão, portadoras de necessidades e de

---

<sup>15</sup> Em uma definição clássica de eficiência podemos afirmar que a organização eficiente é a que realiza os objetivos com a menor quantidade de recursos (DAFT, 1999; MEGGINSON et al, 1998).



interesses corporativos e agrupamentos que desenvolvem vida própria, apesar de serem “meios”, à medida que sua dinâmica interna tende a perpetuá-los, e transformá-los em “fins” em si mesmos (SROUR, 2012).

Tais definições implicam certa dificuldade em “classificar” (grifo nosso) as instituições/organizações, pois existem muitos fatores que compõem essa categorização que são subjetivos e dependem dos diferentes olhares, como o prestígio e/ou a estabilidade estrutural. O hospital, segundo essa conceituação, pode ser entendido tanto como organização e como instituição, pois é composto de agrupamentos de pessoas, que combinam esforços, que seguem um complexo consagrado de normas e que tem vida própria.

As organizações são os lugares onde habitam os agentes sociais, são relações coletivas que abrangem e conectam coletividades (SROUR, 2012). Importante destacar a diferença conceitual entre relações coletivas e relações interpessoais. As primeiras são relações associativas, mediadas por objetivos organizacionais, onde os agentes sociais processam matérias-primas e as transformam em produtos finais, caracterizando maior impessoalidade. Já as relações interpessoais mobilizam e conectam indivíduos e não agentes coletivos; são relações permeadas pela subjetividade dos indivíduos, geralmente de caráter informal, face a face, que dispensam a mediação dos meios de produção.

Embora esse autor pontue a larga diferença entre relações coletivas (ambiente organizacional) e as relações interpessoais (ambiente familiar e social) a subjetividade no convívio dos indivíduos nas organizações permite que se estabeleçam vínculos entre estes; ou seja, existe uma conexão que se estabelece entre os pares, tornando tênue essa diferença, criando-se relações que ultrapassam as barreiras da organização e se estendem para o terreno das relações interpessoais. Na construção de vínculos, a comunicação é uma tentativa de buscar o modelo de identidade grupal, de forma crescente, num processo dialético (DELORS et al, 1988).

Lapassade (1977) analisa a instituição como mediadora entre o indivíduo e a realidade social, traduzindo-se por “três níveis principais de compreensão da sociedade”: o grupo, a organização e a instituição. O grupo é o alicerce da vida cotidiana, em que a unidade de base é a oficina, o escritório, a classe. A

organização é o nível da empresa em sua totalidade. A instituição é o nível do Estado que faz a lei e que confere às instituições força de lei (LAPASSADE, 1977).

Para Figaro (2014) a atividade humana constitui atividade de trabalho enquanto modalidade de relação do homem com o meio, e constitui atividade de comunicação enquanto modalidade de relação do homem com outros de sua coletividade visando a realização da atividade em comum. Caracteriza-se por um psiquismo específico o que a diferencia da atividade dos animais. “A passagem à consciência humana está fundamentada na passagem às formas humanas de vida e de atividade de trabalho” (FIGARO, 2014, p. 103).

Nesse sentido, a atividade humana

comporta uma herança cultural e histórica das técnicas, da experiência das gerações passadas e da experiência pessoal, o que permite ao homem uma transcendência criativa de tal forma que, ao agir sobre a natureza, um homem não age sozinho, age com sua coletividade (FIGARO, 2014, p. 103).

Para Chanlat (1993, p. 34) “os seres humanos constroem, destroem e reconstroem sempre sua realidade a partir de experiências antigas e novas”, transformando a cultura. No mundo do trabalho as impressões das vivências que vão se somando ao indivíduo são constituídas de vários elementos, sendo um deles o modelo de gestão da empresa. Se um indivíduo trabalhou anos em uma organização cujo modelo de gestão calcava-se em uma abordagem racional e rígida, com presença de sofrimento no trabalho, sua apropriação de diferentes formas de trabalho em uma nova organização será marcada pelas experiências anteriores. O sofrimento passado estará presente na adaptação ao novo ambiente de trabalho, o que afetará e ou determinará suas condutas. O oposto também pode ocorrer. Se um indivíduo atua em uma empresa que tem o viés da valorização do ser humano, adotando formas de gestão mais flexíveis, com mais autonomia do trabalhador e passa a trabalhar numa empresa de caráter autoritário, onde prevalece a empresa e os resultados, também sua adaptação será afetada pelas vivências anteriores, podendo inclusive gerar sofrimento a este indivíduo, dificultando sua adaptação ao novo cargo e à nova empresa.

Enquanto de um lado os pesquisadores denunciam o elevado grau de especialização, a rigidez, o antintelectualismo, o etnocentrismo, a ausência de

consciência histórica, a inaptidão para comunicar-se nas organizações (CHANLAT, 2012), a prática mostra um panorama nas organizações voltado para a busca da eficácia e da produtividade. Mesmo com a evolução das teorias da administração e das novas tendências que estudam o comportamento organizacional as empresas aparecem ainda como “um lugar propício ao sofrimento, à violência física e psicológica, ao tédio e mesmo ao desespero em todos os escalões (CHANLAT, 2012). Isso pode estar atrelado à questão da formação dos gestores, a qual ainda está voltada para a racionalidade instrumental, que passa pela divisão do trabalho, pelo foco nas tarefas como o objetivo maior de atingir metas e buscar os resultados esperados para a organização.

O comportamento organizacional, segundo Chanlat (2012) constitui uma imensa colcha de retalhos, é um campo aberto a quase todos os ventos teóricos. Tais conceitos podem ser aplicados às diferentes organizações, não se excluindo o hospital, considerado com uma das mais complexas para administrar, um campo imenso, multifacetado e hermético (PORTER e TEISBERG, 2007).

### 3.3 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

O processo de gestão das organizações hospitalares sofreu mudanças ao longo do tempo, influenciado pelas transformações no mundo do trabalho, no que se refere ao desenvolvimento da administração; pelos avanços da tecnologia em saúde; e pelas modificações no cenário político-social. Assim, diferentes modelos têm sido adotados nos hospitais, no intuito de manter a organização atuante, sustentável e útil para a sociedade (PORTER e TEISBERG, 2007; WACHTER, 2010). As necessidades de investimentos e gastos com saúde tendem a aumentar gradativamente em função de maior conscientização, por parte dos indivíduos, pela maior facilidade de acesso aos serviços e maior disponibilidade de recursos tecnológicos, além do aumento do poder aquisitivo da população e da elevação da expectativa de vida (PEDROSO e MALIK, 2011).

A competição das organizações na área da saúde sempre foi um tema polêmico, pois está calcada em conceitos nem sempre congruentes. Os princípios da administração muitas vezes se mostram dissociados das práticas em saúde, na percepção de diferentes profissionais da área, por entenderem que tratar da vida

está mais vinculado aos princípios éticos, norteadores do exercício profissional do que aos aspectos quantificáveis economicamente. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio da portaria 529 de 2013, que institui o PNSP, em seu artigo 4<sup>a</sup>, reforça tal ideia quando determina que a cultura de segurança do paciente deve priorizar a segurança acima de metas financeiras e operacionais (BRASIL, 2013). Porter e Teisberg (2007), em sua obra “Repensando a saúde”, colocam que os médicos são ensinados que competição significa perda de recursos, em benefício de alguns, com perdas para os pacientes. Os autores propõem uma nova forma de gestão das organizações hospitalares e afirmam que redirecionar o foco de redução de custos para agregação de valor ao paciente é o único caminho para um mercado de saúde competitivo e com resultados positivos. A visão da competição baseada unicamente em transferir custos vem sendo substituída pela competição baseada em resultados para o paciente (PORTER e TEISBERG, 2007).

O cenário da saúde tem se mostrado cada vez mais competitivo, porém, com um viés diferente das demais organizações, pois existem distintos elementos envolvidos. Para Pedroso e Malik (2011) o cliente não deseja o serviço de saúde de maneira intrínseca, mas para a preservação ou melhoria da sua própria condição. A autora caracteriza o consumo em saúde como um investimento, pois ter saúde “contribui para aumentar a quantidade de dias produtivos, o que, por sua vez, contribui para a geração de riqueza” (PEDROSO e MALIK, 2011, p. 2). Nesse cenário encontra-se o hospital, um subsistema desse complexo sistema de saúde.

A história das instituições hospitalares ao longo do tempo se funde à história da Igreja Católica. No período medieval os doentes eram acolhidos em templos e hospitais, sendo a figura dos monges referência para o conhecimento da saúde (MOREIRA, 2007). Na Idade Moderna, as instituições hospitalares, além do aspecto social, assumiram também a função de acolher os indivíduos segregados da sociedade, como mendigos, imigrantes e portadores de doenças infecciosas, transformando-se em um reduto de desordens, transmissão de doenças e alto índice de mortalidade. Na Idade Contemporânea a figura do médico ingressa na organização hospitalar, assumindo papel de destaque na administração e na assistência aos pacientes, transformando-o, posteriormente em local de ensino (MOREIRA, 2007).

O hospital moderno é contemporâneo ao Estado moderno. Algumas de suas funções se mantiveram ao longo do tempo, mas houve uma mudança quanto à organização do hospital, que passa do caráter social, de acolher e assistir os pobres para a condição de empresa prestadora de serviços, caracterizando uma ruptura conceitual (MOREIRA, 2007).

Sob a ótica do hospital moderno, a saúde pode ser um conjunto de ideias, crenças, valores e normas de comportamento proposto ao indivíduo numa determinada sociedade, e a formação, nas diversas áreas da saúde, pode ser uma representação mais tecnocêntrica ou mais antropocêntrica da prática clínica, um modelo mais biomédico ou mais psicossocial da saúde/doença (MOREIRA, 2007, p. 114-15).

O trabalho de saúde e o de enfermagem não produzem bens a serem estocados e comercializados, mas serviços a serem consumidos no ato e sua produção, no momento da assistência, seja ela coletiva, grupal ou individual (FELLI; PEDUZZI, 2011). Para tanto, existe um sistema estruturado em diferentes instâncias, com funções específicas e pré-determinadas, as quais norteiam a prática em saúde. Visualiza-se esse fenômeno principalmente na organização hospitalar, integrante do sistema de saúde, caracterizada por um trabalho fragmentado e compartimentado. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1957, definiu hospital como

parte integrante de um sistema coordenado de saúde cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio, e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para pesquisas biossociais (OMS, Informe Técnico 122, 1957).

E o Ministério da Saúde por meio da Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 define hospital como

estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/ emergência e de ensino/pesquisa (BRASIL, 2010).

Os hospitais podem ser classificados em diferentes categorias: públicos, privados (municipais, estaduais ou federais), filantrópicos, universitários (ZANON, 2001). O Brasil conta com 50 hospitais universitários federais. Esses são centros de

formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde, contribuindo para melhores padrões de assistência integrando a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e, por meio dos programas de educação continuada, oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde. Os hospitais universitários apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento e desempenham papel de destaque na comunidade onde estão inseridos (BRASIL, MEC, 2015).

Os hospitais universitários são responsáveis por cerca de 3% dos leitos e neles são realizados quase 12% dos procedimentos de alta complexidade (VECINA NETO e MALIK, 2007). Eles são um segmento importante da rede pública que buscam novas fontes de financiamento para suprir a falta de recursos públicos através de parcerias e venda de serviços. Esta prática também tem sido utilizada para melhorar a capacidade desses hospitais reterem seu corpo clínico (VECINA NETO e MALIK, 2007). Esses autores ressaltam a importância da existência de sistemas de informação adequados, o que possibilitará resultados concretos para a gestão, considerando que o hospital é uma das organizações mais complexas operadas pelo homem (VECINA NETO e MALIK, 2007).

“A instituição hospitalar é um fornecedor dos serviços de saúde e está sujeita às normas do Código de Defesa do Consumidor (CDC) e do Código Civil brasileiro” (FONSECA, 2014, p.121) sendo, portanto, alvo de processos regulatórios e fiscalizações. Assim, a responsabilidade dos profissionais é contratual, e como consequência, a instituição é responsabilizada pela assistência prestada ao paciente, pois existe uma relação de consumo, com as devidas implicações jurídicas daí decorrentes. Assim, o atendimento hospitalar necessita ser ético, humano, responsável, devendo o hospital dispor de profissionais habilitados e capacitados para o atendimento do paciente e sua família (FONSECA, 2014).

No Brasil, há por um lado, uma preocupação dos setores público e privado com a incorporação de inovações tecnológicas na saúde (novos medicamentos, novas técnicas cirúrgicas, procedimentos e medicamentos adequados para atendimento em domicílio), e, por outro lado, poucos esforços têm sido realizados para implementar inovações de processo ou de gestão (QUEIROZ, ALBUQUERQUE e MALIK, 2013).

Na complexidade hospitalar as relações se dinamizam. Existem as tensões entre os sujeitos provocadas, muitas vezes, pelo sistema institucional. A gestão dessas organizações, além dos aspectos objetivos e mensuráveis, passa pelos aspectos subjetivos que constituem a vida organizacional. O hospital é uma estrutura viva, de alto dinamismo operacional, com atividades polimorfas, cuja atuação varia de acordo com as atividades desenvolvidas, a tecnologia empregada, o meio em que se insere, as características das pessoas e os recursos disponíveis (RUTHES, 2008). Representa o local de trabalho de grupos socioprofissionais muito particulares e tem um sistema de poder e de autoridade que difere de outras organizações, bem como uma estrutura técnica e organizacional de trabalho, com cultura própria, ligada às questões de vida e de morte; além das diferentes representações sociais de saúde/doença, do papel da medicina e das ideologias e estratégias profissionais (MOREIRA, 2007).

No hospital, além dos aspectos envolvidos nos processos comunicacionais próprios de qualquer empresa, há de considerarmos que, no contexto hospitalar, está presente o limiar entre saúde e doença, e o risco de morte. Historicamente as práticas em saúde foram cercadas de crenças, conhecimentos, tabus e mitos, construídos ao longo dos anos, com um forte entrelaçamento nos processos comunicacionais. Assim, entendemos como pertinente uma breve reflexão sobre as práticas em saúde, no sentido de contribuir para a compreensão do comportamento dos indivíduos e das relações que se estabelecem nesse cenário.

### 3.3.1 Um olhar para as práticas em saúde: a busca pela vida

O cuidado com a saúde está atrelado, em sua história, aos aspectos culturais. Em cada sociedade existe uma forma própria de cuidar da saúde e perceber o nascimento, a vida e a morte.

No que se refere às práticas em saúde é possível discutir a aplicabilidade destes conceitos, pois esse é um cenário rico de simbolismos, no qual a relação entre os homens, seus corpos e suas crenças são fatores determinantes para as formas de cuidar. Tanto o singular, próprio do indivíduo está presente, representado

pelas suas vivências pessoais, quanto o coletivo, representado pela comunhão de sentimentos, hábitos e rituais, caracterizando os aspectos simbólicos e o imaginário.

Nesse sentido, o cuidado com o corpo, com a saúde e a relação entre a vida e a morte é tema comum e pertinente a todas as civilizações. Oguisso (2007), ao descrever a história da Enfermagem, coloca que desde o nascimento do *Homo sapiens*, a ação de cuidar acompanha a trajetória do ser humano, do nascer ao morrer. Na antiguidade remota, cabia às mulheres cuidar da habitação e da prole, dos feridos e dos idosos, além de serem responsáveis pelas tarefas relativas ao parto e nascimento, como símbolo da fecundidade. Aos homens, por terem maior força física, cabia prover as necessidades com alimentação, caçando ou pescando, bem como os cuidados com ferimentos, traumatismos e fraturas. Desta organização de tarefas surgiu a primeira divisão sexuada do trabalho, perpetuada em algumas instâncias da sociedade até os dias de hoje (OGUISSO, 2007). Tais relatos retratam a influência das crenças, valores e da cultura na formação da imagem que representa cada papel que o indivíduo assume na sociedade.

Para Boff (1999) o ser humano é um ser de cuidado, sua essência se encontra no cuidado, esta é a singularidade do ser humano. Cuidar do corpo constitui imensa tarefa, implica cuidar da vida que o anima, do conjunto das relações com a realidade circundante, que passa pela higiene, alimentação, forma de vestir e organização dos espaços habitados (BOFF, 1999).

Para Silva et al (2005, p.475) “o ser humano não vive sem cuidado, essência da vida humana. As ressonâncias do cuidado são sua manifestação concreta nas várias vertebrações da existência e o seu alimento indispensável”. O cuidado que cada indivíduo tem com o seu corpo pode ser associado a uma necessidade de preservação deste corpo, a qual representa a busca pela vida e o distanciamento da morte.

Assim, no atual cenário persiste a indagação sobre qual é a percepção dos indivíduos sobre seu corpo e sua saúde. E, ainda, qual imagem<sup>16</sup> representa para cada pessoa a vida e a morte. “Não há percepção sem interpretação. Não há grau zero do olhar” (DEBRAY, 1994, p. 60). Para esse autor a existência gira em torno da

---

<sup>16</sup> Assumimos a concepção de imagem segundo Debray (1994). Para esse autor “a imagem não é um fim em si, mas um meio de adivinhação, defesa, enfeitiçamento, cura, iniciação” (DEBRAY, 1994, p. 33).



morte e a imagem é um meio de sobrevivência. Durante o desenvolvimento da história e nas diferentes culturas, a imagem preparada para representar uma pessoa após a morte mostrava um ser mais belo do que em vida, pois era desta forma que gostaria de ser perpetuada, remetendo a uma ideia de perfeição. Debray (1994, p. 26) coloca que a “verdadeira vida está na imagem fictícia e não no corpo real” e que “a imagem é o que é vivo de boa qualidade, vitaminado, inoxidável”; e, “para o homem do ocidente, sua imagem é sua melhor parte: seu ego imunizado, colocado em lugar seguro” (DEBRAY, 1994, p. 26).

A percepção do indivíduo sobre os cuidados com sua saúde e com seu corpo baseia-se em uma construção desde a infância, resultado dos valores culturais, morais, hábitos e heranças familiares. Isso é claramente visível nas diferenças entre as civilizações no que se refere aos cuidados com a saúde. A preservação da vida permite diferentes olhares: o tecnológico, quando observamos a rápida evolução dos métodos de diagnóstico e tratamento e dos recursos disponíveis para uma boa qualidade de vida (COUTO; PEDROSA, 2007); o social, no que se refere a todo o contexto no qual estão inseridos os sistemas de saúde (MALAGÓN-LONDOÑO; MORERA; LAVERDE, 2003); e o cultural que permeia todas as práticas em saúde, desde o estilo de vida de cada sociedade, a forma como encaram a vida, a saúde e a morte, até os mitos e tabus herdados de gerações passadas que interferem ou determinam o desenrolar do processo de nascimento, desenvolvimento e morte dos indivíduos (FOUCAULT, 1986; OGUISSO, 2007).

Segundo George (1993), Leininger, ao trabalhar com crianças, oriundas de etnias diversas, identificou que cada cultura concebia e cuidava da saúde de diferentes modos. Em sua Teoria Transcultural, Leininger (1978) observou que embora a necessidade de cuidado seja universal, cada cultura, de acordo com seu ambiente e estrutura social, tem sua própria visão de saúde, de doença e do próprio cuidado.

Além desse aspecto, as formas de cuidar foram determinadas e determinaram, ao longo da história, a divisão hierárquica e a formação das profissões da saúde (OGUISSO, 2007). O cuidado é tido como um domínio central, dominante e unificador da enfermagem, e, embora a cura não pode, efetivamente, ocorrer sem o cuidado, esse pode ocorrer sem a cura (LEININGER, 1991). Tal

característica da profissão da enfermagem está atrelada aos aspectos históricos, lembrando que as primeiras cuidadoras foram as mães e as irmãs de caridade.

Além da divisão de tarefas pelo sexo, os aspectos místicos sempre estiveram ligados às questões de saúde e de doença, como refere Oguisso (2007, p. 7).

O conhecimento dos meios de cura conferia poder no seio dos grupamentos humanos, e o homem, aliando tal conhecimento ao misticismo, fortaleceu esse poder e apoderou-se dele, transformando-se muitas vezes em figura mística ou religiosa para aplacar as forças do mal. Essas figuras tornaram-se conhecidas como pajés, feiticeiros, xamãs e sacerdotes, que utilizavam magias, danças e beberagens para afugentar demônios que, segundo crença da época, provocavam as doenças (OGUISSO, 2007, p. 7).

Um olhar para a trajetória histórica da saúde e da doença, baseado nos referenciais dos autores citados, evidencia que o homem tem o desejo de ser imortal e o cuidado com o corpo é uma forma de perpetuar a vida. Kovács (1996) afirma que a morte está associada a sentimentos de dor, ruptura, interrupção, desconhecido e tristeza. A imagem do corpo é modificada pela doença. Cada pessoa lida com tal mudança de uma forma bastante singular, desde a completa adesão ao tratamento até o seu total abandono. A essa mudança podemos acrescentar as perdas acarretadas pela transformação do corpo, como por exemplo, a quebra das relações com familiares e amigos (AMIN, 2001).

“O corpo é aquela porção do universo que animamos, informamos, conscientizamos e personalizamos” (BOFF, 1999, p.78), o que nos leva à reflexão de que o corpo se modifica não somente a partir da doença física, mas retrata todas as consequências dos agravos psicológicos e ambientais. “O corpo é nossa memória mais arcaica, pois em seu todo e em cada uma de suas partes guarda informações do longo processo evolutivo” e “através do corpo se mostra a fragilidade humana” (BOFF, 1999, p.78). Nesse sentido, é possível estabelecer uma analogia com o atual comportamento de busca da beleza e da perfeição, o qual caracteriza uma tentativa constante de afastar-se da morte, preservando-se a imagem da vida, como preconizam Belting (2010) e Debray (1994).

Nessa perspectiva torna-se interessante, ainda, uma reflexão sobre os pensamentos e sentimentos do paciente quando precisa de cuidados de saúde. Que imagem se traduz para o indivíduo quando ingressa nos serviços de saúde, em

especial, no hospital e, como se materializam o medo da morte e a busca pela cura e pela segurança? As imagens que representam o medo da morte no processo de internação hospitalar podem estar associadas aos inúmeros eventos adversos que são divulgados na mídia com frequência e, inclusive às experiências prévias do indivíduo, amigos e familiares.

O hospital é, portanto, uma instituição formal com regras e normas de funcionamento bem definidas que determinam seu desempenho. No entanto, nele habitam os indivíduos que cuidam e que são cuidados e que carregam consigo suas crenças, valores, conceitos, ideias e imagens, constituindo uma instituição fortemente marcada pelo simbólico. Nela a vida pode estar tão presente, revelada pela chegada de um bebê, assim como a realidade dos que partem marcados pela morte. Para Amin (2001, p. 116) “o corpo que cuida e o corpo que solicita o cuidado entrecruzam-se em histórias e detalhes que se complementam, se contradizem e se reorganizam sob a óptica do paradoxo da morte e da vida”.

Um estudo sobre o imaginário social de acompanhantes em um hospital (GURJÃO, FERREIRA e COSTA, 2010) descreve a percepção dos participantes sobre o hospital, trazendo o simbólico em suas reflexões. As autoras associam as percepções dos sujeitos a uma concepção de imaginário social de Castoriadis (2008), pois estes percebem o hospital enquanto um espaço de tratamento, trazendo uma construção de sentido coletivo, embora as vivências sejam singulares. Os relatos dos sujeitos remetem a outra reflexão, a do hospital enquanto instituição imaginária, pois identificam além da função de tratamento, específica, objetiva, estrutural e funcional, uma outra dimensão existente neste espaço, subjetiva, simbólica, significativa, criada pelos sujeitos que a configura (GURJÃO, FERREIRA e COSTA, 2010). “O hospital também é um lugar de aprendizagem diante de situações limítrofes, o nascer e o morrer. Mas, o lidar diretamente com a morte, faz que esse espaço institucional seja demarcado, determinado e negado pela sociedade” (AMIN, 2001, p. 110).

Belting (2010) cita que, na história da imagem encontra-se uma relação muito estreita entre imagem e morte, rodeada de incertezas. Afirma que por meio das imagens e dos rituais que se realizavam, o espaço social se expandia em torno dos espaços dos mortos, estabelecendo-se, a partir daí, um novo significado que assegurava o espaço vital. Em nossa atual civilização, podemos estabelecer uma

analogia, observando-se como as diferentes sociedades encaram a morte. Os rituais que acontecem variam de cultura para cultura, mas de certa forma em todas as sociedades a morte tem um significado importante que interfere no modo como “conduzem” a vida (OGUISSO, 2007).

A imagem, considerando a abordagem de Debray (1994), exerce uma função de relação, junção, ligação entre opostos. Nessa concepção, a forma como os pacientes percebem a internação hospitalar pode representar a proximidade da morte, porém também a possibilidade de cura. No hospital presencia-se diariamente a dicotomia entre o bom e o ruim, a saúde e a doença, a melhora ou a piora da saúde; enfim, a busca pela vida, traduzida pela esperança de cura e a fuga da morte. “Esconder as agonias no hospital, as cinzas no columbário, escamotear o que causa pavor sob a luz artificial e as maquilagens do *funeral home*, é embotar nosso sexto sentido do invisível e, por efeito indireto, os outros cinco” (DEBRAY, 1994, p. 36).

Segundo Amin (2001, p. 14), “a internação, em geral, é culturalmente associada à gravidade do estado de saúde e à proximidade com a morte. A ruptura do paciente com seu cotidiano pode intensificar o processo de adoecer ou de curar”. O hospital é um lugar de limite do social em que se presencia o nascer, o adoecer e o morrer com dignidade, e para tanto, se espera que seja o melhor espaço possível (AMIN, 2001). Assim, no hospital os indivíduos buscam o cuidado, a esperança de cura e a segurança.

## 4 CULTURA E COMUNICAÇÃO

Abordaremos, nesse capítulo, alguns dos conceitos sobre cultura e comunicação, considerando a ligação entre essas esferas de conhecimento, propondo uma reflexão sobre como esses elementos estão presentes no contexto organizacional e sua interface com as práticas de trabalho na saúde. Nossa discussão volta-se aqui para um contexto mais específico de cultura, a organizacional, considerando que esse estudo foi desenvolvido em uma organização hospitalar.

Compreender a relação entre cultura e comunicação é um desafio (DEETZ, 2013). O ser humano é um ser da comunicação: consigo e com o mundo, ambos entendidos como produto da comunicação com outrem, considerando que as coisas não se apresentam ao ser humano de forma direta, mas sim permeadas pela subjetividade, e construídas graças à mediação do desejo, conhecimento e reconhecimento de outrem (MARTINO, 2011).

Para Castells (2009), cultura é o conjunto de valores e crenças que dão forma, orientam e motivam o comportamento das pessoas. Os indivíduos vivem em sociedade e as sociedades são construções culturais. Não são comunidades que compartilham valores e interesses, mas estruturas sociais contraditórias surgidas de conflitos e negociações entre os diversos atores sociais, frequentemente opostos.

Alguns dos estudos contemporâneos sobre cultura organizacional contestam a visão reducionista da cultura, trazendo outros elementos que apontam possibilidades de (re)olhar para o tema, instigando uma reflexão acerca das relações entre comunicação e cultura organizacional. Na concepção de Marchiori (2013), a cultura tem origem no momento em que as pessoas se relacionam e os grupos desenvolvem modos de agir que vão sendo incorporados por eles, constituindo assim a “personalidade da organização” (grifo do autor). Nesse processo a comunicação é fundamental e é entendida como “formadora da cultura organizacional por meio da construção de significados” (MARCHIORI, 2013, p.102). A importância do fazer de cada indivíduo que habita a organização e as relações

que se inserem no contexto organizacional são fundamentais para a consecução dos propósitos da organização (KUNSCH, 2010; MARCHIORI, 2013).

Essa discussão remonta ao cerne da existência das organizações: o trabalhador e o trabalho. “A atividade humana no percurso da história resulta, ao mesmo tempo, do coletivo, da vida social e da experiência particular de cada ser” (FIGARO, 2014, p. 104). A atividade humana, alicerçada em uma herança cultural e histórica de técnicas e de experiências passadas permite ao homem uma transcendência criativa de forma que, ao agir sobre a natureza, age em coletividade (FIGARO, 2014). O caráter novo, criativo e inédito da atividade do trabalho revela a condição humana de gestão por si mesmo, como corpo físico na realização da tarefa em tempo e espaço determinados, ao lidar com o emocional e a subjetividade, produzindo conhecimento, além da gestão de si por outro (FIGARO, 2014). Para a autora, a comunicação é um processo de interação e construção de sentidos, sustentadas por um universo comum e partilhado e os sentidos desse universo são provenientes da condição intrínseca da atividade humana (FIGARO, 2014).

Sob esse aspecto podemos argumentar que as organizações, por serem constituídas por indivíduos, dependem das práticas dos trabalhadores para a concretização das suas práticas organizacionais, em um contexto mais amplo, ou seja, o cerne da estratégia da organização está no fazer de cada trabalhador. A partir do fazer de cada indivíduo, se estabelecem as relações grupais e o trabalho coletivo, que por, sua vez, são direcionados para o propósito da organização.

Conforme já destacamos, para Srour (2012) as organizações são definidas como coletividades especializadas na produção de um bem ou serviço. Diferente de relações interpessoais, as relações que estruturam as organizações abrangem e conectam coletividades.

Todo o espaço social constitui, assim, um terreno de contradições em que agentes coletivos se defrontam, com base em interesses divergentes e em credos ou *ethos* dissonantes. A colaboração dos agentes com os objetivos organizacionais depende de processos de negociação, de cooptação ou de submissão, em função do medo que eles têm de perder vantagens ou posições. Mas está também condicionada por mecanismos de persuasão ou de mistificação (SROUR, 2012, p.84).

Nesse sentido, o autor, quando fala do “lugar da organização”, analisa os diferentes tipos de relações que permeiam as práticas organizacionais, tais como relações de trabalho, de propriedade, relações sociais e relações coletivas. Entende que “o estudo das organizações consiste em analisar os processos sociais e relações coletivas, porque trata de coletividades em ação” (SROUR, 2012, p.80).

As múltiplas possibilidades em compreender a cultura organizacional despontam de diversos caminhos teóricos. Schein (2004; 2009), em suas publicações, traz à tona pressupostos sobre a relação entre a cultura e os propósitos da organização, enfocando o papel dos líderes como articuladores das práticas organizacionais. Para esse autor, o papel dos líderes é significativo nesse processo e envolve o conhecimento, a análise e o gerenciamento da cultura. “Qualquer unidade social que tenha algum tipo de história compartilhada terá desenvolvido uma cultura”, cuja força depende da extensão de sua existência, da estabilidade dos integrantes e da intensidade emocional das experiências compartilhadas (SCHEIN, 2009, p.11). Assim, cultura implica que rituais, clima, valores e comportamentos vinculam-se a um todo coerente, caracterizando padronização ou integração; o que leva a crer que nem todo conjunto de pessoas constitui uma cultura (SCHEIN, 2009).

Podemos pensar em cultura como a aprendizagem acumulada e compartilhada por determinado grupo, cobrindo os elementos comportamentais emocionais e cognitivos do funcionamento psicológico de seus membros. Dada tal estabilidade e histórico compartilhado, a necessidade humana por estabilidade, consistência e significado levará os vários elementos compartilhados a formar padrões que, finalmente, podem denominar cultura (SCHEIN, 2009, p. 16).

Partindo dessa concepção, o autor defende que as profissões também têm uma cultura, pois se uma profissão implica intenso período de aprendizagem, resultará em uma aprendizagem compartilhada de atitudes, normas e valores que se tornarão suposições assumidas como verdadeiras e, se ignoradas, podem resultar na exclusão do indivíduo. Em uma perspectiva recursiva, quando os profissionais confiam fortemente na avaliação do grupo de colegas, estão protegendo e preservando a cultura da profissão (SCHEIN, 2009).

No cenário da organização hospitalar, diferentes profissões coabitam na perspectiva de um objetivo comum, a assistência ao paciente. Entretanto, as características que determinam os valores e preceitos de cada profissão são

diferentes. Isto é visível na prática diária, inclusive na forma como cada categoria profissional enxerga o paciente e estabelece sua relação com o mesmo. A enfermagem, por exemplo, está voltada para o cuidado do paciente, em todas as suas dimensões (OGUISSO, 2007), já a medicina está mais focada no diagnóstico e cura das doenças e todos os aspectos envolvidos neste processo.

Essa reflexão leva à ideia de que a “padronização” pontuada por Schein (2009) pode ser uma apropriação de um grupo e/ou de uma área da organização e, não necessariamente uma organização se caracterize por uma cultura única, uniforme e padronizada, mas por um conjunto de subculturas que dependem da conformação dos grupos de trabalho. Aí estão inseridas as crenças, valores, princípios éticos de cada profissão, além de interesses individuais e grupais. Ainda consideramos o aspecto temporal como outra variável, quando, por exemplo, se formam grupos que atuam juntos por tempo determinado, na execução de projetos, formando subculturas que podem ser temporárias.

Schein (2009) categoriza três níveis de cultura. O primeiro se refere aos artefatos que “inclui todos os fenômenos que alguém vê, ouve, sente quando encontra um novo grupo com cultura não familiar” (SCHEIN, 2009, p. 24), tais como ambiente físico; linguagem; tecnologia e produtos; manifestações emocionais; mitos, rituais e cerimônias próprias dessa cultura. O segundo nível relaciona-se “às crenças e valores originais de alguém, seu sentido do que deve ser, que é diferente do que é” (SCHEIN, 2009, p. 26). E o terceiro nível refere-se às suposições básicas, quando uma hipótese, apoiada apenas em uma intuição, gradualmente passa a ser assumida pelo grupo como realidade. Os três níveis não estão dissociados; “embora a essência de um grupo seja seu padrão de suposições básicas, compartilhadas e assumidas como verdadeiras, ela se manifestará no nível dos artefatos observáveis e das crenças e valores assumidos e compartilhados” (SCHEIN, 2009, p. 33).

Srouf (2012) também aborda os aspectos simbólicos que Schein classifica como artefatos. Sobre o universo simbólico, refere que a arquitetura do ambiente, os móveis, os gestos, movimentos e comportamentos deixam transparecer códigos e ritos, estranhos aos recém-chegados; porém familiares aos que pertencem à organização.

As representações imaginárias que uma organização cultiva identificam quem é quem, demarcam praxes nem sempre explícitas, impõem precedências e formalidades compulsórias, regulam expectativas e pautas



de comportamentos, exigem cautela e aprendizagem por parte de todos os membros (SROUR, 2012, p. 128).

Para Srour (2012, p.135) “a cultura é aprendida, transmitida e partilhada” e pode ser analisada sob quatro esferas ou “campos de saber” (grifo do autor) do universo simbólico: a ideologia, composta pelas evidências doutrinárias e constituídas pelos discursos; a ciência, caracterizada pelo conjunto de conhecimentos sobre as realidades natural, social e psicológica, norteadas por rígidos protocolos; a arte, que corresponde às criações da sensibilidade e às expressões estéticas, frutos da imaginação e da inspiração; e, por último, a técnica, que diz respeito ao saber-fazer, ou seja, a um conjunto de processos que procuram adequar os meios disponíveis aos fins almejados, utilizando um corpo de regras e procedimentos. O autor caracteriza cultura pela dimensão simbólica das coletividades. “Nas organizações a cultura impregna todas as práticas e constitui um conjunto preciso de representações mentais, um complexo muito definido de saberes”; funciona como um cimento que procura unir os membros em torno dos mesmos objetivos (SROUR, 2012, p.135).

Keiton (2011) traz, no conceito de cultura, o olhar para a comunicação. Define cultura organizacional como um fenômeno comunicativo entendido como “um conjunto de artefatos, valores e pressupostos que emergem da interação dos membros da organização” (KEITON, 2011, p.28). A organização é um fenômeno social, uma minissociedade formada por construções sociais, tendo como uma das suas principais características a interação humana (MARCHIORI, 2013). “As culturas, portanto, dificilmente são planejadas ou presumíveis; elas são produtos naturais da interação social e têm na comunicação sua formação” (MARCHIORI, 2013, p. 105). Considerando que as interações sociais são pautadas na comunicação, “uma organização não pode existir sem comunicação já que ambas contribuem e sustentam sua existência” (KEITON, BISEL e MESSERSMITH, 2013, p.117).

A relação entre cultura e **comunicação** é pontuada por diferentes autores, que discutem caminhos para a análise desse tema. Para Marchiori (2013, p. 103) “cultura deve ser tratada como comunicação”. No pensamento dessa autora a comunicação não se limita a refletir uma realidade, mas cria/forma a cultura organizacional por meio da construção de significados, ou seja, é importante

compreender o valor da comunicação, pois os espaços organizacionais são naturalmente permeados por comunicação; é ela “quem faz” (grifo do autor) a organização.

Keiton, Bisel e Messersmith (2013) propõem três abordagens, considerando outros estudos já desenvolvidos, sobre a relação entre cultura e comunicação. Tais abordagens não são excludentes, mas buscam revelar como a cultura organizacional e a **comunicação** podem ser diferentemente articuladas.

A primeira relação é a orientação para o objeto, a qual coloca a cultura organizacional como existindo antes da comunicação. Parte do pressuposto de que a cultura organizacional pode ser medida e modificada para influenciar o discurso, ou seja, mudanças na cultura criam mudanças na comunicação. Na prática, esse tipo de orientação pode ser vista quando há uma necessidade de mudança organizacional, como por exemplo, a re-estruturação dos processos no momento em que a empresa está em busca de alguma certificação. Em segundo lugar, vem a orientação para o “tornando-se” (grifo nosso), que remete ao pressuposto de que a organização é construída no discurso; é um processo de discurso. Nesse sentido, preconizam que a comunicação vem antes da cultura, ou seja, “comunicar é a força estrutural e o processo que permite que a cultura organizacional se desenvolva; e, na medida em que a comunicação é dinâmica, a cultura organizacional também é” (KEITON, BISEL e MESSERSMITH, 2013, p.121). Os estudos baseados nessa orientação concentram--se em organizações específicas, sobre interações organizacionais reais a fim de identificar a fonte da cultura. Tal abordagem requer maturidade e responsabilidade dos seus integrantes, pois o rumo da organização está atrelado à produção dos discursos. Em terceiro lugar está a orientação voltada para a ação, baseada na ideia de que o discurso e a organização são mutuamente constitutivos, ou seja, a **comunicação** e a cultura existem concomitantemente e influenciam-se entre si. Nessa orientação a **comunicação** dos integrantes da organização é possibilitada e ao mesmo tempo limitada pela cultura. A essência da cultura encontra-se no nível da interação diária e pode ser facilitada e/ou dificultada por interações do passado. Assim, a cada nova interação a cultura organizacional é tanto reforçada quanto desafiada.

As organizações constituem cenários de discursos. Em outra perspectiva, mas não distanciada da cultura, Fairhurst e Putnam (2010) examinam a relação

entre discurso e organização, sob diferentes pilares teóricos. Essas autoras, a partir de estudos que caracterizam as organizações como construções discursivas, interpretam essa relação de três formas. A primeira, na qual uma organização pode ser vista como um **objeto já formado** (grifo nosso) com características e resultados refletidos no discurso; foca na unidade instituída, a qual já possui uma “moeda cultural”. A segunda, onde as organizações podem ser caracterizadas como em **permanente estado de constituição** (grifo nosso) através das maneiras em que as propriedades do discurso dão forma a um *organizing*, ou seja, de que forma o comportamento da mensagem constitui a ação. E a última, na qual as organizações podem ser classificadas como fundadas, **alicerçadas na ação** (grifo nosso), em um fluxo contínuo de conduta, ou seja, ancoradas em práticas discursivas. Embora as três orientações apontem para diferentes olhares, elas são complementares e possibilitam a interpretação de alguns dos aspectos culturais presentes na prática organizacional.

As práticas discursivas têm sido objeto de muitos pesquisadores (FAIRHURST e PUTNAM, 2010; ROMAN, 2009; MACHADO, 2009), em diferentes áreas do conhecimento. Para Machado (2009), tanto em performances orais quanto nos escritos, a linguagem e o discurso tornaram-se objetos de reflexão e espaço de renovação conceitual e enunciativa.

Na mesma ótica, abordando a relação entre discurso e organização, citamos Roman (2009) que propõe uma reflexão partindo do pressuposto de que as organizações se constituem em universos de discursos bem-ditos, mal-ditos e não-ditos, através dos quais podemos ter uma melhor compreensão da cultura de uma organização. “Os **discursos bem-ditos** (grifo nosso) são mensagens orais ou escritas, institucionais e oficiais, autorizadas e planejadas, divulgadas pelos canais de comunicação formais ou informais” (p.130) e propagam-se predominantemente em fluxos comunicacionais lineares e convencionais. “Os **discursos mal-ditos** (grifo nosso) são produzidos à sombra dos espaços institucionais e divulgados à margem dos canais convencionais de comunicação” (p. 132). Têm um caráter clandestino e propagam-se com muita velocidade e intensidade nas redes informacionais das organizações; os mal-ditos divertem, provocam, agregam e animam. E, por último, **os discursos não-ditos** (grifo nosso), “que são os mal-ditos impedidos de serem expressados, ou porque não podem, ou porque não devem ser ditos por

determinados sujeitos em situações específicas” (p. 144); é o discurso mal-dito silenciado em razão de uma censura, explícita ou não. Essa fala negada pode trazer desmotivação, comprometer o desempenho ou gerar doenças ocupacionais (ROMAN, 2009).

As práticas discursivas que permeiam as instituições podem refletir diferentes nuances do comportamento dos/entre os grupos e das relações entre trabalhador e organização, bem como revelar elementos/fragmentos da cultura organizacional.

#### 4.1 CULTURA, COMUNICAÇÃO E PODER NO TRABALHO EM SAÚDE

Outro fator implicado na cultura organizacional se refere às relações de poder. O poder é considerado um aspecto determinante e/ou regulador das estruturas sociais, pois está presente em todas as relações humanas (CASTELLS, 2009). “É o processo fundamental da sociedade, visto que esta se define em torno de valores e instituições, e o que se valoriza e institucionaliza é definido por relações de poder” (CASTELLS, 2009, p.33). Para o autor, a luta pelo poder é uma constante nas sociedades, pois essas nem sempre compartilham valores e interesses, e os conflitos nunca acabam.

As instituições podem manter relações de poder que se baseiam no domínio que exercem sobre seus sujeitos (CASTELLS, 2009). O autor conceitua poder como a capacidade relacional assimétrica que permite a um ator social influenciar nas decisões de outros atores sociais, as quais favorecem os interesses do primeiro. Esse ator pode ser um indivíduo, uma coletividade, uma instituição ou uma rede. A capacidade relacional significa que o poder não é um atributo, mas uma relação e, portanto, pode variar de acordo com a contingência. Caracteriza-se como assimétrica, pelo fato do grau de influência ser maior de um ator sobre o outro, implicando uma relação de reciprocidade entre o exercício e a aceitação do poder (CASTELLS, 2009). Assim, existe uma relação de troca na qual todos os lados têm responsabilidade tanto pelo poder exercido quanto pelo poder “sofrido” (grifo nosso), fator determinante na legitimação do poder.

A legitimação do poder está diretamente associada ao processo comunicativo, pois “depende, em grande parte, do consentimento obtido mediante a

construção de significado compartilhado” (CASTELLS, 2009, p. 36); e, segundo Martino (2011, p. 14), a comunicação só existe quando está presente o significado; o termo refere-se ao “processo de compartilhar o mesmo objeto de consciência, ele exprime a relação entre consciências”. Assim, o significado se constrói na sociedade a partir do processo comunicativo e a racionalização cognitiva proporciona a base para as ações dos atores sociais (CASTELLS, 2009).

Tais pressupostos podem ser aplicados não somente na sociedade como um todo, mas no contexto das organizações. Os estudos de Mumby (2013) reforçam a relação entre cultura, organização e poder, e na sua percepção, a noção de cultura organizacional se faz relevante se for vista sob um prisma de estar situada em um contexto não estável, nem específico.

Se pensarmos na cultura organizacional não tanto como um local estável ou lugar de construção de significado, mas como uma confluência complexa de discursos de níveis micro e macro, identidades de trabalho e recursos políticos, econômicos e materiais, o termo cultura organizacional será capaz de capturar as nuances e as contradições da organização moderna em sua forma “líquida” atual (MUMBY, 2013, p. 99).

Freitas (1999, p. 97) também vincula a cultura à noção de poder, e entende a cultura organizacional primeiro, como “instrumento de poder, e segundo, como um conjunto de representações imaginárias sociais que se constroem e reconstroem nas relações cotidianas dentro da organização”. Segundo a autora, esse conjunto de representações se expressa por meio de valores, normas, significados e interpretações, que definem o que é importante na organização e quais as condutas são aceitáveis; e coloca ainda que “as organizações são espaços de poder, de conflitos, de diferenças e de convivência negociada” (FREITAS, 1999, p.98).

Considerando que cultura e poder estão entrelaçados, as relações de poder na saúde evidenciam que as práticas constituem “um espaço social de intensa efervescência permeadas de conflitos que buscam (des)acomodar saberes e limites e, ao mesmo tempo, apontar novas possibilidades” (OJEDA, 2004, p.8).

A atual complexidade das demandas de saúde exige das equipes multiprofissionais e das instituições o estabelecimento de práticas que contemplem trocas criativas entre diferentes especialidades e áreas do saber (FONSECA, 2014). O caminho para o trabalho em saúde frente a essa realidade aponta para o modelo

da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade. A interdisciplinaridade permite que as pessoas enxerguem suas realidades, em uma troca de saberes. A transdisciplinaridade possibilita a revisão do atual paradigma da ciência e da saúde, pois enfoca o repensar das práticas, em uma visão de trabalho coletivo, caracterizada por uma mudança de atitude perante o conhecimento, substituindo uma visão fragmentária pela concepção unitária do ser humano (FONSECA, 2014; FAZENDA, 1991). O trabalho em saúde tem, em sua essência, um conceito transdisciplinar, pois os profissionais, ao assistirem ao ser humano, deparam-se, além dos problemas biológicos, com os problemas sociais, culturais e emocionais (LEOPARDI, 1994).

O foco da assistência em saúde é o paciente; entretanto, nas disputas de poderes e saberes esse fica, por muitas vezes, em segundo plano, pois trabalho de saúde fundamenta-se nas relações interpessoais, o que pressupõem relações de poder (FORTUNA et al, 2005).

Assim, essa transformação para o enfoque transdisciplinar tem sido um desafio ao longo dos anos, em uma trajetória marcada por avanços e retrocessos. A área da saúde se constitui de diferentes profissões cujas práticas são fragmentadas, em sua organização social, tornando-as essencialmente técnicas, ao invés de conjugá-las ao viver humano, no sentido mais amplo da vida e do mundo (OJEDA, 2004). Para a autora, os diferentes saberes, embora possam ser interpretados como complementares, também podem ser visualizados como jogos de poder, criando barreiras e uma atenção fragmentada em saúde.

Assim como os limites profissionais de cada área podem nos trazer a ideia de apropriação de determinado saber e, portanto, onde há circulação de um poder, também estes mesmos limites podem ser visualizados como saberes insuficientes ou parcela de saberes que impõem um certo aprisionamento às demais áreas e, portanto, onde circulam outros poderes (OJEDA, 2004, p. 8).

Além dos aspectos relacionados aos saberes, existem as relações de poder entre as diferentes profissões oriundas dos papéis historicamente construídos entre homens e mulheres, já normalizados e instituidores de verdades na convivência profissional (OJEDA, 2004).

No complexo cenário da saúde encontra-se inserido o hospital, considerado referência para a resolução dos problemas de maior complexidade (QUEIROZ, ALBUQUERQUE e MALIK, 2013; MALAGÓN-LONDOÑO, MORERA e LAVERDE, 2003). Consiste em uma estrutura organizacional que atua como um sistema aberto, com constantes trocas entre profissionais e pacientes. Os constituintes desse sistema detêm funções especializadas, cargos diversos, normas específicas para cada subgrupo, bem como status diferenciados na teia hierárquica do hospital (COUTO e PEDROSA, 2007). As relações estabelecidas e os papéis desempenhados pelos atores determinam e/ou são determinadas, entre outros aspectos, pela circulação do poder na organização.

Esse poder pode ser evidenciado a partir de distintas perspectivas. Uma delas se refere ao simbolismo associado ao uso do uniforme dos profissionais. O tipo de vestimenta e acessórios tende a estabelecer uma categorização em diferentes níveis hierárquicos e de poder. O “clássico estetoscópio carregado junto ao corpo” (grifo nosso) pode representar, sob a ótica do paciente, um saber diferente dos demais profissionais da equipe de saúde, como, por exemplo, o profissional que traz uma bandeja com medicação.

Outra perspectiva de representação do poder é a utilização de códigos de linguagem na *comunicação* entre as equipes profissionais no hospital. Esses códigos utilizados permitem diferentes inferências. Podem ter a função de facilitar o processo comunicacional, e por outro lado, têm um forte apelo simbólico que representa o poder associado ao domínio do conhecimento, por meio do desvendar de siglas, diagnósticos e prognósticos. O uso de códigos tem implicações e finalidades distintas. Uma seria facilitar o processo de troca de informações por meio de siglas e abreviaturas, otimizando o tempo no trabalho diário. Outro propósito subjacente (velado) é de caráter mais simbólico e está atrelado ao uso dessa linguagem como forma de ostentação/manutenção do poder. Quando um grupo restrito detém determinado conhecimento, esse pode ser usado como fonte mantenedora de poder sobre os demais atores desprovidos desse conhecimento. Vivenciamos esse fenômeno na organização hospitalar no que se refere à utilização de códigos culturais que traduzem relações de poder (SCHEIN, 2009; CASTELLS, 2009). Nesse cenário o modo como acontecem as interações linguísticas tende a

reforçar a posição do profissional na estrutura hierárquica e de poder na organização.

Especialmente no ambiente hospitalar as informações são altamente especializadas, técnicas e podem representar formas de poder. Algumas informações são privilégio de poucos, seja pelo acesso a essas informações ou pelo conhecimento científico que permitem decifrar os códigos peculiares a esse saber. Podemos citar como exemplo o prontuário do paciente. Nele se encontram as informações referentes ao diagnóstico do paciente, sua história pregressa de saúde, hábitos de vida, tratamentos realizados, exames, e outras informações pessoais. Estas informações são lançadas no prontuário a partir da coleta de dados, durante uma entrevista com o paciente, realizada por um profissional. Este, por sua vez registra os dados coletados baseado nas suas impressões, que podem estar atreladas à sua capacidade de receber e captar tais informações, às suas vivências pessoais e profissionais e ainda ao contexto e momento dessa interação. Portanto, esse profissional tem, de certa forma, “o poder” (grifo nosso) de reproduzir a história do paciente, pois teve acesso à informação e a oportunidade de fazê-lo. Os demais profissionais também registram suas impressões diárias sobre o paciente, e tais impressões serão perpassadas pelos princípios inerentes ao processo de comunicação, os quais envolvem as questões de linguagem, conhecimento do profissional para interpretar as informações e registrá-la no prontuário, além dos aspectos simbólicos, crenças, mitos e vivências de cada um.

Todo esse processo é permeado por relações e trocas linguísticas, repletas de significação. A capacidade de compreender o que o outro quer dizer é uma propriedade da imaginação que vai se desenvolvendo ao longo da vida (COSTA, 2015). Diferentes autores que investigam **comunicação** argumentam que o processo comunicacional somente se estabelece quando há troca de significado para os envolvidos, é pessoal e único para cada indivíduo (HOHLFELDT, 2011; MARTINO, 2011; FRANÇA, 2011; WOLTON, 2004, 2010; CUNHA, 2011).

Os processos comunicacionais e de relações de poder na saúde e no hospital, embora em um espectro mais direcionado e específico, apresentam características semelhantes, e retratam o cenário da sociedade e do mundo globalizado.



Nessa ótica, um outro viés das relações de poder nas teias culturais que merece uma reflexão é a atual configuração dos processos comunicacionais na sociedade como um todo. “Comunicar é compartilhar significados mediante o intercâmbio de informações” (CASTELLS, 2009). O processo de comunicação é delineado por fatores como a tecnologia da comunicação, as características dos emissores e dos receptores<sup>17</sup> da informação, seus códigos culturais de referência, seus protocolos de comunicação e o alcance do processo (CASTELLS, 2009). Ao analisar a comunicação em redes, o autor coloca que os protocolos de comunicação entre as diferentes culturas são a pedra fundamental da sociedade em rede, já que sem eles não existe tal sociedade.

Além disso, com o desenvolvimento da tecnologia digital e a globalização da informação por meio da Internet, os processos comunicacionais se transformaram, tornando-se interativos, com capacidade de atingir muitas pessoas, ao mesmo instante, em tempo real (CASTELLS, 2009). Esse fenômeno de “difusão da informação” (viés informacional) vem ocorrendo não somente no cenário global, mas na esfera interna das organizações, provocando transformações nas relações entre os grupos. As possibilidades de comunicação vêm se modificando, estabelecendo-se novos modelos de condutas e regras de convívio nas relações interpessoais e na conformação do trabalho.

A mediação tecnológica da comunicação deixa de ser meramente instrumental para se tornar mais densa e estruturada. A atual tecnologia não se limita às inovações dos equipamentos, mas aos novos modos de percepção e de linguagem (MARTÍN-BARBERO, 2002). Houve uma transformação nas condições do saber, “levando a uma forte indefinição das fronteiras entre razão e imaginação, conhecimento e informação, a natureza e artifício, arte e ciência, conhecimento especializado e experiência mundana” (MARTÍN-BARBERO, 2002, p. 2). Nesse contexto surge um novo tipo de relação entre os processos simbólicos que constituem a cultura e as formas de produção e distribuição de bens e serviços. A “sociedade da informação” não é portanto, somente aquela em que a matéria-prima mais cara é conhecimento, mas também aquela em que o desenvolvimento econômico, social e político estão intimamente ligados à inovação (MARTÍN-BARBERO, 2002).

---

<sup>17</sup>Os termos “emissor” e “receptor” são citados, considerando a concepção do autor.

Os processos comunicacionais no cenário da saúde acompanharam, de certo modo, esses avanços. No Sistema Único de Saúde (SUS) existem sistemas integrados de informação entre os componentes dos serviços de saúde e toda a rede de assistência, determinando um novo modelo de relação entre os trabalhadores. Nos hospitais e serviços de saúde a utilização desses sistemas implicou em reorganização dos processos e, principalmente, determinou novos modelos de comportamento de seus integrantes, pois o processo de **comunicação** requer competências específicas, tais como habilidade em negociação, capacidade de reflexão e troca entre os atores sociais.

Segundo Martín-Barbero (2002) uma das mais profundas mudanças que a sociedade sofreu relaciona-se à forma de circulação do saber, pois vem se perdendo o controle de sua produção e de seus lugares legitimados de circulação. Um dos efeitos é a dispersão e fragmentação do conhecimento, determinando mudanças na relação entre produção social e conhecimento (MARTÍN-BARBERO, 2002). Na área da saúde, a partir da grande circulação de informações que atingem os indivíduos em todos os lugares e com alta velocidade, o conhecimento que antes era de domínio restrito dos profissionais, passou a ser de domínio público, implicando a necessidade de diferentes abordagens na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças, onde o paciente tem assumido um papel mais ativo na condução de seus problemas de saúde. Essa realidade levou os profissionais a adotarem novos métodos de trabalho e de apropriação do conhecimento.

As transformações no mundo são consequências da evolução tecnológica, pois cada faceta de mudança no aparato tecnológico requer uma resposta dos indivíduos a essa nova exigência de adaptação. E, nesse cenário, o poder encontra um vasto campo para se concretizar.

#### 4.2 COMUNICAÇÃO E CULTURA: OS CAMINHOS DA ORGANIZAÇÃO

As reflexões acerca das práticas comunicacionais nos espaços culturais das organizações são importantes, pois vislumbram uma compreensão das vivências entre os grupos e a dinâmica das organizações. Para Kunsch (2010), a **comunicação** deve ser entendida de forma ampla e abrangente, vendo-se como se

processa a comunicação nas/das organizações, considerando-se as perspectivas social, política e econômica. A diversificada bagagem de estudos sobre organizações, comunicação e cultura é pautada em um princípio norteador: as organizações precisam ser reveladas para que as pessoas que nela trabalham tenham um entendimento de seu significado; e os trabalhadores necessitam compreender o significado de seu próprio papel no espaço organizacional. Isso pode contribuir para que os espaços organizacionais sejam lugares de prazer e não de sofrimento, e para que as organizações concretizem seus propósitos. Como afirma Marchiori (2013), os espaços organizacionais são permeados por relações comunicacionais, possibilitando às pessoas, além do entendimento de seu cotidiano, a criação de processos que permitam uma nova condição de vivência organizacional, sendo que não mais se comunica uma realidade, e sim a constrói. As relações entre **comunicação** e cultura organizacional são fixas e fluidas, permanentes e mutáveis (KEITON, BISEL e MESSERSMITH, 2013). E “organizações estão em estado latente de desenvolvimento, podendo cultura e comunicação ser vistas como provedoras de conhecimento e, por conseguinte, contribuir para novos desafios no mundo organizacional” (MARCHIORI, 2013, p. 106).

Pinto (2008) destaca que a organização é um contexto onde se dá o fenômeno comunicativo e propõe o desafio de caminhar no sentido oposto à produção de significados já cristalizados.

Talvez possamos, a partir de uma percepção do comunicar como algo geral que se manifesta em contextos específicos, ser capazes de produzir um pensamento sobre a comunicação no contexto das organizações que não seja serviçal, como em sido até hoje, mas que possa contribuir para defasar a razão instrumental utilitária e introduzir, em vez dela, o *homo comunicans* (PINTO, 2008, p. 88).

E, como questiona Morin (2011, p. 93): “como integrar nas empresas as liberdades e desordens que podem trazer a adaptabilidade e a inventividade, mas também a decomposição e a morte?” A resposta vem do próprio Morin (2011, p. 93): “precisa-se de verdadeiras solidariedades”.

Os relacionamentos nas organizações vêm se modificando, a partir das mudanças no mundo do trabalho e na sociedade como um todo. Há uma maior

exigência em relação à rapidez da tomada de decisão e à situação de assumir riscos, com um envolvimento cada vez mais intenso de todos os integrantes da organização. Assim, a **comunicação** também se modifica e necessita ser vista como integrando a cultura organizacional, no sentido dialógico, pautada na complexidade que permeia as relações entre os indivíduos, entre os grupos de trabalho e nas organizações como um todo.

Na perspectiva do caminho que a organização se propõe a seguir, ou seja, da estratégia, alguns autores, independente da abordagem teórica têm em comum o pensamento de que os indivíduos trabalham nas organizações e deles é esperado a obtenção de resultados para a empresa (BALDISSERA, 2010; BULGACOV e MARCHIORI, 2010). Assim, cabe aqui, uma breve reflexão acerca dessa relação entre comunicação, cultura e estratégia, considerando-se, ainda, que a implantação de uma cultura voltada para a segurança do paciente requer a (re)construção das estratégias organizacionais.

O trabalho desenvolvido pelos indivíduos e pelos grupos nas organizações visa à obtenção de resultados, sejam eles econômicos, sociais e/ou políticos, para a sobrevivência das mesmas. Existem diferentes caminhos para tal, sendo esses associados aos pressupostos teóricos sobre estratégia, na visão da escola tradicional. Nessa visão, a estratégia é concebida como um processo formal, onde se enfatiza a busca de resultados por meio de modelos estabelecidos de gestão (BULGACOV e MARCHIORI, 2010).

Diferente dos estudos tradicionais que entendem estratégia como uma propriedade da organização, Bulgacov e Marchiori (2010) apresentam a perspectiva da estratégia como prática, oriunda de estudos anteriores, numa visão interpretativa, e ressaltam que “a realidade social, organizacional e a própria estratégia são construídas em um movimento constante entre a objetividade do mundo material e a subjetividade da consciência humana”, e essas duas instâncias são dependentes, pois permanecem em constante relação (BULGACOV e MARCHIORI, 2010, p.160). Partem da premissa de que a estratégia acontece no dia a dia das práticas dos trabalhadores, em todos os níveis hierárquicos da empresa, ou seja, onde acontecem as relações de trabalho a estratégia está sendo praticada.

Nesse cenário, associam ainda, a prática da estratégia às práticas comunicacionais. As organizações e suas estratégias são socialmente construídas,

legitimadas e institucionalizadas, calcadas nas interações e práticas sociais; e a comunicação constitui uma realidade pertinente ao processo de construção da estratégia como prática nas organizações da contemporaneidade (BULGACOV e MARCHIORI, 2010, p.160). Os autores atrelam a prática da estratégia aos discursos que permeiam a organização, pois defendem que é a partir dos discursos estratégicos que a estratégia formal é efetivamente desenvolvida; assim, a comunicação é essencial para a compreensão da estratégia como prática (BULGACOV e MARCHIORI, 2010).

Os significados comuns, permeados pela linguagem e pela comunicação, perpetuam e desenvolvem o conhecimento e suas práticas, formando a chamada cultura humana (GEERTZ, 1989). Por meio dos discursos as pessoas podem compreender o seu papel na organização e na estratégia, aspecto fundamental para a sua prática. Para Bulgacov e Marchiori (2010, p.161),

as pessoas são incluídas no processo “estrategizar” a partir da identificação e da alocação de seus papéis, pois são elas que as constroem e as modificam por meio da ação e da reflexão à medida que as atividades evoluem, sintetizam e interpretam as práticas estratégicas legitimadas pelos contextos externos e internos.

Reis, Marchiori e Casali (2010) também exploram a literatura sobre a relação entre comunicação e estratégia e argumentam que a **comunicação** é constitutiva dos processos estratégicos e que as práticas estratégicas são práticas comunicacionais.

As autoras ressaltam que a racionalidade vem perdendo espaço nas organizações graças à complexidade das relações que se estabelecem, porém os contextos organizacionais ainda persistem estruturados pela lógica da organização do trabalho. Nesse cenário, a comunicação organizacional ainda pode ser vista apenas como suporte para a tomada de decisão e orientação no processo de implantação das estratégias organizacionais. Entretanto, propõem uma visão alternativa dessa relação. “Com o olhar centrado na estratégia e através das lentes da comunicação, argumenta-se que, analisada em termos constitutivos, a estratégia tem a comunicação como um dos seus elementos estruturadores” (REIS, MARCHIORI e CASALI, 2010, p.171).

A estratégia, sob a ótica contemporânea, é entendida como processo de produção de sentido sobre o presente, que permite refletir sobre como as escolhas repercutirão no futuro. As autoras sustentam essa afirmação com três reflexões: primeiro, a estratégia é uma prática social e, para tanto, é praticada no dia a dia; segundo, conta com a contribuição de todos integrantes da organização, quanto aos *inputs*; e, terceiro, passa a ser vista de forma contínua, como processo e não como um evento isolado proposto pela alta administração, de tempos em tempos. Também ressaltam o papel do discurso da/na estratégia e a importância desse em contribuir no entendimento das pessoas sobre os processos, práticas e o lugar de cada um na organização (REIS, MARCHIORI e CASALI, 2010).

Observamos que as reflexões desses autores sobre comunicação, cultura e estratégia no cenário contemporâneo têm alguns pressupostos em comum, a saber: o discurso inserido na estratégia; a importância do envolvimento de todos os atores no processo, independente do nível hierárquico; e a valorização das práticas individuais como sinônimo e constituinte da estratégia.

Em um viés mais amplo buscamos a visão de estratégia sob o paradigma da complexidade de Morin (2011), que parte do princípio de que as organizações são organismos vivos e têm a necessidade de ordem e de desordem, num movimento de auto-eco-organização. Morin (2011, p. 91) argumenta que “as relações no interior das organizações são complementares e antagônicas ao mesmo tempo”; e para se determinar uma estratégia devemos levar em conta uma situação aleatória, elementos adversos e adversários, além de ser flexível, para poder absorver os elementos capazes de contribuir para a elaboração e o desenvolvimento da estratégia. Na sua visão destaca que a noção de estratégia se opõe à de programa, sendo esse último uma sequência de ações pré-estabelecidas, em uma situação favorável que permite a sua continuidade e eficácia. Assim, compreende a estratégia como além de um mecanismo de adaptação ao meio ambiente, mas como um meio/movimento de adaptação e de transformação do ambiente, caracterizando-se essencialmente pela sua capacidade de maleabilidade (MORIN, 2011).

O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente no País depende do conhecimento e do cumprimento do conjunto de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2014).

As reflexões aqui (re)tecidas apontam alguns dos caminhos teóricos que embasam/possibilitam uma compreensão das práticas das organizações, com o intuito de instigar a discussão sobre cultura e comunicação no/do contexto organizacional.

Observamos que os autores citados, mesmo de diferentes correntes de pensamento, compartilham algumas ideias sobre sociedade, cultura, comunicação e poder. Uma delas é que estes conceitos estão entrelaçados, constituindo uma tecitura, na qual os limites entre razão e emoção, entre teoria e prática e, entre o certo e o errado são muito tênues. Outro ponto em comum na visão dos autores é que o poder é permanente e transversal nas relações entre os indivíduos e podem determinar o rumo das organizações e da sociedade como um todo.

A cultura global é uma cultura da comunicação pela comunicação e está em processo de construção (CASTELLS, 2009). Nessa perspectiva, ao estudarmos a **comunicação** na cultura de segurança do paciente, precisamos refletir sobre as práticas dos profissionais e sobre as estratégias da organização, pois é sobre estas que se debruça a possibilidade de transformação nos hospitais para uma assistência mais segura.

## 5 SEGURANÇA DO PACIENTE

A cultura da segurança do paciente tornou-se, nos últimos anos, um tema recorrente na área da saúde. A ideia de que o paciente está exposto a riscos nos diferentes momentos em que é assistido nos serviços de saúde vem sendo discutida no âmbito nacional e internacional. Algumas das práticas em saúde de longa data já preconizavam um cuidado seguro, mesmo sem assim denominá-lo. Nesse capítulo resgatamos alguns conceitos que auxiliam o entendimento sobre segurança do paciente, incluindo aspectos históricos, legais, modelos teóricos para redução e/ou eliminação dos eventos adversos nos hospitais, bem como a notificação e análise dos incidentes de segurança do paciente. Entendemos que tal contextualização teórica é fundamental para a compreensão do fenômeno estudado e do ambiente da saúde no qual está inserido, pois esta é uma área de conhecimento repleta de especificidades.

### 5.1 TRAJETÓRIA DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Os diferentes juramentos dos profissionais da saúde retratam, em seus enunciados, a intenção de cuidar, proteger, curar, e não causar dano aos pacientes. No entanto, os inúmeros estudos têm demonstrado que, face à complexidade da assistência à saúde, o avanço tecnológico, associado às questões de formação profissional e à gestão das instituições de saúde tornou-se uma árdua tarefa assistir ao paciente sem que o mesmo sofra algum tipo de Evento Adverso (EA) (BRANCO FILHO, 2014; WACHTER, 2010). Ao adentrarmos nesse campo de conhecimento cabem algumas considerações acerca dos conceitos de segurança do paciente.

Na perspectiva de que o movimento para a segurança do paciente abrange o cenário mundial, foi identificada a necessidade da padronização de conceitos visando um alinhamento entre os diferentes países no que se refere à linguagem utilizada, uma taxonomia comum, a qual foi publicada em 2009, como *International*



*Classification for Patient Safety* (RUNCIMAN, 2009) e traduzida pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente – PROQUALIS (PROQUALIS, 2010). Assim, nesse estudo utilizaremos a referida taxonomia para descrever alguns dos principais conceitos sobre a temática Segurança do Paciente. É importante destacarmos a diferença entre incidente sem dano e incidente com dano. O primeiro é um “evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível”; e o segundo, resulta em dano ao paciente, sendo conceituado como “evento adverso” (EA). E ainda, dano associado ao cuidado de saúde, é o “dano surgido por ou associado a planos ou ações realizadas durante o cuidado de saúde ao invés de uma doença de base ou lesão” (PROQUALIS, 2010).

Na atenção à saúde, a segurança é um princípio básico e um requisito para a qualidade do cuidado (WHO, 2002). Segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável (WHO, 2009), pois as práticas hospitalares caracterizam-se como potencialmente inseguras pela complexidade de procedimentos e situações às quais o paciente está exposto. A ocorrência de acidentes e/ou doenças graves pode consumir elevados volumes de recursos e levar indivíduos e/ou famílias afetados à ruína financeira (PEDROSO e MALIK, 2011). A segurança na assistência tem sido amplamente discutida no cenário mundial da saúde. Diferentes estudos comprovam que investimentos em segurança podem retornar em resultados positivos, com menor rotatividade de profissionais de saúde e menos complicações dispendiosas (WACHTER, 2010). No início deste século, o *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) passou a incorporar “segurança do paciente” como um dos seis atributos da qualidade, com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade (CORRIGAN et al, 2001). O *Institute of Medicine* definiu qualidade na assistência à saúde como o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de produzir os resultados desejados e consistentes com o conhecimento profissional atual (BRASIL, 2014).

Para Wachter (2010, p. 30) “aproximadamente uma em cada dez admissões hospitalares resultará em evento adverso, com metade destes sendo evitáveis”. Por estas questões a segurança do paciente tornou-se um movimento mundial, na busca da construção de uma cultura de segurança. Esse movimento iniciou em

1999, com a publicação do I Relatório do *Institute of Medicine (IOM): To error is Human: Building a Safer Health Care System* (KOHN, CORRIGAN e DONALSON, 2000)<sup>18</sup>. O relatório apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de eventos adversos nos Estados Unidos da América (EUA) (BRASIL, 2014). Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, na 57ª Assembléia Mundial da Saúde, cujo principal intuito foi estabelecer diretrizes e estratégias para incentivar e divulgar práticas que garantissem a segurança do paciente (WHO, 2007). Foi definido como prioridade pela OMS o desenvolvimento de pesquisas baseadas em evidências científicas voltadas à segurança do paciente, bem como iniciativas de pesquisas de maior impacto nos problemas de segurança. No Brasil, consolidou-se pelo lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, pelo Ministério da Saúde (MS) que tem como intuito reduzir a incidência de eventos adversos nos serviços de saúde no país (BRASIL, 2013).

A partir do lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) os hospitais se depararam com a necessidade de organizar os processos de gestão com o objetivo de atender às recomendações do MS para implantação do PNSP. Em seu artigo 3º a Portaria 529 explicita como primeiro objetivo específico do Programa:

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 (BRASIL, 2013, portaria 529, Art.3º, parágrafo I).

A adesão ao PNSP, inicialmente por meio da implantação da gestão de risco e criação do Núcleo de Segurança do Paciente, requer o desenvolvimento de estratégias que implica uma reorganização dos hospitais em todas as instâncias hierárquicas, de abrangência macro-orientada.

O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente neste País depende do conhecimento e do cumprimento do conjunto de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de Saúde,

---

<sup>18</sup> Instituto de Medicina: Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde Seguro. Tradução livre do autor.

condição básica para que estes estabelecimentos possam dar novos passos, como a elaboração de planos locais de qualidade e segurança do paciente, com ações monitoradas por indicadores, gerido por uma instância (núcleo) responsável e de uma política de estímulo à utilização rotineira de protocolos e diretrizes clínicas (BRASIL 2014, p. 13).

O PNSP está sustentado em quatro eixos: o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema. A cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa todos esses eixos (BRASIL, 2014). Tal conceito vem sendo discutido nos estudos sobre segurança do paciente. Apresentamos, na figura 2, os conceitos de cultura de segurança do paciente segundo a OMS (BRASIL, 2014):

**Figura 2.** Conceitos de cultura de segurança do paciente - Portaria MS/GM nº 529/201339

Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.
Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais.
Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança.
Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional.
Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Fonte: Brasil, 2014

Observamos, nos conceitos estabelecidos, o estímulo à valorização do papel dos profissionais, a necessidade da responsabilidade coletiva, o foco no processo e a criação de uma cultura não punitiva, como caminho das organizações de saúde em direção à segurança do paciente.

A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, deve ser elaborado e implantado: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição,

uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; **comunicação no ambiente dos estabelecimentos de saúde** (grifo nosso); prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2014).

Os motivos que levaram a OMS a eleger esses protocolos são o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. E, considerando que as pesquisas que apontaram essas prioridades para a OMS vieram de países desenvolvidos, é necessário desenvolver mais pesquisas no Brasil em segurança do paciente (BRASIL, 2014).

O protocolo “**comunicação no ambiente dos estabelecimentos de saúde**” não deixa claro a qual “comunicação” (grifo nosso) se refere. Percebemos que os hospitais, ao colocar em prática essa estratégia, assumem o viés instrumental da comunicação, associado à troca de informações, desconsiderando os aspectos subjetivos presentes nos processos comunicacionais, o que consiste num fator limitador para a concretização dessa meta.

Mesmo com a adoção de iniciativas voltadas para a segurança do paciente, a ideia de uma internação hospitalar está ligada ao risco de morte, na percepção dos pacientes. Lee (2009) ao analisar as organizações hospitalares deteve-se, principalmente, nas expectativas e percepções dos pacientes que ingressam nos hospitais. Para este autor o ser humano possui aspirações universais, as quais se mantêm intactas mesmo que ele se encontre em situações difíceis; as pessoas querem ser tratadas de maneira singular (LEE, 2009). As expectativas dos indivíduos em relação aos serviços de saúde estão pautadas nas vivências e na simbolização das imagens captadas ao longo da vida de cada um, levando à construção dos conceitos de saúde e de doença, os quais têm estreita relação com a preservação da vida. Para Amin (2001), a internação hospitalar modifica o referencial interno e externo de uma pessoa, principalmente, quando se trata de maior permanência no hospital, atribuindo sentidos diferentes dos anteriormente vividos. Lee (2009), ao analisar o comportamento dos pacientes no processo de internação hospitalar, afirma que o paciente julga a experiência de estar no hospital baseado nas suas percepções, é algo subjetivo. Tal fato pode surpreender a equipe

de profissionais de saúde quando os resultados clínicos são excelentes, e mesmo assim o paciente fica insatisfeito ou contrariado (LEE, 2009).

Pupulim e Sawada (2012) realizaram um estudo que identificou a percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. Os resultados apontaram que os pacientes entrevistados gostariam que suas preferências fossem observadas e supridas pelos profissionais, segundo suas crenças e valores pessoais, remetendo à ideia de que seu direito à opção e a sua preferência foram tolhidos durante a hospitalização. O hospital caracteriza-se como um ambiente hostil à natureza humana por potencializar fragilidade física e vulnerabilidade emocional perante a doença. A hospitalização requer aceitação, adaptação, submissão e resignação, pois a tecnologia em busca da cura supera, por vezes, o respeito à individualidade, à dignidade, aos valores, às crenças e aos direitos do paciente (PUPULIM e SAWADA, 2012).

E, de acordo com os estudos de Kovács (2002), os profissionais de saúde não são adequadamente preparados para lidar com a morte, especialmente os médicos e os enfermeiros, pois a ênfase na formação técnica suplanta o foco na apropriação de conhecimentos voltados para uma postura mais humanizada.

Essas concepções estão direta e/ou indiretamente atreladas à cultura de segurança do paciente, a qual para ser sustentada requer uma mudança no comportamento nas(das) organizações de saúde e de seus profissionais. O sistema para se tornar mais seguro, requer um esforço combinado não somente dos profissionais e das organizações de saúde, pois inclui consumidores, fornecedores, governo, sistema complementar de saúde, agências reguladoras e política de mercado (BRANCO FILHO, 2014).

Para Queiroz, Albuquerque e Malik (2013, p. 661), “as organizações hospitalares estão inseridas em um setor que emprega grandes esforços e recursos no desenvolvimento de inovações tecnológicas para solucionar problemas de saúde ou de doença”. Com o intuito de reduzir a incidência de eventos adversos, os hospitais investiram em inovações tecnológicas de forma significativa. Entretanto, não foram alcançados os resultados esperados em termos de melhoria de qualidade e redução de custos, e nem se mostraram suficientes para superar eventos adversos que emergem do contexto organizacional (QUEIROZ, ALBUQUERQUE e MALIK, 2013). O progresso no diagnóstico e tratamento das patologias tem crescido

exponencialmente, gerando um processo assistencial de alta complexidade; entretanto há uma “desatualização no modelo de comunicação, capacitação dos profissionais e no desenho do trabalho, em que falta a integração dos diversos atores do sistema e uma coordenação eficiente com foco centralizado no paciente” (BRANCO FILHO, 2014, p. 7).

## 5.2 COMUNICAÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (Brasil, 2014), e identificou seis campos de ação. Um desses campos é o desenvolvimento de “Soluções para a segurança do paciente” (WHO, 2007), sendo a comunicação uma das áreas que requer intervenções para o êxito na segurança do paciente em âmbito global.

A melhoria da "comunicação para a segurança" no cuidado de saúde é um imperativo mundial, e os programas para desenvolvimento de competências comunicativas podem contribuir nas mudanças de comportamento em nível individual, da equipe e da instituição com repercussão positiva para a cultura de segurança do paciente (LEE, ALLEN e DALY, 2011).

Em estudo que avaliou a relação entre comunicação e segurança do paciente Santos et al (2010), identificaram que os problemas referidos mais frequentemente como potencializadores de erro se situam nas áreas da comunicação, tomada de decisão e treinamento da equipe técnica. Nos resultados destacam, por um lado a necessidade da comunicação descentrada do profissional de saúde e centrada no doente, respeitando-o como um elemento ativo no seu processo de saúde, doença e tratamento e, por outro lado, a importância da comunicação consistente e efetiva entre os profissionais de saúde (SANTOS et al, 2010).

### 5.2.1 Comunicação ou Informação: como os hospitais interpretam o documento?

Dentre as “Soluções para a segurança do paciente” (WHO, 2007), a comunicação é a terceira solução apresentada, sendo enfocada, especificamente,

em três situações. Nas transferências de pacientes entre unidades e/ou serviços; nas passagens entre os turnos de trabalho; e na *comunicação* com o paciente e família (WHO, 2007).

Uma reflexão sobre o entendimento do documento e a forma como os hospitais estão implementando essa meta é um dos principais objetivos desse estudo. A publicação do documento deixa margem para diferentes interpretações acerca do conceito de comunicação, o qual não é claro. Ou mesmo sobre quais procedimentos e/ou ações assistenciais são pertinentes a essa meta. Os hospitais vêm colocando em prática a “comunicação efetiva”<sup>19</sup> (grifo nosso) de acordo com a interpretação de cada instituição. Observamos que o entendimento que os hospitais têm, de forma geral, acerca de *comunicação* está associado muito mais à troca de informação, num viés exclusivamente informacional e instrumental ao contrário do conceito de partilha de sentidos, de troca e compartilhamento de significado entre os envolvidos (BALDISSERA, 2010; MARTINO, 2011; FIGARO, 2014; KUNSCH, 2013).

Não obstante, evidenciamos que o processo de comunicação no hospital é abrangente e não se limita aos aspectos instrumentais (viés informacional), nem à ‘transmissão’ linear de informações. Esse processo se dá entre os indivíduos que se relacionam, o que implica significação, além das demais nuances envolvidas. A comunicação acontece durante toda a assistência ao paciente, e implica e/ou está implicada na relação entre profissional-paciente e profissional-profissional. Desde a ‘transmissão’ de informações durante a passagem de plantão, no momento do preparo de medicações, na realização do exame físico do paciente, durante a realização de procedimentos à beira do leito, nas situações de transferência de pacientes até o momento da alta hospitalar, os aspectos pertinentes à comunicação estão presentes. Os fluxos comunicacionais, informacionais e relacionais materializam-se por práticas discursivas escritas, verbais e/ou visuais, produzidas no próprio contexto organizacional, de forma espontânea e/ou planejada (OLIVEIRA e PAULA, 2008).

Dentre as distintas concepções e vieses existentes quando discutimos o conceito de comunicação, adotamos, para nortear nosso estudo, o referencial

---

<sup>19</sup> Diferentes publicações sobre segurança do paciente empregam o termo “comunicação efetiva”. Nesse estudo, conforme abordado no decorrer do trabalho, assumimos esse termo no sentido da concretização do processo comunicacional, ou seja, quando a comunicação acontece e se caracteriza pela troca de significados.

proposto por Kunsch (2013; 2016) acerca das dimensões da comunicação. Acreditamos a complexidade da dinâmica hospitalar configura um contexto propício para a aplicação dos conceitos de Kunsch (2013; 2016), no que se refere às quatro dimensões propostas pela autora. Em seus estudos Kunsch (2013; 2016) tem se preocupado em situar a comunicação no contexto mais amplo da sociedade, destacando sua importância como integrante do sistema global e sua influência no desenvolvimento econômico e social e, por conseguinte, nas transformações do mundo contemporâneo (KUNSCH, 2016). E, partindo da premissa de que as organizações são integrantes desse universo globalizado e instável economicamente, “há que existir uma relação sinérgica entre o mundo e as organizações. E, nesse contexto, é a comunicação que viabiliza todo o processo” (KUNSCH, 2016, p. 40). No intuito de compreender como a comunicação organizacional está configurada atualmente a autora propõe analisá-la em quatro dimensões: instrumental, humana, cultural e estratégica.

A **dimensão instrumental** é concebida como funcional e técnica, caracterizando-se predominantemente como transmissão de informações, no sentido de viabilizar os processos e permitir o pleno funcionamento de uma organização. Nessa concepção a comunicação é tida como uma ferramenta de ‘transferência’ de informações, com fluxo assimétrico e uma visão linear, que desconsidera as interações humanas e as subjetividades da vida organizacional. Dessa forma pode ser vista como a mais fácil de ser empregada, pois está associada à idéia de que o “outro compreendeu a mensagem” e a missão de transferir a informação está cumprida. Essa é a dimensão predominante nas organizações.

A **dimensão humana** concebe a comunicação como fundamental para a interação entre os indivíduos nas organizações. Segundo Kunsch (2016, p. 48) “quando se introduz a comunicação na esfera das organizações, o fator humano, subjetivo, relacional e contextual constitui um pilar fundamental para qualquer ação comunicativa produtiva duradoura”. A subjetividade presente nas organizações necessita ser considerada como ponto fundamental para a compreensão do processo comunicacional. Nessa dimensão estão inseridos os aspectos sociais e históricos que implicam nas relações entre os trabalhadores. A interação entre os indivíduos é simultaneamente resultante e desencadeadora dos processos



comunicacionais. Essa dimensão considera que há uma estreita ligação entre o discurso e a prática e pressupõe relação entre as pessoas, compreensão e idéias compartilhadas (KUNSCH, 2016). A autora enfatiza a dimensão humana com o propósito de defender sua importância para uma melhor qualidade de vida dos trabalhadores, considerando a complexidade do cenário organizacional e social. E destaca que “a valorização das pessoas nas organizações deve ser um parâmetro determinante para a produção da comunicação organizacional” (KUNSCH, 2016, p. 53).

A **dimensão cultural** parte da premissa de que as organizações são formadas por pessoas e estas carregam consigo uma bagagem cultural própria. Cada indivíduo que ingressa na organização traz uma trajetória alicerçada por crenças e valores que compõem sua cultura de origem. E, as diferentes culturas dos trabalhadores se somam à cultura existente na organização, caracterizando uma nova configuração cultural. O diálogo entre gestores trabalhadores pode ser um caminho para o reconhecimento dessa dimensão da comunicação no sentido de valorizar os espaços culturais e individuais das pessoas nas organizações, fomentando as interações entre pessoas e grupos (KUNSCH, 2016).

A **dimensão estratégica** da comunicação se faz presente nas organizações quando se trata da escolha dos caminhos que a organização irá seguir para atingir seus propósitos. Para tanto, as diferentes abordagens teóricas podem se voltar para uma concepção mais tradicional, que privilegiam o conflito e a competição, e/ou uma visão que considera o ser humano e as incertezas do cenário político e econômico (KUNSCH, 2016). Na visão da autora, é necessário redimensionar a concepção da comunicação estratégica conservadora para uma forma inovadora, mais holística, que contemple a complexidade e as incertezas do mundo contemporâneo.

Ao buscarmos a concepção de Kunsch (2013; 2016) para as quatro dimensões da comunicação podemos pensar que a dimensão instrumental é a que mais se aproxima do que os gestores compreendem como *comunicação* no cenário da saúde. Identificamos esse viés no momento de implantação das estratégias para segurança do paciente, quando os hospitais divulgam suas práticas para uma “comunicação efetiva” (grifo nosso), porém se referindo a situações pontuais tais como a passagem de plantão, a transferência de pacientes ou aos registros em prontuário, reforçando a ideia de ‘transmissão’ de informações.

Segundo a OMS (2007), durante uma situação de doença ou período de internação, um paciente passa por uma série de profissionais e setores de atendimento, se deslocando entre áreas de diagnóstico e tratamento e tendo contato com equipes de três turnos a cada dia, o que o deixa vulnerável a riscos de segurança a todo instante. A *comunicação* entre as unidades e entre as equipes assistenciais no momento da passagem de plantão poderia não incluir toda a informação essencial, ou ocorrer a interpretação incorreta da informação. Estas lacunas na *comunicação* podem provocar graves interrupções na continuidade da atenção, um tratamento inadequado e um dano potencial para o paciente (WHO, 2007).

Reconhecemos a importância da ‘transmissão’ de informações no contexto do trabalho em saúde. Entretanto, não podemos desconsiderar que essa prática é marcada pela subjetividade, pois seu objeto é a pessoa. Nesse sentido, a **comunicação** no hospital envolve a dimensão humana, considerando as múltiplas interações entre os sujeitos que acontecem durante os processos assistenciais. E tais interações compõem uma rede de culturas que se entrelaçam nas trocas diárias entre os trabalhadores, de acordo com a cultura de cada profissional e/ou grupo de profissionais, contemplando a dimensão cultural da **comunicação**. E, no que se refere à gestão das organizações, a produção comunicativa tem que levar em conta a subjetividade dos interlocutores e se alicerçar na coerência entre discurso institucional e práticas cotidianas, o que está associado à dimensão estratégica da comunicação.

Nessa perspectiva, segundo Kunsch (2016, p.58), “as dimensões instrumental, humana, cultural e estratégica não acontecem separadamente, mas se mesclam e são interdependentes no contexto das organizações”.

Dessa forma, entendemos oportuno investigar como o hospital em questão interpreta as recomendações de segurança do paciente no que se refere à uma comunicação segura, tendo como fundamentação conceitual para a análise, as dimensões da comunicação propostas por Kunsch (2016).

### 5.2.2 Comunicação e segurança do paciente: notificação e análise de incidentes

Assim, partindo da ideia de que a *comunicação* voltada para a segurança do paciente tem sido enfocada nos hospitais sob o prisma de ‘transmissão’ de informação, entendemos pertinente discutir, ainda, o processo de notificação e análise dos incidentes.

Essa tem sido uma das questões cruciais para a cultura de segurança, considerado um tema polêmico e constantemente discutido nos serviços de saúde (COSTA e NEMITZ, 2014; WACHTER, 2010; MENDES, 2005). A notificação de incidentes envolve aspectos éticos e legais; e está associada a fatores como a organização e estrutura das instituições de saúde, seu sistema de gestão e ao comportamento dos profissionais em sua prática diária. Além disso, está vinculada ao processo de notificação para fora dos limites do hospital, o qual se bem gerenciado e protegido legalmente, poderá assegurar o reforço de ações corretivas (WACHTER, 2010).

A criação das comissões e núcleos nos hospitais, frente ao atual cenário de segurança do paciente e à legislação vigente, tem como finalidade identificar riscos e analisar incidentes para o estabelecimento de políticas de segurança e avançar no aprendizado organizacional (COSTA e NEMITZ, 2014; WACHTER, 2010). O aumento na notificação de incidentes pode refletir em indicadores mais fidedignos, contribuindo para a avaliação dos processos e para um real diagnóstico de necessidades das instituições (WACHTER, 2010). Além disso, possibilita a construção de um panorama nacional de segurança do paciente, que aponte ações para a modificação desse contexto (BRASIL, 2014). Nesse sentido, a notificação é também uma importante etapa para a gestão do risco e, portanto, deve ser utilizada em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde, sendo essencial que a vigilância e o monitoramento do que é notificado sejam praticados (BRASIL, 2014).

Para atender a esse requisito os serviços necessitam organizar os processos internos, de acordo com as estratégias da organização para a segurança do paciente (WACHTER, 2010). O sistema de notificação de incidentes está atrelado, principalmente, ao estágio de desenvolvimento ou de implantação da cultura de segurança. Quando a instituição vem trabalhando para melhorar a segurança do

paciente a notificação é encorajada pelos líderes setoriais e os relatórios resultam em ações tangíveis (COSTA e NEMITZ, 2014; WACHTER, 2010). E, a existência dos núcleos de segurança nos hospitais, conforme determinado pela Portaria nº 529, de 2013 (BRASIL, 2013) e RDC nº 36, de 2013, da ANVISA (BRASIL, 2013) contribui para modificar o cenário da “não-notificação” (COSTA e NEMITZ, 2014; WACHTER, 2010; MENDES, 2005).

Ainda no que se refere à infra-estrutura dos hospitais e serviços para a cultura de segurança é importante citar que, o sistema de notificação depende também do quantitativo de profissionais atuando nessa área, bem como da competência técnica dos mesmos. Uma equipe qualificada pode otimizar o processo de notificação dos eventos adversos, por meio de avaliação e encaminhamento adequados, com o foco na educação e não na punição (COSTA e NEMITZ, 2014; WACHTER, 2010; MENDES, 2005). Fatores como a preocupação com a confidencialidade da informação, o medo da responsabilização profissional, somados à deficiência nos registros nos hospitais podem comprometer a análise adequada dos eventos adversos (WHO, 2002).

A cultura não-punitiva é preconizada na implantação da segurança do paciente. Os erros notificados devem ser bem utilizados, como por exemplo, transformados em casos que possam ser compartilhados e discutidos entre as equipes, enfatizando-se a necessidade de aprender com os erros (COSTA e NEMITZ, 2014; WACHTER, 2010; MENDES, 2005).

Existem diferentes formas de notificação e sistemas organizados podem favorecer o contexto em que ocorre a *comunicação*. A utilização de alguns recursos tais como protocolos, rotinas, procedimentos operacionais padronizados, entre outros, reforça o comportamento dos profissionais acerca da necessidade de registro de todos os aspectos envolvidos na assistência ao paciente (BRAUER e DIAS, 2014).

Outra questão importante é a infra-estrutura tecnológica da qual dispõe o hospital ou serviço. Cada vez mais as instituições de saúde vêm utilizando meios eletrônicos na detecção de eventos adversos. Sistemas eletrônicos bem desenhados e implementados auxiliam na notificação de incidentes. São recomendados programas simples, de fácil execução, que permitam o rápido acesso, e que possam ser incorporados à rotina dos serviços, pois o fato dos

profissionais dispensarem muito tempo e esforço nessa ação pode levar à não-notificação (WACHTER, 2010; MENDES, 2005).

A notificação de incidentes, de forma geral, parte dos profissionais que prestam assistência direta ao paciente, sendo considerada essa uma forma passiva de vigilância, pois depende da decisão das partes envolvidas em notificar; podem ser anônimas, confidenciais ou abertas (WACHTER, 2010).

No Brasil, o sistema de informação para captação de eventos adversos relacionados ao processo de cuidado foi elaborado com base na Classificação Internacional para Segurança do Paciente, da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2014). As notificações, dentro do hospital ou serviço, são encaminhadas aos núcleos ou outros órgãos envolvidos com a segurança do paciente, tais como escritório da qualidade, gerência de risco e núcleo de segurança do paciente; e são analisadas por meio de diferentes instrumentos de gestão, levando em conta os indicadores de cada instituição (COSTA e NEMITZ, 2014).

Na etapa seguinte as informações são enviadas à instância nacional. No Brasil, essa notificação é direcionada ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da utilização do NOTIVISA, um sistema informatizado na plataforma web, previsto pela Portarias nº 1.660, de 2009 (BRASIL, 2009) e nº 529, de 2013 (BRASIL, 2013), do Ministério da Saúde; e RDC nº 36, de 2013, da ANVISA (BRASIL, 2013). O NOTIVISA foi desenvolvido para receber as notificações de incidentes, eventos adversos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária, ao uso de tecnologias, e aos processos assistenciais (ANVISA, 2015). Esse sistema de notificação nacional pode ser acessado diretamente pelos profissionais de saúde, mediante cadastro ou quando vinculados às instituições e serviços, sendo as informações mantidas sob sigilo. Tem como objetivo desenhar um panorama nacional sobre segurança do paciente para o estabelecimento das políticas de saúde (ANVISA, 2015).

A ideia centrada na criação de uma cultura de segurança do paciente é que essa notificação passe a ser não somente obrigatória, mas espontânea e de forma “automática” no dia-a-dia dos profissionais de saúde (COSTA e NEMITZ, 2014; MENDES, 2005). Para tanto é necessária uma mudança no comportamento das

peças e segundo Schein (2009) tal mudança é lenta, envolvendo fatores intrínsecos do ser humano, o que atribui uma maior complexidade a esse cenário, face à subjetividade e singularidade de cada indivíduo que atua na organização (SCHEIN, 2009). Está vinculada à importância que cada um atribui à segurança, além dos fatores motivacionais para esse propósito, como por exemplo, o contexto e o ambiente de trabalho.

O sistema de gestão de pessoas do hospital também está diretamente relacionado à implantação das estratégias para a segurança do paciente. O incentivo ao desenvolvimento profissional pode ter resultados positivos para os trabalhadores e impacta na concretização das estratégias da organização (SILVA, 2010). Destacamos a importância das atitudes dos gestores na condução das equipes de trabalho, pois estes têm o papel de articuladores das práticas organizacionais (SCHEIN, 2009). Os gestores necessitam favorecer um ambiente de diálogo, autoconhecimento e aprendizagem, por meio de maior autonomia dos profissionais, delegação de responsabilidades, compartilhamento de decisões e resoluções dos problemas (SILVA, 2010). A maneira como os profissionais são envolvidos com a filosofia e com os propósitos da instituição determinarão um modelo de comportamento junto ao paciente e seu comprometimento com a segurança do mesmo. Também os valores pessoais de cada indivíduo e da própria profissão exercida interferem na sua prática diária (WACHTER, 2010; SCHEIN, 2009; SROUR, 2012; SILVA, 2010).

Considerando a dinâmica dos serviços de saúde, a forma de notificação dos incidentes contempla diferentes fatores, tais como a estrutura e funcionamento dos serviços, o sistema de gestão de pessoas e os recursos materiais e tecnológicos da instituição. Esses são alguns dos aspectos pertinentes ao processo de notificação de incidentes, os quais podem ser vistos sob o viés de funcionamento da organização, o que envolve estrutura e processos, e sob o viés do comportamento dos indivíduos que está atrelado a valores pessoais, crenças, e formação profissional (COSTA e NEMITZ, 2014; WACHTER, 2010; MENDES, 2005; SCHEIN, 2009).

Entendemos que esse último consiste na tarefa mais árdua na implantação da cultura de segurança, pois a apuração de caráter voluntário com informação fornecida pelo próprio profissional esbarra ainda na cultura predominante de que o

erro é uma vergonha e não um mecanismo de aprendizado (MENDES, 2005). O atual contexto de segurança em saúde se baseia em evitar o erro no intuito do profissional não sofrer pessoalmente as consequências, e não visando prestar ao cliente uma assistência livre de danos, ou seja, descentrada do profissional de saúde e centrada no paciente (FERNANDES, TOURINHO e SOUZA, 2014).

Um dos fatores que determina a adesão dos profissionais às estratégias de segurança é o modo como os eventos adversos são tratados e, principalmente que repercussões para os profissionais decorrem das notificações.

A chamada cultura da culpabilização e a cultura justa têm sido tema recorrente nas discussões e estudos sobre a segurança do paciente. De modo geral, o conceito de segurança do paciente privilegia o pensamento sistêmico, no qual, a responsabilidade pela ocorrência de danos aponta para as deficiências do sistema de prestação de cuidado, no que se refere à sua concepção, organização e funcionamento (REIS, 2014).

Reason (2002) apresenta dois modelos para eliminação do erro e/ou para redução de suas consequências, baseados em duas abordagens, o pessoal e o sistêmico (REASON, 2000). O modelo pessoal constitui a abordagem mais tradicional, na qual se procura identificar a causa do erro na atuação individual. Essa abordagem está associada à identificação de negligência, desmotivação, desatenção, descuido, falta de conhecimento, falta de experiência. Esse modelo é calcado na culpa e no medo, focando em uma cultura punitiva baseada na questão moral, representada pela expressão “*names, blames, shames*” (nomes, culpa e vergonha), muito utilizado até então na área de saúde, reforçando o comportamento de omissão do erro.

O segundo modelo, denominado sistêmico, parte do pressuposto que as ações são encadeadas e o erro não tem uma causa única, nem individual, exclusivamente, ou seja, existem contribuições sistêmicas para a ocorrência de EA. Considera a limitação humana, o que inevitavelmente conduz ao erro. Assim, utiliza o princípio da prevenção, considerando o contexto, e a participação de todos os envolvidos nos incidentes com intuito de evitar novas ocorrências (REASON, 2002). Assim, segundo essa concepção, a maior parte dos erros é cometida por pessoas competentes e cuidadosas, sem a intenção de errar e, “a segurança do paciente

depende, então, de profissionais de saúde incorporados a sistemas que antecipem erros e os impeçam de causar dano” (WACHTER, 2010, p. 223).

Entretanto, essa premissa, segundo Wachter (2010, p.223), pode incorrer no risco de “desviar o nosso olhar daqueles profissionais ou instituições que, por uma série de razões, não são competentes”, criando um comportamento coletivo de aceitação do erro. E chama atenção para a necessidade de uma reflexão acerca de uma nova tensão que vem emergindo: a responsabilidade individual *versus* a responsabilidade coletiva (WACHTER, 2012). A cultura tradicional de culpabilidade individual pode ser considerada um entrave para o avanço da cultura de segurança. No entanto, a cultura de não culpabilidade pode resultar em uma inadequada responsabilização pelos incidentes (REIS, 2014), fator crucial para uma avaliação das práticas de trabalho, com vistas à prevenção e redução dos erros, por meio da aprendizagem. Assim, “o conceito de cultura justa tem avançado para enfatizar a importância de mesclar um foco sistêmico com a responsabilidade individual e institucional apropriadas” (WACHTER, 2010, p. 191).

Importante ressaltar que a estratégia institucional adotada para lidar com a responsabilização pelos erros deve considerar as características do hospital e o modelo de gestão de pessoas, preservando uma coerência com os valores e paradigmas organizacionais.

A notificação e análise de incidentes constituem uma importante faceta da segurança do paciente, associada a outras abordagens e ferramentas de gestão que avaliam a ocorrência de eventos adversos. As iniciativas para a modificação do cenário da insegurança nos hospitais e serviços e, em maior instância, no contexto do País, baseiam-se entre outros, nos indicadores procedentes das práticas dos profissionais que prestam assistência direta ao paciente. Assim, a cultura de segurança requer transformação na prática dos profissionais de saúde, pois contempla fatores intrínsecos do ser humano, o que reforça a ideia de que o comprometimento de cada profissional continua sendo a principal alavanca para a cultura de segurança do paciente.

Entendemos, a partir dessas reflexões que, além de investimentos em inovações tecnológicas, para atingirem padrões desejáveis de qualidade e segurança do paciente, os hospitais necessitam repensar a cultura da organização. Nessa perspectiva, é crucial avaliar sob qual prisma a comunicação é percebida



pelos gestores e pelos trabalhadores, no intuito de identificar lacunas nesse processo e rever o comportamento da organização como um todo.

## 6 COMUNICAÇÃO E CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: O QUE A PESQUISA REVELOU...

No atual contexto social, considerando o poder e a responsabilidade das organizações no cenário global a comunicação necessita ser entendida como estratégica e sua gestão deve abarcar a perspectiva interdisciplinar (KUNSCH, 2016). Entendemos que a compreensão do processo comunicacional no contexto do hospital pode contribuir para a gestão dos processos e das organizações hospitalares. Assim, nesse capítulo apresentaremos os resultados obtidos a partir dos processos investigativos aplicados no estudo.

A trajetória investigativa desse estudo foi norteada pelos preceitos da Hermenêutica de Profundidade, já descrita no capítulo dois. Apresentamos, a seguir, a estrutura que representa o caminho trilhado para a realização da pesquisa.

A partir das evidências encontradas e, considerando o percurso da Hermenêutica, desenvolvemos, no primeiro momento da discussão, a **análise sócio-histórica**, que tem por objetivo a reconstituição das condições sociais de produção, circulação e recepção das formas simbólicas no contexto onde ocorre o fenômeno estudado (THOMPSON, 2002). Para a construção do entendimento sobre o processo comunicacional no cenário onde se desenvolveu o estudo, utilizamos três elementos constituintes da **análise sócio-histórica**, sendo que cada um desses define um nível de análise distinto (THOMPSON, 2002): *a identificação e descrição das situações espaço-temporais, a investigação dos meios técnicos de construção de mensagens e de transmissão, e a análise dos campos de interação.*

A primeira baseia-se na identificação e descrição das *situações espaço-temporais*, e tem como foco descrever e caracterizar o cenário no qual as formas simbólicas são produzidas e recebidas (THOMPSON, 2002). Assim, nessa etapa, procuramos conhecer a organização, no que se refere à implantação da cultura de segurança do paciente. Relatamos as estratégias planejadas e/ou implementadas para o alcance desse objetivo. Esses dados foram obtidos a partir do estudo

documental, do material informativo disponível, e das entrevistas realizadas com os representantes do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

O segundo elemento da **análise sócio-histórica**, utilizado no estudo foi a *investigação dos meios técnicos de construção de mensagens e de transmissão*, ou seja, o substrato material em que, e através do qual, as formas simbólicas são produzidas e transmitidas (THOMPSON, 2002). Nessa etapa identificamos os aparatos utilizados para dar suporte ao procedimento da passagem de plantão, que incluem formulários e planilhas.

A **análise sócio-histórica** inclui, ainda, a análise dos *campos de interação*, voltada para a investigação do campo como espaço de posições e um conjunto de trajetórias, as quais determinam as relações entre as pessoas (THOMPSON, 2002). Nessa etapa, como procedimento investigativo foi realizado o estudo de campo. No primeiro momento realizamos as entrevistas com os profissionais, no intuito de conhecer sua percepção acerca dos processos comunicacionais e segurança do paciente. No segundo momento do estudo de campo, realizamos a observação não-participante dos cenários de trabalho, acompanhando os momentos de passagem de plantão da equipe assistencial, nas unidades estudadas.

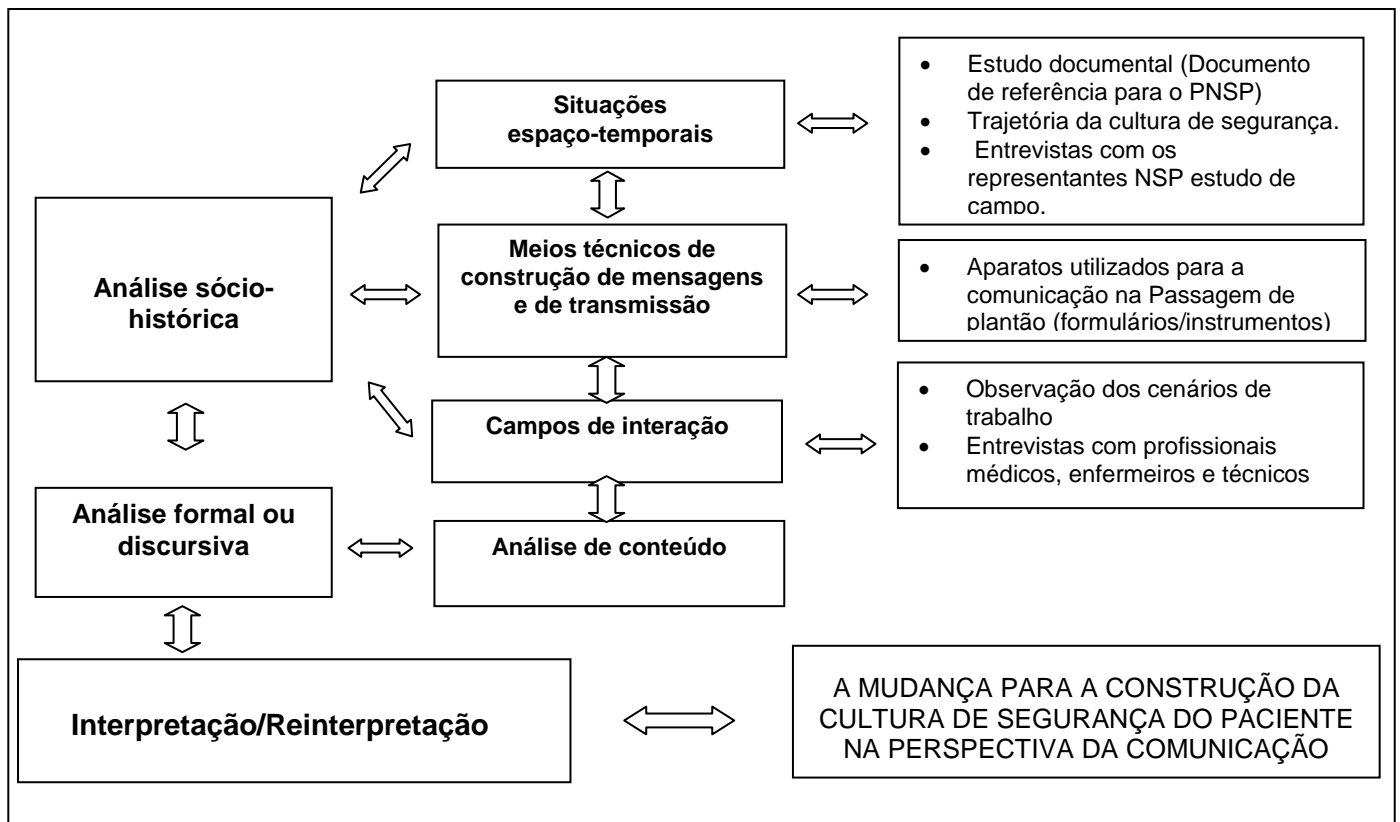
A partir das evidências encontradas, os resultados foram submetidos à **análise formal ou discursiva**, aqui contemplada por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009), anteriormente descrita.

Em todas as etapas optamos por realizar, concomitantemente, a análise e discussão dos achados no decorrer da descrição, sustentada pelo referencial teórico, pois entendemos que muitas especificidades foram evidenciadas, para as quais o mais oportuno foi incluir a discussão no momento da descrição, para uma melhor compreensão do fenômeno estudado.

E, ao final da análise, buscando a construção/reconstrução do conhecimento, apresentamos a interpretação/reinterpretação de todo o material oriundo da realização dessa pesquisa, com o objetivo de compreender o processo comunicacional na implantação da cultura de segurança do paciente.

A figura 3 ilustra a estrutura da apresentação e discussão dos resultados do estudo.

**Figura 3.** Estrutura metodológica do estudo.



Fonte: a autora, 2017.

As etapas acima são interligadas e interdependentes, e representam o caminho trilhado para o desenvolvimento do estudo, cujos resultados são apresentados a seguir.

## 6.1 CONSTRUÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Nessa etapa procuramos relatar como vem sendo construída a cultura de segurança do paciente no hospital em estudo, a partir dos dados documentais coletados ao longo da pesquisa e das entrevistas realizadas com os representantes do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), médicos e enfermeiros. Cada participante respondeu a uma entrevista, sustentada pelo roteiro elaborado para tal (APÊNDICE A). No intuito de preservar o sigilo e o anonimato dos participantes,

estes foram identificados com as siglas “N1”, “N2” e “N3”, de acordo com a ordem cronológica de realização das entrevistas.

Constatamos que o tema “segurança do paciente” foi, gradativamente, sendo incluído na rotina de trabalho do hospital, principalmente na área assistencial. O Serviço de enfermagem desencadeou, inicialmente, alguns processos voltados para a segurança do paciente, por meio da criação de indicadores, protocolos e rotinas. A participação de enfermeiros do hospital na Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP – POLO RS) contribuiu para instrumentalizar os profissionais no sentido de implantar a segurança do paciente.

No Rio Grande do Sul a criação da REBRAENSP-RS, em 2008, foi um marco na cultura de segurança do paciente no estado e reuniu profissionais dos hospitais da capital e do interior do estado. Essa iniciativa constitui uma estratégia de cooperação e sinergia entre profissionais, instituições, organizações e programas voltados para o desenvolvimento dos cuidados de saúde, gestão, pesquisa e informação, e educação inicial e permanente da enfermagem, e tem como objetivos compartilhar conhecimentos, metodologias e recursos tecnológicos relacionados à área de Enfermagem e Segurança dos Pacientes; promover a articulação entre os membros, fortalecendo as suas atividades de cuidado, ensino, pesquisa e cooperação técnica (REBRAENSP, 2013). Tais iniciativas baseiam-se na premissa de que um cuidado seguro implica a construção de uma cultura de segurança do paciente, que se apoia no compartilhamento de práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução do dano e promoção do cuidado seguro, entre profissionais e serviços (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000). A partir das reuniões da Rede, algumas estratégias voltadas para a segurança do paciente começaram a ser traçadas no hospital, desencadeadas pela área de enfermagem. Foram criados indicadores, protocolos, rotinas, além de intervenções educativas com as equipes de enfermagem, articuladas com as atividades de ensino e pesquisa.

De acordo com os relatos do representante do Núcleo de Segurança do Paciente (N1), em 2013, por determinação da Portaria 529 de 1º de Abril de 2013, e da RDC 36, do Ministério da Saúde, foram nomeados três profissionais para constituírem o Núcleo de Segurança do Paciente. Foram designados para tal um

médico, uma farmacêutica e uma enfermeira, sendo essa constituição comum nos hospitais. A nomeação foi encaminhada à ANVISA para formalização do processo.

No primeiro momento foi elaborado o Plano de Segurança do Paciente, composto por três dimensões: o mapeamento de riscos clínicos e não clínicos, o gerenciamento do sistema de notificações, e a implantação dos protocolos de segurança do paciente, preconizados pelo MS. Para cada uma dessas dimensões foram realizadas diversas atividades de desdobramento. As estratégias incluíram: mapeamento de riscos nas áreas assistenciais (internação), reuniões com os gestores com o objetivo de capacitá-los sobre a classificação de riscos, e, desenvolvimento e divulgação da matriz de riscos, nas unidades de internação. De posse do mapeamento de riscos e da análise dos indicadores do sistema de notificação do hospital, foram identificados os protocolos prioritários para implantação.

O primeiro a ser implantado foi o Protocolo de Quedas, que se refere à meta nº6 preconizada pela Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2014), pois o risco de quedas já vinha sendo avaliado/monitorado, em um estudo, por meio da aplicação da escala de Morse<sup>20</sup>, o qual gera indicadores, apontando essa necessidade. O outro protocolo elencado como prioritário para a implantação, foi o de Higienização das Mãos, meta nº5 da OMS (BRASIL, 2014), cuja execução e monitoramento consistem em uma exigência legal da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assim, em 2014 iniciou a campanha de segurança do paciente no hospital, sendo o plano inicial trabalhar dois protocolos de segurança a cada semestre do ano.

As instituições que se lançam no propósito de construir a cultura de segurança do paciente têm, como primeiro desafio, a decisão sobre “por onde começar?” (grifo nosso).

A implantação da cultura de segurança implica mudança organizacional e, para tanto, requer o estabelecimento de estratégias, considerando a complexidade do cenário hospitalar e a amplitude do processo. O desdobramento de cada meta incorre no estabelecimento de inúmeras ações, desde o planejamento,

---

<sup>20</sup> Escala estruturada que permite aos profissionais avaliar, de forma ampla e sistemática, o risco de quedas em pacientes hospitalizados e, subsidiar o planejamento de estratégias voltadas para a segurança do paciente (URBANETTO et al, 2013).

determinando o objetivo da ação, a(s) área(s) onde serão desenvolvidas, os participantes envolvidos, o cronograma de execução e, o acompanhamento dos resultados por meio dos indicadores estabelecidos para tal. A construção de organizações seguras requer um trabalho conjunto, incluindo além dos gestores e profissionais, os pacientes e familiares, na busca de ações, ferramentas, metodologias, soluções e estratégias para redução dos riscos vinculados à assistência (FRAGATA, SOUZA e SANTOS, 2014).

Os caminhos a serem seguidos para atingir os objetivos divergem em cada instituição. A determinação das prioridades está vinculada às exigências legais e ao diagnóstico de necessidades, evidenciado a partir de indicadores<sup>21</sup>. Segundo Gouvêa (2014), dentre as estratégias adotadas em diferentes países para garantir cuidados de saúde mais seguros está a criação de programas de monitoramento através de indicadores. Uma das finalidades é orientar a formulação e hierarquização de políticas dentro dos hospitais. No que se refere à segurança do paciente, existem indicadores específicos. “Um indicador de segurança do paciente pode ser definido como um indicador de desempenho que busca identificar, obter informações e monitorar a ocorrência de incidentes” (GOUVÊA, 2014, p.105). De acordo com os relatos dos integrantes do Núcleo de Segurança do Paciente, o uso de indicadores tem norteado o estabelecimento das estratégias para a cultura de segurança no hospital.

Outros aspectos que determinam a escolha do caminho a ser seguido são a estrutura da organização e as condições existentes que possam contribuir e facilitem esse processo, tais como a organização dos serviços/setores, o desenvolvimento tecnológico e o modelo vigente de gestão de pessoas. Mas, independente das medidas a serem implementadas, é consenso que o conhecimento da magnitude, natureza e impacto dos eventos adversos constituem fator crucial e ponto de partida para a cultura de segurança (SOUZA, LAGE e RODRIGUES, 2014; GOUVÊA, 2014; WACHTER, 2013).

Na instituição estudada a escolha das metas de segurança do paciente a serem desenvolvidas seguiu essa lógica. Os dois primeiros protocolos elencados apontavam a maior probabilidade de se concretizarem com mais brevidade, em

---

<sup>21</sup> Indicadores são dados ou informações numéricas que quantificam o desempenho de processos, produtos e de uma organização como um todo (FNQ/CE, 2008).

função de alguns processos já estarem organizados. Por exemplo, a higienização das mãos é um procedimento rotineiro e vem sendo preconizado no hospital em diferentes momentos, ao longo dos anos, como tema de educação permanente e inserida, inclusive, no treinamento introdutório, do qual participam todos os funcionários que ingressam na instituição.

É consenso entre os participantes do NSP e gestores que a segurança do paciente é um trabalho coletivo, com participação de todos os níveis hierárquicos da organização e implica práticas comuns entre os trabalhadores. Para a OMS, uma condição primordial para a cultura de segurança em organizações de alto risco, como os hospitais, reside em um conjunto de crenças partilhadas que dão suporte a práticas seguras entre os profissionais que nelas atuam (REIS, 2014).

Assim, no hospital pesquisado, as estratégias elencadas para desenvolver os dois primeiros protocolos incluíram:

- Intervenções educativas com as equipes multiprofissionais, nas unidades de internação, durante a jornada de trabalho, em geral no momento da passagem de plantão. O principal foco foi a área assistencial, onde acontecem as atividades de maior contato com os pacientes. Foram aplicadas diferentes dinâmicas como simulações, dramatizações e exposições, com recursos interativos. Participaram mais de 1.500 funcionários, incluindo todas as categorias presentes naquele momento e os gestores das respectivas áreas. Além desses, foram envolvidos estudantes e professores que realizam as práticas no hospital. A equipe médica também participou em alguns momentos. Essa etapa se estendeu por mais de seis meses, contemplando todas as unidades de internação do hospital.

- Encontros científicos. Como outra estratégia nesse primeiro semestre de trabalho, visando envolver a área médica, os integrantes do Núcleo participaram das discussões clínicas nos *rounds* e aulas específicas sobre segurança do paciente nos cursos da saúde que desenvolvem práticas na instituição, utilizando também diferentes dinâmicas.

Conforme o relato da coordenação do núcleo (N2), a ideia é trabalhar com todas as áreas, com ações que implicam envolvimento de todos, e/ou com ações específicas, de acordo com as práticas de cada setor ou equipe.



Para Souza, Lage e Rodrigues (2014), algumas medidas de melhorias podem ser dirigidas apenas a uma equipe ou serviço, como o uso mais adequado de um equipamento ou a sistematização da passagem de turno/plantão (*Handover*), enquanto outras podem abranger a organização como um todo, na situação de formação ou contratação de pessoas, por exemplo.

Após a implantação das duas primeiras metas, o NSP, dando seguimento ao trabalho, identificou como metas a serem implantadas: “Identificação do Paciente” e “Lesões por Pressão”, metas nº1 e nº5, respectivamente, recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2014). As duas metas anteriormente implantadas continuaram a ser trabalhadas de forma concomitante com as demais. Foram utilizadas as mesmas abordagens da fase anterior. E participaram, também, os profissionais do Serviço de Controle de Infecção, pelo fato desse serviço ser a referência no que se refere à higienização das mãos, e por já desenvolverem ações, nesse sentido, na instituição.

Constatamos, a partir dos depoimentos, que houve um esforço em envolver profissionais e/ou áreas-chave do hospital, cuja atuação tem influência e repercussão na organização como um todo, como Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, comissões técnicas, área de gestão de risco, área da qualidade e gestores de áreas assistenciais. O núcleo participa, ainda, de auditorias internas no hospital e dos procedimentos de certificação, como a Acreditação Hospitalar, considerando a pertinência da segurança do paciente em todos esses processos. Essa forma de atuação é uma prática comum em hospitais que se lançam na cultura de segurança, conforme recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). “Os NSPs devem, antes de tudo, atuar como articuladores e incentivadores das demais instâncias do hospital que gerenciam riscos e ações de qualidade, promovendo complementaridade e sinergias neste âmbito” (BRASIL, 2014, p. 22).

Segundo o documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014, p. 22),

os núcleos de segurança do paciente (NSPs) hospitalares devem estar vinculados organicamente à direção e ter uma agenda permanente e periódica com a direção geral, a direção técnica/médica e a coordenação de Enfermagem, e participar de reuniões com as demais instâncias que gerenciam aspectos da qualidade, reguladas por legislação específica, tais como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão

de Óbito, Comissão de Análise de Prontuário, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Gerência de Risco, Gerência de Resíduos, Núcleo de Saúde do Trabalhador, entre outras.

Para a obtenção de resultados positivos é fundamental que a equipe que coordena as ações de segurança do paciente conte com profissionais de áreas distintas, o que gera um maior impacto nas práticas de trabalho. As profissões mais comumente envolvidas são enfermagem, medicina, farmácia, junto dos profissionais da área administrativa e jurídica, a depender da instituição.

Na investigação, todos os participantes do NSP mencionaram a educação continuada como uma das principais estratégias para a mudança de cultura. Essa premissa faz parte dos planos locais de segurança do paciente dos estabelecimentos de saúde. De acordo com o documento do Programa Nacional de Segurança do Paciente, as instituições de saúde necessitam incorporar as novas tecnologias em um programa de educação permanente dos profissionais da saúde (BRASIL, 2014). Nesse sentido, o setor responsável pelo desenvolvimento de pessoas na instituição tem importante papel nesse contexto e no hospital estudado essa proposta de envolver a área de educação continuada está sendo colocada em prática.

A área da qualidade também pode e deve estar incluída nesse movimento, e tem sido, em alguns hospitais, o ponto inicial para a organização de tais estratégias, partindo da premissa que a segurança do paciente pode ser considerada um princípio básico e um requisito para a qualidade do cuidado em saúde (WHO, 2002). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), hospitais que já possuam estrutura de gestão da qualidade, como uma comissão ou um comitê de qualidade devem adaptá-la às funções previstas na Portaria MS/GM nº 529/2013 e na RDC nº 36/2013/ANVISA.

Os estudos sobre qualidade em saúde são de longa data, e seus princípios aplicados à segurança do paciente, têm agregado contribuições no que se refere à mensuração, avaliação e compreensão do processo de cuidado (MARTINS, 2014; WACHTER, 2010). O conceito de qualidade vem se modificando ao longo do tempo, decorrente da evolução tecnológica, da transformação do panorama de saúde no mundo e dos avanços na gestão, incluindo a perspectiva da cultura de segurança. Uma das premissas da qualidade na saúde é a abordagem interdisciplinar, e suas

dimensões abarcam, além da tríade inicialmente proposta por Donabedian (1980) com foco na estrutura, processo e resultado, outros atributos que foram incorporados no decorrer dos anos, tais como a segurança, a centralidade do cuidado no paciente e o respeito a seu direito (MARTINS, 2014). Oriundas dessa corrente de pensamento surgiram outras abordagens de gestão em saúde. Uma delas refere-se ao conceito de “organizações de cuidados responsáveis” (ACO)<sup>22</sup>, cujos objetivos estão voltados para a tríade: maior qualidade, menor custo e melhoria na saúde da população, vistos como um desafio para a maioria das instituições de saúde (ADIRIM, MEADE e MISTRY, 2017). Um dos elementos norteadores dessa abordagem é o pensamento sistêmico, baseado no fato de que organizações crescem em tamanho e complexidade, e a compreensão do sistema de saúde é ponto crucial para a atuação dos prestadores de cuidados. Organizações responsáveis têm um efeito consistentemente positivo na qualidade e na segurança, porque esse modelo permite às organizações e aos seus membros identificar, por meio de sinais de alerta, os aspectos emergentes que necessitam ser rapidamente corrigidos em resposta aos problemas evidenciados (VOGUS e SINGER, 2016).

Na questão da construção da cultura de segurança do paciente, é ponto fundamental o monitoramento dos resultados alcançados no intuito de avaliar e/ou (re)direcionar as ações (GOUVÊA, 2014; WACHTER, 2010). Nessa perspectiva, durante a implantação da segurança do paciente no hospital em estudo, algumas mudanças no curso das estratégias foram feitas, baseadas nas respostas das equipes, no que se refere à adesão às práticas propostas. Segundo um dos representantes do Núcleo (entrevistado N1)<sup>23</sup>,

*“O primeiro semestre foi bastante trabalhoso e nos fez perceber a necessidade de algumas mudanças. Constatamos que, envolvendo as pessoas na organização das capacitações elas aprendem mais. Partindo desse pressuposto, decidimos utilizar mais uma estratégia, que foi a criação de equipes específicas em cada área. Assim, cada unidade assistencial indicou facilitadores, os quais eram responsáveis por desenvolver o assunto com os demais colegas, trazendo mais informações sobre o protocolo, ou seja, esses seriam os multiplicadores da dinâmica. Fizemos um cronograma com todas as unidades de internação, e a cada semana, entregamos ao facilitador o material que seria apresentado e discutido com a respectiva equipe no prazo de uma semana. Os resultados foram bem positivos”. (N1).*

---

<sup>22</sup> *Accountable Care Organizations (ACOs)*. Tradução livre do autor.

<sup>23</sup> As falas dos entrevistados serão apresentadas em itálico.

O planejamento em relação à implantação de novas metas também foi revisto. Para o ano seguinte (2015) o plano era seguir na implantação de mais três protocolos: Erros de Medicação, Cirurgia Segura, e, Comunicação, respectivamente metas nº4, nº3 e nº2, conforme OMS (BRASIL, 2014). Mas, os integrantes do NSP perceberam que havia muito trabalho a fazer, ao longo do ano, pela necessidade de retomada dos protocolos já em execução, além da avaliação dos resultados. Optaram, então por postergar a implantação da meta “comunicação” para o ano seguinte.

Então, em 2016, o trabalho iniciou com o protocolo de “comunicação”. Segundo o entrevistado N1,

*“Essa meta deixa uma margem grande para sua execução, pois diferente dos demais, não apresenta um desdobramento específico quanto às ações a serem desenvolvidas no hospital. Seguimos algumas recomendações de desdobramento. Acabamos focando na questão do Termo de Consentimento e, como outra ação, passamos a utilizar a ferramenta SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) nas passagens de plantões e na transferência de pacientes entre unidades e serviços”. (N1).*

A “comunicação efetiva”, recomendada pela OMS tem sido trabalhada nos hospitais, sob diferentes interpretações. Considerando que esse consiste em um tema amplo, que permite múltiplas abordagens, as instituições de saúde vêm procurando uma forma de aplicação concreta dessa meta, durante o processo de construção da cultura de segurança. A literatura que aborda a *comunicação* na perspectiva da cultura de segurança se refere, de modo geral, ao momento de transmissão de cuidados, como um ponto crítico no processo de *comunicação* (OMS, 2007; BRASIL, 2014; BARCELLOS, 2014; WACHTER, 2010). Isso justifica a escolha feita pela instituição foco dessa pesquisa, quando optou por reorganizar a passagem de plantão entre os turnos, com o uso da ferramenta *SBAR*, no sentido de melhorar a *comunicação*.

Segundo o relato do integrante do NSP N3, todas as metas já foram trabalhadas nos anos anteriores e estão sendo retomadas. Porém, a estratégia voltada para a comunicação constitui uma prioridade nesse momento, pois não chegou a ser totalmente desenvolvida e, dentro dessa estratégia, o principal foco é a implantação da ferramenta *SBAR*, por ser nova, e exigir o envolvimento de muitos profissionais de diferentes áreas.

A metodologia *SBAR*<sup>24</sup> (Situação, *Background*, Avaliação e Recomendação) consiste em uma forma padronizada, concisa e simples de *comunicação*. Pode ser utilizada nas situações de passagem de plantão, transferência de pacientes entre unidades ou contato entre profissionais. As etapas são: **Situação**, que se refere ao enunciado do problema; **Background**, que consiste na informação breve acerca da situação/problema; **Avaliação**, que se refere à análise e opções de resolução/encaminhamento; e **Recomendação**, que corresponde à ação necessária recomendada pelo profissional (WHO, 2007; IHI, 2011), (grifos nossos).

Essa ferramenta é uma forma estruturada para a ‘transmissão’ de informações entre os profissionais a respeito da situação e da condição do paciente, e permite que os mesmos antecipem condutas, contribuindo para a criação de um modelo mental. Para Wachter (2010), a aplicação dessa ferramenta pode contribuir para melhorar a *comunicação*, substituindo o pensamento instintivo pelo pensamento baseado nas evidências. Esse é um dos caminhos para lutar contra a cultura de baixas expectativas, na qual a inconsistência ou falta da informação é considerada como usual e normal, e acaba por ser incorporada nas práticas diárias, ao invés de representar um alerta para a equipe (WACHTER 2010; CHASSIN e BECHER, 2002).

A implantação dessa ferramenta iniciou como um projeto piloto em algumas unidades de internação. Foi criado um formulário que dá suporte ao procedimento das passagens de plantão, e os enfermeiros foram capacitados para sua utilização, por meio da realização de oficinas.

A *comunicação*, segundo os entrevistados, contempla, ainda, outras dimensões. Uma delas se refere à notificação dos incidentes e a importância de registros precisos no prontuário do paciente, conforme relato.

*“Eu percebo, através das próprias notificações no sistema, que a maior parte dos erros acontece por comunicação ineficaz. São várias situações que apontam sempre para a comunicação. As pessoas têm que se comprometer com a informação, pois a comunicação é base de tudo [...] Nós trabalhamos com um dos indicadores que é o número de notificações que ocorrem no hospital. Tem as notificações por instrumento on-line e por busca ativa no prontuário. E a principal busca ativa é sobre os registros, por*

---

<sup>24</sup> Encontramos na literatura as expressões ferramenta, método, metodologia e técnica, aplicadas com o mesmo sentido, ao ser referirem ao *SBAR*, a depender do autor. Nesse estudo assumimos o termo ferramenta e/ou mantivemos a expressão utilizada pelos autores.

*meio da avaliação dos prontuários no SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística), e o número é elevado. A falta de registros completos no prontuário contribui para a ocorrência de erros e acarreta impacto financeiro para a instituição, pelo não ressarcimento de valores, caso não esteja tudo devidamente registrado”. (N3)*

A precisão nos registros é um aspecto que impacta na segurança do paciente, pois informações fidedignas são imprescindíveis para uma assistência segura. A legislação que rege as profissões de saúde menciona e recomenda que os registros no prontuário do paciente sejam completos, atualizados, precisos, fidedignos, legíveis e com terminologia própria da profissão (CREFITO, 2012; COFEN, 2016; CFN, 2005).

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2016) os registros têm como finalidade: partilha de informações; garantia de qualidade, pois servem como fonte de subsídios para a avaliação da assistência prestada; relatório permanente da evolução do paciente, desde o surgimento do problema até a alta/óbito/transferência hospitalar; evidência legal para o paciente e para a equipe; fonte de dados para o ensino e a pesquisa; e auditoria, pois permite a análise das atividades realizadas pela equipe.

Enfim, os registros realizados pela equipe assistencial fazem parte do contexto comunicacional e, embora sejam balizados por normas e regras bem definidas, sua concretização passa pela subjetividade presente nas práticas no hospital.

Outro entrevistado (N2) traz, em suas falas, a preocupação com as possíveis falhas na comunicação durante o trabalho no hospital.

*“Ainda em relação à comunicação, eu penso que informação é diferente de comunicação. Uma coisa é ter uma informação escrita em um local visível (isso é informação), e outra coisa é entender o que está escrito ali (isso é comunicação). Cada um interpreta de um jeito. Um exemplo é o “read back”<sup>25</sup>...aqui ainda não temos isso. Temos o SBAR que ajuda muito, mas também depende das pessoas”.(N2)*

E também associa esse aspecto ao comportamento dos indivíduos em relação ao outro e à sua prática, conforme depoimento que segue.

---

<sup>25</sup> *Read back* consiste em uma técnica que se baseia na oportunidade de fazer e responder perguntas, com o objetivo de confirmar uma informação, e está associada à meta nº2 da *Joint Commission*, sobre a comunicação (WACHTER, 2013).

*“Em relação à comunicação e segurança do paciente....bem, é muito sério. Temos problemas de comunicação visíveis. As pessoas não se falam...as equipes precisam se falar mais (e cita exemplos de incomunicação). Transferem a responsabilidade de falar com os outros. O paciente é visto por uma equipe multiprofissional, e esses profissionais têm que se comunicar. É cultura de algumas profissões...talvez associado ao poder, achar que não precisa da opinião do outro. Um exemplo: é importante a avaliação de rede venosa do paciente pelo enfermeiro antes de iniciar uma terapia medicamentosa, para que o médico defina a via de administração, mas, em geral, os médicos prescrevem, sem discutir com o enfermeiro as possibilidades de infusão. É uma discussão do dia-a-dia que deveria ser intensificada”.*(N2)

Podemos inferir, a partir dos relatos, que as relações entre os profissionais repercutem na criação da cultura de segurança. Cada categoria profissional compõe uma subcultura, que traz consigo padrões de comportamento, valores coletivos e crenças próprias da sua profissão (SCHEIN, 2009; SROUR, 2012). Nesse cenário está presente a disputa de poder, que segundo Castells (2009), é uma constante nas organizações pelo não compartilhamento de valores e interesses. Trabalhar com a segurança de paciente implica romper barreiras de poder, compartilhar conhecimento e decisões, transferir o foco do profissional para o paciente e (re)pensar as práticas de trabalho, transformando o fazer individual para o fazer coletivo.

Nessa perspectiva destacamos a importância do envolvimento de todos que prestam cuidado ao paciente, direta e/ou indiretamente, com a segurança. Nesse sentido, a análise dos resultados do estudo nos mostra que a enfermagem tem sido a área mais envolvida com a cultura de segurança. Diferentes participantes da pesquisa relataram que, na estrutura hospitalar, a maior parte de profissionais inseridos nesse processo é da equipe de enfermagem, conforme falas a seguir.

*“Em relação aos protocolos do MS quem mais faz é a enfermagem. A enfermagem trabalha com vários protocolos. Por exemplo, a avaliação do risco de quedas é com a enfermagem, o protocolo de lesões por pressão, a enfermagem também é responsável”.* (N2)

*“Nas ações de educação continuada tivemos uma ótima adesão, sendo maior da equipe de enfermagem, que sempre é a mais envolvida nas ações”.* (N1)

Buscamos algumas reflexões para justificar esse achado. É fato que a criação de uma nova cultura implica mudança e, segundo Marquis e Huston (2010), na

mudança organizacional planejada o papel das lideranças é decisivo no resultado. A área da enfermagem se caracteriza por muitas equipes lideradas, cada uma, por um enfermeiro. Assim, no hospital existem muitos líderes, que são responsáveis pelas práticas assistenciais de seus subordinados e, por conseguinte desencadeiam os processos de mudança. O enfermeiro, ao exercer seu papel de líder, representa um modelo de conduta, gerencia o cuidado ao paciente, orienta as práticas, realiza a avaliação do desempenho e a supervisão dos técnicos de enfermagem. Nessa perspectiva, se o enfermeiro estiver comprometido com a proposta de mudança, ele poderá perpetuar essa crença entre seus subordinados, disseminando as práticas de segurança no hospital.

Outro fator que deve ser considerado no que se refere à maior adesão da enfermagem aos processos de mudança é que esta constitui a maior força de trabalho do hospital em número de profissionais (FUGULIN, GAIDZINSKI e CASTILHO, 2011). E, além disso, é o profissional que permanece mais tempo em contato direto com o paciente, dentre os demais profissionais da saúde, pelas peculiaridades de seu fazer.

Uma particularidade sobre a participação da enfermagem está associada aos elementos que compõem o currículo da formação do enfermeiro. Ao longo do curso de enfermagem o graduando desenvolve competências para a assistência, para o gerenciamento e para a educação da equipe, o que prepara esse profissional para atuar em uma organização dinâmica como o hospital, com todas as nuances que envolvem o trabalho em equipe multiprofissional. A capacidade de adaptação, de **comunicação** e de tomada de decisão são elementos constituintes do perfil desenhado para o enfermeiro, e que podem contribuir para seu desempenho nas situações de mudança de cultura nas organizações.

Uma ação para melhorar a participação das pessoas e alinhar condutas entre os diferentes membros da equipe é a execução de oficinas multiprofissionais. Os hospitais, de modo geral, promovem reuniões que visam rever as práticas assistenciais. São encontros realizados sistematicamente, envolvendo todos os turnos de trabalho e são voltados para a implantação dos protocolos assistenciais. Consistem em discussões de casos clínicos, em pequenos grupos, onde cada grupo estuda um protocolo e, ao final, a discussão é ampliada para o grande grupo. Além disso, na área médica, o trabalho inclui os residentes da clínica médica, por meio da



realização dos *rounds*, que permitem a discussão dos casos dos pacientes, a avaliação do risco clínico e a determinação de condutas terapêuticas.

Barcellos (2014) menciona os *rounds* (reuniões entre os profissionais que prestam cuidados aos pacientes) como uma das práticas de comunicação pertinentes à cultura de segurança. Segundo o autor, devem ser observados alguns critérios para que realmente possam ser produtivos. Devem, idealmente, ser interdisciplinares, reunir todos os integrantes da equipe, ter roteiros pré-estabelecidos e serem conduzidos de forma objetiva e, ainda, contar com o envolvimento das chefias no sentido de organizarem e contribuírem com o andamento dessa iniciativa (BARCELLOS, 2014).

Nos *rounds* também é realizada a avaliação dos riscos clínicos. Esta, embora menos enfatizada no movimento de segurança do paciente, tem relevância destacada pela gravidade das consequências de erros nessa dimensão (WACHTER, 2010). Os estudos nessa área apontam que o diagnóstico clínico e as ações terapêuticas estão relacionados a fatores ligados aos pacientes e relacionados aos médicos e, considerando a segurança do paciente sob a perspectiva de abordagem sistêmica, há arranjos organizacionais que podem minimizar sua frequência e consequências. Esses incluem treinamentos dos médicos para um raciocínio mais acurado e com base em evidências, além do suporte tecnológico para a tomada de decisão clínica (WACHTER, 2010).

Uma das ações destacadas por todos os entrevistados integrantes do NSP é a reunião multiprofissional que é realizada na ocorrência de um evento considerado grave, com o intuito de discutir o ocorrido, visando compreender e analisar a situação. A classificação de um evento quanto à sua gravidade e/ou importância está vinculada a diversos fatores. Segundo Costa e Nemitz (2014), a decisão de investigar os eventos imediatamente ou mais tardiamente dependerá das características do evento, do tipo de dano causado ao paciente/família, ou ainda se a situação representa aprendizado para a equipe. Nos serviços onde a cultura de segurança já está implantada pode ser utilizada a escala de classificação proposta pela OMS, *The Conceptual Framework for the International Classifications for Patient Safety* (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000), que considera a frequência do evento em relação à gravidade potencial ou real, para subsidiar a decisão de notificação.

A análise de um incidente implica o estabelecimento de um plano de ação para melhoria, considerando os fatores contribuintes, com proposta concreta, tendo um responsável designado para tal, bem como prazos definidos de implantação e métodos de avaliar os resultados (SOUZA, LAGE e RODRIGUES, 2014).

Em relação às falhas humanas, foi mencionada pelos participantes a adoção da “cultura não punitiva” (grifo nosso), no que se refere à responsabilização pelo erro. Como já mencionado, a ocorrência de um incidente deve ser analisada sob a perspectiva de processo, ou seja, significa avaliar as condições e os fatores que contribuíram para tal. Isso pode envolver os aspectos estruturais, ambientais, humanos e relativos aos desenhos dos processos. Lembramos, ainda, em relação à forma de condução do erro, o cuidado que as instituições devem ter ao empregar o modelo de culpabilização ou o modelo sistêmico, pois se de um lado a cultura da culpabilização pode levar a um comportamento de omissão do erro, o modelo sistêmico pode ser interpretado de modo que nenhum profissional seja responsabilizado pelas ações de insegurança, criando uma ideia de banalização do erro (WACHTER, 2010).

De acordo com o relato de um dos integrantes do NSP (N2) o trabalho para a construção da cultura de segurança do paciente é longo e desafiador, pois envolve todas as esferas da organização, num esforço coletivo. O entrevistado N2 revela:

*“Eu observo que os processos estão bem desenhados, mas, na prática, não conseguimos estabelecer ainda todas as ações. Por exemplo, se o paciente está identificado com a pulseira de risco de quedas, e eu vejo que o colchão não está adequado, algo deve ser feito. Precisamos entender que o fato de colocar a pulseira não evita a queda. Essas dificuldades nós temos. Identificamos os riscos, mas nem sempre se tem ainda uma ação efetiva. São detalhes do dia-a-dia que na prática precisam ser revistos.”(N2)*

É consenso entre os entrevistados que o acompanhamento e avaliação do processo são cruciais para um resultado favorável. Um projeto foi desenvolvido com área de enfermagem com o objetivo de intensificar o monitoramento das medidas de segurança estabelecidas junto às equipes. Um das ideias para a adesão a essa cultura é que as ações de segurança do paciente sejam incorporadas à avaliação de desempenho do funcionário, pois acreditam ser uma das maneiras de formalizar e documentar e responsabilizar a participação individual do trabalhador na segurança do paciente. Por exemplo, se o profissional não lavou as mãos, é reorientado e isso

fica registrado em seu histórico de desempenho. O comprometimento com a segurança do paciente passará a ser um requisito para atuar na instituição, conforme essa e outras propostas.

Nessa perspectiva, o entrevistado N2 acredita que um dos caminhos a ser seguido é o monitoramento das práticas de trabalho.

*“Acho que isso ocorre porque as pessoas, de forma geral, para ter a cultura da responsabilidade, precisam ser cobradas. Sabemos que nos locais em que a cobrança é mais intensificada e sistemática, os resultados são melhores. Se está estabelecido um processo, ele tem que acontecer e a fiscalização não deve ser apenas de pessoas externas, mas sim uma cobrança entre os próprios membros...uma cobrança boa....não no sentido de punição. acho que é histórico e acontece em todos os hospital, e meu papel é coordenar essas ações [...] Esse é o projeto que temos agora, reorganizar a educação continuada, intensificar o monitoramento das ações e associar o comportamento voltado à segurança do paciente à avaliação de desempenho individual do funcionário”. (N2)*

*“Os processos devem acontecer rotineiramente e não em alguns momentos de avaliação, certificação. Deve ser uma atitude, não esporádico. O foco é na educação. Eu sou daquelas pessoas que acredita que um dia a gente vai conseguir”. (N2)*

A implantação de estratégias em uma organização somente se concretiza na presença de um processo de monitoramento contínuo, cujo intuito é o diagnóstico da situação, no sentido de identificar os resultados obtidos. Tais resultados norteiam o estabelecimento de novas ações e/ou o redirecionamento de estratégias.

Outro enfoque a ser explorado, a partir dos depoimentos dos representantes do NSP é a participação de alunos e professores dos cursos da saúde na consecução de ações dirigidas à segurança do paciente, compondo um trabalho integrado com a equipe assistencial. Segundo os entrevistados, essa congregação de esforços contribuiu de forma significativa para alavancar as práticas de segurança. A organização em questão é um hospital universitário, no qual grande parte dos tratamentos e cuidados é executada por estudantes, de diferentes áreas e níveis de aprendizado, sob supervisão de professores da universidade. A formação dos profissionais de saúde com a perspectiva da segurança do paciente constitui uma preocupação mundial. “Diante da crescente preocupação com os danos involuntários causados pelos cuidados em saúde, surge a necessidade de que os alunos da área de saúde aprendam a oferecer um tratamento mais seguro” (OMS; PUCRJ, 2016, p.17).

Wachter (2010) discute sobre esse desafio em relação à formação dos profissionais e à realização das práticas assistenciais durante o período de aprendizagem, avaliando suas possíveis consequências aos pacientes. Esse autor enfoca, principalmente, os aspectos referentes ao treinamento médico. Afirma que, embora todas as profissões devam propiciar aos estudantes oportunidades de praticar seus conhecimentos junto aos pacientes, as repercussões dos erros cometidos pelos estagiários em outras áreas, em geral, são menores do que os erros cometidos pelos estudantes de medicina, considerando as decisões que estes têm que tomar. O desafio, segundo Wachter (2010), é encontrar o equilíbrio entre a autonomia do estudante e a necessidade de supervisão direta por parte dos preceptores, pois a tradicional concepção de “aprender com os erros” (grifo do autor), na perspectiva da segurança do paciente, tem sido considerada uma atitude antiética. “Esses reconhecimentos têm levado não apenas a algumas reformas do sistema, mas também a um rompimento nas barreiras da cultura médica acadêmica”, levando preceptores a permanecerem mais tempo acompanhando os estudantes e residentes nas práticas (WACHTER, 2010, p. 205).

Nesse sentido, o papel da simulação realística nas práticas de ensino em saúde vem crescendo, como uma das possíveis soluções para esse entrave. O uso de simuladores é prática comum na indústria há décadas, e vem sendo aplicado à área da saúde, como um aliado para práticas mais seguras, “ajudando os estagiários a atravessarem suas curvas de aprendizado com menos riscos aos pacientes” (WACHTER, 2010, p. 205). Essa preocupação em relação à formação é pertinente a todas as profissões da saúde, se acentuando naquelas que desenvolvem um maior número de procedimentos junto aos pacientes.

Assim, o desafio da formação profissional em saúde tem sido discutido mundialmente. Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lidera uma iniciativa global com o objetivo de melhorar a educação em segurança do paciente para a formação de uma força de trabalho capacitada para executar cuidados seguros centrados no paciente, no âmbito mundial. Diante disso, a OMS publicou um guia curricular de segurança do paciente com uma perspectiva multiprofissional e com uma abordagem dos sistemas de saúde de âmbito global, com o intuito de auxiliar as universidades e as escolas de ciências da saúde a integrarem em seus currículos o ensino de segurança do paciente (OMS; PUCRJ, 2016). No Brasil, o

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) recomenda a inclusão do tema segurança do paciente no ensino (BRASIL, 2014), nos cursos de graduação, pós-graduação e programas de educação permanente voltadas para a área da saúde.

Nesse estudo, sob o ponto de vista dos entrevistados integrantes do NSP, existe uma ligação direta entre a segurança do paciente e o fato da instituição ser um hospital de ensino. Na construção dos currículos dos cursos de graduação e pós-graduação, cujos alunos realizam suas prática no hospital, o tema segurança do paciente tem sido incluído há alguns anos, de forma gradativa, além de ser conteúdo de palestras, seminários e jornadas acadêmicas. “Os alunos precisarão saber como os sistemas interferem na qualidade e na segurança dos cuidados em saúde, como a comunicação precária pode provocar eventos adversos e muito mais” (OMS; PUCRJ, 2016, p. 22).

A presença de estudantes e professores das diferentes áreas da saúde tem implicações nos processos de mudança e devem ser considerados no planejamento das estratégias para a construção da cultura de segurança. Os participantes do estudo entendem que a educação é a principal estratégia para a cultura de segurança e que deve haver uma integração cada vez maior entre ensino e assistência, para que não ocorram incongruências entre o aprender e o assistir. Saliendam que a formação de novos profissionais e sua inclusão no mercado de trabalho já deve estar impregnada dos princípios de segurança para que ocorram melhorias nos cuidados em saúde.

A descrição da trajetória da instituição estudada, na direção da cultura de segurança, nos permite depreender que, de acordo com as entrevistas, diferentes caminhos podem ser trilhados para esse fim. As estratégias divergem de hospital para hospital, entretanto, muitos desafios são comuns e, cada instituição busca esse objetivo de acordo com a sua estrutura, os recursos existentes, os preceitos legais e as características que compõem a cultura daquela organização.

## 6.2 CONHECENDO OS CENÁRIOS

Entendemos que, para a compreensão do objeto investigado, a análise não pode ater-se a uma investigação e descrição técnica, mas tentar elucidar os contextos em que esses meios estão inseridos (THOMPSON, 2002). Nesse estudo, a análise dos campos de interação, que, segundo Thompson (2002), se destina à compreensão das posições e trajetórias que determinam as relações entre as pessoas, foi voltada para uma melhor compreensão dos elementos subjetivos envolvidos no processo comunicacional.

Assim, após a descrição da trajetória da construção da cultura de segurança do paciente na instituição em estudo, nos propusemos a identificar quais outros fatores estão presentes, pertinentes às relações entre os trabalhadores, às questões individuais e grupais que perpassam o processo de trabalho em saúde e que contribuíram para a compreensão do processo de **comunicação** no hospital.

Para tanto, nessa etapa, utilizamos dois procedimentos investigativos, conforme proposto e explanado no segundo capítulo.

Assim, um dos procedimentos da pesquisa de campo refere-se à observação não-participante<sup>26</sup> da dinâmica de trabalho, em diferentes horários e situações, acompanhando as trocas de turno de trabalho nas unidades onde foi desenvolvido o estudo.

Optamos por acompanhar o procedimento da passagem de plantão entre os turnos por ser esta uma das frequentes preocupações dos hospitais, pela importância da continuidade no cuidado e suas implicações para a segurança do paciente. A comunicação na transição de cuidados está contemplada em uma das nove “Soluções de Segurança do Paciente”, propostas pela OMS e *Joint Commission*, sendo identificada como uma das áreas críticas para a segurança do paciente (OMS, 2007). Além disso, entendemos que se trata de um momento crucial

---

<sup>26</sup> Na observação não-participante, conforme explicitado na p. 46, o pesquisador não se envolve diretamente com o objeto pesquisado, assumindo o papel de espectador o que lhe permite apreender uma situação como ela realmente ocorre (GIL, 2008).

do processo assistencial e da vivência no hospital, que favorece o surgimento de inúmeras nuances da comunicação e constitui um rico universo a ser explorado.

Realizamos essa observação por um período de quatro meses, nos quais acompanhamos 20 episódios de passagem de plantão, nas duas unidades assistenciais participantes do estudo (unidade ALFA e unidade BETA). Identificamos que, após participarmos de dez vivências de passagem de plantão, os cenários começaram a se repetir, apresentando os mesmos elementos já observados anteriormente, os quais retratam a prática assistencial e permitem conhecer a dinâmica de trabalho, nos fornecendo subsídios para a compreensão do processo de **comunicação**.

E, a pesquisa de campo incluiu, como outro procedimento, a realização de entrevistas em profundidade com os profissionais da equipe assistencial, visando conhecer a percepção dos mesmos acerca do processo comunicacional, na perspectiva da segurança do paciente. Participaram dessa etapa os profissionais enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem das áreas elencadas, totalizando, inicialmente 66 participantes. Considerando a natureza do estudo e o fato da pesquisa qualitativa estar voltada para a compreensão do objeto e do contexto, requerendo um aprofundamento das questões estudadas, redimensionamos a amostra, conforme sugestão dos integrantes da banca de qualificação do projeto. Assim, a escolha se deu por conveniência e participaram da pesquisa 16 profissionais: seis enfermeiros, sendo três destes com cargo de gestão, três médicos e quatro técnicos de enfermagem. Para as entrevistas foi adotado como critério de inclusão, atuar há mais de um ano na instituição e concordar em participar do estudo.

Para a realização das entrevistas utilizamos um instrumento semi-estruturado, contendo questões abertas (APÊNDICE B), permitindo a flexibilidade na exploração do tema. As entrevistas em profundidade foram realizadas durante um encontro com cada participante, previamente agendado, no próprio hospital, em local que assegurou a privacidade do profissional. As entrevistas foram gravadas e foi realizada a pré-análise, que constou da organização do material coletado e transcrição das falas. As respostas das entrevistas foram lidas exaustivamente e o conteúdo foi explorado no intuito de procedermos a análise das percepções dos entrevistados.

Para fins de mantermos o sigilo e a privacidade dos participantes, as entrevistas foram identificadas com siglas, sendo que “E” corresponde aos entrevistados enfermeiros; “M” corresponde os entrevistados médicos; “T”, aos entrevistados técnicos de enfermagem; “N” representa os integrantes do Núcleo de Segurança do paciente. Utilizamos, ainda, para a identificação, o critério de sequência cronológica de realização das entrevistas, de forma que E1 se refere ao primeiro enfermeiro entrevistado; M1 representa o primeiro médico entrevistado e, assim, sucessivamente.

Realizamos a decomposição do material em unidades de significados e posterior agregação destas unidades, as quais deram origem às dimensões que emergiram dos dados coletados, conforme análise de conteúdo de Bardin (2009).

Assim, do material oriundo desses dois procedimentos investigativos, a observação das passagens de plantão e a realização das entrevistas em profundidade com os profissionais, emergiram seis dimensões de análise, conforme mostra a figura 4:

**Figura 4.** Dimensões da análise dos resultados do estudo.

<b>Dimensões da análise dos resultados do estudo</b>	
<b>Dimensão 1</b>	<b>A percepção sobre informação e comunicação</b>
<b>Dimensão 2</b>	<b>A comunicação e a passagem de plantão: refletindo sobre os cenários</b>
<b>Dimensão 3</b>	<b>Aspectos envolvidos no processo de comunicação no hospital</b>
<b>Dimensão 4</b>	<b>A relação entre segurança do paciente e comunicação</b>
<b>Dimensão 5</b>	<b>A construção da cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais</b>
<b>Dimensão 6</b>	<b>Competências dos profissionais de saúde para a comunicação</b>

Fonte: a autora, 2017

Apresentamos, a seguir, as seis dimensões, nos valendo dos movimentos interpretativos que sustentam o processo de interpretação e reinterpretação para a construção do conhecimento, subsidiados pelo referencial teórico.



### 6.2.1 A percepção sobre informação e comunicação

A primeira dimensão aborda a percepção dos profissionais sobre o significado de informação e de comunicação. De acordo com as respostas, 14 dos 16 entrevistados, entendem que informação e comunicação têm significados distintos. Observamos, pelos relatos, que, os profissionais estabelecem uma associação entre esses conceitos, porém nem sempre conseguem expressar com clareza em que consiste a diferença entre ambos. As falas que seguem ilustram esse achado.

*“Eu acho oportuno esse questionamento, porque são coisas absolutamente distintas, ao meu ver”. (M2)*

*“São coisas distintas, acho que a comunicação...eu posso receber uma informação mas comunicá-la de forma totalmente diferente daquilo que eu estou recebendo”. (E4)*

*“Não são iguais. Informação é uma coisa e comunicação é outra. Eu posso informar alguma coisa para um grupo de pessoas, mas não significa que todas as pessoas vão conseguir receber essa informação da forma como eu queria que recebessem”. (E6)*

A origem do termo comunicação, segundo Martino (2011, p.13), vem do latim, e remete à idéia de “atividade realizada conjuntamente”. Uma prática do cristianismo antigo, realizada pelos cenobitas, nos mosteiros, e que consistia em tomar a refeição da noite em comum, era denominada “*communicatio*”. Assim, o termo decorre da designação de romper o isolamento e pode ser atrelado à ideia de reunião entre os homens. A comunicação é o produto de um encontro social, e designa um processo bem delimitado no tempo, porém não se confunde com convivialidade, pois não se limita à praxis social, mas é um tipo de relação intencional exercida sobre outrem (MARTINO, 2011). Um dos entrevistados traz, em sua fala, essa perspectiva.

*“A comunicação é troca e a troca é riquíssima. Agora, informação, ela está disponível, é como o ar que eu respiro, está ali. Agora, eu posso não estar interessado naquilo e vou olhar para aquela informação escrita ou audível, como eu estou olhando para esse cenário aqui e posso memorizar e dar a importância que eu achar relevante”. (M2)*

Uma mensagem ou informação não é comunicação. A informação é uma comunicação que pode ser ativada a qualquer momento, desde que outra

consciência venha resgatar e/ou interpretar aqueles traços materiais de forma a reconstituir a mensagem, ou seja,

o termo informação se refere à parte propriamente material, ou melhor, se refere à organização dos traços materiais por uma consciência, enquanto o termo comunicação exprime a totalidade do processo que coloca em relação duas (ou mais) consciências (MARTINO, 2011, p. 17).

Um único entrevistado (E1) respondeu que informação e comunicação têm o mesmo significado; entretanto, ao explicar sua ideia, salienta que uma depende da outra *“Para ti poder dar uma informação tu tens que ter uma comunicação”*, remetendo a uma concepção de interdependência, de ligação entre esses dois conceitos, semelhantes, mas não idênticos.

A maior parte dos entrevistados entende que informação faz parte da comunicação, conforme ilustra a fala a seguir.

*“Comunicação é diferente de informação. Comunicação é mais ampla; é mais completa e complexa. A troca de informação faz parte da comunicação”.* (E2)

É recorrente, entre os participantes, a expressão “passar a informação” ou “transmitir a informação” atribuindo uma conotação informacional. Porém, ao se referirem à comunicação reconhecem a complexidade do processo, principalmente na situação de se fazer entender pelo o outro. A fala, a seguir, evidencia essa impressão.

*“A informação, muitas vezes, tu consegues absorver a informação, mas tu não consegues comunicar, entende o que te passaram, mas não consegues passar para outras pessoas. A comunicação é mais ampla, mais difícil”.* (T1)

A informação pode ser considerada parte do processo de comunicação ou o conteúdo desse processo, é uma comunicação em potencial, enquanto comunicação expressa a relação entre pessoas e consciências (MARTINO, 2011). “Não temos comunicação sem informação, e, por outro lado, não temos informação senão em vista da possibilidade dela se tornar comunicação” (MARTINO, 2011, p. 18).

*“Acho que não são a mesma coisa, porque informação pode ser feita por um meio de papel, pode ser por meio de uma mensagem. Agora a comunicação é como tu passas a informação. Comunicação...acho que pode ser de pessoa para pessoa, mas é mais detalhada, mais intensificada. Eu prefiro a comunicação”. (E5)*

Outro participante diz:

*“Para que haja a comunicação é necessário que a pessoa que vai comunicar alguma coisa seja entendida por aquela pessoa que está recebendo a comunicação”. (E6)*

Esse desafio de se fazer entender e da necessidade de que o outro entenda a mensagem, considerando a intenção inicial de quem fala, aparece na maior parte dos depoimentos.

Segundo França (2011, p. 39) “a comunicação é um fato concreto do cotidiano, é do domínio do real, de uma presença quase exaustiva na sociedade contemporânea”. O objeto da comunicação “está à nossa frente, disponível aos nossos sentidos, materializado em objetos e práticas que podemos ver, ouvir, tocar”. Esses objetos não estão prontos e estanques. São recortados e/ou religados pelo nosso olhar, pela nossa compreensão. Assim, uma das dimensões da comunicação se refere à forma de apreensão, de representação dessas diferentes práticas para cada indivíduo. Para a autora, a comunicação como “um processo social básico de produção e partilhamento do sentido através da materialização de formas simbólicas”, sempre existiu entre os homens. O que se modificou ao longo do tempo foi o surgimento de múltiplas formas e modulações na sua realização, que complexificou seu desenvolvimento (FRANÇA, 2011, p. 41).

Percebemos, também, por meio da análise das colocações dos entrevistados, que as concepções de cada profissional acerca desses conceitos, informação e comunicação, estão associadas às suas vivências profissionais. Quando questionados, trouxeram exemplos de sua práxis diária. Os técnicos de enfermagem, por exemplo, ao tentar descrever esses conceitos, fizeram alusão à passagem de plantão e à sua relação com o paciente, durante a prestação dos cuidados. Outro entrevistado associou os termos informação e comunicação com sua prática como cirurgião. Discorreu sobre a importância da fala no processo de

comunicação e relatou sua preocupação em preservar o sentido da fala nas cirurgias neurológicas de seus pacientes. Disse ele:

*“A palavra para nós, neurocirurgiões, é... sempre que mexemos no cérebro humano, numa neurocirurgia, a área mais respeitada é a palavra, e a deficiência mais triste que se pode provocar numa pessoa, mais do que a visão, mais do que a audição, mais do que a perda dos movimentos, é o déficit da palavra: a comunicação. Eu costumo dizer aos meus alunos: É linda a boca que beija, mas quem seduz é a boca que fala. Então, a palavra é o dom maior, que nos distingue dos outros animais, que perpetua nossos conhecimentos. Então, a comunicação....sempre que existe uma dificuldade entrepares é através da comunicação que se pode resolver, não tem outro meio, não é?”. (M3)*

Para Mc Luhan (2007, p. 97) “a linguagem é para a inteligência o que a roda é para os pés, pois lhes permite deslocar-se de uma coisa a outra com desenvoltura e rapidez, envolvendo-se cada vez menos”. E afirma ainda que, “a linguagem projeta e amplia o homem, mas também divide suas faculdades”.

Ao estabelecermos uma relação entre os achados das entrevistas e o referencial teórico estudado (MARTINO, 2011; HOHLFELDT, 2011; FRANÇA, 2011; MCLUHAN, 2007) constatamos que, ambos os termos permitem um grande espectro de interpretações e de aplicações, na vivência humana e nas relações de trabalho. A prática no ambiente hospitalar é permeada constantemente pelo processo comunicacional. Para o entrevistado M2,

*“a comunicação já é importante numa empresa, e, num hospital, em se tratando da matéria prima envolvida, seres humanos, é mais crítico ainda e mais sério”. (M2)*

Cabe aqui uma consideração acerca de um aspecto conceitual da comunicação. É recorrente, entre os entrevistados, a expressão “comunicação efetiva” (grifo nosso). A segunda meta da *Joint Commission* para a segurança do paciente (JC, 2007), recomenda “melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais de saúde” e esse termo tem sido largamente difundido na literatura e no contexto da saúde, quando o assunto é comunicação (BARCELLOS, 2014; MOURA e DIEGO, 2014; WACHTER, 2011; JC, 2007).

De modo geral, essa expressão é empregada no sentido de uma comunicação que permita a troca de informação entre as pessoas, que resulte em

uma compreensão sobre o que está sendo comunicado, considerando a intenção de quem desencadeou o processo, dirimindo dúvidas e distorções.

No nosso entendimento, como já discorrido, a **comunicação** acontece quando existe a troca entre os envolvidos, implica significação e relação entre as pessoas. A essência da comunicação está no compartilhamento de sentidos; ela é construída mediante o desejo, conhecimento e reconhecimento do outro (FRANÇA, 2011; MARTINO, 2011). Assim, considerando essas acepções adotamos, nesse estudo, o conceito de **comunicação** efetiva na perspectiva da significação, quando o processo resulta em troca, em compreensão, trazendo sentido para os envolvidos; ou seja, é quando a **comunicação** acontece.

Os resultados que emergiram nesta dimensão nos permitiram identificar que, cada um dos indivíduos que participaram do estudo tem um olhar diferente acerca do significado de informação e de comunicação, mas observamos que todos os respondentes reconhecem sua importância, tanto na relação com o paciente, quanto nas trocas diárias com seus pares de trabalho.

#### 6.2.2 A comunicação e a passagem de plantão: refletindo sobre os cenários

A partir da observação realizada, identificamos que a passagem de plantão está intimamente atrelada a todos os aspectos que permeiam o processo comunicacional. O acompanhamento dos procedimentos de trocas de turnos nas unidades elencadas para o estudo foi crucial para a apreensão dos acontecimentos da vida diária da organização hospitalar, bem como dos comportamentos dos indivíduos que atuam nesse cenário. A imersão da pesquisadora no ambiente de cuidado teve como intuito compreender a complexidade dos ambientes psicossociais, as regras, costumes e convenções que regem a equipe assistencial e suas implicações no processo de comunicação.

Um momento crucial que envolve incidentes associados à *comunicação* é a passagem de caso (*handoff/handover*), circunstância específica de transferência de responsabilidade do cuidado do paciente (OMS, 2007; MOURA e DIEGO, 2014). Na troca de turno, acontece a ‘transmissão’ de informações entre os profissionais que encerram e os que iniciam a jornada de trabalho. Essa atividade constitui uma

prática recorrente no trabalho em enfermagem, é realizada de modo geral, três vezes ao dia, sob coordenação do enfermeiro e tem como propósito dar continuidade aos cuidados prestados, e organizar os processos assistenciais (PENAFORTE e MARTINS, 2011; PORTAL E MAGALHÃES, 2008).

As informações abarcam o estado de saúde dos pacientes, os tratamentos, o cuidado prestado, além das intercorrências, pendências e outras situações referentes ao funcionamento da unidade de internação (SIQUEIRA e KURCGANT, 2005; PORTAL E MAGALHÃES, 2008). Para esse procedimento, diferentes modelos são adotados (HOLLY e POLETICK, 2013); e a comunicação também pode se apresentar de várias formas, falada ou escrita, sendo as formas verbal falada e escrita as mais comuns, destacando-se a fala (SIQUEIRA e KURCGANT, 2005).

Na etapa da análise do material coletado descrevemos detalhadamente todos os momentos de passagens de plantão que acompanhamos, durante quatro meses, totalizando vinte episódios de trocas de turnos. Esta observação se deu em diferentes horários e dias da semana, procurando contemplar os possíveis vieses da dinâmica de funcionamento do hospital. Considerando a extensão e o volume do material coletado, optamos aqui por descrever dois cenários de passagem de plantão, um em cada unidade estudada, com o objetivo de retratar a realidade vivida, contextualizar o fenômeno estudado e desenvolver a interpretação/reinterpretação do conhecimento.

***Cenário1 – Passagem de plantão (PP) do turno da noite para a equipe da manhã. Unidade ALFA. Horário: 6:45h<sup>27</sup>.***

A passagem de plantão ocorre no posto de enfermagem da unidade, onde os profissionais se reúnem ao redor de uma mesa central. Neste momento há 18 pessoas presentes no posto de enfermagem. Dentre essas estão os técnicos de enfermagem do turno que se encerra (noturno), os funcionários do turno que se inicia (manhã), os enfermeiros dos respectivos turnos, além dos alunos, professores, e secretários de posto. Alguns participam diretamente da PP, outros profissionais circulam no ambiente por motivos diversos (médicos, por exemplo, que estão

---

<sup>27</sup> O tempo destinado ao procedimento da passagem de plantão é de 15 minutos e está inserido na jornada de trabalho diária do profissional.

visitando os pacientes e solicitam alguma informação da equipe de enfermagem sobre seus pacientes, ou necessitam de algum material para realizar algum procedimento). Nessas situações, geralmente um profissional de equipe de enfermagem atende a solicitação dos médicos, enquanto os demais participam da PP. A troca de turno se dá em dois momentos. No primeiro, cada técnico de enfermagem transfere os cuidados dos seus pacientes para o colega enquanto todos acompanham. E, num segundo momento, quando a equipe de técnicos já se ausentou, o enfermeiro transfere os cuidados de seus pacientes para o enfermeiro que está assumindo o plantão.

Os enfermeiros coordenam o processo, sentados à mesa, com planilhas de anotações em mãos, onde constam os dados dos pacientes internados. Antes de iniciar a passagem de plantão um dos enfermeiros é chamado ao telefone pelo colega de outra unidade. Após rápida conversa, volta ao posto, determina a um dos funcionários que se dirija para à unidade de internação próxima, na qual há falta de pessoal, por atestado médico. O técnico designado pega seu material, se despede dos colegas e se dirige à outra unidade. Na enfermagem é comum o deslocamento dos funcionários de um setor para outro, na intenção de suprir o quadro de pessoal, por ausências inesperadas ou mesmo programadas.

Os enfermeiros autorizam o início da passagem de plantão e cada técnico “passa”<sup>28</sup> os pacientes que estiveram sob seus cuidados naquele turno que se encerra. Também os técnicos têm em mãos anotações que auxiliam a troca de informações. Ao redor da mesa cada técnico relata as informações sobre seus pacientes, de forma que todos ouçam, mas quem mais está atento é o técnico que está recebendo aquele paciente e as enfermeiras.

A equipe que está recebendo o plantão anota as informações relativas aos pacientes que estão assumindo. Durante o relato algumas perguntas são feitas no intuito de dirimir dúvida ou completar uma informação. Cada técnico de enfermagem assume um determinado número de pacientes, que pode variar conforme a ocupação da unidade, o número de profissionais presentes naquele momento e o

---

<sup>28</sup> A expressão “passar” paciente é comumente utilizada no contexto do cuidado e se refere ao ato de transmitir as informações dos pacientes para o profissional que está assumindo seus cuidados, transferindo, desse modo, a responsabilidade pela assistência prestada. Assumimos esta expressão, com esse sentido, no decorrer do trabalho.

grau de dependência dos pacientes quanto aos cuidados de enfermagem. A distribuição do trabalho é determinada pelo enfermeiro, mediante critérios previamente estabelecidos. A escala<sup>29</sup>, que determina quais e quantos pacientes são designados à responsabilidade de cada técnico, é realizada pelo enfermeiro do turno que está assumindo o plantão.

Após a PP entre os técnicos, os enfermeiros seguem transferindo as informações pertinentes à sua função, enquanto os técnicos que assumiram o turno se dirigem ao balcão para organizar seu material e preparar as primeiras medicações a serem administradas. Os demais técnicos deixam a unidade, encerrando sua jornada enquanto os enfermeiros finalizam a transferência dos cuidados e concluem a passagem de plantão.

**Cenário2**– *Passagem de plantão (PP) do turno da manhã para a equipe da tarde. Unidade BETA. Horário: 12:45h.*

A unidade é composta por vários ambientes. Estão presentes dez pessoas na área, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem. Antes da equipe da tarde chegar, os funcionários da manhã se movimentam agitadamente para finalizar as checagens e registros e deixar tudo organizado para a troca de turno.

Nesse momento (12:50h) um paciente chega do Centro Cirúrgico, trazido pelos médicos e a equipe da unidade BETA o recebe. Os técnicos de enfermagem do turno da tarde chegam e começam a se organizar. É realizada a conferência da medicação controlada, que fica em local chaveado, sob responsabilidade dos enfermeiros. São informados os exames pendentes dos pacientes. Cada técnico se dirige aos leitos de seus pacientes, onde o colega da manhã o aguarda, com o prontuário em mãos.

Inicia a PP na SRPA: os enfermeiros realizam a escala diária, que determina quantos e quais pacientes ficarão sob os cuidados de cada técnico. Os enfermeiros utilizam uma planilha onde constam as informações de todos os pacientes

---

<sup>29</sup> O enfermeiro designa os pacientes que ficarão sob os cuidados de cada técnico de enfermagem. Diferentes critérios podem ser aplicados para a realização dessa escala. Um dos métodos utilizados considera o grau de dependência dos pacientes em relação à força de trabalho da enfermagem (KURCGANT e CUNHA, 2011). O intuito é uma distribuição mais igualitária da carga de trabalho, que favoreça um cuidado seguro ao paciente e evite a sobrecarga dos profissionais.



internados na unidade e que serve de suporte à 'transmissão' de informações. Nessa unidade, por suas características, a passagem de plantão ocorre à beira do leito<sup>30</sup>. Enfermeiros passam os pacientes para os enfermeiros, se responsabilizando por todos os pacientes, enquanto os técnicos assumem em torno de oito pacientes cada.

Estão presentes duas enfermeiras da manhã (uma em período probatório acompanhando a colega) e a da tarde. Com o prontuário em mãos são 'transmitidas' as informações do paciente: nome, idade, cirurgia realizada, tipo de procedimento anestésico, co-morbidades, alergias, medicações e soroterapia, dieta, se já levantou do leito, co-morbidades, intercorrências e condutas tomadas, presença de sondas, acessos vasculares, drenagens, curativos, eliminações urinárias e intestinais, e, recomendações de cuidados tais como coletas e exames a serem realizados, posicionamento adequado, esquema terapêutico medicamentoso, bem como a situação de permanência do paciente ou alta (para o leito ou para domicílio).

É comum também a troca de informações sobre a situação social e familiar do paciente. Nos casos de alta hospitalar ou transferência para outra instituição de saúde, esta tem que ser realizada mediante presença de um familiar ou responsável pelo paciente. Em algumas situações ocorre a participação do serviço social do hospital se encarrega dessa tarefa.

Os pacientes ouvem e acompanham todo o processo, às vezes são questionados sobre algum cuidado ou sintoma, mas na maioria, ouvem passivamente. É rotina os profissionais tocarem no paciente, para avaliarem se as informações passadas verbalmente e presentes no prontuário conferem com o que visualizam no paciente. Assim, levantam os lençóis, olham as condições gerais do paciente, acesso venoso, soroterapia, observam a permeabilidade e condições de drenos e sondas e avaliam a ferida operatória (geralmente com curativo fechado). Alguns pacientes se manifestam, dando alguma informação ou fazem alguma solicitação.

---

<sup>30</sup> Nesse modelo de passagem de plantão, as informações são trocadas entre os profissionais que se colocam junto do paciente, à beira do leito (PORTAL e MAGALHÃES, 2008). É geralmente adotada em unidades/áreas cujos pacientes tem maior dependência e/ou gravidade.

Os técnicos que já receberam seus pacientes se dirigem ao posto de enfermagem e iniciam o preparo de medicações. As enfermeiras seguem passando o plantão à beira dos leitos. Um técnico interrompe e pergunta sobre um prontuário. A enfermeira informa que está com a nutricionista. Neste momento, chega um médico e começa a conversar com os técnicos. Há conversas paralelas no local. São 13h e 10 minutos e alguns técnicos ainda não concluíram a troca de turno. A enfermeira da manhã ainda transmite algumas informações ao colega, no posto de enfermagem acerca do funcionamento da unidade e questões gerenciais a serem resolvidas. Encerra-se a passagem de plantão.

Para Jefferies, Johnson e Nicholls (2012), muitos fatores interferem na passagem de plantão e uma comunicação fragilizada pode comprometer esse momento, com repercussões para a continuidade da assistência e para a segurança do paciente.

Segundo relatos dos entrevistados, a passagem de plantão é um ponto crítico para a segurança do paciente. É quando informações importantes sobre os pacientes podem ser perdidas, omitidas e/ou distorcidas, acarretando possíveis danos aos mesmos, além de repercussões para a equipe. Segundo uma das enfermeiras (E1),

*“é prioridade ter um olhar diferenciado pra segurança dele (paciente) não só no sentido da medicação, no transporte, na boa informação, na passagem de plantão correta. Tudo isso..a gente fala segurança... acha que é só não dar a medicação errada. Mas não...a informação, a comunicação, saber realmente porque o paciente está internado, o que o médico quer, se fez exame, se não fez exame, se já realizou o procedimento”.*

Wolton (2010) defende que a teoria da comunicação se baseia em cinco princípios: a comunicação é inerente à condição humana e, portanto, não há vida sem comunicação; os seres humanos desejam se comunicar para compartilhar, convencer e seduzir; a comunicação esbarra na incomunicação<sup>31</sup>; o receptor não está sincronizado ou discorda; existe a negociação entre os protagonistas; e, chega-se a uma convivência, o resultado positivo dessa negociação (WOLTON, 2010).

---

<sup>31</sup> O termo “incomunicação”, empregado nesse contexto, remete à idéia de que a comunicação não acontece.

A partir da observação da dinâmica de trabalho nas unidades estudadas identificamos que esses fundamentos defendidos por Wolton (2006; 2010) não ocorrem necessariamente nessa ordem e nem sempre são contemplados em sua totalidade. A rapidez com que ocorre a comunicação entre os trabalhadores é um fator que nos leva a pensar nisso. Em grande parte das vezes não há tempo para “processar” (grifo nosso) uma informação, pois são trocadas muitas informações simultaneamente em nome da urgência em dar seguimento ao trabalho junto aos pacientes. Existe um período de tempo limitado para o cumprimento de diversas atividades, as quais têm que ser concluídas e relatadas ao próximo turno. Antes de encerrar sua jornada de trabalho, os técnicos de enfermagem apresentam as atividades realizadas ao enfermeiro para que o mesmo tenha ciência do que ocorreu, coordene/direcione as ações e forneça, ainda, respaldo legal, pois são os responsáveis pelo trabalho da equipe de enfermagem sob sua supervisão (FELLI e PEDUZZI, 2011). Identificamos, durante a pesquisa de campo, várias interferências na passagem de plantão. O primeiro aspecto a ser mencionado se refere ao ambiente.

Na unidade ALFA é possível ouvir barulho nos corredores, de pacientes, familiares, e profissionais que circulam. Há ainda, ruídos pertinentes às atividades da equipe no próprio posto de enfermagem, ao manusear materiais como bandejas e cubas, e o abrir e fechar de portas de armários. O telefone também provoca ruído e interrupções na passagem de plantão. Quando o telefone toca, alguém da equipe atende, e muitas vezes, é uma situação que exige uma decisão do enfermeiro, que se ausenta momentaneamente da PP. Também existe o toque das campainhas quando os pacientes chamam a equipe de enfermagem; nesse caso o profissional que já recebeu seus pacientes vai atender, ou mesmo um técnico do turno que está saindo. Além disso, existem conversas paralelas no posto de enfermagem, durante as trocas de turno.

As interrupções nas trocas de turnos foram citadas pelos entrevistados como preocupantes, pois interferem de modo significativo na comunicação e na dinâmica da passagem de plantão, conforme fala de E5,

*“Um fator externo que atrapalha, por exemplo, na passagem de plantão, aquelas interrupções, quando alguém chega e quer passar uma outra informação, aí já se perde o rumo”. (E5)*

As interrupções acontecem por diferentes motivos. Na unidade ALFA as mais comuns se referem à solicitação por parte de pacientes, seja pelo chamado na campainha ou diretamente no posto de enfermagem. Outros profissionais como médicos, nutricionistas e fisioterapeutas, por vezes fazem alguma solicitação à equipe, gerando uma interrupção na PP. Mesmo que somente um se desloque para atendê-los, acaba desviando a atenção do grupo e pode fragmentar a comunicação. Pode ocorrer, ainda, a interrupção quando o enfermeiro é chamado ao telefone por colega de outra área ou chefias.

Na unidade BETA evidenciamos outros fatores, além destes, que interferem na PP. Esta é uma unidade de funcionamento constante e dinâmico; a todo instante estão chegando pacientes do Centro Cirúrgico (CC), os quais são prioridade para o atendimento imediato. Assim, quando um paciente está entrando na sala de recuperação, trazido pelos profissionais do CC, imediatamente, a equipe se dirige para recebê-lo. O momento da admissão na sala de recuperação é considerado crítico para uma assistência adequada e segura, pois importantes informações são trocadas e alguns riscos podem ser detectados, determinando o desfecho da situação de saúde do paciente (MOURA e DIEGO, 2014; SOBECC, 2013; WACHTER, 2010).

Além da constante movimentação de pacientes que, de algum modo, repercute na comunicação entre a equipe assistencial, há um permanente deslocamento de profissionais, de acordo com a dinâmica de funcionamento da unidade, que segue sua rotina. Observamos que durante a PP um paciente chama e solicita auxílio para ir ao banheiro; outro se queixa de dor e solicita a enfermagem; ao mesmo tempo, um terceiro paciente retira sua sonda nasogástrica destinada à alimentação, referindo que não quer mais ficar com a sonda. Junto a isso, chegam dois médicos e se dirigem às enfermeiras e questionam algo sobre outro paciente. A enfermeira faz uma pausa e responde à informação, seguindo depois a PP. Esses aspectos são pertinentes à rotina diária das unidades nas quais o fluxo de pacientes é constante e elevado.

Estudos apontam que inúmeros fatores interferem na passagem de plantão, tais como conversas paralelas entre os profissionais, saídas aleatórias de membros da equipe para prestação de cuidados pendentes e interrupções de outros

profissionais e acompanhantes (SIQUEIRA e KURCGANT, 2005; MACHADO, 2002; WELSH, FLANAGAN e EBRIGHT, 2010).

O barulho, segundo os entrevistados, é um aspecto que pode comprometer a comunicação. Conforme a fala de um enfermeiro (E6),

*“o barulho também interfere. Como é um hospital escola, a gente tem muito envolvimento de alunos, acadêmicos, doutorandos, residentes, tem muita gente ...fala um, fala outro, isso acaba atrapalhando” (E6).*

Uma das recomendações da REBRAENSP (2013, p. 34) é “proporcionar condições adequadas para a passagem de plantão, minimizando interrupções e ruídos que interfiram na concentração e apreensão das informações transmitidas”. O barulho, a movimentação de pessoas e uma área física exígua dificultam o procedimento da passagem de plantão, pois comprometem a atenção dos enfermeiros e técnicos, favorecendo a ocorrência de distorções e outros problemas de comunicação. Nessa perspectiva, um ambiente silencioso, organizado, com espaço e iluminação adequados para acomodar a equipe durante a troca de turno, contribui para minimizar a “incomunicação” (grifo nosso).

Identificamos que o período de tempo destinado à PP (15 minutos) nem sempre comporta o volume de informações que devem ser ‘transmitidas’. São muitos detalhes acerca de cada paciente. E todos são importantes para a continuidade da assistência e para a segurança do paciente e do profissional. Na unidade BETA o tempo de passagem de plantão em cada leito oscila e depende da quantidade de informações a serem ‘transmitidas’ ao colega, sendo que de modo geral, os pacientes com maior gravidade demandam mais tempo, em função da terapêutica e cuidados prescritos e necessidade de monitorização constante.

O tempo limitado para a passagem de plantão exige a adoção de procedimentos padronizados no intuito de que as informações relevantes para a continuidade do cuidado sejam ‘transmitidas’, em tempo adequado, para as pessoas certas, com precisão e segurança. Nesse sentido, os profissionais necessitam eleger as informações mais importantes, as quais devem ser fidedignas e precisas, como, por exemplo, os parâmetros dos sinais vitais ou a dose de uma medicação. Deve ser evitada a ‘transferência’ de informações desnecessárias, mas, por outro lado deve haver o cuidado de não omitir informações importantes. Para Welsh, Flanagan e

Ebright (2010), a precisão das informações deve estar associada à concisão, à pertinência e à relevância para a continuidade do cuidado.

Evidenciamos que existe uma oscilação no processo de 'transferência' de informações na unidade ALFA; nem sempre segue o mesmo padrão quanto à sequência de informações. Cada profissional tende a estabelecer uma forma própria para 'transmitir' as informações. Por exemplo, quando um paciente tem um acesso venoso periférico, ou seja, um dispositivo para infusão de medicação e/ou soroterapia no braço, essa informação pode ser 'transmitida' da seguinte forma: "paciente com acesso hidrolisado em membro superior direito"; ou, "paciente com *abocath* (nome comercial do dispositivo) hidrolisado no braço direito"; ou, ainda "paciente com acesso venoso periférico no antebraço direito, hidrolisado". Como se trata de linguagem comum da prática diária, todos parecem compreender qualquer das expressões. A ausência de padronização na passagem de plantão tem sido relatada na literatura em diferentes ambientes de cuidado (RIESENBERG, LEITTSCH e CUNNINGHAM, 2010; HOLLY e POLETICK, 2013) e constitui um desafio a ser vencido em diversas instituições.

Observamos, acompanhando a dinâmica de trabalho, algumas situações de divergência e/ou dúvida quanto a informações entre a equipe. A incongruência de informações entre enfermeiros e técnicos pode ocorrer por diferentes motivos. Nem sempre as informações chegam a todos da equipe no mesmo momento, e da mesma forma. É comum o técnico informar algo e o enfermeiro complementar a informação. Ou, às vezes, o enfermeiro ainda desconhece, pois essa informação chega somente ao técnico, como na situação na qual o médico conversa diretamente com este, ao invés de se dirigir ao enfermeiro, líder da equipe. Também pode acontecer do paciente/família levar alguma informação e/ou solicitação diretamente ao técnico, sem que esta chegue ao conhecimento do enfermeiro imediatamente. É importante salientar que a assistência ao paciente acontece em um ambiente dinâmico, no qual informações surgem a cada instante, incessantemente, de diferentes pessoas e de modo distinto. E a movimentação dos profissionais na unidade, atendendo a vários pacientes, nem sempre permite, que todos retornem ao posto de enfermagem e se encontrem para 'transmitir' informações com frequência, durante o turno. Isso ocorre formalmente no horário da passagem de plantão. Aproximadamente uma hora antes da troca de turno a equipe

vai retornando suas atividades para o posto de enfermagem, realizando os registros nos prontuários, organizando material, e 'transmitindo' ao enfermeiro os últimos dados sobre os pacientes assistidos, informações essas que irão subsidiar a troca de turno.

Quando surgem dúvidas e divergências acerca das informações 'transmitidas' e recebidas (entre prontuário, planilha de anotações ou informações verbais de pacientes e profissionais) a passagem de plantão é interrompida até que a dúvida se esclareça. No que se refere à segurança do paciente, quanto mais informações são confirmadas e checadas, menor o risco de erros. Para a continuidade da assistência, é crucial que a equipe tenha o maior número de informações precisas, atualizadas e fidedignas (MOURA e DIEGO, 2014).

Na unidade BETA, a passagem de plantão segue uma padronização e são utilizados formulários que dão suporte à 'transmissão' de informações. Isso se dá tanto na troca de turno de trabalho, quanto nas situações de transferência de pacientes para outras unidades. Um dos fatores que possibilita isso diz respeito às características dos pacientes ali atendidos e ao tipo de cuidado prestado. A maior parte, senão todos, foram submetidos a um procedimento cirúrgico e anestésico, estão recebendo terapia endovenosa, apresentam complicações prevalentes comuns como dor, hipotermia, náuseas, vômitos e hipoxemia (POPOV e PENICHE, 2009), e aguardam alta para o leito ou domicílio. Unidades especializadas tendem a ser mais propícias para a adoção de condutas padronizadas, pois quando as ações são alinhadas, a prevenção de complicações torna-se mais efetiva.

O período perioperatório é um período muito rico de troca de informações, desde o diagnóstico e indicação cirúrgica até a alta hospitalar, e a comunicação se tornará mais efetiva quão mais acurado, claro e sem ambiguidades for o conteúdo a ser transmitido (MOURA e DIEGO, 2014, p. 189).

Nessa perspectiva, entendemos que um dos fatores implicados na sistematização do procedimento da passagem de plantão é a característica da unidade, sua dinâmica de funcionamento, e, principalmente as especificidades dos pacientes atendidos.

Evidenciamos que um maior o número de pessoas envolvidas na *comunicação*, tende a provocar mais risco de distorções e/ou divergências no processo de **comunicação**. Por outro lado, quando mais pessoas compartilham informações acerca do paciente, mais conhecimento sobre ele a equipe tem, o que contribui para um melhor planejamento da assistência.

Todos os profissionais entrevistados referiram, em algum momento, certo grau de dificuldade em encontrar todas as informações que necessitam acerca dos pacientes, seja por ausência de dados, registros incompletos, falhas na *comunicação* verbal ou divergência de informações, oriundas dos prontuários, entre as equipes de trabalho ou mesmo dos próprios dos pacientes.

*“O que interfere...a falta de informação, falta a troca de saberes..a equipe médica passar as informações para a equipe de enfermagem... essa troca isso interfere..a falta de registros, para levantar as informações, para ter uma comunicação posterior porque ali tu busca as informações e vai buscar a equipe, vai questionar”. (E2)*

A importância dos registros foi mencionada pelos participantes, apontando que falhas nessa área interferem no processo comunicacional.

*“A gente registra tudo na planilha da passagem de plantão. E aí, no outro dia, tu chegas e tudo aquilo que tu escreveste na planilha que já é pra estar registrado, não está mais, porque para o colega que atualizou aquela planilha não é importante esse tipo de observação. Porque a escrita também é uma forma de comunicação. Não é só a verbal. Na nossa passagem de plantão também tem que estar sinalizado tudo o que aconteceu com aquele paciente”. (E1)*

Nos processos de passagens de plantão nas unidades estudadas, os enfermeiros e técnicos de enfermagem utilizam formulários e planilhas que contém os dados dos pacientes, de modo organizado e que dão suporte à ‘transmissão’ das informações. Para Wachter (2010) e Barcellos (2014), a utilização de formulários e instrumentos padronizados pode facilitar a troca de informações e minimizar a ocorrência de erros. O campo da segurança do paciente preconiza a simplificação e padronização da assistência ao paciente. E “ênfatisa a necessidade de consolidar os sistemas a fim de prevenir ou identificar os erros, ao invés de criar funcionários individualmente à prova de equívocos” (WACHTER, 2010, p.40). Os lapsos que ocorrem nas atividades de rotina podem ser melhor prevenidos com a criação de



duplas checagens, *checklists*, leitura de retorno, planilhas, e outros procedimentos padronizados (WACHTER, 2010).

Entretanto, vale ressaltar que a criação de instrumentos não basta para garantir a segurança, pois sua utilização implica o aspecto humano, incluindo o interesse e o conhecimento do profissional para sua concretização. A implantação de sistemas mais seguros não gerará cuidados mais seguros se o profissional estiver sobrecarregado, pouco treinado e/ou sem supervisão (WACHTER, 2010). Além disso, pode haver problemas no processo de registros. Segundo esse autor um ponto potencial de falha em todos esses sistemas é o papel, que mesmo sendo historicamente utilizado nos serviços de saúde, pode ocasionar perda de informações, pois movimentar papéis entre setores e entre turnos é bastante arriscado. A utilização de prontuários eletrônicos nos quais a informação é disponibilizada simultaneamente a vários profissionais, e permite a inclusão concomitante de diferentes dados, tem sido utilizada nos hospitais e pode trazer vantagens para profissionais e pacientes.

Acreditamos que, mesmo com a aplicação de instrumentos padronizados para melhorar a segurança na perspectiva da comunicação, é necessário que haja envolvimento e a colaboração de todos os atores que atuam direta ou indiretamente na assistência ao paciente. A ausência de interação entre as equipes, mesmo com a aplicação de sistemas padronizados, constitui um problema de **comunicação** e de segurança do paciente. Barcellos (2014) afirma que, em um ambiente no qual o cuidado é extremamente fragmentado, apesar da utilização de estratégias para melhorar a comunicação, a efetividade fica comprometida, pois envolve um verdadeiro trabalho de integração das equipes, que nem sempre ocorre. A fala de um dos entrevistados (E1) corrobora essa afirmação.

*“Prestar a atenção na PP já é uma coisa de cada profissional. Tem uns que não estão prestando a atenção. Muitas vezes o médico te passa uma informação. O enfermeiro tem que estar atento e entender que aquela informação é importante para SP. Numa troca de plantão entre enfermeiros já aconteceu de não ter uma comunicação efetiva”. (E1)*

Entendemos que a não padronização do procedimento, pode comprometer a transmissão da informação e a criação de um modelo mental, vindo a dificultar a organização dessas informações e o discernimento acerca da relevância do que é

ouvido. A adoção de um procedimento padronizado para elencar quais dados são imprescindíveis para a continuidade da assistência pode auxiliar na otimização da passagem de plantão. Ainda, uma forma sistematizada, ordenada, objetiva e clara para o relato das informações é fundamental para facilitar a *comunicação*, e contribuir para a segurança do paciente e da equipe. Nesse sentido, a implantação da ferramenta *SBAR*, já descrita, constitui um auxílio para a sistematização da passagem de plantão, facilitando o processo comunicacional.

A literatura recomenda que as informações a respeito dos clientes sejam claras, objetivas, frequentes e completas de modo que possibilitem o monitoramento, a avaliação e o (re) planejamento global e contínuo dos cuidados (MATSUDA et al, 2006). Em estudo que analisou 124 anotações de enfermagem em um hospital-escola, de médio porte, Matsuda et al (2006), identificaram que na maioria dos registros efetuados pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem da instituição estudada, não foram mencionadas a data, a hora e a identificação do profissional. Além disso, constataram a presença de erros, rasuras, letras ilegíveis, palavras generalizadas/vagas e abreviaturas/siglas não padronizadas, que dificultam a leitura e a compreensão das informações. Os autores evidenciaram, nesse estudo, que os registros efetuados pela equipe de enfermagem não fornecem dados para subsidiar o processo de cuidado ao paciente de maneira global, individualizada e contínua. E sugeriram a implantação de programas de orientação e treinamento sistemático dos profissionais e estratégias de mobilização dos alunos dos cursos de formação de enfermeiros e técnicos de enfermagem, com vistas a registros mais fidedignos que retratem a prática profissional (MATSUDA et al, 2006).

Ao analisarmos as diferentes unidades onde foi realizado o estudo de campo, consideramos pertinente tecer alguns comentários. Escolhemos intencionalmente, locais com características distintas, com o propósito de observar as peculiaridades, os aspectos comuns e os divergentes, em relação à passagem de plantão. Comparando as duas unidades identificamos que a diferença na estrutura física, no modelo adotado de passagem de plantão, e na forma de organização da equipe de enfermagem, bem como as características dos pacientes atendidos são fatores determinantes para o processo de comunicação.

No que se refere à área física, na unidade de internação ALFA, a PP ocorre no posto de enfermagem, em local reservado para a equipe assistencial, distante

dos pacientes. O fato dos pacientes e familiares não estarem presentes favorece a emissão de comentários, alguns dos quais não seriam adequados na presença do paciente, tais como algum prognóstico reservado ou questões de cunho social. Já na unidade BETA o paciente está junto na PP e, muitas vezes atento ao que ocorre. Esse aspecto acaba cerceando algum comentário que possa trazer desconforto ou prejuízo ao paciente; os profissionais escolhem mais cuidadosamente as palavras, linguagem e expressões. Percebemos que algumas informações são ‘transmitidas’ em forma de “códigos”, ou seja, a enfermeira aponta algum dado em sua planilha ou usa uma linguagem técnica, que não permite que o paciente compreenda o que está sendo dito. Em geral são situações sigilosas, por algum motivo, para proteger a privacidade do paciente (estão em um ambiente com proximidade entre os leitos, onde todos ouvem grande parte do que é falado), ou ainda, um prognóstico desfavorável do qual o paciente ainda não tenha sido informado pelo médico, ou quando o mesmo apresenta algum tipo de prejuízo cognitivo ou psicológico ou, ainda se existe algum tipo de impedimento legal para tal. O respeito ao pudor, à privacidade e à intimidade do paciente é uma determinação do Código de ética dos profissionais de enfermagem, previsto no capítulo 3, artigo 28 (COFEN, 2007).

A organização do ambiente e área física também tem outras implicações. Na unidade de internação ALFA, considerada aberta, a passagem de plantão ocorre no posto de enfermagem e reúne todos os profissionais simultaneamente, proporcionando ao enfermeiro um maior controle de todo o cenário, ao passo que na sala de recuperação, a passagem de plantão acontece à beira do leito, ficando os profissionais distribuídos em diferentes espaços.

A ocupação das unidades também interfere na rotina de trabalho e conseqüentemente na troca de turno. Em alguns dias e horários a demanda de pacientes fica reduzida, como, por exemplo, nas segundas-feiras, em decorrência de não haver cirurgias eletivas (programadas com antecedência) no domingo, mas apenas urgências. As cirurgias iniciam às sete horas e os pacientes começam a chegar à SRPA oriundos do CC a partir das nove horas, aproximadamente. Notamos que quando há um menor número de pacientes na unidade o ambiente é mais tranquilo, o trabalho segue com menos interrupções e o processo comunicacional parece fluir melhor.

O modelo adotado para a troca de turno está, também, diretamente relacionado ao processo comunicacional. Alguns estudos têm buscado identificar qual o melhor modelo de passagem de plantão a ser adotado (HOLLY e POLETICK, 2013; PORTAL e MAGALHÃES, 2008). Não existe um consenso global, pois cada um apresenta vantagens e desvantagens, e sua escolha deve ser condicionada às características da unidade e ao modelo de gestão de pessoas do serviço.

Siqueira e Kurcgant (2005) estudaram quatro diferentes modalidades de passagens de plantão: por tarefas; em grupo (reunião); em sub-grupos; e outra modalidade na qual não há o relato extenso e detalhado sobre os paciente, mas as informações se resumiam em pendências e intercorrências, com a coordenação do enfermeiro que determina as prioridades de cuidado. Para essas autoras, a escolha da modalidade de passagem de plantão está vinculada ao modelo de gestão do serviço, ao modelo assistencial, ao tipo de escala de prestação de assistência e ao grau de desenvolvimento da equipe (SIQUEIRA e KURCGANT, 2005). Além disso, é importante considerar as características da unidade quanto ao tipo de atendimento, às características dos pacientes e à estrutura física. A comunicação na passagem de plantão também tem sido foco de estudos no cenário nacional e internacional, pois as diferentes modalidades de trocas de turnos comportam peculiaridades em relação ao processo comunicacional (JEFFERIES, JOHNSON, e NICHOLLS, 2012).

Nas unidades onde foi realizada essa pesquisa as modalidades adotadas são “passagem de plantão em grupo”, na unidade ALFA; e, “passagem de plantão à beira do leito, na unidade BETA. Em cada modalidade o processo de *comunicação* ocorre de forma distinta, pois mudam as características dos pacientes, o grau de dependência, a área física, e a dinâmica da unidade.

Na unidade BETA, que adota o modelo à beira do leito, os profissionais lançam mão de diferentes aparatos de *comunicação*, se valendo das informações escritas, em prontuário e nas planilhas, das informações verbais orais entre profissionais, das informações fornecidas pelos pacientes e, principalmente do que observam diretamente, examinando os pacientes, o que pode corroborar ou contestar uma informação recebida. Além disso, constatamos que quando os profissionais e pacientes estão num único ambiente físico, o processo comunicacional torna-se mais fluido, pois a troca acontece simultaneamente.

Identificamos que nessa unidade, a área física possibilita aos enfermeiros, um maior controle e supervisão da equipe, pois acompanham diretamente a prestação da assistência por todos os profissionais e observam constantemente o que ocorre no ambiente. Quando identificam situações que exijam ação imediata, chamam o técnico ou eles próprios executam o cuidado. Observamos isso quando um dos enfermeiros, no momento em recebia o paciente modificou sua posição no leito, a fim de aliviar seu desconforto respiratório e solicitou ao técnico de enfermagem para verificar os sinais vitais do paciente imediatamente. Esse fato nos remete à reflexão sobre a necessidade do enfermeiro desempenhar múltiplas tarefas, simultaneamente. O trabalho em enfermagem caracteriza-se por uma rede de processos que incluem o gerenciar, o assistir, o pesquisar e o educar (SILVA, 1996). A tomada de decisão e o estabelecimento de prioridades são desafios da prática diária dos profissionais de saúde, e fazem parte do rol de competências recomendadas pelo Ministério da Educação, por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), no que se refere à formação em saúde (BRASIL, 2001).

Na unidade de internação ALFA, considerada aberta, os profissionais se encontram no posto de enfermagem e os pacientes em seus quartos, não facultando, por exemplo, a visualização no próprio paciente dos dados descritos. A fonte é o colega que ‘transmite’ a informação, a enfermeira e o prontuário. Tal modalidade é amplamente aplicada nos hospitais, em unidades consideradas abertas, pois a passagem de plantão à beira do leito requer uma área física diferente e/ou um quadro de pessoal mais robusto, sendo mais comumente utilizada em áreas consideradas fechadas e/ou com pacientes de cuidados críticos.

Inferimos, a partir dessas observações, que se por um lado o envolvimento de muitas pessoas no processo de comunicação pode gerar distorções, por outro, a passagem de plantão no modelo de reunião, com participação de todos os integrantes, permite que as informações sejam compartilhadas por um maior número de pessoas, simultaneamente, contribuindo para atenuar a incomunicação. Entretanto, pensamos que no modelo de reunião quando é feita a “dupla passagem” (grifo nosso), ou seja, os técnicos passam<sup>32</sup> os pacientes a todos da equipe e após o enfermeiro passa os pacientes novamente ao seu colega enfermeiro, algumas informações são repetidas, exigindo um maior tempo despendido.

---

<sup>32</sup> Ver nota de rodapé 21.

Independente do modelo de passagem de plantão adotado, das condições ambientais e da área física, as ‘transmissões’ de informações devem ocorrer em momentos definidos e sem distrações, utilizando técnicas de confirmação dos dados e envolver uma combinação de sistemas de informações e de protocolos padronizados (HOLLY e POLETICK, 2013; WACHTER, 2010).

Em relação ao modelo de organização do cuidado, no que se refere às escalas de distribuição do pessoal, em uma das unidades há maior rotatividade da equipe de enfermagem, sendo comum que as equipes de técnicos sejam lideradas por diferentes enfermeiros, a cada período, de acordo com a escala. Em outra unidade a equipe de cada turno é fixa, liderada pelo mesmo enfermeiro, o que nos leva a pensar que o processo comunicacional pode fluir melhor quando o líder já conhece sua equipe, se existir uma integração entre as pessoas. Esse fato nos remete para as questões subjetivas presentes na comunicação. As equipes podem ter maior ou menor afinidade com seus líderes, e as relações entre os indivíduos e os vínculos estabelecidos interferem no trabalho e na comunicação. Kunsch (2010, p. 43) enfatiza, em seus estudos sobre a comunicação no cotidiano das organizações, que é necessário “ver a comunicação inserida nos processos simbólicos e com foco no significado dos agentes envolvidos, dos relacionamentos interpessoais e grupais”.

Na enfermagem são frequentes as situações de trocas de setor e/ou deslocamentos temporários (ou não) dos funcionários. Os deslocamentos implicam reorganização das equipes, alterando a dinâmica de funcionamento das mesmas. Por outro lado, permitem a troca de vivências com outros pares e promove o aprendizado. A organização/reorganização das equipes acontece por necessidade da instituição, do serviço ou do trabalhador, e podem ser para suprir deficiências de pessoal em diferentes setores, e/ou para o desenvolvimento de competências do trabalhador (educação permanente ou período probatório), e/ou por solicitação do funcionário. Segundo Fugulin, Gaidzinski e Castilho (2011) compete aos enfermeiros a distribuição do pessoal de enfermagem nos diferentes turnos, de acordo com a dinâmica e as características da unidade. É necessário, para tanto, que os enfermeiros utilizem técnicas adequadas para o dimensionamento, que permitam justificar, junto aos gestores da instituição, a necessidade de pessoal de enfermagem condizente com uma assistência segura e humanizada (FUGULIN,

GAIDZINSKI e CASTILHO, 2011). Ainda no que se refere à constituição da equipe de enfermagem, vivenciamos a inclusão de um novo integrante na equipe e, identificamos alterações na dinâmica grupal; comportamentos usuais e papéis desempenhados pelos integrantes do grupo sofreram mudanças com a presença de um novo membro.

No processo de comunicação, Wolton (2006; 2010) considera que o mais simples inclui tecnologias e mensagens e o mais complicado, os homens e sociedade. O ritual da passagem de plantão é o momento da troca de turnos de trabalho entre as equipes de enfermagem, quando as informações acerca dos cuidados com o paciente são ‘transmitidas’ de um turno para outro. Nesse ritual existem regras de conduta no que se refere à linguagem, conteúdo, símbolos, abreviaturas, atitudes, gestos e movimentos

O processo comunicacional observado, num primeiro momento pode ser interpretado em sua dimensão instrumental, caracterizado com funcional e técnico (KUNSCH, 2010; 2016), pois está calcado mais na ‘transmissão’ de informações do que nos aspectos atrelados aos significados, na perspectiva da subjetividade. Porém, percebemos que alguns aspectos subjetivos estão fortemente presentes nesse cenário. Há um tipo de combinação tácita em que cada um sabe seu papel no processo, e, em muitas dessas situações as atitudes são tomadas sem que haja a necessidade de linguagem falada entre eles. Notamos que a **comunicação** passa pelos olhares, gestos e expressões corporais, que em muitas vezes são mais perceptíveis do que a linguagem verbal; ou seja, está envolvida pelo simbólico, pela significação. Mesmo com a presença desses elementos, não podemos considerar que essa seja a dimensão humana da comunicação, preconizada por KUNSCH (2010; 2016), pois esses movimentos evidenciados ocorrem nas trocas entre os pares de trabalho, ou seja, entre as equipes e não entre a organização e os trabalhadores. Não identificamos, nos resultados do estudo, “movimentos de comunicação” oriundos das esferas de gestão da instituição direcionados aos profissionais, que possam caracterizar a dimensão humana da comunicação, na concepção de Kunsch (2010; 2016).

Observamos que, junto das informações, alguns fazem inferências e emitem pareceres sobre os pacientes, tecendo algumas impressões. Além da linguagem verbal, deixam transparecer seus valores e julgamentos pelas expressões faciais e

corporais. Expressam, por vezes, seus sentimentos em relação aos pacientes, nas situações de morte ou de um prognóstico desfavorável. Também se manifestam sobre as relações familiares, pois alguns acabam criando vínculo com o paciente e família, principalmente com aqueles de longa permanência. A enfermagem se sustenta em uma prática na qual o contato com o paciente e seus corpos é muito próximo, levando a um envolvimento, que pode resultar em alegria, mas também em sofrimento, ao compartilharem os momentos de dor e de perdas. A exposição às cargas psíquicas é a mais referida pelos trabalhadores de enfermagem, em comparação às demais como as mecânicas, biológicas e físicas. O desgaste psíquico está associado, além dos aspectos da organização do trabalho, ao paciente, que envolve a equipe de enfermagem em situações geradoras de estresse, sofrimento e tensão (FELLI e TRONCHIN, 2011).

Notamos, também, um viés da comunicação associado ao relacionamento entre os profissionais, e que pode estreitar e/ou romper laços, gerando uma relação sólida e/ou de desconforto na equipe. A literatura sobre comunicação e segurança do paciente aponta que as estratégias para minimizar erros na transmissão de informações no hospital “dependem de liderança comprometida, equipe de trabalho coesa e forte e conhecimento de princípios básicos de melhoria da qualidade em saúde” (BARCELLOS, 2014, p.144).

Nesse sentido, consideramos relevante destacar a importância da liderança na passagem de plantão. O papel dos enfermeiros é significativo nesse processo e identificamos, em nosso estudo, que o tipo de liderança e o modo como cada enfermeiro conduz a passagem de plantão produz resultados diferentes junto à equipe de técnicos. Observamos que alguns enfermeiros demonstravam um maior controle sobre a equipe e o ambiente, contribuindo para um cenário mais tranquilo, organizado, com menos ruídos e interferências, e com mais respeito e tolerância entre as pessoas, preservando a conduta ética.

As relações de poder entre as equipes foi um ponto marcante evidenciado ao longo do estudo de campo. O enfermeiro é o líder formal do processo da passagem de plantão. Entretanto, percebemos o comportamento de liderança entre os técnicos, ou seja, o surgimento de líderes informais, os quais exercem influência sobre os demais colegas e, de certo modo, disputam o poder com os enfermeiros. “O poder concretiza-se nas relações e nas práticas cotidianas, extrapolando os



limites da estrutura formal e de todo o aparato legal” (KURCGANT e MASSAROLLO, 2011, p. 27). Evidenciamos que o tipo de liderança também é um fator importante, pois cada enfermeiro conduz o processo de modo distinto. Observamos que à medida que o enfermeiro não assume a liderança da passagem de plantão, outros integrantes da equipe tentam assumir esse papel e a equipe tende a se desorganizar, gerando um cenário mais turbulento.

É possível, pela observação do comportamento, identificar manifestações de solidariedade, cooperação, e/ou mesmo desavenças entre as equipes. Atitudes como presteza ao atender uma campainha, ou, a realização de uma tarefa que não foi concluída pelo colega do turno anterior, pode denotar o grau de maturidade do grupo, a forma de relacionamento e a existência ou não de conflitos. Os conflitos individuais ou grupais são pertinentes ao ambiente organizacional e se originam por diferentes motivos. Diferenças de personalidade, interdependência para as atividades no trabalho, disputa por recursos e intolerância às frustrações por não atingir os objetivos são alguns fatores que desencadeiam os conflitos (CIAMPONE e KURCGANT, 2011). E, estes podem ter efeitos negativos e/ou positivos para as pessoas e para a organização, dependendo da forma como são conduzidos. Mas, é consenso que um ambiente com relações amigáveis, e de respeito entre os profissionais repercute na confiança que o paciente tem na equipe e na instituição.

Nesse sentido o papel do líder é crucial na condução do processo. E a educação é uma das estratégias para integração do grupo e desenvolvimento de competências. O momento da passagem de plantão é também uma oportunidade de aprendizado, pois são discutidas patologias, condutas, terapias medicamentosas e até os aspectos legais que envolvem o processo de internação. Em todos os momentos que acompanhamos as passagens de plantão identificamos situações nas quais os enfermeiros desempenham papel de educadores junto à equipe. As funções de supervisão, avaliação de desempenho e educação são indissociáveis, pois o enfermeiro, ao acompanhar o trabalho do técnico de enfermagem, pode identificar lacunas no seu desempenho, orientar condutas e procedimentos e contribuir para seu desenvolvimento (PERES, LEITE e GONÇALVES, 2011).

Outro ponto a ser mencionado é a participação do paciente no processo do cuidado e o relacionamento com a equipe assistencial. Os aspectos psicossociais do paciente têm influência direta na recuperação da saúde. Percebemos que, mesmo

na unidade onde a rotatividade de pacientes é alta e a permanência é breve, alguns pacientes se tornam conhecidos da equipe e acabam estabelecendo algum tipo de vínculo com a equipe. Oguisso (2007) ressalta a importância de o paciente ser acolhido de modo que se sinta em sua própria casa, e de se estabelecer uma relação interpessoal e de apoio, com procedimentos tecnicistas, mas humanizados. Os pacientes na sala de recuperação demonstram, com frequência, a necessidade de saber notícias da família, de quando irão para o quarto ou para casa e manifestam muitas dúvidas sobre sua cirurgia e recuperação.

A participação do paciente no processo do cuidado e na perspectiva da segurança do paciente tem sido abordada na literatura e integra uma das iniciativas mundiais (SANTOS e GRILLO, 2014). É consenso a importância do envolvimento do paciente nas questões de segurança, entretanto, existem alguns desafios nesse ponto. Um deles é estabelecer os limites do papel do paciente em relação ao seu tratamento, considerando o risco de delegar a responsabilidade para este, sem o suporte de conhecimento necessário. Outro desafio é o preparo dos profissionais para lidar com essa condição, pois estão implicados aí a coerência entre as crenças e vontades do paciente e as crenças e vontades dos profissionais de saúde (SANTOS e GRILLO, 2014). Nessa perspectiva, a comunicação é fator preponderante para o envolvimento do paciente na segurança.

Enfim, o ritual da passagem de plantão apresenta muitas nuances de subjetividades que necessitam ser exploradas. É um processo complexo, que carrega o simbolismo do fazer em enfermagem, e que nem sempre é valorizado pelas instituições e pelas próprias equipes. Na passagem de plantão é possível identificar diversas facetas do perfil de cada profissional. O indivíduo deixa transparecer seu comportamento, o modo de execução de seu trabalho, suas crenças e valores pessoais; enfim, seu olhar em relação aos colegas, aos pacientes e à instituição. Esse ritual traduz os aspectos da cultura da equipe, a forma de organização do trabalho, o conhecimento científico e a segurança dos profissionais, bem como as relações grupais.

A figura 5 mostra os principais fatores associados à comunicação no processo de passagem de plantão, evidenciados no estudo.

**Figura 5.** Comunicação e passagem de plantão: fatores que interferem

<b>Comunicação e Passagem de Plantão: fatores que interferem</b>	
<b>Relacionados ao ambiente/estrutura</b>	<b>Relacionados aos processos</b>
Área física/Iluminação	Relacionamento grupal
Barulho local e nos corredores	Interesse, motivação e responsabilidade com o trabalho
Interrupções (por profissionais e/ou pacientes e familiares)	Sobrecarga de trabalho/cansaço
Movimentações de pacientes/transferências	Estilo de liderança e supervisão do enfermeiro
Quadro de pessoal	Conhecimento técnico dos profissionais; valores e crenças pessoais
Composição e tamanho da equipe	Formas do uso da linguagem; capacidades distintas de se comunicar
Instituição de ensino	Padronização do processo e registros precisos; divergência de informações
Características dos pacientes atendidos	Utilização de instrumentos padronizados para suporte à troca de informações
Tempo limitado para a passagem de plantão	Modalidade da passagem de plantão

Fonte: a autora, 2017.

O acompanhamento ao longo da pesquisa dos momentos de passagens de plantão nos permitiu vivenciar a realidade do trabalho no contexto hospitalar. A imersão no cenário de prática nos proporcionou o convívio com as equipes assistenciais e oportunizou o contato com muitas nuances da comunicação. Constatamos que o ritual da passagem de plantão constitui um rico universo a ser explorado, pois é repleto de subjetividades pertinentes às relações de trabalho.

Nessa perspectiva, reforçamos a ideia de que o propósito de melhorar o processo de comunicação na construção da cultura de segurança do paciente está associado, entre outros pontos, à passagem de plantão. Nesse sentido, é justificável a preocupação dos hospitais em avaliar e aprimorar essa prática, pois conseguimos identificar que está intimamente atrelada ao processo comunicacional.

### 6.2.3 Aspectos envolvidos no processo de comunicação no hospital

A segunda dimensão da pesquisa explora os aspectos envolvidos no processo de comunicação no hospital, à luz da percepção dos profissionais entrevistados durante o estudo.

Diferentes fatores foram elencados pelos participantes como implicados no processo comunicacional. Um dos principais aspectos citados foi a dificuldade sob o ponto de vista do indivíduo em se comunicar, o que descreveram como “se fazer entender pelo outro”, seja este o paciente ou os colegas de trabalho.

*“Eu acho que uma das coisas que atrapalha no dia-a-dia da comunicação é que tem muito ruído, as pessoas todas não tem o mesmo entendimento. Elas não estão todas prontas para ouvir a mesma coisa. Então, a gente joga uma informação e quer que todo mundo consiga entender. Essa é a diferença”. (E6)*

Kunsch (2010), quando aborda a comunicação organizacional, afirma que não deve haver a ilusão de que todas as mensagens discursivas emitidas pela organização são prontamente recebidas e aceitas do modo como foram intencionadas. Isso porque a comunicação ocorre, primeiramente, no nível intrapessoal e subjetivo, e, cada indivíduo vai “receber as mensagens” (grifo nosso) de acordo com seu universo cognitivo e atribuir um significado particular, dentro de um contexto específico.

A observação não-participante das trocas de turno reforça essa assertiva. Observamos algumas peculiaridades em relação à linguagem empregada pelos profissionais. Além das expressões técnicas próprias do ambiente hospitalar, surgem alguns termos que são criados pela equipe de enfermagem, as quais, ao

longo do tempo são incorporadas no repertório diário. Por exemplo, “paciente tranquilo” tornou-se uma expressão largamente usada na troca de plantão e é empregada no sentido de “calmo”, “sob controle”, “sem intercorrências”. Muitas outras expressões são criadas e perpetuadas na área da saúde, representando códigos de linguagem próprios dessa área.

Percebemos, ainda, que entre os técnicos de enfermagem, algumas informações são mais valorizadas, pois tem implicação direta com a sua atividade, como cuidados com sondas, drenos, acessos venosos, medicações administradas, encaminhamentos para exames, deambulação, se o paciente está acompanhado, como passou durante o turno, seu estado geral, entre outras. Já os dados referentes ao histórico de saúde, comorbidades, resultados de exames e prognóstico, são mais valorizadas pelos médicos e enfermeiros, pois têm relação direta com a sua função. Nessa perspectiva, salientamos que, além do universo cognitivo, o indivíduo interpreta as mensagens de acordo com o contexto específico de sua prática profissional.

Durante as entrevistas, um aspecto referido pelos participantes acerca da comunicação, é o comportamento do indivíduo, como comprometimento, interesse e responsabilidade com as suas atividades e, por conseguinte, com a segurança do paciente, conforme falas a seguir.

*“Basicamente é o interesse do profissional em querer fazer uma boa comunicação” [...] Prestar a atenção na passagem de plantão já é uma coisa de cada profissional”. (E1)*

*“Não sei o termo correto, não é negligência, não sei como dizer, o profissional que tem essa consciência, que é preciso ter uma comunicação, as coisas funcionam. Não sei se é sobrecarregado, se está cansado ou trabalha também noutro emprego”. (E1)*

A cultura de segurança reflete o comprometimento dos profissionais da organização com a promoção contínua de um ambiente terapêutico seguro, influenciando os comportamentos e os resultados de segurança. As organizações consideradas seguras pressupõem comunicação entre as pessoas, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância da segurança dos pacientes (REIS, 2014).

Um elemento comum nos relatos dos profissionais entrevistados é a interferência do ambiente no processo de *comunicação*, incluindo o barulho, a movimentação constante das pessoas nos locais de trabalho, as frequentes interrupções e a sobrecarga de trabalho, conforme depoimentos a seguir.

*“Eu acho que atrapalha, talvez a correria, sobrecarga de muitos pacientes”.*  
(T1)

*“No meu modo de trabalhar o que eu acho que já interferiu é muito trabalho, plantão agitado e a gente não tem aquele tempo de ficar interagindo e explicando pro paciente o que vai fazer e respondendo com calma como tem que ser, quando ele te chama para conversar. Às vezes eu sinto falta desse tempo de tratar melhor o cliente, porque ele é nosso cliente. E ele tem todo o direito de saber o que eu to fazendo, porque eu to medindo a pressão de novo, o que ele tá recebendo, em quantas horas?”* (T4)

*“O barulho interfere... tu tá fazendo mil coisas. Eu acho que no momento que tu está te comunicando com alguém ou conversando com o paciente, examinando o paciente, tem que ser uma coisa única, mas as pessoas estão te chamando de um lado...”.* (E3)

Os fatores associados ao ambiente foram discutidos na dimensão que aborda a passagem de plantão. Em relação à sobrecarga manifestada pela equipe, presenciamos durante a pesquisa de campo algumas situações, como por exemplo, no caso em que os técnicos de enfermagem ainda não haviam concluído suas tarefas da manhã e os colegas do turno seguinte já se encontravam no posto para assumirem os cuidados. Para Fugulin, Gaidzinski e Castilho (2011), a demanda de atendimentos em saúde, com necessidades cada vez mais complexas, tem imprimido sobrecarga de trabalho à equipe de enfermagem, influenciando e dificultando a implantação de medidas que favoreçam a qualidade da assistência prestada e, por conseguinte, comprometendo a segurança do paciente. Aiken (2003), em estudo que analisou o risco de mortalidade de pacientes cirúrgicos com complicações e sua relação com o número de enfermeiros, identificou que um maior quantitativo de enfermeiros está associado a uma baixa taxa de complicações e mortalidade.

Nas nossas observações de trocas de turno acompanhamos relatos sobre como transcorreu a jornada de trabalho. O cansaço referido pelo trabalho durante a o turno é verbalizado pela equipe de técnicos de enfermagem e reforçado pelo

enfermeiro. Observamos que o “clima” (grifo nosso)<sup>33</sup> da equipe, a partir dessa evidência, influencia a dinâmica do trabalho e a comunicação com colegas. Além do relato verbal, as expressões físicas de cansaço são visíveis no rosto e na postura corporal dos profissionais. Segundo Silva (1996) o desgaste sofrido pela exposição às cargas de trabalho na enfermagem é expresso no corpo do trabalhador, e está vinculado a um processo de adaptação do organismo, que vai desde o desenvolvimento de mecanismos de defesa para a sobrevivência no trabalho até as situações de agravos físicos e mentais, ao longo do tempo.

As condições ambientais e a carga de trabalho dos profissionais de saúde, em especial dos médicos e dos enfermeiros, estão relacionadas com o grau de segurança da assistência prestada aos clientes/pacientes. A sobrecarga de trabalho foi destacada pelos profissionais como um fator que pode comprometer a comunicação e a segurança do paciente. Diferentes estudos apontam para a questão da força de trabalho, mostrando que a inadequação do quadro de pessoal da enfermagem contribui para o cenário da insegurança. E, ainda, o número de horas trabalhadas está diretamente associado à ocorrência de eventos adversos. Quanto mais tempo no trabalho, maior o número de falhas e possíveis acidentes aos quais os profissionais ficam expostos (QUINTO NETO, 2006). Para Wachter (2010) deve haver limitação das horas de plantão e a relação enfermeiro-paciente deve ser compatível com os critérios de segurança no cuidado.

Embora a aceitação da necessidade de mudança para potencializar a segurança do paciente esteja atrelada aos esforços individuais e das equipes, é fundamental que sejam realizadas alterações na estrutura e nos sistemas organizacionais que sustentem as práticas seguras (TRINDADE e LAGE, 2014; REIS, 2014; WACHTER, 2010).

Todos os enfermeiros entrevistados mencionaram o fato de serem solicitados constantemente durante a jornada de trabalho, pois tem a função de coordenar a equipe de enfermagem, acumulando atividades diversificadas na sua prática diária.

*“A gente sabe que é enfermeiro...mas nessas horas a gente tem que parar e fazer só uma coisa... pode pedir licença e dizer.. olha só um pouquinho que estou passando paciente....examinado o paciente, ou até fazendo uma*

---

<sup>33</sup> A expressão “clima” é usada aqui na perspectiva de clima organizacional, o qual se refere aos padrões característicos de comportamentos instaurados no cenário organizacional e sustentados na cultura subjacente (PUENTE-PALACIOS e FREITAS, 2006).

*coleta... quando tu estás fazendo um procedimento tu tens que prestar atenção naquilo. Não posso fazer mil coisas ao mesmo tempo”. (E3)*

*“Na verdade se eu estou passando o plantão, qualquer coisa que me chame atenção no momento que eu tô fazendo isso, já há um tipo de bloqueio, eu deixo de fazer aquilo que estou fazendo naquele momento e há o ruído”. (E4)*

Acreditamos que ao assumir múltiplas tarefas simultaneamente, e por tempo prolongado, os profissionais tendem a se sentir sobrecarregados, o que pode comprometer o processo comunicacional e levar à ocorrência de erros.

A maior parte dos entrevistados, incluindo técnicos de enfermagem, médicos e enfermeiros, citou como um fator importante que impacta na comunicação é o tipo de linguagem utilizada, seja entre profissional e paciente ou entre os profissionais e seus pares. Conforme um dos médicos,

*“o que interfere muito é a linguagem. Porque muitas vezes tu pegas um paciente que é analfabeto funcional ou analfabeto, tem todo um tipo de linguagem, senão ele não vai te entender. Em uma nota de alta, por exemplo, uma linguagem muito técnica, o paciente não vai ter a percepção do que aconteceu com ele”. (M1)*

E um enfermeiro afirma:

*“referente ao paciente tu tens que falar a linguagem deles. Se eu for falar a nossa linguagem, eles não vão entender”. (E1)*

Cada paciente é um ser único, que se diferencia dos demais em função de sua formação, de sua educação, dos hábitos, das crenças, da sua situação econômica e até mesmo das concepções que tem acerca da saúde e da doença. Nessa perspectiva, ao se expressar, os profissionais devem levar em consideração esses aspectos, sendo alguns mais facilmente identificáveis e outros não perceptíveis em um contato mais breve, como ocorre comumente nos serviços de saúde.

Os técnicos de enfermagem não referiram, de modo geral, dificuldades na comunicação com os pacientes. Dentre todos os profissionais que prestam assistência, são os técnicos de enfermagem que permanecem por mais tempo à beira do leito, ou seja, interagem com os pacientes durante toda sua jornada de trabalho. Segundo o entrevistado T1,



*“com o paciente não é difícil. Na maioria das vezes eles entendem o que a gente quer dizer. Eu procuro explicar bem pra eles entenderem. Alguns não entendem e perguntam de novo e eu explico de novo”.*

Outro técnico de enfermagem relata:

*“Acho que a nossa comunicação com o paciente é a mais tranquila de todas. O paciente é sempre bem receptivo, até porque ele está sempre fragilizado. Ele tá sempre bem atencioso contigo, te recebe bem. Às vezes tem um paciente que não está aberto, mas são mais raros. É importante tu te identificar legal, passar pra ele que tu vai ficar com ele, até que horário, os procedimentos...vai conversando, comunicando. Quando têm questões técnicas a gente traduz pra ele entender”. (T3)*

Essas colocações podem ser justificadas pelo fato de que os técnicos de enfermagem permanecem longos períodos junto dos pacientes, e seu trabalho depende, em grande parte, da comunicação que estabelecem com o paciente e sua família. A experiência profissional propicia o desenvolvimento de habilidades para o cuidado, e a **comunicação** é uma das mais importantes.

Para uma das enfermeiras, a comunicação com o paciente exige um olhar mais apurado, que reconheça as suas fragilidades.

*“entre a equipe e o paciente o que atrapalha, muitas vezes, é a forma como tu te diriges a ele...tu tens que considerar aquela pessoa, não o paciente, tem um nome, é o seu Mario, o seu João. Ele tem uma vida fora daqui. Isso atrapalha a comunicação. A forma de tu interagires com esse paciente é ver ele como uma pessoa, com uma história, e se colocar no lugar dele..que ele está ali, passando por um momento difícil. Eu acho que isso então... essa empatia te aproxima do paciente. A comunicação ela ocorre quando também tu estás aberta para escutar, tu tens a disponibilidade em escutar, não é só chegar e perguntar..fazer teu checklist, perguntar doenças prévias, etc. É tu teres aquele momento para realmente observar e escutar teu paciente”. (E2)*

Nessa perspectiva, a **comunicação** ultrapassa os limites das rotinas assistenciais, das normas e protocolos institucionais, mas diz respeito à capacidade do profissional de desenvolver empatia, escutar e avaliar as necessidades dos pacientes. Essa concepção nos remete ao referencial de alteridade, entendida, de acordo com Scholze et al (2009), como um marco teórico capaz de instrumentalizar o trabalhador da saúde para desenvolver o acolhimento, sem deixar de garantir sua própria humanização. Na presença da alegria e/ou do sofrimento “as responsabilidades éticas do profissional da saúde o impedem de se deixar levar

apenas pela emoção, tanto quanto de ignorar as emoções do outro e suas próprias nos encontros nas práticas em saúde” (SCHOLZE et al, 2009).

A compreensão dos afetos alheios deve-se, então, à empatia do profissional, cujo desenvolvimento demanda autoconhecimento e a capacidade de identificar as manifestações verbais ou não verbais, explícitas ou contraditórias, do sofrimento de outrem. Ainda assim, essas manifestações de afeto não seriam inconfundíveis ou exclusivas, pois sempre acabam por serem moduladas culturalmente. A alteridade abre, então, possibilidades de enfrentamento das situações do cotidiano dos serviços de saúde, acolhendo o outro como sujeito em seu sofrimento, em lugar de constituir-se em torno da doença como objeto (SCHOLZE et al, 2009, p.311).

Outro entrevistado aborda a comunicação sob o prisma da relação entre os trabalhadores e afirma que nas relações entre a equipe multiprofissional também deve existir o cuidado de respeitar as diferenças, e considerar os aspectos individuais, como formação, conhecimento e comportamento, pois também estão presentes diferenças dessa ordem, o que caracteriza a diversidade do ser humano. De acordo com um dos médicos,

*“conversar...tem diferença tu conversares com a enfermeira, que tem curso superior, já na linguagem que tu usa, e conversar com o técnico de enfermagem, que às vezes não vai te entender com a mesma linguagem e tu vais ter que adaptar pra aquela situação. Acho que para transmitir a mesma informação tem que te comunicar de diferentes formas”. (M1)*

A relação interpessoal na equipe de trabalho foi citada pelos participantes como interferindo no processo de comunicação.

*“Outro aspecto é a relação profissional. Depende da relação que tu tens com a enfermeira, com o técnico, com o pessoal da higienização, com o paciente...a relação médico-paciente, por exemplo. Acho que isso atrapalha porque tu vai até apresentar uma contra-transferência...de não querer ser tão objetivo, tu já está cansado, tu quer dar a informação e ir adiante no trabalho”.(M1)*

*“Em relação às pessoas?...Ah (suspiro) ... é bem complicada essa pergunta. Bom, cada um de nós tem uma maneira e um jeito de ser. Eu, respondendo por mim, o relacionamento de um todo não interfere no meu trabalho, não me atrapalha, porque nós temos que saber distinguir, né...eu tô trabalhando, ele é meu colega, ele tem um jeito de agir, aquele médico é mais nervoso, o outro é mais calmo, sabe...Então tu tem que tirar uma análise do todo para aquilo não interferir no teu trabalho, no relacionamento com teus colegas. Tem colegas mais tranquilos, tem colegas mais difíceis de lidar. E assim com os enfermeiros também e com os médicos também. E principalmente com o paciente, porque o nosso objetivo aqui é o paciente”. (T4)*

Em se tratando da relação entre as pessoas, para um dos médicos entrevistados,

*“o principal fator que pode atrapalhar o bom convívio são as perturbações do caráter. Eu me dou fraternalmente com meus colegas, meus alunos..pelo contrário...sou bastante querido por todos. Mas, é algo assim ... é uma construção do dia-a-dia, que não é uma coisa que a gente possa ensinar o outro a ter esse comportamento. Praticamente é uma emanção do espírito. Meu pai era um aglutinador de pessoas. (Nas relações entre as pessoas) o respeito que a gente tem pelo outro. “A gente não invade e você também não invade”. (M3)*

O “bom convívio” (grifo nosso) foi mencionado pela maior parte dos entrevistados como importante para a **comunicação**. Essa perspectiva foi revelada durante nossas observações da dinâmica grupal, na passagem de plantão. Evidenciamos que os elementos que envolvem relacionamento interpessoal transparecem, de forma direta ou indireta, e podem interferir na dinâmica de trabalho. Comportamentos podem revelar relações amigáveis ou não, manifestadas por comentários, questionamento das condutas de colegas perante a equipe, e/ou pelo modo de fazer cobranças acerca de pendências de trabalho.

Percebemos que nas unidades onde as equipes permanecem por mais tempo com os mesmos integrantes existem menos problemas de **comunicação**. Um dos motivos pode estar associado ao fato de já se conhecerem melhor, identificando as necessidades do outro, ou mesmo antecipando ações em relação ao paciente. Segundo Barcellos (2014, p. 145), “médicos e enfermeiros tendem a conhecer até mesmo gostos e preferências uns dos outros e podem, com mais facilidade, pactuar rotinas e padrões”. Além disso, quando há afinidade entre os membros de uma equipe de trabalho, a tendência é que haja mais tolerância com a incomunicação. “Fornecer uma assistência em saúde com segurança e qualidade depende muito do trabalho em equipe (WACHTER, 2010, p.125).A criação de unidades geográficas, locais com um propósito específico, e equipes fixas, com profissionais que permaneçam nessa unidade, têm sido apontadas como uma das práticas que podem favorecer a formação de uma equipe unida e solidária, com uma melhor comunicação entre esses profissionais (WACHTER, 2010; BARCELLOS, 2014).

Observamos que uma parcela dos depoimentos aponta, principalmente, para os fatores externos que estão envolvidos na comunicação, não mencionando o seu papel como ator desse cenário. Por outro lado, nos chama atenção o depoimento

de entrevistados que se colocaram como participantes, desencadeadores e/ou responsáveis pelo desfecho da comunicação. A fala a seguir, na qual o profissional (M2) aponta os fatores implicados na comunicação, ilustra essa impressão.

*“Eu sofro nesse ambiente. Eu dirijo quatro empresas, duas na área médica, mas o problema é o mesmo, a dificuldade que a gente tem das trocas. Nós temos inúmeros ruídos, inúmeras dificuldades. Se inicia o processo errado pelas minhas limitações pessoais, de ter acesso às pessoas, de me comunicar com as pessoas, de ter atenção delas, de roubar o tempo delas, de interferir no trabalho delas, às vezes com uma invasão do momento delas, através de um telefonema, por exemplo”. (M2)*

É interessante destacarmos que, em alguns depoimentos, os profissionais se queixam das interrupções frequentes durante o desempenho de suas atividades, pelos pacientes, familiares ou mesmo colegas. E, por outro lado, conforme relato de M2, o profissional tem a percepção de que o “roubar” (grifo nosso) o tempo das pessoas significa retirá-la da sua prática, tomar seu tempo e sua atenção, e se coloca como responsável pelas falhas no processo de comunicação.

A figura 6 apresenta as evidências encontradas nessa dimensão de análise.

**Figura 6.** Aspectos envolvidos no processo de comunicação no hospital

<b>Fatores relacionados ao ambiente</b>	<b>Fatores relacionados às pessoas</b>
<b>Barulho</b>	<b>Facilidade e/ou dificuldade de se fazer entender pelo o outro</b>
<b>Sobrecarga de trabalho</b>	<b>Habilidade em usar a linguagem adequada</b>
<b>Ambiente tumultuado</b>	<b>Comprometimento com os princípios do cuidado em saúde</b>
<b>Interrupções frequentes</b>	<b>Interesse e responsabilidade com o trabalho</b>
<b>Movimentação constante de pessoas</b>	<b>Relacionamento entre os profissionais</b>
<b>Rotina da unidade</b>	<b>Formação e conhecimento da equipe</b>
	<b>Diferenças e características individuais</b>

Fonte: a autora, 2017

Identificamos que podem interferir na comunicação durante a prática assistencial, fatores externos ao indivíduo, como ambiente tumultuado, barulho, sobrecarga de trabalho, e, fatores intrínsecos do indivíduo, como facilidade e/ou dificuldade de se fazer entender pelo o outro, habilidade em usar a linguagem adequada, comprometimento com os princípios do cuidado em saúde, e as características do relacionamento entre os profissionais.

#### 6.2.4 A relação entre segurança do paciente e comunicação

Nesta dimensão procuramos identificar qual a relação entre segurança do paciente e comunicação, na percepção da equipe assistencial. Segundo dados da *Joint Commission*, a comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde (JC, 2012). E essa ideia é compartilhada pelos profissionais que participaram de nosso estudo. Todos os entrevistados afirmaram que existe uma relação direta entre segurança do paciente e comunicação, conforme ilustram as falas que seguem.

*“Tem relação sim. Ah, por uma informação errada. Por exemplo, eu posso passar para a colega que o paciente tem tal medicação pra tomar e não tem e no final ela acabar fazendo, né?”.* (T2)

*“(Suspiro)...Acho que cinquenta por cento dos nossos problemas seriam resolvidos se essa comunicação fosse eficaz em relação à segurança do paciente, entende? Porque às vezes a gente tem tanta informação que tudo diz que o paciente corre risco... e como não chega pra nós..ou tem algum problema em relação a isso, a gente acaba deixando esse paciente vulnerável.. por falta dessa informação. Acho que tem tudo a ver a relação entre segurança do paciente e comunicação. Acho que é fundamental e a gente tem que melhorar cada vez mais esse processo, porque elas trabalham juntas”.* (E5)

*“Essa relação é essencial, na verdade. Hoje a gente trabalha com vários protocolos e a gente tem isso bem estruturado. Mas eu acho que a comunicação para a segurança do paciente...bem qualquer coisa que eu for fazer tem a comunicação”.* (E6)

Nessa dimensão, os resultados mostraram que a segurança do paciente e a comunicação estão intimamente associadas e dependem do comportamento das pessoas e das relações grupais. Dez dos dezesseis entrevistados, ao serem indagados sobre essa relação, citaram os interesses e valores individuais como

fatores determinantes para a comunicação na perspectiva da segurança do paciente. Uma das enfermeiras afirmou que

*“o profissional em si tem que ter essa consciência de que a segurança do paciente depende de uma boa comunicação. Muitas vezes o médico te passa uma informação. O enfermeiro tem que estar atento e entender que aquela informação é importante para a segurança do paciente. Tem que ter o interesse de cuidar, o interesse do técnico, do médico, de realmente estar preocupado com a segurança do paciente”. (E1)*

Diferentes autores também associam a comunicação e segurança do paciente às atitudes dos profissionais e ao relacionamento entre as equipes de trabalho (WACHTER, 2010; BARCELLOS, 2014; MOURA e DIEGO, 2014). A incapacidade de formar um conjunto solidário entre os trabalhadores da saúde é um dos fatores que compromete a segurança do paciente. “A inexistência de equipe torna as dificuldades maiores, e as ferramentas<sup>34</sup> para aprimorar a comunicação passam a ser menos efetivas” (BARCELLOS, 2014, p. 139).

Um dos entrevistados aborda essa questão ao afirmar que o equilíbrio emocional e a boa relação com os colegas são fundamentais para a segurança do paciente, conforme fala.

*“Então tu tem que te colocar no outro lado (do colega) e o teu ambiente de trabalho com teus colegas em geral, médicos, técnicos e enfermeiros não pode interferir no atendimento daquele paciente lá. Às vezes acontece, porque todos nós somos pessoas diferentes, temos hábitos diferentes, e tem pessoas mais difíceis de trabalhar. Isso acontece. Mas aí tem que ter o psicológico e saber separar, saber que está no ambiente de trabalho, e isso depende de cada pessoa”. (T4)*

Partindo da concepção de que o trabalho em equipe é fator determinante para a comunicação e a segurança, é crucial que os gestores tenham essa percepção, quando pensarem em mudança de cultura, no intuito de criarem um ambiente propício para tal. Equipes coesas e integradas com lideranças que estimulem o seu desenvolvimento tendem a apresentar um melhor desempenho. Um dos pontos críticos que entram essa transformação é a hierarquia rígida presente em grande

---

<sup>34</sup> O termo “ferramenta” é comumente empregado por autores que abordam a comunicação em saúde, em um conceito voltado para o referencial de gestão das organizações, no sentido de instrumento de trabalho (HOLANDA, 2010).

parte das instituições, calcada em modelos de gestão ultrapassados. Para Wachter (2010), a área da saúde sempre foi caracterizada por forte hierarquia e alto gradiente de autoridade, este entendido como a distância psicológica entre um trabalhador e seu supervisor.

Na visão de quem lidera uma equipe, a comunicação é um ponto chave para a coordenação do trabalho. A fala de uma enfermeira (E6) que ocupa cargo de liderança, representa essa ideias.

*“Então, um ambiente de trabalho onde não existe comunicação, não existe segurança. Acho que as coisas estão juntas. Não é à toa que a comunicação faz parte das metas internacionais de segurança. É fundamental, principalmente no papel da liderança, que a pessoa saiba se comunicar, que ele saiba transmitir ao seu grupo de liderados aquilo que ele espera desse grupo. E aquilo que ele espera desse grupo só pode acontecer se houver realmente comunicação. Então a comunicação é fundamental no dia-a-dia do trabalho”. (E6)*

Outra enfermeira (E3) aponta que a segurança do paciente depende fortemente da *comunicação* clara entre enfermeiros com os técnicos de enfermagem, conforme relato.

*“Na verdade, na segurança do paciente eu dependo muito de saber se a pessoa me entendeu. Por exemplo, se o técnico de enfermagem vem e me pergunta alguma coisa referente ao paciente, se eu não for bem clara com ele, o paciente pode estar correndo risco. No momento que ele me mostrar e eu ver que ele entendeu o paciente vai estar seguro”. (E3)*

A partir dessas falas depreendemos que o profissional, principalmente o que tem a função de coordenar um grupo, como o enfermeiro, deve tentar identificar a capacidade de compreensão dos integrantes da sua equipe, levando em conta, as características pessoais de cada um, pois diferentes indivíduos recebem de diferentes maneiras a informação, devido à subjetividade que permeia o processo comunicacional.

Dois principais enfoques foram trazidos pelos entrevistados no tocante à comunicação e segurança do paciente. O primeiro, já descrito, trata das relações entre os profissionais, e o outro prisma aborda a comunicação entre profissionais e pacientes.

As percepções manifestadas revelam uma preocupação em se fazer entender pelo paciente, pois consideram que a falta de compreensão na ‘transmissão’ de informações pode trazer prejuízos aos mesmos. Segundo um dos médicos entrevistados, é importante que o profissional avalie as condições de entendimento do paciente e procure adaptar a linguagem para facilitar a compreensão; do contrário, as informações e orientações não terão sentido, nem efeito algum. Segundo esse médico,

*“entra nessa parte (da comunicação) também de adaptar a linguagem. Se tu entra com uma linguagem muito técnica, o paciente, em relação ao curativo dele... “aqui o senhor vai colocar micropore”..o paciente nem sabe o que é micropore. Afeta a segurança do paciente no pós-operatório o teu tipo de comunicação, de tu adaptar ou não à realidade do paciente”. (M1)*

Outro depoimento, de uma enfermeira, traz essa mesma visão.

*“O paciente nem sempre entende o que tu falas. Ele não entende... o que é diurese? Ele não sabe o que é um dreno. Ah...esvaziou o dreno de porto vac...o que é um dreno de porto vac? Para nós é simples, o que tem pendurado em mim? Dreno de quê?” (E2)*

O paciente, quando não compreende a linguagem utilizada, pode se sentir inseguro, desconfiado e à parte do processo de cuidado, ou mesmo comprometer sua segurança. Santos e Grilo (2014), afirmam que a incapacidade para se comunicar de forma aberta e respeitosa com o paciente contribui para a ocorrência de erros, podendo levar a danos, ou mesmo provocar a morte. São muitas as situações em que a omissão de informações ou uma comunicação fragmentada<sup>35</sup> pode causar eventos adversos, com prejuízo aos pacientes, profissionais e instituição. Um dos médicos entrevistados (M2) manifestou, em seu depoimento, essa preocupação, trazendo uma situação relacionada a seu trabalho.

*“Como cirurgião, o número de instâncias em que o meu processo de trabalho pode dar errado antes de chegar ao hospital é gigante, é gigantesco.[...]. Então assim...o paciente tem que vir ao hospital em jejum. Se ele tomou uma água, comeu um chiclete, ou comeu um sanduichinho, já não vai sair a cirurgia dele, nem a anestesia. Então, eu tenho que explicar para ele isso antes, não basta eu dar um papel informando que ele tem que ficar em jejum, o ideal é que eu explique para ele. Quando isso acontece, eu não fico bravo com ninguém, porque eu sei que eu fui o culpado. Se algo deu errado nesse quesito, é porque eu fui o culpado. Eu não me comuniquei com o paciente, talvez eu tenha informado.”*

<sup>35</sup> Expressão utilizada pelos autores.



Esse depoimento chama atenção para a questão da responsabilização pela segurança do paciente. Embora o movimento da criação da cultura de segurança tenha como principal premissa a abordagem de processo, os profissionais não devem se eximir da responsabilidade individual (WACHTER, 2010). Outro aspecto a ser destacado é a concepção do termo comunicação. Quando o médico entrevistado fala *“eu não me comuniquei com o paciente, talvez eu tenha informado”*, entendemos que, na sua percepção, informar não basta para garantir a segurança do paciente, mas sim, o profissional deve tentar se comunicar, atribuindo ao conceito de comunicação uma concepção mais ampla, complexa e carregada de subjetividade.

Essa fala nos remete ainda, a uma reflexão sobre “pacientes pela segurança”, conforme PNSP (2013) e discutido nos estudos sobre esse tema (WACHTER, 2010; SANTOS e GRILLO, 2014). “Os pacientes que são devidamente informados sobre o plano de tratamento e os possíveis efeitos secundários estarão em melhor situação para participar de seu cuidado” (SANTOS e GRILLO, 2014, p. 166). Estratégias vêm sendo desenvolvidas nesse sentido e, a inclusão do paciente como parceiro do cuidado passa, além de intervenções pontuais nos serviços, pela questão de aprimorar o ensino sobre educação em saúde, na formação dos profissionais (WACHTER, 2010).

Um viés sobre a comunicação que emergiu dos relatos foi em relação às situações de padronização dos processos, no que se refere à aplicação de protocolos e à utilização de formulários e instrumentos, conforme coloca o entrevistado M1.

*“Tem o protocolo de cirurgia segura no bloco, para cumprir. É um check list, mas se tu deixa só no automatizado, na tua cabeça, tu acaba esquecendo algum passo, então tem que estar documentado, para tu sempre checar cada ponto, para não ter falha no sistema, uma quebra de segurança”.* (M1)

Outro médico chama a atenção para a segurança do paciente na perspectiva de processo, como se o paciente estivesse envolvido em uma rede de ações, onde o papel de cada elemento determina o desfecho da sua situação, conforme descrito a seguir.

*“Aí ele (o paciente) entrou no hospital. Dentro do hospital, ele tem que passar na internação e ir ao bloco cirúrgico. Chegando no bloco cirúrgico, pra eu executar um procedimento, tem 500 processos que, não dependem de mim. Depende da estrutura hospitalar, depende do setor de esterilização, depende da marcação de cirurgia e depende da enfermeira que faz a gestão das salas cirúrgicas. Então...o material que eu preciso pra cirurgia tem que ter sido solicitado pelo hospital. O hospital ligou para uma empresa, pediu o material, que deve ser entregue um dia antes para ser esterilizado e ser disponibilizado pra mim. Quanta comunicação houve nesse processo? Quem policiou isso?” (M2)*

Essa colocação ilustra as inúmeras possibilidades de lacunas que contribuem para a ocorrência de erros, pois são muitas pessoas envolvidas nessa sequência de processos encadeados, e o papel de cada integrante tem considerável relevância para o desfecho final.

*“É o sprit de corps para cada doente. Não adianta o indivíduo tocar muito bem violino se o maestro tem uma crise de ausência. Tem que haver uma uniformidade. É como uma corrente. A segurança do doente, se eu tiver que resumir os múltiplos fatores que envolvem essa situação, eu compararia a uma corrente. Um elo é o professor, o outro elo é o assistente, o outro elo é o enfermeiro, o outro elo é o anestesista, o outro elo é a pessoa que vai conduzir esse paciente na maca. Tem que haver uma uniformidade de interesse”. (M3)*

A construção da cultura de segurança pressupõe equipes comprometidas com seu trabalho e com a instituição. “Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância de segurança e efetividade de ações preventivas” (REIS, 2014, p.81).

Nessa dimensão os respondentes, além de entenderem que existe uma forte relação entre comunicação e segurança do paciente, elencaram pontos importantes a serem considerados, evidenciando que a experiência desses profissionais permite um olhar para além dos processos formais estabelecidos na organização hospitalar, em que o paciente é foco principal do trabalho em saúde.

### 6.2.5 A construção da cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais

Anteriormente foi apresentada a trajetória da implantação da cultura de segurança no hospital, baseada nos relatos dos integrantes do Núcleo de Segurança do Paciente. Na presente dimensão buscamos conhecer quais as impressões dos profissionais que prestam assistência direta aos pacientes sobre essa trajetória da cultura de segurança e sobre as estratégias implantadas no hospital.

Dos dezesseis profissionais entrevistados, somente três referiram conhecer o documento da Organização Mundial da Saúde que recomenda, como meta nº2, “melhorar a comunicação entre os profissionais da saúde” (BRASIL, 2014). Os três entrevistados que conhecem são enfermeiros e ocupam cargo de gestores na equipe. Isso nos leva a refletir sobre a prática profissional. A tendência é que cada trabalhador se volte para as suas atividades diárias. No caso dos gestores, as ações voltadas para a segurança do paciente fazem parte de suas atribuições. São tarefas que lhes foram formalmente designadas e foram estabelecidos prazos, formas de execução e avaliação. Os relatos abaixo ilustram esse achado.

*“A gente teve a capacitação, mas não me recordo de ter sido apresentado um documento assim”. (E1)*

*“Documento e metas eu não sei de te dizer nada. Só comunicação sobre segurança do paciente e segurança no trabalho”. (T4)*

*“Não, não conheço, nem sabia que existia”. (M1)*

*“Sim, conheço e estamos trabalhando na implantação das metas”. (E6)*

A primeira consideração que podemos tecer, a partir dessas colocações, é que a visão do profissional se enquadra nos limites de seu cargo e de suas atividades. Assim, cada entrevistado descreveu as estratégias e ações de implantação da cultura de segurança que tiveram conhecimento e/ou contato sob o viés de sua práxis. Então, percebemos que a equipe de enfermagem, dentre as demais áreas, foi a que mais teve acesso às informações e/ou comunicações sobre segurança do paciente. Já os médicos entrevistados referem ter recebido

informações parciais e especificamente ligadas a sua atuação, conforme fala a seguir.

*“Eu sei essa parte da cirurgia segura. Eu sei pela enfermagem... que seguido elas (as enfermeiras) estão com os técnicos falando como dispensa medicação, como tem que aplicar. Já vi as enfermeiras com o protocolo, passando para os técnicos, mas nunca me envolvi de assistir uma apresentação delas. Eu sei que tem um trabalho no hospital para a segurança do paciente, mas é um trabalho que comigo nunca foi feito. O que eu sei é porque estou sempre circulando com elas (enfermagem), mas nada formalizado. No protocolo de cirurgia segura sim, nós (médicos) fomos convidados, teve uma capacitação formal”. (M1)*

Estabelecendo uma comparação com a descrição das estratégias formais do hospital para a implantação da cultura de segurança, e a percepção dos profissionais da assistência, observamos que existe uma fragmentação nesse processo. Ou seja, os gestores têm uma visão mais ampla, bem como os enfermeiros que ocupam cargos de liderança, pois conseguem ter uma visão macrorientada e, principalmente porque foram envolvidos no planejamento dessa mudança.

*“É claro que a gente vê que o gestor, o enfermeiro que tem cargo de liderança, está muito mais envolvido”. (E4)*

Diferentemente, os profissionais que atuam em uma área específica e limitada, com atividades dirigidas exclusivamente aos pacientes, de forma geral não foram envolvidos nessa construção, o que é um fator crucial para a concretização de uma estratégia e/ou plano. A aceitação da necessidade de mudança da prática envolve sempre o esforço individual e das equipes, mas requer que as organizações de saúde procedam as alterações no sistema que possibilitem essas práticas mais seguras (TRINDADE e LAGE, 2014). E, ainda, requerem processos de comunicação que façam sentido para os trabalhadores e sejam legitimados pelos mesmos (NASSAR, 2010), de acordo com o depoimento que segue.

*“É impossível a gente dar continuidade no tratamento, no cuidado, se não houver a comunicação segura e correta daquilo que eu quero passar. A comunicação está relacionada em todos os níveis, tanto na questão operacional quanto tática, a alta gestão, a média gestão. Para que as pessoas conheçam os processos, os protocolos de segurança é fundamental que, em primeiro lugar, isso aconteça por meio de uma comunicação efetiva”. (E6)*

Observamos que os enfermeiros que ocupam cargos de liderança descreveram com detalhes todas as ações que vêm sendo desenvolvidas no hospital, antes mesmo da implantação do Núcleo de Segurança estabelecido pela portaria MS/GM nº 529/2013 e na RDC nº 36/2013/ANVISA (BRASIL, 2013). Relatam, ainda, em quais pontos houve um avanço significativo, e quais, ainda devem ser desenvolvidos, de acordo com os indicadores institucionais. Listaram diferentes intenções e ações, as quais ao longo do tempo foram modificadas, e após reavaliadas quanto aos resultados esperados.

Conforme relato de E4, foram muitos desafios.

*“Na verdade, no início foi uma coisa que nos deixou um pouco tensas porque eram muitas metas que eram importantes, e em algumas coisas nós ainda estávamos nos organizando, faltavam instrumentos. Não tínhamos, por exemplo, o protocolo de cirurgia segura informatizado. Hoje já conseguimos. Nisso, a questão das seis metas veio para nos ajudar. Não tínhamos um NSP no hospital. Agora foi estruturado, é uma obrigatoriedade. Em relação ao risco de quedas, já trabalhávamos, tínhamos um conhecimento, e já aplicávamos o instrumento de avaliação de risco, mas não era tão enfatizado quanto agora”. (E4)*

Os processos de mudança nas organizações requerem o envolvimento de todos os níveis hierárquicos e o papel dos gestores é fundamental para a concretização das estratégias estabelecidas. Observamos, pelo depoimento, que os profissionais que atuam como gestores tendem a ver o processo como um todo, de forma mais abrangente.

*“Não que o operacional não saiba e não se envolva, a gente está vendo cada vez mais o envolvimento deles (técnicos), mas isso está ainda muito com o gestor (enfermeiro)”. (E4)*

Segundo Baldissera (2010, p. 66), “os gestores inclinam-se a agir estrategicamente, de modo a comunicar e fazer reconhecer os objetivos organizacionais como sendo o que realmente importa”. E esse agir estratégico tende a estar fundamentado no conhecimento que estes têm do comportamento humano, no contexto da organização e que existe uma relação amor-ódio / prazer-sofrimento / liberdade-dependência, entre trabalhador e organização (BALDISSERA, 2010). No hospital, isso se soma às singularidades do trabalho em saúde, pois além da relação que se estabelece entre trabalhador e organização, existe uma relação entre

profissional e paciente e do profissional com suas crenças e códigos de conduta. Então, ao cuidar de um paciente com segurança, o médico, o enfermeiro e/ou o técnico de enfermagem, não está atendendo apenas aos objetivos institucionais, mas às suas crenças enquanto profissional de saúde, ao seu código de ética e aos preceitos de sua profissão.

Conforme discussões anteriores, a implantação e/ou a mudança de uma cultura organizacional com um determinado objetivo, requer várias ações e pode ser realizada percorrendo distintos caminhos.

Um dos pontos citados por todos os participantes do estudo se refere à importância dos trabalhadores conhecerem as estratégias e o que é esperado de cada um para essa concretização; ou seja, qual o papel de cada profissional e como deve ser sua participação no desenrolar desse processo de mudança, para atingir os objetivos da organização, conforme fala da enfermeira (E4).

*“Então, a identificação do paciente, risco de queda, lesão por pressão, o protocolo de cirurgia segura, a comunicação...a gente utiliza o instrumento SBAR. Está se disseminando a informação...era muito restrito. Agora o enfermeiro passa nas reuniões mensais com os técnicos, discute no dia-a-dia. Todos estão se apropriando mais, entendendo como deveria ser, pois se eu presto assistência direta ao paciente eu tenho que fazer isso”. (E4)*

Segundo o relato de um técnico de enfermagem (T3), a educação voltada para a cultura de segurança do paciente está sendo desenvolvida por meio de distintas intervenções educativas, realizadas durante os turnos de trabalho.

*“As enfermeiras fazem orientação todos os dias, na prática. Enquanto tu tá trabalhando elas vão te reforçando, e quando elas vêem uma situação que se encaixa aquele cuidado, elas dizem: Olha, nessa situação tu faz assim e assim. Acho que isso é eficiente. Lógico que se tiver alguma outra maneira de informar sempre é bom, a gente nunca dispensa”. (T3)*

Esses depoimentos nos remetem a uma reflexão sobre a relação entre trabalhador e instituição, considerando os modelos de gestão e a estrutura hierárquica e funcional das organizações. Segundo Senge (2008, p. 52), “somos treinados para sermos leais ao cargo que ocupamos, tanto que o confundimos com a nossa própria identidade”. As pessoas, quando questionadas sobre sua vida profissional, tendem a descrever suas atividades do dia-a-dia, e não o propósito

maior da organização onde trabalham (SENGE, 2008). Esse aspecto pode, em parte, explicar porque algumas mudanças organizacionais não se concretizam conforme o planejado, porque nem sempre o trabalhador consegue identificar como suas atividades laborais contribuem e/ou são pertinentes aos propósitos da organização. Para Senge (2008) a maioria dos profissionais se vê dentro de um sistema, sobre o qual tem pouca ou nenhuma influência; dedicam seu tempo e tentam conviver com forças sobre as quais não exercem controle, e, por conseguinte, consideram suas responsabilidades limitadas às fronteiras do próprio cargo.

Por outro lado, Baldissera (2010), afirma que é provável que os sujeitos percebam a organização como possibilidade de concretizarem seus próprios objetivos. Nesse sentido, tendem a desenvolver ações coordenadas cujos desdobramentos podem representar a realização de seus objetivos individuais.

As mudanças nos processos organizacionais implicam transformações nas formas de trabalho, nas atribuições de cada indivíduo, requerendo, muitas vezes, a apropriação de novos conhecimentos e competências por parte do trabalhador. Essas situações tendem a gerar insegurança nas equipes de trabalho, pois o medo do desconhecido é um dos principais fatores estressores que assola o ser humano. Para Mumby (2010), as organizações não são simplesmente locais de trabalho, mas lugares importantes para o desenvolvimento da identidade humana. Como os indivíduos passam grande parte de suas vidas nas organizações, necessitam que estas sejam lugares que tragam prazer e enriquecimento. Assim, esses espaços constituem um rico universo de experiências humanas.

Em relação à concretização das estratégias propostas de segurança do paciente, quatro dos entrevistados enfatizaram o controle como uma condição essencial, conforme fala do entrevistado M2.

*“Então, esses processos (de implantação da cultura de segurança) têm que ser policiados. Eu gosto de usar essa palavra porque eu não acredito em organização sem policiamento”. (M2)*

Os profissionais trouxeram, em suas respostas, exemplos de instituições que estão tendo sucesso na implantação dos processos de segurança do paciente, cujo principal mecanismo é o controle. Analisando o perfil desses participantes,

constatamos que todos estão na instituição há mais de onze anos e têm cargos de gestão, ou ainda, atuaram em outras instituições como gestores. Decorrente disso, entendemos que os profissionais que atuam ou atuaram como gestores têm uma maior familiaridade com os processos administrativos e, por conseguinte, elencam o controle como um dos principais mecanismos para a implantação de estratégias e mudanças nas organizações.

Os estudos da administração, por décadas, foram calcados nas formas de controle sobre o trabalho e sobre o trabalhador. Desde a Teoria da Administração Científica de Taylor, até as mais atuais tendências de gestão, as pesquisas em teorias de administração se preocupam com a questão do controle, criando sistemas cada vez mais sofisticados para tal (MUMBY, 2010). A fase inicial da Administração Científica de Taylor era voltada para os estudos da execução do trabalho, incluindo o ambiente e as técnicas utilizadas, visando à eficiência e a produção. Era pautada na dicotomia entre o pensar e o fazer, baseada no rigoroso controle do trabalhador, caracterizando o monopólio do conhecimento dos administradores sobre os operários (MUMBY, 2010). “Para Taylor, o local de controle era o corpo do trabalhador, que ele via como um meio eficiente através do qual o conceito de trabalho do administrador era executado” (MUMBY, 2010, p. 21). E, mesmo com a evolução dos estudos em administração, a ênfase no controle se perpetuou em outras abordagens teóricas. Na Teoria das Relações Humanas, embora com um viés mais humanístico, o controle persistiu e era voltado para a mente do trabalhador, numa tentativa de moldar seu comportamento na direção dos objetivos institucionais. Assim, no decorrer da evolução da administração, distintos recursos de controle foram desenvolvidos, na intenção de que os funcionários internalizem e assumam como seus os objetivos da organização (MUMBY, 2010).

Em relação aos mecanismos de padronização dos processos, um dos participantes (M3) faz uma analogia sobre o controle nas organizações e a engrenagem de uma orquestra.

*“Eu imagino que a partitura é necessária aos desafinados. A pessoa que tem a percepção... aquilo é íntimo da pessoa. Não é necessária uma organização para ela. Mas, como não são todas as pessoas bem aventuradas de ter essa sensibilidade, precisa a partitura, como para o desafinado. Quem não tem a sensibilidade para essas coisas é como na música quem não tem ouvido para os diversos tons que podem surgir. Então, precisa-se muitas vezes, colocar uma ordem, uma ordenação, para*



*que isso atinja a todos, porque nem todos são bem aventurados e tem a percepção necessária, então estão precisando daquela corretiva” (M3).*

Independente das concepções e princípios pessoais dos profissionais, é consenso a noção de que devem existir formas de controle sobre os processos para a concretização de práticas mais seguras.

Fazendo um apanhado das principais estratégias descritas pelos entrevistados, podemos citar programas de desenvolvimento (intervenções educativas e/ou programa de treinamento introdutório), palestras e eventos científicos, reuniões de equipes ordinárias ou extraordinárias, reuniões breves durante os turnos de trabalho, orientações durante a prática diária por parte dos líderes de equipes, *rounds* com discussões de casos, divulgação de material impresso e de material digital via sistema de informações do hospital.

Muitas interferências surgem no decorrer da mudança de cultura em uma organização. A concepção do hospital como um local que congrega uma pluralidade de valores, formações e práticas justifica, de forma significativa, os entraves que se colocam perante a mudança. As características de cada profissão, que se originam da história das práticas em saúde são fatores determinantes dessas condições. Alguns profissionais foram formados para atuar, em princípio, de forma isolada, com total autonomia e independência, como os médicos, que calcados na sua trajetória histórica, sentiam-se independentes do hospital e de sua estrutura organizacional (QUINTO NETO, 2006). E, de modo geral, cada profissional da saúde, está voltado para sua prática específica e/ou especializada, em um olhar focado no paciente, mas que se desvia do todo da organização.

Assim, quando do estabelecimento de estratégias que implicam mudanças profundas em uma organização, os gestores necessitam considerar todos esses elementos, que certamente têm forte influência no entendimento e no alcance dos objetivos organizacionais. Nassar (2010) reforça que a implantação de determinada missão, cujos processos de produção demandam a colaboração grupal, requer processos de comunicação mais sofisticados e complexos para atender às demandas simbólicas presentes nas atividades laborais. E, nesse sentido é crucial conhecer a cultura da organização com todas as suas nuances.

### 6.2.6 Competências dos profissionais para a comunicação

Acreditamos que a **comunicação** constitui um processo de troca entre as pessoas, caracterizado pelo compartilhamento de significados, e permeado pelo simbolismo existente nas relações entre os atores sociais. No hospital essas trocas acontecem constantemente, o que nos instigou a evidenciar quais são as competências importantes para a **comunicação**, na percepção dos profissionais que atuam diretamente com o paciente.

A gestão de pessoas baseada em competências (DUTRA, 2004; FLEURY e FLEURY, 2001), utilizada nos hospitais, abarca diferentes dimensões e etapas. O ponto de partida é a definição do perfil profissional da equipe, no qual devem constar as competências necessárias para o desempenho no trabalho.

Sob o ponto de vista conceitual existem muitas definições para o termo competência. O movimento de gestão por competências tem uma trajetória histórica construída por diferentes autores, com maior destaque a partir da década de 70. Um dos marcos foram os estudos de David McClelland (1973), que trouxe o conceito de competência de forma estruturada, voltado para os processos de escolha das pessoas para trabalhar nas organizações (DUTRA, 2004). McClelland (1973) conceituou competência como uma característica subjacente a uma pessoa que é casualmente relacionada com desempenho superior na realização de uma tarefa ou em determinada situação.

Na escola americana tal conceito foi ampliado por Boyatzis (1982) na década de 80, voltado ao suporte dos processos de avaliação e de desenvolvimento de pessoal, agregando ao conceito de competência, a concepção de entrega do indivíduo para a organização (DUTRA, 2004; FLEURY e FLEURY, 2001).

Na escola francesa foi explorado por Le Boterf (1994; 2003) e Zarifian (2001; 2003) a partir da década de 90 (DUTRA, 2004). Para Le Boterf (2003) competência é colocar em prática o que se sabe em determinado contexto e para Zarifian (2001) competência está associada à tomada de decisão do indivíduo para enfrentar os diferentes problemas e eventos nas situações de trabalho, ou seja, “a maneira como ele enfrenta a situação está no âmago da competência” (ZARIFIAN, 2001, p. 67).

No presente estudo, as percepções dos participantes sobre as competências para a **comunicação** são analisadas nessa dimensão. Entretanto, foram direta ou indiretamente, mencionadas ao longo de todo o processo investigativo, e estiveram presentes na maior parte dos depoimentos, perpassando as demais dimensões da pesquisa. Ao longo das conversas, os profissionais comentaram como percebem a comunicação entre as pessoas no hospital, quais as dificuldades existentes e quais competências são importantes para os profissionais se comunicarem com o paciente, com a família e/ou com seus pares.

O comprometimento e a escuta foram as principais competências elencadas pelos respondentes. De acordo com M2 para que a comunicação ocorra, as pessoas devem ser comprometidas, sentirem-se inseridas no trabalho, um sentimento de pertencimento.

*“Competências são habilidades, adquiridas ou não, que podem ser desenvolvidas ou não. Inculcido nisso está a responsabilidade. Se eu não me sinto parte do processo, não me sinto co-responsável, eu nunca vou aderir a isso. Se eu não tiver habilidade para isso, também não vou saber me comunicar. Eu preciso ser responsável. Todos nós temos as nossas trincheiras onde a gente se esconde, para se sentir mais seguro dentro da nossa insegurança, para impedir invasões desse tipo... de um setor no outro...cobrando”*. (M2)

Para Fleury e Fleury (2001, p.188), competência é “saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir, conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”. Nenhum dos profissionais, em seus depoimentos, associou o desenvolvendo de competências às questões institucionais, discorreram estritamente sobre as relacionadas aos aspectos individuais. Nesse sentido, o entrevistado M3 acredita que os profissionais que são seguros em sua prática, tendem a compartilhar o conhecimento e estão dispostos a ouvir e respeitar as diferenças, incluindo o tempo de cada pessoa para processar uma informação.

*“Na minha experiência desde novo como professor lá por (...) eu aprendi que existe uma nuance muito interessante que é a de permitir a compreensão do que está sendo informado a quem escuta (ao aluno). Uma torrente de informações que a pessoa não consegue assimilar... isso baixa a auto-estima porque a pessoa fica contente quando entende e quando não entende tem a sensação que é incompetente e se sente um pouco deprimido com isso”*. (M2)

Permitir a compreensão do significado, conforme coloca esse profissional, passa pela capacidade de olhar para o outro e tentar identificar qual o melhor caminho para compartilhar os sentidos. A escuta requer paciência, tolerância, e se colocar no lugar do outro. Quando o indivíduo fala ao outro: “Tu não entendeste o que eu quis dizer” ele parte do princípio de que as mensagens são apreendidas imediatamente pela outra pessoa e a interpretação é idêntica à sua concepção sobre o objeto. No entanto, a expectativa do indivíduo quanto à interpretação da mensagem pelo outro pode não ser atendida, pois a subjetividade é intrínseca ao processo comunicacional no contexto de uma organização (KUNSCH, 2010; BALDISSERA, 2010).

Nessa perspectiva, cabe destacar a importância da escuta, referida por doze dos dezesseis entrevistados. O relato de um dos técnicos de enfermagem (T3) e de uma enfermeira (E2) exemplifica essa visão.

*“Escutar o colega. Escutar o paciente. Prestar a atenção. Tem plantões em que a gente está mais apressado, né. Acho que às vezes com a correria a gente deixa de prestar atenção no que o paciente fala. Deixa um pouquinho a desejar. Mas eu acho importante a responsabilidade de ouvir o paciente., ouvir as queixas. Isso em relação a nós com o paciente, e com o colega também...ter a consciência e responsabilidade na hora de ouvir..a atenção. Acho que isso é fundamental”. (T3)*

*“A comunicação ela ocorre quando também tu tá aberta para escutar, tu tem disponibilidade em escutar, tu tem que tá ali pronta, não é só chegar e perguntar..fazer teu check-list, perguntar doenças previas, etc. é tu ter aquele momento para realmente observar e escutar teu paciente”. (E2)*

Escutar vai além do ato de captar sons, trata-se da busca de apreensão do sentido do dizer; implica aproximação, doação e disposição para atender e recolher o que é dito (CARDOSO, 2004). Na escuta está implícito se desvencilhar de certezas e verdades pré-estabelecidas, numa atitude de receber as diferentes demandas que podem surgir de uma conversa, seja com o paciente ou com os colegas.

As outras competências descritas como importantes para a **comunicação** foram: atenção, empatia, tranquilidade, discernimento, conhecimento, equilíbrio emocional e bom senso. A empatia foi descrita como “se colocar no lugar do outro” (E2).

*“A forma de tu interagir com esse paciente é tu ver ele como uma pessoa, com uma história. E se colocar no lugar dele..que ele tá ali, tá passando por um momento difícil, né. Antes ele era uma pessoa talvez hígida, em plenos poderes, trabalhando, tendo as suas atividades. Eu acho que isso então... essa empatia te aproxima do paciente”. (E2)*

Outra enfermeira (E4) descreve:

*“Primeiro tem que ter atenção. Segundo tem que ter equilíbrio emocional para poder passar as informações que recebo. Tenho que ser uma pessoa centrada. Eu posso ter as minhas agitações, limitações, mas tenho que ser atenta, saber ouvir. Prestar atenção. Ter a possibilidade de entender aquilo, de ser questionadora, saber o porquê está acontecendo. Tranquilidade e discernimento. Acho que são esses os instrumentos”. (E4)*

Um médico usou a expressão “boa vontade de comunicação entre a equipe” referindo-se à atitude de interesse e colaboração e união entre os profissionais, explicando que quando as pessoas querem, tudo é possível. Acreditamos que o bom senso, referido pelo técnico T3, também está vinculado à “boa vontade de comunicação”.

*“Entre equipe tem que ter boa vontade de comunicação. Quando um grupo trabalha mais tempo junto, a comunicação se torna mais fácil, não só por saber como a pessoa age, mas por ter mais liberdade de dizer “olha não entendi”, de não ficar constrangido de dizer que não entendeu.” (M1).  
“Bom senso é bem importante. Responsabilidade [...]”. (T3)*

Nesse sentido nos chama a atenção o depoimento de um médico que citou como competência “o amor”, conforme segue.

*“A base é o amor, né? Se a pessoa tem um sentimento de fraternidade com o ser que está ali na sua frente, isso já é uma coisa que vem da própria índole da pessoa [...]. Como é que a gente vai criar uma índole boa em cada um? Existem muitas coisas que vem desde o berço, na família, de uma mãe, de um pai, cuidando de uma criança até os quatro anos”. (M3)*

Tal reflexão nos remete à fala de Wolton (2015) sobre comunicação e amor. Para esse autor comunicação se traduz na fala, nas palavras, no calor da voz. “Comunicação é relação, é a busca pelo outro e pelo amor”. Pela comunicação buscamos nos sentir amados. Wolton (2015) acredita que a profusão de tecnologias, pode acarretar mais “incomunicação”, pois o difícil é tolerar e compreender o outro e esse é o maior desafio para a sociedade da informação e da comunicação.

Essa fala se aproxima das demais colocações, que trazem como competência a escuta, a empatia, a fraternidade. Tais elementos têm uma concepção muito próxima, segundo nossos entrevistados. Entendemos que o termo que pode resumir/representar essas impressões é “comprometimento”, com a profissão, com o paciente e com seus pares.

O conhecimento e a segurança de ter a informação correta e precisa também foram apontados pelos respondentes como competências importantes para a comunicação, conforme relato abaixo.

*“No meu parecer, pra eu chegar no paciente e responder as perguntas que ele ta me fazendo eu tenho que estar tranquila e o ambiente mais ou menos tranquilo, porque eu tenho que saber o que eu vou falar pra aquele paciente e se eu não posso responder o que ele ta me perguntando eu tenho que ir atrás do meu superior, do meu enfermeiro, do médico plantonista, pra saber responder aquelas perguntas ali por que tem muitas perguntas que o cliente faz que nós não sabemos responder”. (T4)*

*“Tem que ter conhecimento (para se comunicar bem). Sabemos que é um hospital universitário. Todo mundo está aprendendo”. (E3)*

A figura 7 resume as principais competências elencadas pelos entrevistados.

**Figura 7.** Competências dos profissionais para a comunicação

<b>Competências dos profissionais para a comunicação</b>	
<b>Escuta</b>	<b>Tranquilidade</b>
<b>Responsabilidade</b>	<b>Discernimento</b>
<b>Comprometimento</b>	<b>Conhecimento</b>
<b>Atenção</b>	<b>Equilíbrio emocional</b>
<b>Empatia</b>	<b>Bom senso</b>

Fonte: a autora, 2017

Percebemos, analisando os achados dessa dimensão, que os profissionais entrevistados têm percepções comuns acerca das competências para a **comunicação**, e que estas se assemelham às competências para o cuidado em saúde. Portanto, existe uma proximidade entre comunicação e o fazer em saúde.

A noção de competência tem surgido, nos últimos anos como forma de repensar as interações entre, de um lado, as pessoas e seus saberes e capacidades e, de outro, as organizações e suas demandas de trabalho e processos relacionais, as quais sofreram profundas modificações qualitativas nos últimos anos (RUTHES, 2008). As organizações são relações e lugares de encontros que potencializam as competências e habilidades individuais, e podem atuar como sistemas castradores de criatividade e inibidores das manifestações de subjetividade (BALDISSERA, 2010).

A investigação sobre as competências nos permitiu conhecer a percepção dos profissionais e reflete tanto as práticas já realizadas quanto as que eles gostariam que fossem desenvolvidas em sua vivência no hospital. Identificar as competências que a equipe de saúde deve se apropriar para a comunicação é um dos pilares para a avaliação da implantação da cultura de segurança, na perspectiva da comunicação.

Entretanto, é importante salientar a diferença entre competência e desempenho. Segundo Ruas (2005), a competência pode ser caracterizada como uma forma de se atingir o desempenho esperado, mas não se confunde com ele. Nessa linha, outros autores (DUTRA, 2004; ZARIFIAN, 2001) discutem que o fato das pessoas deterem competências, não significa necessariamente que as apliquem e/ou as devolvam à organização; ou seja, nem sempre há a entrega, pois as competências só se revelam nas ações. As competências são sempre contextualizadas. Os conhecimentos e o *know-how* não adquirem status de competência a não ser que sejam comunicados e utilizados; e a rede de conhecimento em que se insere o indivíduo é fundamental para que a comunicação ocorra e gere a competência (FLEURY e FLEURY, 2001).

A partir dessas considerações entendemos que as competências individuais não bastam para que ocorra a mudança. A implantação da cultura de segurança requer além do desenvolvimento das competências dos trabalhadores, a avaliação das competências organizacionais, pois ambas devem estar articuladas, para que os objetivos sejam alcançados.

### 6.3 DIMENSÕES DA COMUNICAÇÃO NA CULTURA DE SEGURANÇA

As seis dimensões que emergiram a partir das evidências encontradas no estudo nos levam a algumas reflexões.

A primeira dimensão, denominada “A percepção sobre informação e comunicação”, aborda o aspecto conceitual acerca do termo comunicação. Essa expressão retrata uma questão que nos intrigou durante toda a trajetória investigativa, pois nos deparamos com o que podemos chamar de “conflito de conceitos”. Entendemos que a compreensão sobre o conceito de comunicação, considerando fenômeno estudado, tenha sido o ponto de partida para realização da pesquisa. Adotamos, desde o início, o conceito de comunicação na perspectiva de partilhamento de sentidos, de significação e de troca entre os indivíduos (FRANÇA, 2011; MARTINO, 2011, KUNSCH, 2013). Assim, nosso intuito foi conhecer como esse conceito é compreendido e aplicado na prática em saúde. Somado a isso temos um material da OMS (BRASIL, 2013) que traz o termo comunicação, sem uma precisão conceitual. E de posse destes dois elementos, buscamos a concepção dos profissionais sobre o termo comunicação e sua aplicação na prática no hospital.

As impressões dos entrevistados revelaram que o conceito pode ser interpretado de distintas formas. Ao se referirem à comunicação, associaram o termo à situação de cuidado ao paciente e/ou à relação com colegas. Interpretaram comunicação sob o viés informacional e/ou na perspectiva de troca entre os indivíduos, trazendo, inclusive o conceito de alteridade, em alguns exemplos da prática. Destacamos que houve consenso quanto à importância da comunicação tanto na relação com o paciente, quanto no convívio com os demais profissionais.

Assim, iniciamos esse estudo estabelecendo uma divisão conceitual da comunicação, um conceito com o viés informacional, instrumental, voltado para a transmissão da informação, para o qual adotamos o termo *comunicação* (em itálico); e o outro conceito por nós adotado, entendendo a **comunicação** (em negrito) como processo de troca entre os indivíduos, implicando significação e partilha de sentidos.

Entretanto, ao longo da pesquisa, investigando diferentes autores, e a partir dos resultados obtidos, percebemos a dificuldade em estabelecer um limite rígido e preciso entre esses conceitos, quando aplicados nas práticas organizacionais do



cenário hospitalar. Para alguns dos entrevistados a expressão “transmitir informação” é sinônimo de *comunicação*. E, nos referenciais de comunicação voltados para a segurança do paciente, também tais termos se confundem e são descritos como semelhantes.

Frente a isso, em muitos momentos, ao longo do texto nos isentamos de classificar o termo *comunicação* (em negrito ou itálico), pelo tênue limiar conceitual que os separa, e a abrangência das possibilidades de interpretação, de acordo com os contextos apresentados.

A segunda dimensão que emergiu dos resultados, “A comunicação e a passagem de plantão: refletindo sobre os cenários” foi decorrente, principalmente, do acompanhamento ao longo da pesquisa dos momentos de passagens de plantão. Tal vivência nos oportunizou um olhar para a riqueza de significados existente nas trocas de turnos, e em especial, no que tange ao processo de comunicação. E, as percepções dos entrevistados corroboraram com essa impressão. Todos atribuíram significativa importância à passagem de plantão no que se refere à segurança do paciente e categorizaram esse procedimento como uma das faces da comunicação. Essa ideia reforça a pertinência da preocupação dos hospitais em avaliar/sistematizar/rever o processo das passagens de plantão, como uma das estratégias para a comunicação na perspectiva da segurança do paciente.

Na terceira dimensão que emergiu da análise de conteúdo, “Aspectos envolvidos no processo de comunicação no hospital”, os resultados apontaram que os fatores relacionados ao ambiente e condições de trabalho, os aspectos pertinentes às relações grupais e/ ou com os pacientes, e as características do perfil de cada trabalhador, interferem no processo de comunicação. Tais evidências têm sido relatadas na literatura sobre a temática.

Na quarta dimensão, intitulada “A relação entre cultura de segurança e comunicação”, constatamos que os profissionais percebem uma estreita relação entre o processo de comunicação e a segurança do paciente. Tal evidência já havia surgido anteriormente, em outras dimensões, de forma subjetiva. A análise dessa dimensão nos permitiu inferir que há um comprometimento por parte das equipes com o cuidado e o bem estar do paciente, aspectos esses intrínsecos aos princípios das profissões da saúde.

Na quinta dimensão, “A construção da cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais”, os resultados sinalizaram uma tendência dos profissionais em olhar para seu papel específico na organização e o de seus pares. Identificamos uma visão macro orientada somente por parte dos gestores, cuja função pressupõe esse olhar. Estabelecendo uma comparação entre o relato dos integrantes do Núcleo de Segurança do Paciente sobre a trajetória do hospital e a percepção dos profissionais da assistência acerca da implantação da cultura de segurança, observamos que existe coerência entre estes. De modo geral, os profissionais conhecem alguns dos princípios de segurança, valorizam sua importância e se mostraram dispostos a rever/aprimorar suas práticas em prol da segurança do paciente. Tal fato é um ponto positivo a ser explorado estrategicamente para a construção da cultura de segurança.

A sexta dimensão, “Competências dos profissionais de saúde para a comunicação”, nos revelou que as competências elencadas podem servir de subsídio para o estabelecimento de estratégias e metas para o desenvolvimento do corpo funcional, pois é dos trabalhadores que depende a assistência ao paciente e, por conseguinte, a segurança do paciente. Salientamos que as competências individuais e grupais necessitam estar articuladas com as competências da organização.

A análise dessas seis dimensões nos instigou a algumas reflexões no sentido de estabelecer uma articulação entre as mesmas e os aspectos conceituais sobre comunicação organizacional. Os estudos nessa área têm se apresentado sob diferentes olhares paradigmáticos ao longo do tempo, desde uma visão mais funcionalista e mecanicista até uma visão mais interpretativa, em uma perspectiva de contra tendências (SCROFERNEKER, 2012). Uma das contra tendências é preconizada pela escola de Montreal, ao postular que a organização emerge da comunicação, pois entende que a comunicação é um meio para realizar ações. “Uma organização é uma configuração de pessoas, tecnologias, edifícios e objetos que se mantém unidos pela mais frágil das amarras: a comunicação” (TAYLOR e CASALI, 2010, p. 73).

A comunicação é a organização (MARCHIORI, 2013) e, nesse sentido, pensar em estratégias requer um olhar para a comunicação organizacional. Os

estudos nessa área permitem discutir a comunicação organizacional sob múltiplos prismas.

Nessa pesquisa, os movimentos interpretativos nos instigaram a estabelecer uma análise entre as evidências encontradas e alguns estudos em comunicação, aplicáveis ao objeto pesquisado, e que permitiram a reconstrução do conhecimento sobre a comunicação no hospital.

Adotamos, para essa análise, a concepção estabelecida por Kunsch (2013; 2016), que considerou a comunicação em quatro dimensões: instrumental, humana, cultural e estratégica. Discutimos, a seguir, cada dimensão sob o prisma das evidências encontradas nesse estudo.

**A dimensão instrumental** é a mais dominante nas organizações, caracterizada pela transmissão de informações, divulgação de notícias, sendo a comunicação adjetivada como depósito de informações (KUNSCH, 2013). No hospital, tal forma de comunicação é muito presente, e permeia todos os processos de assistência. Durante a permanência do paciente no hospital todos os procedimentos são sustentados por um processo informacional complexo, sem o qual seria impossível qualquer tipo de intervenção terapêutica. Quando, por exemplo, um paciente é transferido de um setor a outro, uma gama de informações são ‘transmitidas’ entre os profissionais acerca das condições vitais do paciente, procedimentos realizados, e condutas terapêuticas.

No decorrer do estudo, evidenciamos o uso de instrumentos e formulários como suporte para a ‘transmissão’ de informações na rotina diária do hospital, destacando a utilização da ferramenta *SBAR*, e que se caracterizam por essa concepção informacional da comunicação, marcada pela objetividade, emprego da linguagem técnica e padronização das ações.

A passagem de plantão é um exercício de comunicação entre as equipes de enfermagem, em função da continuidade da assistência (BARBOZA e LACAVA, 2011; PORTAL e MAGALHÃES, 2008), e traz um forte viés informacional. Nesse ritual notamos tal fato quando da valorização e busca de todas as informações referentes aos cuidados prestados a serem ‘transmitidas’ ao turno seguinte, incluindo dados detalhados acerca de cada paciente assistido, com utilização de planilhas e formulários, como suporte para a informação.

Além disso, a dimensão instrumental se revelou presente nas rotinas, protocolos, normas e procedimentos que norteiam todo o trabalho no contexto hospitalar, e que contemplam os requisitos técnicos e legais para a assistência em saúde.

**A dimensão humana**, segundo Kunsch (2010; 2016), é a mais importante, porém a menos valorizada nas organizações. E se reporta ao fato de que a comunicação tem que ser entendida, em primeiro lugar,

como parte inerente à natureza das organizações, as quais são formadas por pessoas que se comunicam entre si e que, por meio de processos interativos, viabilizam o sistema funcional para sobrevivência e consecução dos objetivos organizacionais em um contexto de diversidades e de transações complexas. Sem comunicação, portanto, as organizações não existiriam. A organização é um fenômeno comunicacional contínuo (KUNSCH, 2013, p.135).

Tal dimensão contesta a visão funcionalista de gestão das empresas, pois as organizações são constituídas por pessoas de ampla diversidade cultural, o que remete à complexidade que é pensar a comunicação nas organizações ou as organizações como comunicação, apontando uma abordagem mais interpretativa do que mecanicista (KUNSCH, 2013).

A diversidade cultural no contexto do trabalho em saúde se revelou no decorrer dos processos investigativos da pesquisa. Buscamos explorar os aspectos subjetivos da comunicação no trabalho no hospital, o que nos permitiu a compreensão da complexidade desse cenário.

Nos momentos em que acompanhamos as passagens de plantão, evidenciamos muitos aspectos individuais dos trabalhadores interferindo e/ou pertinentes ao processo comunicacional. Fatores como o cansaço devido à sobrecarga de tarefas ou dupla jornada, referida pelos entrevistados; a motivação (ou desmotivação) para o trabalho, associada às condições ambientais e de relacionamento grupal; o conhecimento técnico de cada profissional; as diferentes formas do uso da linguagem; as capacidades distintas de se comunicar; as relações interpessoais com colegas e líderes; os valores e crenças pessoais; o tipo de envolvimento com os pacientes e familiares; e, o comprometimento com o trabalho e com sua profissão.

Durante as entrevistas, os aspectos subjetivos foram citados inúmeras vezes pelos respondentes e/ou estavam implícitos em seus depoimentos. Cabe destacar a diferença percebida entre informação e comunicação. Os resultados apontaram que existem outros olhares para o significado de informação e de comunicação, e que são distintos. A **comunicação** é entendida, nesse estudo, como partilha de significados, no sentido de envolvimento entre as pessoas, ou seja, quando existe a escuta e a valorização do outro, tanto na relação com o paciente, quanto nas trocas diárias com seus pares de trabalho.

Embora tenhamos evidenciado a riqueza e a complexidade das interações/relações entre os trabalhadores, não identificamos, a partir das entrevistas que tais interações estivessem vinculadas diretamente aos objetivos organizacionais e/ ou desencadeadas pela organização. Os relacionamentos e as subjetividades presentes entre os pares de trabalho estão associados às práticas individuais e/ou coletivas, às crenças e valores profissionais, mas não necessariamente atrelados às estratégias organizacionais. Dizem respeito ao trabalho das equipes, norteados pelo conhecimento específico, pelos protocolos, normas e rotinas de cada área específica, distante de se caracterizar como dimensão humana da comunicação proposta por Kunsch (2010; 2016), pois essa pressupõe processos interativos que levem à consecução dos objetivos organizacionais.

A diversidade presente no contexto hospitalar leva à necessidade de valorizarmos a dimensão humana da comunicação, pois essa interação entre os trabalhadores consiste em um fator alavancador para a segurança do paciente, desde que esses processos “façam parte” (grifo nosso) na organização como um todo.

A **dimensão cultural**, elencada por Kunsch (2013), é contemplada quando se considera que os indivíduos pertencentes a uma organização são detentores de valores, conceitos e vivências singulares, oriundas da trajetória de vida pessoal e profissional. Nas organizações a cultura impregna todas as práticas e constitui um conjunto preciso de representações mentais, um complexo muito definido de saberes. Nas organizações existem sistemas de valores diferentes que competem entre si e criam um mosaico de realidades organizacionais, em lugar de uma cultura corporativa uniforme (WOOD Jr., 2002; MORGAN, 2007). As vivências individuais e

grupais devem ser consideradas e valorizadas no fazer comunicativo diário, sem que as pessoas sejam sufocadas pela comunicação técnica e instrumental (KUNSCH, 2013). Diferentes autores têm se debruçado, ao longo dos anos, sobre a interface entre comunicação organizacional e cultura. Baldissera (2010) que estuda a comunicação sob o olhar da complexidade de Edgar Morin coloca que

pela comunicação os significados que constituem a cultura organizacional são postos em circulação, disputados, construídos e transformados para, novamente, experimentarem certa estabilidade como significados organizados/organizadores (BALDISSERA, 2010, p. 61).

A dimensão cultural perpassou todos os construtos oriundos dos resultados. A diversidade dos profissionais e dos cenários foi explorada durante os movimentos interpretativos do estudo, no sentido de revelarmos as diferenças e semelhanças, bem como seu impacto no trabalho, na perspectiva da **comunicação**.

Identificamos características marcantes no que se refere ao perfil dos profissionais entrevistados e das equipes acompanhadas no decorrer de suas práticas de trabalho. Fatores, por exemplo, como a idade e o tempo de profissão, repercutem no modo de se relacionar com os colegas e pacientes, pois aos valores e conceitos que norteiam suas condutas, vão se somando as vivências pessoais. A forma de encarar os desafios ou mesmo as tarefas mais corriqueiras se modifica ao longo dos anos, pois à medida que as experiências vão se somando, a capacidade de lidar com as diferenças humanas também se desenvolve. Alguns entrevistados teceram relatos detalhados sobre suas histórias de vida, pessoais e profissionais, o que explica seu modo de conceber o mundo, o hospital o trabalho, e de se relacionarem com o ambiente que os cerca.

Observamos que entrevistados mais jovens, tendem, na sua maioria, a depoimentos mais breves e objetivos; ao passo que os mais experientes trazem uma fala mais rica de detalhes, exemplificando sua argumentação com suas vivências pessoais e profissionais. Acreditamos que a convivência, ao longo do tempo, com os pacientes, com a saúde e a doença possibilita ao indivíduo extrapolar os limites do racional e da objetividade, levando a uma resignificação do conhecimento, transformando suas crenças, valores e seu modo de interagir com os outros e de realizar seu trabalho.

O conhecimento e a especificidade da formação dos profissionais que participaram da pesquisa também configuram diferenças que repercutem na **comunicação**. Identificamos que os médicos demonstraram um maior domínio da linguagem, e mais facilidade de construir e sintetizar ideias do que os demais participantes. Pelos relatos, evidenciamos que o grau de conhecimento científico interfere na *comunicação* com o paciente e com os colegas. Em algumas situações descritas o técnico de enfermagem não conseguiu dar uma resposta ao questionamento de um paciente, porque não tinha o domínio desse conhecimento. E, ainda, conforme descrito por um médico, ao se comunicar com o enfermeiro, ele escolhe uma linguagem diferente da utilizada ao se comunicar com o técnico de enfermagem.

Em relação ao gênero, dos dezesseis entrevistados doze foram mulheres. E, não foi possível evidenciar a interferência desse fator no processo comunicacional nessa pesquisa. Considerando que a maior parte do corpo funcional do hospital é constituída por mulheres, achamos que seria pertinente um estudo que se debruçasse sobre o tema, no sentido considerar esse viés na implantação de estratégias de comunicação nas organizações.

Nossos achados retratam que a dimensão cultural está presente na organização hospitalar, pois esta se configura como um palco onde os atores compartilham vivências, valores, diferenças e similaridades. E que vida pessoal e profissional estão sempre atreladas. É interessante destacarmos que todos os profissionais entrevistados salientaram a importância de trabalhar em equipe, de relações sólidas e confiáveis, traduzidas por expressões como: escuta, tolerância, empatia, fraternidade, integridade e amor.

Concordamos com Felli e Tronchin (2011), quando afirmam que não há como dissociar vida e trabalho; este é concebido como organizador da vida social; é imprescindível para os indivíduos, pois a pessoa necessita desenvolver atividades que tenham significado, para que se sintam produtivas e realizadas.

E, por fim, a **dimensão estratégica** na comunicação é considerada um fator de resultados, integrante da gestão das empresas e que agrega valor à organização e aos negócios (KUNSCH, 2010). Para a autora, tal dimensão pode ser interpretada considerando a visão conservadora da estratégia ou a visão mais holística, que considera a diversidade do ser humano e a instabilidade do contexto organizacional

e social (KUNSCH, 2016). A primeira assemelha-se à instrumental; está vinculada com a visão pragmática da comunicação, na qual os gestores buscam informações dos públicos envolvidos para que tenham subsídios para direcionar o planejamento das ações com eficácia. E na concepção de estratégia mais holística, os gestores buscam, por meio de uma comunicação dialógica com os trabalhadores, considerar os aspectos relacionados à subjetividade que permeiam as organizações. Para Kunsch (2013, p.139), a comunicação estratégica deve ter uma função mais abrangente.

Como parte da gestão estratégica, ela deverá auxiliar a organização a fazer a leitura das ameaças e das oportunidades presentes na dinâmica do ambiente global, avaliando a cultura organizacional, e a pensar estrategicamente as ações comunicativas.

Embora Kunsch (2010) considere a dimensão humana a mais importante, a dimensão estratégica da comunicação é crucial quando pensamos em mudança na organização como um todo, voltadas para a implantação de metas específicas, como as recomendadas pelo Ministério da Saúde para a implementação de protocolos de segurança do paciente. A adesão a esse Programa requer mudança de comportamentos dos profissionais, pois implica reorganização das práticas assistenciais. As formas de trabalho são aprendidas ao longo do tempo de acordo com as especificidades de cada profissão, e moldadas pelos protocolos, normas e rotinas hospitalares. Nesse sentido, novas formas de fazer implicam novas formas de pensar, tanto no trabalho individual, quanto nas práticas coletivas, que marcam fortemente o trabalho em saúde.

Evidenciamos que, no hospital estudado, a dimensão estratégica da comunicação ainda não foi contemplada. Os resultados do estudo apresentaram os caminhos que a instituição vem seguindo para a implantação da cultura de segurança, incluindo todas as iniciativas desenvolvidas até então, como intervenções educativas, reuniões, eventos, transformação de práticas assistenciais, sistematização dos processos e outras já descritas anteriormente, com o intuito de comprometer os trabalhadores com essa proposta. É indiscutível que em todas essas ações está presente o processo comunicacional, conforme as análises realizadas. Entretanto, não evidenciamos elementos no processo comunicacional que possam caracterizar a comunicação estratégica, na concepção de KUNSCH



(2010; 2016). Segundo essa proposta, a organização necessita planejar como deve acontecer a comunicação, considerando os aspectos humanos e culturais presentes no hospital. Não percebemos o processo comunicacional contemplado de forma planejada, estruturada e abrangente, baseado na relação dialógica com o trabalhador. Entendemos que a instituição estudada se encontra em uma etapa inicial da construção da cultura de segurança do paciente e, ao longo do tempo, o processo de comunicação necessitará ser revisto.

Observando as quatro dimensões apresentadas e os resultados que emergiram dos procedimentos investigativos, percebemos que a dimensão instrumental da comunicação é a mais presente no cenário estudado. Acreditamos que tal fato possa estar associado às características da instituição hospitalar, marcada pelo trabalho técnico e especializado. Entretanto, as dimensões humana, cultural e estratégica necessitam ser contempladas para que a organização concretize seus propósitos, pois essas estão entrelaçadas como uma rede, ou seja, não podem acontecer isoladamente.

Nos processos de mudanças organizacionais a **comunicação** é transformada/perpassada por questões subjetivas, como os aspectos culturais elencados, além das especificidades próprias do contexto de cada hospital. Para Marchiori (2013) um dos aspectos a ressaltar na comunicação organizacional é a ideia dos gestores de que as informações chegam às pessoas de acordo com o esperado. A dimensão humana da comunicação pressupõe a interpretação dos atos comunicativos de forma diferente e subjetiva para cada indivíduo ou grupo de trabalho.

As organizações em geral, não devem ter a ilusão de que todos os seus atos comunicativos causam os efeitos positivos desejados ou que são automaticamente respondidos e aceitos dentro do pretendido. É preciso levar em conta os aspectos relacionais, os contextos, os condicionamentos internos e externos, bem como a complexidade que permeia todo o processo comunicativo (KUNSCH, 2013, p. 137).

Sob essa perspectiva, podemos entender que as dimensões da comunicação necessitam acontecer interligadas nas organizações, e especialmente nas instituições hospitalares pela complexidade do trabalho ali realizado. O hospital é uma instituição formal, com regras e normas de funcionamento bem definidas que

determinam seu desempenho e a comunicação se faz presente na vida diária da organização, com importância crucial nos processos de mudança. Quando a organização muda ou ajusta seu curso de estratégias, a comunicação é percebida em todas as fases, desde o planejamento das ações até a concretização dos resultados.

## **7 À GUIA DE CONSIDERAÇÕES: A MUDANÇA PARA A CONSTRUÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA COMUNICAÇÃO**

Nesse estudo nos propusemos a discutir as interfaces entre comunicação e serviços de saúde, especificamente no ambiente hospitalar, e compreender como ocorre a comunicação na perspectiva da construção da cultura de segurança do paciente.

Na área de segurança do paciente tem crescido o número de pesquisas, com o objetivo de desenvolver e avaliar as soluções inovadoras implantadas, e contribuir para melhores resultados clínicos, econômicos e sociais. A maior parte das investigações é desenvolvida no ambiente hospitalar, e justifica-se pela complexidade organizacional, pela gravidade dos pacientes atendidos e pelo volume de procedimentos de alto risco realizados (CALDAS, SOUZA e MENDES, 2014). Inúmeros estudos se voltam para os aspectos objetivos e mensuráveis, mas evidenciamos que são muitas as questões subjetivas que necessitam ser investigadas nos estudos sobre comunicação e segurança do paciente.

A construção da cultura de segurança do paciente consiste em uma longa e trabalhosa trajetória. Os desafios são muitos, pois representa uma transformação da cultura organizacional, o que implica reorganização de processos, mudanças de comportamentos dos trabalhadores e dos gestores, num esforço coletivo. Enfim, requer o desenvolvimento de competências organizacionais que sustentem esse trabalho.

O hospital possui uma riqueza simbólica calcada nas interações entre os indivíduos que nele circulam, sejam esses transitórios, como os pacientes, ou mais constantes, como os profissionais que trabalham/vivem nessa organização. Assim, os aspectos simbólicos e subjetivos que estão vinculados ao trabalho no hospital, na perspectiva da comunicação emergiram durante nosso processo de investigação. Identificamos o caminho percorrido pela instituição para a implantação da cultura de

segurança do paciente, sob a percepção dos profissionais envolvidos nesse processo.

Esta pesquisa foi desenvolvida em um hospital universitário, de alta complexidade e que está em pleno processo de implantação da cultura de segurança. Os procedimentos investigativos possibilitaram uma imersão da pesquisadora na vivência organizacional, oportunizando um olhar para os diferentes prismas que estão presentes na prática assistencial.

Descrevemos a trajetória da implantação do núcleo de segurança do paciente, abordando as estratégias e aparatos aplicados para esse fim. Agregamos os relatos dos integrantes do núcleo de segurança do paciente, que contribuíram com seus depoimentos pessoais, nos trazendo as diferentes concepções acerca do tema, e enriquecendo esse constructo, compartilhando suas dificuldades, fragilidades, desafios vencidos e os que ainda deverão ser enfrentados.

O estudo de campo, que incluiu a observação de cenários de trabalho da equipe assistencial, propiciou uma imersão nesse ambiente, que nos permitiu explorar os espaços organizacionais, os processos, as rotinas e a estrutura que sustentam a rede de relacionamentos entre as pessoas, palco para a concretização do trabalho.

Participamos de diferentes momentos de trabalho junto às equipes, o que nos facultou conhecer a realidade do cenário de prestação de cuidados em duas unidades distintas. Uma unidade de internação, com as características de unidade aberta, onde há circulação constante de pacientes e familiares, além presença de profissionais de várias especialidades. E, outra unidade, com uma área fechada, com acesso restrito de pessoas, pacientes de maior instabilidade de funções vitais, em um ambiente físico comum, com proximidade entre os profissionais, e entre pacientes.

Acompanhamos os processos de passagens de plantão, momentos formais de transferência de cuidados entre as equipes e, estivemos atentos a todos os possíveis vieses presentes no processo de comunicação. Durante esse período de investigação procuramos construir o conhecimento baseados nas pesquisas existentes, nas evidências encontradas e na nossa percepção dos cenários

estudados, nos valendo de uma série de movimentos (re)interpretativos ao longo da pesquisa.

A investigação de campo, por meio da realização das entrevistas com os profissionais, foi crucial para a compreensão do objeto do estudo, e nos propiciou reunir os depoimentos e entender o papel de cada integrante da equipe de saúde no processo de comunicação. Permitiu-nos, ainda, conhecer a percepção desses profissionais sobre a comunicação, sobre as práticas de trabalho, sobre o paciente, sobre as relações entre as equipes e, sobre os processos institucionais. Os resultados das entrevistas contribuíram para a compreensão dessa rede tão peculiar de pessoas que compõem o trabalho em saúde, com suas histórias e trajetórias.

Optamos por conhecer a realidade sob o ponto de vista de três diferentes profissões, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, considerando que esses têm um contato diário muito próximo com o paciente. Identificamos alguns aspectos comuns e outros divergentes entre esses profissionais no que se refere às concepções sobre o trabalho, o paciente, a comunicação e a segurança.

Dentre as diferenças apontamos a linguagem empregada e a forma de se comunicar, o que atribuímos à formação e ao conhecimento específico de cada um. O outro fator em que se distinguem é a visão sobre a instituição, sendo mais ampla para alguns, que tem cargos de gestão, (enfermeiros e médicos) e/ou atuam em outras unidades (médicos), ou recortada para outros, cujo trabalho se limita a uma área específica (técnicos de enfermagem). Identificamos ainda, que o objeto da preocupação em relação ao paciente também difere entre os profissionais, conforme o espectro que abrange a função de cada um. Podem estar voltados para a recuperação da saúde, para as tarefas do cuidado, e/ou para as questões psicossociais que afetam o paciente.

As afinidades observadas entre as três profissões foram: o comprometimento com o trabalho, manifestado por todos como aspecto crucial na prática assistencial; a preocupação com a segurança do paciente, preservadas as especificidades de cada função; e um esforço em fazer o melhor possível, dentro das condições organizacionais e estruturais existentes. Essas semelhanças e diferenças retratam a riqueza do trabalho em saúde. Embora os profissionais de saúde desempenhem seu trabalho conforme a sua área de atuação, com a respectiva autonomia e

responsabilidade, para que a equipe possa articular seu trabalho, é necessário que os seus componentes reconheçam o entrelaçamento dessas ações.

Constatamos que o trabalho em equipe, na concepção de interdependência, coesão, respeito à autonomia de cada integrante e uma atitude de escuta perante o outro, é condição essencial para que as ações de segurança do paciente extrapolem os limites do planejamento e sejam colocadas realmente em prática. A riqueza de cada profissão propicia diferentes olhares para a comunicação e para a segurança do paciente, originada pelas especificidades do conhecimento e das práticas de cada membro da equipe de saúde.

Os inúmeros movimentos interpretativos ao longo do estudo nos oportunizaram uma apropriação do conhecimento acerca das práticas vivenciadas no contexto do hospital, na perspectiva da comunicação. Isso foi possível a partir da observação das dinâmicas organizacionais, com o convívio durante meses com os profissionais, que compartilharam conosco seus depoimentos, experiências e vivências. Essa imersão na cultura do hospital possibilitou o aprofundamento da nossa compreensão desse cenário, e nos forneceu o substrato material para analisarmos como as formas simbólicas são produzidas e transmitidas.

A análise do material coletado constituiu uma difícil tarefa, pela amplitude do cenário estudado, pelo vasto referencial teórico disponível e por todos os aspectos subjetivos que foram se somando ao longo do estudo, revelando um extenso e rico universo a ser explorado. A reconstrução do conhecimento é o resultado da significação que emergiu a partir da inserção na cultura da organizacional estudada.

A cultura é um sistema de signos que são responsáveis por converter fenômenos em significação, armazenada não nas consciências individuais, mas nas relações, nas entrelinhas tecidas pelos sujeitos, configurando uma espécie de inteligência coletiva, composta por conjuntos de proibições e prescrições, ou seja, por programas de comportamento. Como resultado desse intercâmbio novas configurações de códigos são “absorvidas na memória do sistema e se recompõem, a fim de traduzir novos conteúdos, que só podem surgir, a partir dos antigos, da tradição, daqueles que a cultura reconhece” (SILVA, 2010, p. 275). Essa concepção ilustra as inúmeras possibilidades que se apresentaram, no decorrer do estudo, de exploração da cultura do hospital.

Acreditamos que os objetivos propostos para esse estudo foram o ponto de partida para muitas descobertas sobre o cenário estudado e para a construção/reconstrução do conhecimento. Embora para fins de organização da estrutura do trabalho se apresentem separados, os objetivos inicialmente propostos foram buscados, ao longo do processo, de modo concomitante e indissociado.

O primeiro objetivo, discutir as interfaces sobre comunicação e a construção da cultura de segurança do paciente, foi o pilar que sustentou toda a pesquisa, instigou a busca do referencial teórico sobre comunicação e saúde, especificamente segurança do paciente e norteou a análise dos resultados, estando presente durante todos os movimentos interpretativos ao longo do trabalho.

O segundo objetivo, investigar sobre as (im)possibilidades da comunicação no ambiente hospitalar, se traduziu, principalmente no desenrolar dos processos investigativos, se revelando durante os quatro meses de convivência com as equipes de trabalho, na observação da dinâmica que envolve as práticas assistenciais. Além disso, o contato da pesquisadora com os profissionais por meio das entrevistas permitiu a apropriação de elementos que contribuiriam para compreensão dos aspectos implicados/constituintes da (in)comunicação no hospital.

O terceiro objetivo do estudo, evidenciar como a comunicação está atrelada à cultura de segurança, se revelou indissociado dos dois primeiros. As concepções acerca de segurança do paciente e comunicação que emergiram dos resultados do estudo se mostraram muito próximas ao referenciado pela literatura. Constatamos que a comunicação está presente em todos os movimentos da segurança do paciente, revelados em diferentes esferas; entre os profissionais; entre os profissionais e pacientes; entre as equipes assistenciais e gestores.

O quarto objetivo do estudo, evidenciar as competências dos profissionais de saúde para a comunicação, nos permitiu inferir que as competências elencadas pelos entrevistados se confundem com os requisitos pertinentes à formação na área da saúde. Entendemos que os princípios que regem as profissões em saúde têm em comum proteger o paciente e não causar danos, estando a segurança do paciente atrelada ao exercício destas profissões. Analisando todo o cenário, entendemos que as competências individuais devem estar articuladas com as estratégias e as competências organizacionais.

Embora a pesquisa tenha se desenvolvido em áreas específicas e envolvido uma parcela de profissionais do hospital, como um fator limitador do estudo, concebemos ser possível, a partir desse recorte da realidade, projetar para a organização como um todo algumas inferências no que se refere à implantação da cultura de segurança, na perspectiva da comunicação.

A implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2013, tem exigido dos hospitais o desenvolvimento de competências que viabilizem a adesão ao movimento de segurança do paciente.

As competências da organização hospitalar são voltadas para atender os pacientes na sua diversidade de situações de saúde, contando com recursos tecnológicos atualizados e equipes de profissionais capacitados para tal (LEE, 2009; COUTO e PEDROSA, 2007). É importante salientar que o hospital é uma estrutura viva, de alto dinamismo operacional, com atividades polimorfas, cuja atuação varia de acordo com as atividades desenvolvidas, a tecnologia empregada, o meio em que se insere, as características das pessoas e os recursos disponíveis (RUTHES, 2008).

A construção de uma cultura de segurança do paciente requer mudanças na estrutura organizacional tanto em relação aos processos quanto em relação às pessoas. Tal movimento pode ser caracterizado como a construção de uma competência organizacional, pois embora as competências da organização decorram de seu processo de desenvolvimento e sejam concretizadas em seu patrimônio de conhecimentos (DUTRA, 2004), estas podem ser modificadas de acordo com os propósitos da organização, frente às novas demandas. No caso das instituições hospitalares, tais demandas podem ser oriundas de diferentes situações. Os fatores que interferem no cenário da saúde estão vinculados às questões sociais, políticas e econômicas, além dos avanços tecnológicos. A cultura de segurança está atrelada a todos esses aspectos desencadeadores de mudanças. Assim, a adequação das práticas hospitalares à cultura de segurança do paciente requer mudanças estratégicas importantes, ou seja, o envolvimento da organização como um todo.

Para a adoção de cada recomendação do Ministério da Saúde, há necessidade de rever os processos que norteiam as práticas. A execução dos protocolos de segurança requer um trabalho integrado, encadeado, por meio de



ações interligadas e interdependentes, pois no hospital não há espaço para o fazer individual, e sim para o coletivo. E, o processo de comunicação é percebido como uma rede que possibilita e/ou sustenta a articulação entre as competências existentes na organização e as necessárias para a implantação do Programa.

Para o desenvolvimento de competências são necessários recursos estratégicos fundamentais, como o conhecimento e as habilidades que uma organização adquire com tempo (KING, FOWLER e ZEITHAML, 2002). Cada hospital possui características próprias em relação a porte, especialidade, perfil dos pacientes atendidos e desempenho de seus profissionais. Esse quadro é construído ao longo do tempo e de acordo com fatores reguladores, como políticas de saúde, perfil demográfico da população atendida, mudanças no mercado de trabalho e avanços na área da saúde (COUTO e PEDROSA, 2007; LEE, 2009). Assim, a inclusão e/ou o desenvolvimento de uma nova competência ocorrerá de diferentes maneiras em cada organização hospitalar, considerando suas especificidades. Os hospitais que já contam com um modelo de gestão baseado nas atuais tendências terão mais facilidade na adequação das práticas. A existência de protocolos, indicadores de gestão e assistenciais, processos de gestão de risco, padronização de procedimentos e atuação de comissões que assessoram a área técnica são iniciativas importantes para a cultura de segurança.

Qualquer que seja a estratégia escolhida para chegar aos resultados pretendidos, essa é permeada pelos processos comunicacionais que habitam a organização. Para Baldissera (2000), a comunicação, além de preservar a identidade organizacional, atua como um motor propulsor para as transformações desejadas, uma vez que compreende todo o fluxo de mensagens que compõem a rede de relações da organização. Assim, em qualquer processo de mudança organizacional a comunicação está presente e deve ser investigada.

Ao concluir esse estudo, os movimentos (re)interpretativos, que se originaram a partir do processo investigativo e da análise e interpretação dos resultados, nos permitem tecer três considerações.

A primeira é que existe uma necessidade manifestada pelas pessoas que trabalham no cenário hospitalar de que a **comunicação** aconteça; e existe um visível descontentamento quando há inconsistência ou ruptura nesse processo. A

**comunicação**, (in)dependente das suas conceituações, singularidades e/ou dimensões é o elo que conecta as pessoas e permite a concretização do trabalho.

A segunda inferência é que os profissionais têm uma expectativa sobre os procedimentos de controle e avaliação das práticas assistenciais e do desempenho das equipes. Ou seja, os indivíduos necessitam de supervisão, de controle e de respostas para o desempenho de seu trabalho, frente ao comprometimento que têm com sua prática, com seus pares e com a instituição, demonstrados no estudo.

A terceira consideração se refere à concepção que os hospitais atribuem à comunicação na cultura de segurança do paciente. O hospital, ao implantar a meta recomendada pela OMS sobre a *comunicação* (WHO, 2007), enfoca o aspecto instrumental da *comunicação*. Em todos os procedimentos investigativos do estudo, os resultados revelaram que o viés informacional está fortemente presente na implantação da cultura de segurança. A trajetória da implantação do núcleo se baseou na legislação do Ministério da Saúde e ANVISA (BRASIL, 2013) e as estratégias estabelecidas foram sustentadas pelo diagnóstico, a partir dos indicadores e sistema de notificação de incidentes, elementos que caracterizam a *comunicação* instrumental. A dinâmica de trabalho no hospital também retratou a presença marcante da *comunicação* instrumental, na passagem de plantão e nas rotinas de trabalho. E, a percepção dos profissionais também revelou a dimensão instrumental da *comunicação*, pois a ‘transmissão’ de informações foi sempre referenciada nos relatos como *comunicação*.

A partir dessas considerações, e, considerando os resultados da pesquisa podemos afirmar que os hospitais ao implantar a cultura de segurança do paciente desconhecem e/ou negligenciam a relevância da comunicação assumindo-a meramente em seu caráter instrumental/informacional.

Nessa perspectiva, o caminho para a construção da cultura de segurança parte desses princípios. Em primeiro lugar é necessário conhecer a cultura da organização, e avaliar o processo comunicacional em toda a sua abrangência. A partir disso, é possível traçar estratégias de comunicação aplicáveis na organização, considerando suas peculiaridades, pois cada hospital tem uma cultura própria. Reforçamos a importância de contemplar as dimensões cultural, humana e estratégica da comunicação, além da instrumental, pois estas necessitam acontecer concomitantemente e atreladas, para a concretização da mudança organizacional.

É necessário, ainda, estabelecer procedimentos de avaliação e controle das práticas assistenciais, por meio do envolvimento dos diferentes níveis da gestão, que permitam alavancar a mudança e dar retorno aos trabalhadores em relação ao seu desempenho e ao lugar que ocupam no contexto da organização.

Entendemos que a construção da cultura de segurança do paciente no cenário hospitalar é um processo sócio-histórico transversalizado/ancorado no processo de comunicação por meio das dimensões instrumental, humana, cultural e estratégica.

Ao concluir essa pesquisa sinalizamos a necessidade de outros estudos futuros que envolvam metodologias de avaliação da construção da cultura de segurança, na perspectiva da comunicação. Isso significa re (olhar) para todos os possíveis aspectos aí implicados, pois são muitas nuances que compõem a comunicação do/no hospital. Acreditamos que pesquisas que contemplem a subjetividade do processo comunicacional poderão contribuir para o avanço da construção da cultura de segurança do paciente nos hospitais.

## 8 REFERÊNCIAS

ADIRIM, T.; MEADE, K.; MISTRY K. **Council on quality improvement and patient safety; Committee on practice and ambulatory management. A New Era in Quality Measurement: The Development and Application of Quality Measures. Pediatrics.**v 139 , n. 1 , Jan. 2017 :e 20163442. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/139/1/e20163442.full.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

AIKEN, L. H; CLARKE, S. P; CHEUNG, R. B; SLOANE, D. M; SILBER, J. H. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. **JAMA**, v. 290, nº 12, pp.1617-23, sep. 2003.

AMIN, T. C. C. **O paciente internado no hospital, a família e a equipe de saúde: redução de sofrimentos desnecessários.** Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Pós-Graduação em Saúde Pública. Mestrado Departamento de Ciências Sociais. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro, 2001.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde, Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA 01/2015, de 12 de janeiro de 2015. **“Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde”**, Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 15 dez.2015.

ARAÚJO, M. B. S; ROCHA, P. M. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007. ISSN 1413-8123.

BAKHTIN, M. Os gêneros do discurso (1952-1953). In: **Estética da criação verbal.** Trad. Maria Ermantina Galvão Gomes e Pereira. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BALDISSERA, R. Organizações como *complexus* de diálogos, subjetividades e significação. In KUNSCH, M. M. K.(org.). **A comunicação como fator de humanização das organizações.** São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2010. p.61-73.

\_\_\_\_\_. **Comunicação organizacional: O treinamento de recursos humanos como rito de passagem.** São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2000. 114 p.

BARBOZA, R. S. M.; LACAVA, S. Comunicação e os fatores que interferem na passagem de plantão. **Revista de Enfermagem UNISA**, v.12, n.2, p. 121-4, 2011.

BARCELLOS, G. B. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente. In: SOUZA, P; MENDES, W (Org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2014. p. 139-158.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 2009. 28 p.

BASTOS, F; PORTO, S. D. A análise hermenêutica. In: DUARTE, J; BARROS, A. (Orgs.). **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.

BAUER, M. W; GASKELL, G; ALLUM, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento: evitando confusões. In BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 17-36.

BELTING, H. **Antropologia de la imagen**. Madri: Katz, 2010.

BERGER, P; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BERTALANFFY, L. et al. **Teoria dos Sistemas**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1976.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BOYATZIS, R. E. **The Competent Management: A Model for Effective Performance**. Nova York: Wiley & Sons, 1982.

BRANCO FILHO, J. R. Segurança do paciente no cenário mundial e no Brasil: uma breve revisão histórica. In: FONSECA, A. S; PETERLINI, L; COSTA, D. A. **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014. 276 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC 36/2013**. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC\\_36\\_2013\\_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e) . Acesso em: 20 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. **Humaniza SUS**. 2016, p. 69. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**, seção III - art 4º- ANVISA - VIII

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. Resolução CNE/ CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001.** [online]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm> [Acesso em dez 2016].

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Hospitais Universitários.** Acesso em março de 2015. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios/hospitais-universitarios>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**, Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Diário Oficial da União, 2abr 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde (Brasil), Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.660, de 22 de julho de 2009.** Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF:Ministério da saúde; 2009 [acesso em 2015 dez 4]. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. **Normas e Diretrizes regulamentadoras de pesquisas em seres humanos.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em maio de 2016.

BRAUER, L.; DIAS, C. A. In: FONSECA, A. S.; PETERLINE, F. L.; COSTA, D. A. (org.). **Segurança do paciente.** São Paulo: Martinari, 2014. 276 p.

BULGACOV, S.; MARCHIORI, M. Estratégia como prática: a construção de uma realidade social em processos de interação organizacional. In: MARCHIORI, M. (Org.). **Comunicação e organização: reflexões, práticas e processos.** São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2010 (série comunicação organizacional). p. 149-168.

CALDAS, B; SOUZA, P; MENDES, W. Aspectos mais relevantes nas investigações/pesquisas em segurança do paciente. In: SOUZA, P; MENDES, W (Org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2014. p. 187-206

CARDOSO, L. M. **Da experiência do escutar/dizer do psicólogo** - na narratividade daqueles que dela partilham - a um sentido clínico atual apontado [dissertação] Recife (PE): Universidade Católica de Pernambuco; 2004.

CASTELLS, M. **Comunicacion y poder.** Madrid: Alianza Editorial, 2009.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade.** 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

CHANLAT, J. (Coord.); CHANLAT, A. et al.; TORRÊS, O. L. (Org.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1993-2012.

CHASSIN, M. R; GALVIN, R. W. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. **JAMA**, v. 280, nº 11, p.1000-5, sep. 1998.

CHASSIN, M. R; BECHER, E. C. **The wrong patient**. An Intern Med. 2002. v. 136, p. 826-833.

CIAMPONE, M. H. T; KURCGANT, P. Gerenciamento de conflitos e negociação. In: KURCGANT, Paulina (coord). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011. p. 48-58.

CLEGG, S. Poder, linguagem e ação nas organizações. In: CHANLAT, J. O **indivíduo na organização**. Dimensões esquecidas. São Paulo, Atlas, 1996.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311/2007. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2402000-revogada-pela-resolucao-cofen-3112007\\_4280.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2402000-revogada-pela-resolucao-cofen-3112007_4280.html). Acesso em: 10 de jan. 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Decisão 0514/2016. **Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**, 2016. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016\\_41295.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html). Acesso em: 20 jan.2017.

CORRIGAN, J. M. et al. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, DC: National Academy Press; 2001.

COSTA, J. C. **Pragmática Cognitivo-Inferencial**. Disciplina do Curso de Pós-Graduação em Letras da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Anotações de aula, 2015.

COSTA, D. A; NEMITZ, T. L. Gestão da comissão de gerenciamento de riscos e segurança do paciente. In: FONSECA, A. S; PETERLINE, F. L; COSTA, D. A (org.). **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014. 276 p.109-119.

COUTO, R. C; PEDROSA, T. M. G. **Hospital: acreditação e gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CQH. Compromisso com a Qualidade Hospitalar – CQH. **3º Caderno de Indicadores CQH-2009** / Programa CQH - São Paulo: APM/CREMESP, 2009. 92 p.

CUNHA, I. F. **Media, Cidadania e Comunicação Política**. Maputo. nº 1. p. 5-19, dezembro de 2011.

DAFT, R. L. **Teoria e Projetos das Organizações**. 6. ed. Rio de Janeiro: Cengage, 2008. 632 p.

DEBRAY, R. **Vida e morte da imagem: uma história do olhar no Ocidente**. Petrópolis: Vozes, 1993. 374 p.

DEETZ, S. Cultura: a constelação. In: MARCHIORI, M. (Org.) **Perspectivas metateóricas da cultura e da comunicação**. São Caetano do Sul, SP: Difusão; Rio de Janeiro: Senac; Rio de Janeiro, 2013 (v.3).

DELORS, J. et al. **Educação: um tesouro a descobrir**. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 1988.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor (MI): Health Administration Press, 1980.

DUARTE, J. A pesquisa qualitativa. In: DUARTE, J; BARROS, A (Org.). **Métodos e técnicas da pesquisa em comunicação**. São Paulo: Ed. Atlas, 2012.

DUARTE, J. **Entrevistas em pesquisas qualitativas**. Educar, Curitiba: Editora UFPR; n. 24, p. 213-225, 2004.

DEBRAY, Régis. **Vida e morte da imagem**: uma história do olhar no Ocidente. Petrópolis: Vozes, 1993. 374 p.

DEETZ, S. Cultura: a constelação. In: MARCHIORI, M. (Org.) **Perspectivas metateóricas da cultura e da comunicação**. São Caetano do Sul, SP: Difusão; Rio de Janeiro: Senac Rio de Janeiro, 2013 (v.3).

DELORS, J., et al. **Educação: um tesouro a descobrir**. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 1988.

DUARTE, J.; BARROS, A. (Orgs.). **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação**. 2 ed. São Paulo, SP: Atlas, 2008.

DUARTE, R. **Entrevistas em pesquisas qualitativas**. Educar, Curitiba: Editora UFPR n. 24, p. 213-225, 2004.

DUTRA, J. S. **Competências, conceito e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna**. São Paulo: Atlas, 2004 (cap 1 e 2, p.21-53).

FAIRHURST, G.; PUTNAM, L. As organizações como construções discursivas. In MARCHIORI, M (org.). **Comunicação e organização**: reflexões, práticas e processos. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2010 (série comunicação organizacional). p.103-36.

FARIA, P. L.; MOREIRA, P. S.; PINTO, L. S. Direito e segurança do paciente. 2014. In: MENDES, W; SOUZA, P. (org.). **Segurança do Paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2014.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade**: um projeto de parceria. 3 ed. São Paulo: Loyola, 1991.



FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho Gerencial em Enfermagem. In: KURCGANT, Paulina (coord). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan, 2011. p. 21-32.

FELLI, V. E. A.; TRONCHIN, D. M. R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: KURCGANT, Paulina (coord). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan, 2011. p.86-102.

FERNANDES, L. G. G; TOURINHO, F. S. V; SOUZA, N. L. Contribution of James Reason to patient safety: reflection for nursing practice. **Rev enferm UFPE** on line. Recife, 8(supl. 1):2507-12, jul., 2014. Disponível em: [www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/). Acesso em: 16 dez. 2106.

FERREIRA, G. M. Teorias da Comunicação, Teorias do Discurso: em busca do sentido. In: **Teorias da comunicação** [recurso eletrônico] : trajetórias investigativas / FERREIRA, G.M.; HOHLFELDT, A.; MARTINO, L. C.; MORAIS, O. J. Organizadores ... [ L L.]. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2010.

FIGARO, R. O homem, a cultura e as relações de comunicação no mundo do trabalho. In MARCHIORI, M (org.) **Cultura e interação**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Editora Senac Rio de Janeiro, 2014 (coleção faces da cultura e da comunicação organizacional); v.5. p.101-10.

FLEURY, A.; FEURY, M. T. L. **Estratégias empresariais e formação de competências**. Rio de Janeiro: Atlas, 2001.

FONSECA, A. S. Teoria do erro: erro e os profissionais de saúde. In: FONSECA, A. S; PETERLINI, F. L; COSTA, D. A. **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014. 276 p. 121-31.

FONSECA, A. S. Transdisciplinaridade como único modo de garantir a cultura da segurança na instituição. In FONSECA, A. S.; F.L. PETERLINI; COSTA, D. A. **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014. p.93-99.

FORTUNA, C. M. et al. **O trabalho de equipe no programa de saúde da família**: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev. Latino-Am. Enferm., v.13, n.2, p.262-68, 2005.

FRAGATA, J; SOUZA, P.; SANTOS, R. S. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In: SOUZA, P; MENDES, W (Org.). **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2014.p. 17-36.

FRANÇA, V. V. O objeto da comunicação/A comunicação como objeto. In.: HOHLFELDT, A.; FRANÇA, V. V. **Teorias da Comunicação**. 11ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2011.

FREITAS, M. E. **Cultura organizacional**: identidade, sedução e carisma? Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

FOUCAULT, M. **Arqueologia das ciências e História dos sistemas de pensamento**. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2005.

\_\_\_\_\_. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal em instituições de saúde. In.: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.p. 115-127.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE - FNQ. **Cadernos de Excelência: Processos**. São Paulo: 2008.

GADAMER, H. G. "**Le problem herméneutique**", Herméneutique et philosophie. Paris: Beauchesne, 1999.

GAIDZINSKI, R. R. **O dimensionamento de pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiros que vivenciam essa prática**. São Paulo, 1994. Tese de Doutorado.- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GEORGE, J. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Ed Atlas, 4ª edição, 2009.

\_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Ed Atlas, 6ª edição, 2008.

GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis, RJ, Vozes, 1975.

GOLDIM, J. R., **Bioética**. Índice Alfabético de Textos, Resumos, Definições, Normas e Casos. 2010. Acesso em 20 dez 2014. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/texabc.htm>

GOUVÊA, C. Indicadores de segurança do paciente. In.: SOUZA, P.; MENDES, W (org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 101-114.

GRANDO, G. B. Redes formais e informais por um diálogo interno mais eficaz. In: MARCHIORI, M. (Org.). **Liderança e comunicação interna**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; Rio e Janeiro: Senac Rio de Janeiro, 2014, p.127-38.

GURJÃO, C. L. R.; FERREIRA, C. B.; COSTA, C. M. L. D. Estudo terapêutico ocupacional sobre o imaginário social de acompanhantes acerca do espaço hospitalar.**Revista do NUFEN**,v. 2, n. 2, p. 42-54, 2010. ISSN 2175-2591.

HERMANN, N. **Hermenêutica e Educação**. Coleção [o que você precisa saber sobre...] Rio de Janeiro: DP & A., 2002.

HOHLFEDT, A. As origens antigas: a comunicação e as civilizações. In: HOHLFELDT, A; MARTINO, L. C; FRANÇA, V. V. **Teorias da Comunicação**. 11ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2011.

HOLANDA, A. B. **Mini dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 8ª edição. Curitiba: Editora Positivo, 2010.

HOLLY, C.; POLETICK, E. B. A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. **Journal of Clinical Nursing**. Online version of record published before inclusion in an issue, 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12365/full>>. Acesso em: 24 set. 2016.

HOSKINSSON, R.; HITT, M.; IRELAND, R. D.; HARRISON, J. **Estratégia Competitiva**. São Paulo: Centage Learning, 2009 (Cap. 3, p 77-96).

IHI 2011. Institute for Healthcare Improvement (US). **SBAR toolkit**. Cambridge, MA: IHI; 2011. Disponível em: <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>. Acesso em ago. 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for 21st Century**. Washington, DC: National Academy, 2001.

JC. The Joint Commission (US). **Patient Safety Goals**. The Joint Commission; 2007. Disponível em: [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org) / Acesso em novembro 2016

JC. The Joint Commission (US). **Sentinel event data root causes by event type 2004-2012**. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2012. Acesso: nov 2016. Disponível em: [http://www.jointcommission.org/Sentinel\\_Event\\_Statistics/](http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/)

JCR. Joint Commission International. **Center for Patient Safety Strategies to improve hand-off communication**: implementing a process to resolve the questions..[Internet]. Oak Brook, IL: Center for Patient Safety. JCI; 2005. In: [www.jcipatient safety](http://www.jcipatient safety).

JCR. JOINT COMMISSION RESOURCES. **Temas e estratégias para liderança em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JAVIDAN, M. Core Competence: What Does it Mean in Practice? **Long Range Planning**, v.31, n.1, p. 60-71. 1998.

JEFFERIES, D; JOHNSON, M; NICHOLLS, D. Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. **Contemporary Nurse**. v. 42, n. 1, 2012. Disponível em: <[http://www.academia.edu/2037966/Comparing\\_Written\\_and\\_Oral\\_Approaches\\_to\\_Clinical\\_Reporting\\_in\\_Nursing](http://www.academia.edu/2037966/Comparing_Written_and_Oral_Approaches_to_Clinical_Reporting_in_Nursing)>. Acesso em: 24 set. 2016.

KEITON, J. **Communication e organizational culture**: a key to understanding work experience, 2.ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2011.

KEITON, J.; BISEL, R.; MESSERSMITH, A. S. Abordagens da comunicação para a cultura organizacional. In MARCHIORI, M. (org.). **Comunicação em interface com cultura**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Editora Senac Rio de Janeiro, 2013 (v.1). p.117-26.

KING, A. W.; FOWLER, S. W.; ZEITHAML, C. P. Competências organizacionais e vantagem competitiva: o desafio da gerência intermediária. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 42, n.3, p 36-49, jan/mar, 2002.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S.(editors). **To err is human**: building a safer health system: a report of the committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC (US): National Academy Press, 2000.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de Saúde e educação, - Tese de Livre Docência – Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo, 2002.

\_\_\_\_\_. A morte em vida. In BROMBERG M. H. P. F.; KOVÁCS, M. J.; CARVALHO, M. M. J; CARVALHO, V. A. **Vida e morte**: laços da existência. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996. p. 11-33.

KUNSCH, M. M. K (Org.). **Comunicação organizacional estratégica**: aportes conceituais e aplicados. São Paulo: Summus, 2016.

\_\_\_\_\_. Comunicação organizacional: conceitos e dimensões dos estudos e das práticas. In MARCHIORI, M. (org.). **Comunicação em interface com a cultura**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Editora Senac Rio de Janeiro, 2013 (v.1). p.129-48.

\_\_\_\_\_. (org). **A comunicação como fator de humanização nas organizações**. São Caetano do Sul, SP, Difusão, 2010.

\_\_\_\_\_. **Planejamento de Relações Públicas na Comunicação Integrada**. 4.ed. revisada, atualizada e ampliada. São Paulo: Summus, 2003.

KURCGANT, P. (Coord.); CUNHA, K. C. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 2011. 237 p.

KURCANT, P.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Cultura e poder nas organizações de saúde. In: KURCGANT, Paulina (coord). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan, 2011. 237 p.

LAPASSADE, G. Grupos, organizações e instituições. Tradução de Henrique Augusto de Araújo Mesquita. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo competência dos profissionais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

\_\_\_\_\_. **De La compétence**: essai sur unattacteurétrange. Les Éditionsd'Organisation. França, Paris, 1994.

LEE, F. **Se Disney administrasse seu hospital**: 9 1/2 coisas que você faria. Porto Alegre: Bookman, 2009

LEE, P.; ALLEN, K.; DALY, M.A "Communication and Patient Safety" training programme for all healthcare staff: can it make a difference? **BMJ QualSaf**;2011Set.Disponível em <http://qualitysafety.bmj.com/content/21/1/84>. Acesso em janeiro de 2015.

LEININGER M. **Culture care diversity and universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1991a.

LEININGER, M. **Transcultural nursing**. New York: John Wiley; 1978.

LEOPARDI, M. T. **Entre a moral e a técnica**: ambiguidades dos cuidados de enfermagem. Florianópolis (SC): UFSC, 1994.

MACHADO, R. R. **A passagem de plantão no contexto do processo de trabalho da enfermagem** [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

MACHADO. I. Ecologia das extensões culturais. **Revista FAMECOS**. Porto Alegre, nº 39, Agosto de 2009.

MC CLELAND, D. C. Testing for Competence Rather Thanfor "Intelligence". **American Psychologist**, v. 1, p. 1-14, 1973.

MC LUHAN, M. **Os meios de comunicação como extensões do homem**. São Paulo. Cultrix, 2007.

MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo G.; LAVERDE, Gabriel P. **Administração hospitalar**, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2003.

MALDONADO, A. E. Práxis teórico/metodológica na pesquisa em comunicação: fundamentos, trilhas e saberes. In:CRANE, Diane.**Metodologia da pesquisa em comunicação**: olhares, trilhas e processos. Porto Alegre: Sulina, 2006.

MARCHIORI, M. (org.). **Comunicação em interface com a cultura**. São Caetano do Sul, SP: Difusão; Rio de Janeiro: Senac Rio de Janeiro, 2013 (v.1).

\_\_\_\_\_. Cultura e comunicação organizacional: uma perspectiva de inter-relacionamento. In MARCHIORI, M. (org.). **Comunicação em interface com cultura**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Senac Rio de Janeiro, 2013 (v.1).

\_\_\_\_\_. Comunicação interna: um fator estratégico no sucesso dos negócios. In: MARCHIORI, M. (Org.). **Liderança e comunicação interna**. São Caetano do Sul, SP: Difusão; Rio de Janeiro: Senac Rio de Janeiro, 2014.

MARQUIS, B. L.; HUSTON C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 6ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

MARTÍN-BARBERO, J. **La educación desde La comunicación**. Buenos Aires, Grupo Editorial Norma, 2002.

MARTINO, L. C. De qual comunicação estamos falando? In: HOHLFELDT, A; MARTINO, L. C; FRANÇA, V. V. **Teorias da Comunicação**. 11ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2011.

MARTINS, M. Qualidade do cuidado em saúde. In: SOUZA, P; MENDES, W (org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

MATSUDA, Laura Misue; SILVA, Doris Marli Petry Paulo da; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez; COIMBRA, Jorseli Ângela Henriques. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2006;8(3):415-21. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a12.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm). Acesso em set. 2016.

MEGGINSON, Leon C. et al. **Administração: conceitos e aplicações**. 4.ed. São Paulo: Harbra, 1998, p.11-12.

MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFEKLD, S.; TRAVASSOS, C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int. J. Qual Health Care**, 2009. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/4/279.long>. Acesso em out. 2016

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev bras epidemiol**, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. 17(3). 621-626, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>. Acesso em: ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Hermenêutica: Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S.; SLANDES, S. F. (org). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 83-107.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 2007.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 269-279 p.

MOREIRA, A. A profissionalização da enfermagem. In.: OGUISSO, T. (org.) **Trajétória histórica e legal da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2007.



MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2011.120 p.

MOTTA, F. C. P; VASCONCELOS, I. F. F. G. **Teoria geral da administração**. 3 ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

MOTTA, F. C. P; VASCONCELOS, I. F. F. G; WOOD Jr. T. **O novo sentido da liderança**: controle social nas organizações. In WOOD Jr. T. **Mudança Organizacional**. São Paulo:Atlas, 2009.

MOURA, M. L. O; DIEGO, L. A. Cirurgia segura. In.: MENDES, W; SOUZA, P. (org.). **Segurança do Paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2014.

MUMBY, D. K. Cultura, organização e poder. In MARCHIORI, M. (org.) **Perspectivas metateóricas da cultura e da comunicação**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Editora Senac Rio de Janeiro, 2013 (v.3).

\_\_\_\_\_ Reflexões críticas sobre comunicação e humanização das organizações. In: KUNSCH, M. M. K. (org). **A comunicação como fator de humanização nas organizações**. São Caetano do Sul, SP, Difusão, 2010. p. 19-40.

NASSAR, P. Evolução da comunicação organizacional brasileira no contexto da administração. In: MARCHIORI, M. (Org.). **Comunicação e organização**: reflexões, processos e práticas. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2010.

OGUISSO, T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2007.

OJEDA, B. **A tecedura das relações saber-poder em saúde**: matizes de saberes e verdades. 2004. 220 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004.

OLIVEIRA, I. L; PAULA, C. F. C. Comunicação no contexto das organizações: produtora ou organizadora de sentidos? In: OLIVEIRA, I. L. e SOARES, A. T. N. (org.). **Interfaces e tendências da comunicação no contexto das organizações**. São Caetano do Sul, SP, 2008. p. 91-108.

OLUBORODE, O. **Effective communication and teamwork in promoting patient safety**. Lagos, Nigeria: Society for Quality in Health Care in Nigeria, 2012. Disponível em :[http://sqhn.org/web/articles/9524/1/Effective-Communication-and-Teamwork-in-Promoting-Patient-Safety/Page 1.html](http://sqhn.org/web/articles/9524/1/Effective-Communication-and-Teamwork-in-Promoting-Patient-Safety/Page%201.html). Acesso em: 10 mar. 2015.

OMS/PUCRJ. Organização Mundial de Saúde. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. **Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional** / Coordenação de Vera Neves Marra, Maria de Lourdes Sette. — Rio de Janeiro: Autografia, 2016. Disponível em:<http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/tools-download/en/>. Acesso em: 04 dez. 2016.

OMS. Organização Mundial de Saúde (oms). **Communication during Patient Hand-overs. Patient Safety Solutions**. v. 1, Solution 3, 2007. Disponível em: Acesso em: 08 jul. 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Informe Técnico nº122, 1957**. Disponível em:<http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Aliança Mundial para segurança do paciente**. Boletim informativo, 2010. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/>. Acesso em: 12 set. 2014.

PENAFORTE, M. H. de O; MARTINS, M. M. F. P. da S. A visibilidade do autocuidado relativo à higiene na passagem de plantão dos enfermeiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.19, n.1, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_18.pdf) . Acesso em: 04 jan. 2017.

PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J.; GONÇALVES, V. L. M. **Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional**. In: KURCGANT, Paulina (coord). Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011. p. 138-56.

PEDROSO, M. C.; MALIK, A. M. As quatro dimensões competitivas da saúde. **Harvard Business Review**, v. 89, p.59-67, 2011.

PEDUZZI, M; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, Paulina (Coord). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011.

PIMENTA, F. J. P. **Comunicação digital, mudanças cognitivas e Pragmaticismo**. Anais. Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação. XXIII Encontro Anual da Compós, Universidade Federal do Pará, 27 a 30 de maio de 2013.

PINTO, J. Comunicação organizacional ou comunicação no contexto das organizações? In: OLIVEIRA, I. L.; SOARES, A. T. N (org.) **Interfaces e tendências da comunicação no contexto das organizações**. São Caetano do Sul, São Paulo, 2008, p. 81-89.

POPOV, D. C. S.; PENICHE, A. C. G.As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica.**Rev. esc. enferm. USP**. v.43 n.4, p. 953-61, dec. 2009.

PORTAL, K. M.; MAGALHÃES, A. M. M. D. Passagem de plantão: um recurso estratégico para a continuidade do cuidado em enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. v. 29, n. 2, p. 246-253, (jun. 2008). ISSN 0102-6933.

PORTER, M.E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos**. São Paulo: Artmed, 2007.



PROQUALIS. Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (BR), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Taxonomia - **Classificação Internacional para a Segurança do Paciente** (ICPS) [slide]. Rio de Janeiro, RJ: PROQUALIS; 2010. **Taxonomia Classificação Internacional para Segurança do Paciente**. Disponível em: <http://proqualis.net/aula/taxonomia-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-icps>. Acesso em: 13 mar. 2015.

PROVONOST, P. J. et al. Senior Executive adopt-a-workunit: a model for safety improvement. **JtComm J Qual Saf**. v.30, n. 2, p. 59-68, 2004.

PUENTE-PALACIOS, K.; FREITAS, I. A. Clima organizacional: uma análise de sua definição e de seus componentes. **Revista Organizações e sociedade**. v.13 n. 38, p. 45-57. Salvador. July/Sept. 2006.

PUPULIM, J. Simone L; SAWADA, N. O. Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, agosto, p. 621-629, 2012.

QUEIROZ, A. C. S.; ALBUQUERQUE, L. G.; MALIK, A. M. Gestão estratégica de pessoas e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar. **R. Adm. São Paulo**, v.48, n.4, p.658-670, out./nov./dez. 2013.

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **RAS**. v. 8, n. 33 – out-dez, 2006.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, p. 768-70, 2000.

REBRAENSP – Pólo RS. Estratégias para a segurança do paciente. **Manual para profissionais da saúde**. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

REBRAENSP. **Acordos Básicos de Cooperação na Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. São Paulo, SP: Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente; 2009.

REIS, C. T. Cultura em segurança do paciente. In.: SOUZA, P.; MENDES, W (org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 75-99, 2014.

REIS, M. C; MARCHIORI, M; CASALI, A. M. A relação comunicação-estratégia no contexto das práticas organizacionais. In MARCHIORI, M. (org.). **Comunicação e organização: reflexões, práticas e processos**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2010 (série comunicação organizacional), p. 162-189.

RIESENBERG, L. A; LEITZSCH, J; CUNNINGHAM, J. M. **Nursing Handoffs: A Systematic Review of the Literature**. American Journal of Nursing. v. 110, n. 4, 2010. Disponível em: <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp->. Acesso em: 04 jan.2017.

ROMAN, A. R. Organizações: um universo de discursos bem-ditos, mal-ditos e não-ditos. In: KUNSCH, M. K. K. **Comunicação Organizacional: linguagem, gestão e perspectivas**. v. 2. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 125-157.

RUAS, R. Gestão por competências: uma contribuição à estratégia das organizações. In: RUAS, R; ANTONELLO, C. S; BOFF, L. H. **Aprendizagem organizacional e competências: os novos horizontes da gestão**. Porto Alegre: Bookman, 2005. p.34-53.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care**. 2009 February;21(1):18-26. Disponível em: <http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/16534534.pdf>. Acesso em: 15 set. 2015.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. **Gestão por competências nas instituições de saúde: uma aplicação prática**. São Paulo: Martinari, 2008. 200 p.

SANTOS, M. C et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. v. Temat, n.10, p.47-57. Lisboa. Portugal, 2010.

SANTOS, M. C; GRILO, A. M. Envolvimento do paciente: desafios, estratégias e limites. In: SOUZA, P; MENDES, W (org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

SCHEIN, E. H. **Cultura organizacional e liderança**. São Paulo: Atlas, 2009.

\_\_\_\_\_. **Organizational culture and leadership**. 3. ed. Jossey-Bass: San Francisco, 2004.

SCHILLING, M. C. L. **Atuação do Enfermeiro no Processo de Implantação do Planejamento Estratégico do Hospital São Lucas da PUCRS**. Dissertação (Mestrado em Administração e Negócios) – Programa de Pós-Graduação em Administração da PUCRS, Porto Alegre, 2005.

SCHOLZE, A.S.; DUARTE JUNIOR, C.F.; FLORES; SILVA, Y. Health work and the implementation of user embracement in primary healthcare: affection, empathy or alterity?. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.303-14, out./dez. 2009.

SCROFERNEKER, C. M. A. Contra tendências paradigmáticas da comunicação organizacional contemporânea no Brasil. **Revista acadêmica de La Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social. Comunicación aplicada**, OctubreDiciembre, Peru, Lima, 2012.

\_\_\_\_\_. Comunicação e cultura organizacional: a complexidade dos diálogos “(in)visíveis”. In: MARCHIORI, Marlene (Org.) **Faces da comunicação organizacional**. V. 2. São Caetano do Sul, SP, Difusão, 2010.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende.** Rio de Janeiro. Best Seller Ltda. 24ª edição, 2008.

SILVA, L. W. S. et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re) descoberta na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 4, p. 471-5, 2005.

SILVA, P. S. C. Desafios do desenvolvimento humano na gestão das organizações públicas. In: KUNSCH, M. M. K. (org). **A comunicação como fator de humanização nas organizações.** São Caetano do Sul, SP, Difusão, p. 203-15. 2010.

SILVA, V. E. F. **O desgaste do trabalhador em enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador.** Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1996.

SIQUEIRA, I. L. C. P; KURCGANT, P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. **Acta Paulista de Enfermagem.** v.18, n 4, p. 446-450, 2005.

SOBECC, Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Práticas Recomendadas SOBECC – 6º edição-** São Paulo: SOBECC, 2013.

SOUZA, P; LAGE, M. J; RODRIGUES, V. Magnitude do problema e os fatores contribuintes do erro e dos eventos adversos. In: MENDES, W; SOUZA, P. (org.). **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde.** Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2014.

SROUR, R, H. **Poder, Cultura e Ética nas Organizações.** 3ª Ed. Rio de Janeiro: Campus, 2012.

STUMPF, I. R. Pesquisa Bibliográfica. In: DUARTE, J; BARROS, A. (Orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 51-61.

TAVARES, A. et al. Gestão do risco não-clínico. In: MENDES, W; SOUZA, P. (Org.). **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2014.

TAYLOR, J. R; CASALI, A. M. Comunicação: o olhar da “Escola de Montreal” sobre o fenômeno organizacional. In MARCHIORI, M. (org.). **Comunicação e organização: reflexões, processos e práticas.** São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2010.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa.** Petrópolis, Rio de Janeiro. Vozes, 2005.

THIOLLENT, M. J. M. **Crítica metodológica, Investigação social e enquete operária.** 4. ed. São Paulo: Polis, 1985.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. **Ideologia e cultura moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

\_\_\_\_\_. **Ideologia e cultura moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

TORQUATO, G. **Tratado de comunicação organizacional e política**. São Paulo, Pioneira Thomson Learning, 2002.

TRINDADE, L; LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: MENDES, W; SOUZA, P. (Org.). **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 2014.

URBANETTO, J. et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP** 2013; 47 (3):569-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00569.pdf>. Acesso em:13 de set. 2016

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciênc Saúde Coletiva**,v. 12, n. 4, p. 825-39, 2007.

VERONESE, M. V; GUARESCHI, P. A. **Hermenêutica de Profundidade na pesquisa social**. Ciências Sociais Unisinos,v. 42, n. 2, p. 85-93, 2006. ISSN 2177-6229.

VOGUS, T. J; SINGER, S. J. **Creating Highly Reliable Accountable Care**. Organizations. Medical Care Research and Review. 2016, v. 73, n. 6, p. 660–672.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 320p.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 500 p.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. Tradução de M. I. S. e T. S. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

WELSH, C. A; FLANAGAN, M. E; EBRIGHT, P. **Barriers and facilitators to nursing handoffs**: Recommendations for redesign. Nursing Outlook. v. 58, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002965540900195X> Acesso em: dez. 2016.

WHO. Fifty-fifth World Health Assembly. A55/13. **Quality of care patient safety**. Geneva:WHO; 2002. Disponível em:

[http://www.who.int/patientsafety/about/wha\\_resolution/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/about/wha_resolution/en/index.html). Acesso em: 20 out. 2015.

WHO. **Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente**. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Geneva:WHO; 2009. Disponível em: [www.who.int/.../icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/.../icps/icps_full_report_es.pdf). Acesso em: 14 nov. 2014.

WHO. **Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente** – Mayo de 2007 . Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1>., 2007. Acesso em: dez. 2016.

WHO. Collaborating Centre for Patient Safety. Solutions. **Communication during patient hand-overs**. Patient Safety Solutions. 2007. 1:12-5. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>. Acesso em: 13 mai. 2016.

WOLTON, D. **É preciso repensar a comunicação**. Revista Comunicação Empresarial. Ano 25, nº 95, 2º trimestre de 2015. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/aberje/?numero=95> . Acesso em: abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **Informar não é comunicar**. Porto Alegre, Sulina, 2010

\_\_\_\_\_. **É preciso salvar a comunicação**. São Paulo: Paulus, 2006.

\_\_\_\_\_. **Pensar a comunicação**. Trad. de Zélia Leal Adghirni. Brasília: UnB, 2004.

\_\_\_\_\_. **Internet e depois**. Porto Alegre, Sulina, 2003.

WOOD JUNIOR, T. O novo sentido da liderança: controle social nas organizações. In: WOOD JÚNIOR, T. **Mudança organizacional**. São Paulo: Atlas, 2009.

\_\_\_\_\_. **Executivos neuróticos, empresas nervosas**. São Paulo: Negócio Editora, 2002.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YÚDICE, G. **A conveniência da cultura: usos da cultura na era global**. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

ZALLO, R. **Estructuras de la comunicación y de la cultura**. Políticas para la era digital. Barcelona, Editorial Gedisa, 2011.

ZANELLI, J. C. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. **Estudos de Psicologia**, v. 7, p. 79 - 88, 2002.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

ZARIFIAN, P. **O modelo da competência**: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: SENAC, 2003.

\_\_\_\_. **Objetivo Competência**: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001.

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE PESQUISA -NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO SOCIAL  
TESE DE DOUTORADO**

**A COMUNICAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE:  
INTERFACES E POSSIBILIDADES NO CENÁRIO DO HOSPITAL**

**PESQUISADORA: Maria Cristina Lore Schilling**

#### **INSTRUMENTO DE PESQUISA**

#### **NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

1. Como foi a trajetória histórica da Segurança do Paciente e a criação do Núcleo de Segurança do Paciente no hospital?
2. Como é constituído e quais são os objetivos do Núcleo de Segurança do Paciente
3. Qual é a atuação do Núcleo de Segurança do Paciente?
4. Quais as estratégias desenvolvidas e quais as estratégias a serem implantadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente?
5. Como são veiculadas as informações sobre segurança do paciente no hospital?
6. Como é visto o processo de comunicação na implantação da cultura de segurança do paciente?

**APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE PESQUISA - PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO SOCIAL  
TESE DE DOUTORADO**

**A COMUNICAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE:  
INTERFACES E POSSIBILIDADES NO CENÁRIO DO HOSPITAL**

**PESQUISADORA: Maria Cristina Lore Schilling**

**INSTRUMENTO DE PESQUISA**

**PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA**

**I) CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO**

Nome:

Idade:

Profissão:

Tempo de atuação na instituição:

**II) PERCEPÇÃO DO ENTREVISTADO SOBRE A TEMÁTICA**

1. Você acha que informação e comunicação têm o mesmo significado?
2. Quais aspectos, segundo a sua percepção, estão envolvidos no processo de comunicação durante a prática no hospital?
3. Qual a relação, na sua percepção, entre segurança do paciente e comunicação?
4. Você conhece o documento do Ministério da Saúde que recomenda “Comunicação efetiva entre os profissionais da assistência”?
5. Nessa instituição como vem sendo trabalhada a segurança do paciente?
6. Quais competências os profissionais devem ter, voltadas para a comunicação?



## **APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo intitulado **“A COMUNICAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: INTERFACES E POSSIBILIDADES NO CENÁRIO DO HOSPITAL”**, coordenado pela pesquisadora professora da FAENFI/PUCRS, Maria Cristina Lore Schilling.

**Antes de aceitar participar dessa pesquisa, solicitamos que você leia as informações contidas neste termo de consentimento.**

Esse estudo tem como objetivos discutir as interfaces entre comunicação e saúde a partir da investigação sobre as (im)possibilidades da comunicação no ambiente hospitalar e evidenciar como a comunicação está atrelada à cultura de segurança do paciente.

Entendemos que a partir da análise dos resultados desse estudo poderemos propor procedimentos que permitam qualificar o processo comunicacional para a construção da cultura de segurança do paciente.

Para a realização do estudo serão feitas entrevistas com os profissionais que atuam diretamente com os pacientes, Enfermeiros, Médicos e Técnicos de Enfermagem, além dos gestores da instituição e componentes do Núcleo de Segurança do Paciente. Para as entrevistas será utilizado um questionário com perguntas abertas sobre a percepção do participante acerca do processo de comunicação no hospital. Todas as entrevistas serão realizadas no local de trabalho, em lugar reservado, que permita preservar a confidencialidade e anonimato dos participantes.

Os dados e os resultados individuais da pesquisa são confidenciais e não poderão ser utilizados para outros objetivos que não estejam descritos neste termo de consentimento. Os resultados deste estudo deverão ser publicados, mas a identidade dos participantes não será revelada em nenhum momento. O Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS poderá ter acesso aos dados da pesquisa para poder assegurar que seus direitos estão sendo protegidos.

Não haverá custos para os participantes do estudo e nem remuneração pela participação na pesquisa.

Você poderá em qualquer momento cancelar a sua participação no estudo. Isto não influenciará o andamento do estudo, nem terá nenhuma repercussão no desempenho de seu trabalho na instituição.

Os participantes do estudo, após a publicação dos dados, terão acesso às informações obtidas na pesquisa. Caso tenha interesse, entre em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo.

Se você tiver qualquer dúvida sobre seus direitos como participante do estudo, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa PUCRS pelo telefone (51)3320-3000 ramal 3345, horário 08:00 às 12:00h e 13:35 às 17:00h. Endereço: Avenida Ipiranga, 6681– Prédio 40, sala 505 CEP 90619-900. Assim como entrar em contato com a pesquisadora responsável pela pesquisa Prof. Me. MARIA CRISTINA LORE SCHILLING, no celular (51) 99845242.

Pesquisador Responsável: Profa. Me. Maria Cristina Lore Schilling

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Favor preencher abaixo, se concordar em participar do estudo:**

Eu,....., concordo em participar do estudo intitulado: **“A COMUNICAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: INTERFACES E POSSIBILIDADES NO CENÁRIO DO HOSPITAL”**, coordenado pela pesquisadora professora da FAENFI/PUCRS, Maria Cristina Lore Schilling.

Fui informado sobre os reais objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada, estou ciente de que o estudo pretende discutir as interfaces entre comunicação e saúde a partir da investigação sobre as (im)possibilidades da comunicação no ambiente hospitalar e evidenciar como a comunicação está atrelada à cultura de segurança do paciente.

Declaro ainda que as minhas dúvidas foram esclarecidas e sei que poderei entrar em contato, caso haja dúvidas. Além disso, sei que as informações dadas neste estudo são confidenciais e que poderei não participar do estudo a qualquer momento; apenas preciso informar aos pesquisadores a minha decisão, sem que isso tenha alguma repercussão no desempenho de meu trabalho na instituição. Declaro que recebi via do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável: Profa. Me. Maria Cristina Lore Schilling

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_