

IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA: ESTUDO DE CASO EM UMA UNIDADE PÚBLICA DE SAÚDE**RESUMO**

O objetivo do presente estudo é analisar as dificuldades envolvidas no processo de implementação de protocolos de segurança cirúrgica em um hospital público do Rio de Janeiro (RJ) sob a ótica de seus funcionários. O método empregado foi de abordagem qualitativa, com uso de técnica de entrevistas em profundidade, por meio de um roteiro semiestruturado desenvolvido a partir da literatura acadêmica sobre o tema. Foram entrevistados 15 profissionais de diferentes perfis atuantes no centro cirúrgico do Hospital Municipal Miguel Couto, localizado na cidade do Rio de Janeiro (RJ), incluindo: cirurgiões, anestesistas, médicos residentes, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Os resultados das entrevistas revelaram opiniões que confluíram principalmente em três pontos: falta de mecanismos efetivos de cobrança, número reduzido de funcionários da equipe de enfermagem e a falta de treinamento dos profissionais envolvidos – somente este um ponto de convergência com a literatura acadêmica sobre o tema. As conclusões do presente estudo são, portanto, que aspectos singulares das unidades de saúde pública brasileira constituem entraves adicionais àqueles previamente conhecidos pela literatura sobre o tema.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Pesquisa Qualitativa; Salas Cirúrgicas.

IMPLEMENTATION OF SAFETY SURGERY PROTOCOLS: CASE STUDY IN A PUBLIC HEALTH UNIT**ABSTRACT**

This study objective is to analyze the difficulties involved in the implementation of safety surgery protocols in a public hospital in Rio de Janeiro by their employees view. The method applied was a qualitative approach based on in-depth interviews, based in a semi-structured script developed by the academic literature about this theme. Were interviewed 15 professionals working in the operation room of Miguel Couto's Municipal Hospital, located in Rio de Janeiro city (RJ), falling into five groups: surgeons, anesthesiologists, medical residents, nurses and nurses assistants. The study showed diverse opinions surrounding three aspects: lack of effective ways of penalty, reduced number of nursing and technical nursing professionals and lack of training of the involved professionals – the latter a converging aspect with the literature about this theme. The conclusion is that singular aspects of Brazilian public health system are additional obstacles for those already known by the literature about the theme.

Keywords: Patient Safety; Qualitative Research; Operation Rooms.

Fernanda Bezerra de Mello Monte¹
João Guilherme Barbosa de Amorim²
Rafael Mercante Linhares³
Flavia d'Albergaria Freitas⁴

¹ Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro (Brasil). Residente pelo Hospital Municipal Miguel Couto - HMMC, Rio de Janeiro (Brasil). E-mail: fe_monte@yahoo.com.br

² Mestre em Administração pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro (Brasil). E-mail: jgbamorim@yahoo.com.br

³ Graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro (Brasil). Chief of Anesthesiology (Chefe Serviço) pelo Hospital Municipal Miguel Couto - HMMC, Rio de Janeiro (Brasil). E-mail: rafaelinhaires@me.com

⁴ Doutorando em Administração pelo Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro (Brasil). Professor Assistente I pelo Grupo IBMEC, Rio de Janeiro (Brasil) E-mail: flaviadaf@gmail.com

INTRODUÇÃO

A discussão sobre segurança do paciente foi iniciada nos anos 1980, com o programa *Wrong Site Surgery*, da *American Academy of Orthopaedic Surgeons*, se consolidando a partir do ano 2000, quando foi publicado o livro “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” do *Institute of Medicine* (Filho, Silva, Ferracini, & Bähr, 2013). Entretanto, o primeiro conjunto de políticas desenvolvido em âmbito global foi lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em outubro de 2004, quando foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (AMSP), que, a partir de 2005, passou a definir temas prioritários a serem abordados a cada dois anos, conhecidos como Desafios Globais (Saúde, Organização Mundial da, 2009).

Entre as principais medidas tomadas pela AMSP está a criação, em 2008, do Segundo Desafio Global: Cirurgias Seguras Salvam Vidas, preconizando protocolos de segurança cirúrgica como a identificação do paciente, da lateralidade cirúrgica e uma lista de verificação recomendada pela OMS. Ela consiste em uma confirmação oral pela equipe sobre a realização das etapas básicas para assegurar um procedimento anestésico seguro, a profilaxia contra infecções, o trabalho em equipe efetivo e outras práticas essenciais em uma cirurgia. A lista de verificação deve ser utilizada em três momentos críticos do cuidado: antes da administração da anestesia, imediatamente antes da incisão- Pausa Cirúrgica- e antes do paciente sair da sala cirúrgica (Haynes, et al., 2009).

Desde sua disseminação, diversos estudos verificaram que a implementação de listas de verificação cirúrgica da OMS foi capaz de reduzir a mortalidade cirúrgica, as complicações pós-operatórias (Haynes, et al., 2009), custos para o hospital (Semel, et al., 2010), além de melhorarem a consciência dos médicos quanto a seus papéis na equipe, aumentando a discussão sobre possíveis eventos críticos (Helmio, et al., 2011).

No contexto internacional, é sabido que a quantidade de eventos adversos está relacionada com a pressão por produção do governo e da administração do hospital, estimulando que se trabalhe cada vez mais rápido, intensamente e acima da capacidade. Essa pressão sofrida pelos cirurgiões em relação à produtividade faz com que haja resistência às listas de verificação, pois são vistas um fator para o atraso do procedimento, sendo considerada uma dificuldade para a implementação das listas (Skevington, Langdon, & Giddins, 2012).

No Brasil, as primeiras iniciativas relacionadas à segurança do paciente cirúrgico datam de 2009, quando o Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)

publicou o manual *Cirurgias Seguras Salvam Vidas*, contendo a lista de verificação padronizada da OMS, com objetivo de reduzir erros e danos ao paciente.

O tema passou a ser tratado com mais vigor a partir de 2013, quando o MS e a Anvisa tornaram obrigatório que todos os hospitais do país dispusessem de um de Núcleo de Segurança do Paciente, que funcionaria propondo e validando protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, incluindo a cirúrgica (Saúde, Organização Mundial da, 2009). Idealmente, o Núcleo funcionaria como uma comissão hospitalar, contribuindo para a gestão do hospital por meio da formulação de políticas, coordenação e monitoramento do hospital, produção e acompanhamento de indicadores relevantes à alta gestão (Martins, Amorim, Cunha, & Ferraz, 2012), entretanto, a adesão por parte dos serviços é baixa, especialmente pela falta de uma cultura institucional sedimentada voltada para a segurança do paciente (Capucho & Cassiani, 2013).

Considerando o universo de hospitais-escola, característica da unidade onde foi realizado o presente estudo, a incidência de eventos adversos reportados em hospitais do tipo é superior à verificada em hospitais sem tal responsabilidade pedagógica (Baker, et al., 2004), resultado também suportado no contexto brasileiro, onde foi verificado um percentual de eventos adversos evitáveis superior aos padrões considerados aceitáveis (Mendes, Martins, Rozenfeld, & Travassos, 2009).

Adicionalmente, sabe-se que há muito tempo a resistência a mudanças organizacionais são reconhecidas como um fator crítico que pode influenciar o sucesso ou fracasso de uma instituição realizando um esforço de mudança (Waddell & Sohal, 1998). Considerando que é praticamente consenso entre acadêmicos e gestores que os indivíduos, em geral, apresentam uma mentalidade essencialmente contrária às mudanças (Dent & Goldberg, 1999), torna-se especialmente oportuna a realização do presente estudo sobre o tema no universo da saúde pública no Brasil.

Estudos anteriores verificaram que as listas de verificação tendem a ser utilizadas com maior frequência em hospitais particulares, em comparação com a rede pública (100% e 73,7%, respectivamente) na realização de procedimentos eletivos (Hurtado, et al., 2012). Outros estudos exploraram os processos de implementação de listas de verificação cirúrgicas (Conley, Singer, & Edmondson, 2011), a aceitação dos profissionais à sua utilização (Martins & Carvalho, 2014; Hurtado, et al., 2012) e os efeitos positivos de sua implementação (Haynes, et al., 2009; Semel, et al., 2010; Helmio, et al., 2011; Takala, et al., 2011; Oszvald, Vatter, Byhahn, Seifert, & Güresir, 2012).

No entanto, nenhum estudo foi realizado durante o processo de implementação destas listas na saúde pública, que apresenta características peculiares. Portanto, o presente estudo teve por objetivo analisar dificuldades na implantação desses protocolos em um hospital público brasileiro, auxiliando gestores médicos a compreender as resistências apontadas por parte do corpo clínico, em última análise, auxiliando gestores a traçar estratégias para enfrentar tais desafios.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo de campo, descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido entre os meses de maio e junho de 2016, no Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC), localizado na cidade do Rio de Janeiro e vinculado à Secretaria Municipal de Saúde. Devido à sua localização central e seu porte, trata-se de um hospital de volume cirúrgico elevado: nas atuais 6 salas operatórias foram realizadas, em 2015, 6.495 cirurgias.

As iniciativas relacionadas à segurança do paciente se iniciaram com a estruturação de seu Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), criado em 2013. A partir do outubro de 2015, foram implementados protocolos de identificação do paciente, marcação de lateralidade e listas de verificação cirúrgica. A pausa cirúrgica foi implantada em maio de 2016. Entretanto, destaca-se que, apesar da importância da utilização de informações sobre eventos adversos na melhoria da qualidade da saúde pública brasileira (Capucho & Cassiani, 2013), por não serem notificados eventos adversos no HMMC, não foi possível mensurar quantitativamente seus efeitos.

Foram realizadas 15 entrevistas em profundidade com profissionais de diferentes funções e níveis hierárquicos do hospital, utilizando um roteiro semiestruturado, que estimulava os entrevistados a falar abertamente sobre suas experiências e percepções relacionadas ao tema de pesquisa. Com o objetivo de garantir a sinceridade por parte dos entrevistados, foi destacado antes de cada entrevista que as respostas recebidas permaneceriam anônimas, ou seja, não haveria qualquer represaria a críticas que por ventura fossem feitas.

A construção do roteiro para as entrevistas semiestruturadas ocorreu da seguinte maneira: primeiramente, foi desenvolvido um roteiro original, com base na literatura acadêmica identificada sobre o tema (Haynes, et al., 2009; Saúde, Organização Mundial da, 2009; Martins & Carvalho, 2014; Qu & Dumay, 2011). Foram feitas três entrevistas em profundidade com diferentes perfis de profissionais com o objetivo de testar o roteiro. Foram escolhidos um médico, um enfermeiro e um técnico de

enfermagem, com diferentes formações, tempo de carreira e faixa etária, de modo a capturar a maior diversidade possível de opiniões. A partir dessas entrevistas iniciais, o roteiro foi adaptado, de modo a torná-lo mais adequado ao grupo de entrevistados. As principais alterações feitas durante esta etapa foram: (a) exclusão da pergunta sobre a função do profissional no centro cirúrgico, dado que esta informação era fornecida em um item anterior do roteiro; (b) inclusão da pergunta sobre diferenças entre o Hospital Miguel Couto e outros hospitais nos quais o entrevistado trabalhava, uma vez que os três participantes da etapa de teste relataram suas experiências com os protocolos em outras unidades, fazendo muitas referências a outros locais de trabalho ao longo da entrevista; (c) inclusão de uma pergunta de caráter projetivo, colocando os entrevistados no papel de um gestor do hospital, com o objetivo de fazer os entrevistados refletirem sobre as questões levantadas sob um ponto de vista mais abrangente, ou seja, indo além de suas responsabilidades e tarefas cotidianas.

O conteúdo das entrevistas realizadas na etapa de desenvolvimento do roteiro foi considerado na análise do estudo, dado que seu conteúdo convergiu com as entrevistas realizadas com a versão final do roteiro. A versão final do roteiro foi composta pelos seguintes tópicos: trajetória profissional, trabalho em instituição com protocolos de segurança, desafios para sua implementação, diferenças entre o Hospital Miguel Couto e as instituições que conseguiram aplicar os protocolos em sua prática, o porquê de haver resistência no hospital pesquisado e características que pudessem favorecer ou desfavorecer o Hospital Miguel Couto na implantação de protocolos.

Cada entrevista se iniciou com uma pergunta sobre a trajetória profissional do entrevistado, explorando suas experiências e sua trajetória. Em seguida, questionou-se se o entrevistado trabalhava em alguma instituição com protocolos de segurança e se os mesmos eram usados em sua prática diária. Posteriormente, foram questionados os maiores desafios da implementação desses protocolos no Hospital Miguel Couto, explorando se havia resistência à sua implementação e quais as razões. Além disso, questionou-se quais diferenças entre as instituições que conseguiram aplicá-los e o Hospital em questão e quais características do mesmo que favoreceriam a implementação desses protocolos. Por fim, questionou-se qual impacto essas transformações teriam para o Hospital, com entrevistas que duraram em média uma hora.

Foram entrevistados 15 integrantes da equipe cirúrgica, sendo: 4 Médicos Residentes, 2 Enfermeiros, 3 Técnicos de Enfermagem, 3 Cirurgiões e 3 Anestesiologistas. Os critérios de inclusão dos sujeitos na amostra foram: pertencer à equipe cirúrgica; atuar

no Centro Cirúrgico e participar da realização da pausa cirúrgica, e consentir fazer parte da pesquisa.

A composição do grupo de entrevistados, discriminando informações sócio demográficas está descrita na Tabela 1. Com o objetivo de garantir o anonimato dos entrevistados, impossibilitando que uma descrição precisa tornasse a dedução da identidade de cada participante, foi optado por

informar a idade dos respondentes por meio de faixas-etárias, o que seria suficiente para diferenciar o perfil de cada um. Como pode ser observado, além das diferentes funções, foram também escolhidos entrevistados de faixas-etárias e tempo como funcionários do HMMC variados, com o objetivo de eliminar possíveis vieses decorrentes da seleção de um grupo homogêneo.

Tabela 1. Composição e Descrição do Grupo de Entrevistados

Participante	Cargo	Idade	Gênero	Anos*
P1	Residente	< 30 anos	M	<5
P2	Residente	< 30 anos	M	<5
P3	Residente	< 30 anos	F	<5
P4	Residente	< 30 anos	F	<5
P5	Enfermagem	< 40 anos	F	<5
P6	Enfermagem	> 40 anos	F	10-20
P7	Técnico	> 50 anos	F	10-20
P8	Técnico	> 50 anos	F	10-20
P9	Técnico	< 40 anos	M	<5
P10	Cirurgião	> 50 anos	M	>20
P11	Cirurgião	> 50 anos	M	>20
P12	Cirurgião	> 50 anos	F	>20
P13	Anestesista	> 50 anos	M	>20
P14	Anestesista	< 40 anos	M	<5
P15	Anestesista	< 40 anos	F	<5
M: Masculino; F: Feminino				
* Período, em anos, como funcionário do HMMC				

Todas as entrevistas foram transcritas e analisadas, seguindo uma inspiração de análise de casos em duas etapas. Na primeira etapa, cada entrevista foi analisada, ou seja, foi feita uma *within-case analysis*, o que permitiu o entendimento do fenômeno e a identificação de alguns temas. Na segunda etapa, foi feita uma análise comparativa das entrevistas, *cross-case analysis*, que permitiu a categorização dos temas, forçando a análise ir além das primeiras impressões (Eisenhardt, 1989). A categorização foi feita inicialmente por meio de codificação aberta, ou seja, por meio da identificação de conceitos que correspondiam ao dado, e em seguida por codificação axial, que consiste na agregação e condensação em categorias mais amplas.

Destaca-se que a quantidade de entrevistados não foi estabelecida *a priori*, dado que em pesquisas qualitativas, o processo de levantamento de informações por meio de entrevistas somente deve ser encerrado quando se atinge à saturação teórica, isto é, o ponto quando cada nova entrevista não resulta em novas contribuições relevantes para os objetivos do estudo (Eisenhardt, 1989). No contexto do presente

estudo, dada a convergência de resultados apresentada por todos os grupos de respondentes, independente do perfil, a saturação teórica começou a ser percebida já a partir da quinta entrevista, quando pelo menos um representante de cada segmento dos grupos pesquisados havia sido entrevistado.

A coleta de dados foi realizada por meio de abordagem direta a cada um dos membros da equipe, após aprovação do projeto pela Plataforma Brasil número CAAE –54055616.3.0000.5279, parecer 1.543.477 aprovado em 13 de Maio de 2016.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Apesar da heterogeneidade do grupo de entrevistados, as respostas convergiram principalmente em três pontos: falta de mecanismos efetivos de cobrança, falta de treinamento dos profissionais envolvidos e número reduzido de funcionários da equipe de enfermagem – enfermeiros e técnicos. Esses pontos se relacionam, uma vez que, usualmente, a cobrança em relação à aplicação dos

protocolos de segurança é realizada pela equipe de enfermagem, que é historicamente protagonista nos processos de gestão hospitalar. Para que possam se envolver nos protocolos de segurança, e passar a torná-los uma realidade, precisam receber treinamento adequado, com orientações regulares sobre como realizá-los cotidianamente, fator apontado como essencial pela literatura (Conley, Singer, & Edmondson, 2011). Estes funcionários, como frequentemente ocorre em unidades da rede pública no Brasil, encontram-se em número reduzido, o que impossibilita que se afastem, mesmo temporariamente, de suas atividades regulares para receber qualquer tipo de treinamento ou orientação mais detalhada. Portanto, a contratação de técnicos e enfermeiros é apontada como essencial para o sucesso dos protocolos.

A quantidade de pessoal atrapalha muito. [O Time Out] deveria ser feito pelo enfermeiro junto com as equipes. Aqui temos um enfermeiro para as oito salas. Não tem como fazer direito. Aqui a enfermagem apaga incêndio. (P5)

O primeiro passo é fazer uma reestruturação da enfermagem. O pessoal da enfermagem tem que aprender, porque ninguém sabe disso [protocolos de segurança]. As técnicas de enfermagens, as auxiliares, acho que todos têm que aprender. (...) Teria que ter um curso próprio e chamar elas para ensinar. Elas teriam que ter uma semana de aula para entender isso. (P7)

A necessidade de cobrança constante é citada como fator essencial para o cumprimento dos protocolos. Os entrevistados também atribuem o não cumprimento à estabilidade dos profissionais, que faz com que seja criada uma atmosfera de impunidade no hospital.

A dificuldade de adesão acho que ocorre, principalmente, pelo comodismo: é muito mais fácil você não fazer do que fazer. Não tem cobrança ou fiscalização e, de um modo geral, não existe punição. (P1)

Na rede privada o médico faz porque é obrigado. Aqui tudo é mais largado, a coisa é mais frouxa, talvez aqui não tenha tanta punição. Aqui você tem estabilidade, a impunidade existe, sempre foi assim. (P10)

Além disso, as contratações – tidas como imprescindíveis – dependem de processos administrativos, como liberação de orçamento e abertura de concursos. Dessa forma, a contratação de profissionais de enfermagem e técnicos se mantém como um dos principais entraves apontados.

A contratação de pessoal aqui é muito difícil. A gente sabe que precisa de mais gente, mas tudo é lento, burocrático, demorado. No hospital privado, quando se identifica uma necessidade a coisa acontece mais rápido. (P3)

Outro fator característico do hospital analisado decorre do fato de ser um hospital-escola, com médicos em especialização – residentes – com resistência a práticas que atrasem o andamento de seus procedimentos.

O hospital tem uma característica bem diferenciada, porque é um hospital escola. É uma referência de emergência e contém residentes de todas as especialidades. (P2)

O pessoal quer operar acima de qualquer coisa. Vai perder tempo com isso? Não. O médico não quer esperar. Quer resolver tudo no momento dele. (...) A resistência é maior pelos médicos. O trabalho de sensibilização tem que ser muito bom. (P5)

Além disso, o hospital tem seu foco voltado para o atendimento de emergência, com uma cultura de admissão de pacientes no centro operatório de forma rápida. Nesse sentido, os procedimentos de segurança, muitas vezes intencionalmente redundantes, acabam sendo vistos como um fator de atraso.

Acho que por ser um hospital mais de trauma, não ter tanto paciente eletivo, dificulta um pouco [a aplicação dos protocolos]. (P2)

Aqui é basicamente um hospital de guerra, para resolver. É uma emergência. (P5)

Aqui tudo funciona como se fosse uma emergência. Alguns [residentes] correm para se adiantar, outros para operar mais. (P9)

A partir das entrevistas realizadas, foram observados diversos pontos de convergência com a literatura sobre a implementação de protocolos de segurança. Primeiramente, foi mencionado pelos entrevistados que a carência da realização de treinamentos presenciais era um entrave à adesão das equipes aos protocolos de segurança. Esses resultados estão alinhados com a pesquisa de Conley, Singer e Edmondson (2011), que analisou o processo de implementação desses protocolos em cinco hospitais em Washington. Eles mostraram que treinamentos e demonstrações técnicas para as equipes envolvidas, planejados de maneira extensiva e contínua, foram diferenciais nos processos de implementação mais eficazes.

A falta de treinamento possivelmente seria a face mais imediatamente visível de uma questão mais abrangente, que seria a gestão do conhecimento técnico em estruturas hospitalares. Sabe-se que hospitais são ambientes complexos e dinâmicos, envolvendo múltiplos autores, áreas de conhecimento e possibilidades para a tomada de decisão, tratando-se, portanto, de organizações intensivas em conhecimento. Considerando toda essa complexidade, seria determinante a integração de políticas e práticas de gestão da informação, desenvolvendo mecanismos de disseminação do conhecimento não somente sob a ótica dos protocolos de segurança, mas buscando

impactar a qualidade dos serviços prestados, a efetividade e até mesmo os custos assistenciais (Souza & Carvalho, 2015).

Entretanto, sabe-se que há uma relação direta entre a saturação da carga de trabalho das equipes - hospitais operando acima da capacidade - e o aumento do volume de eventos adversos (Weissman, et al., 2007). Esta questão foi abordada mais intensamente pelo grupo de residentes, que sofreriam uma pressão maior, por estarem em um período de aprendizado – momento no qual a repetição seria necessária.

Outros fatores apontados pelos entrevistados e alinhados com a literatura foram a falta de colaboração da equipe médica e o desafio de desenvolver uma cultura de segurança. De acordo com a equipe de enfermagem, a não colaboração da equipe médica representa uma grande dificuldade, especialmente no momento da aplicação do *Time Out*, resultados alinhados com a pesquisa de Martins e Carvalho (2014). Entretanto, apesar de mencionado nas entrevistas, este ponto foi explicado de maneira distinta daquela verificada na literatura: segundo os entrevistados, a falta de colaboração seria resultado da pressão dos residentes e à falta de cobrança das práticas de segurança, e não a uma questão hierárquica como apontado por Skevington *et al.* (2012).

Essa diferença pode ser explicada pela forma como a pausa cirúrgica foi implementada no hospital pesquisado. Segundo a lista de verificação da OMS, deve haver um coordenador da pausa cirúrgica, que deve ser um membro da equipe cirúrgica. No caso do HMMC, esse coordenador é um membro da equipe de enfermagem, o que se justifica pela alta rotatividade de equipes realizando procedimentos no mesmo centro cirúrgico, fazendo com que o líder tenda a ser alguém que esteja mais constantemente nos centros operatórios. No HMMC, dado que as equipes médicas são as mesmas, o líder desse processo é usualmente o anestesista, estimulado pelo Núcleo de Segurança do hospital, por ter um papel central na implementação dos protocolos e por sua constante presença nas diferentes cirurgias (Saúde, Organização Mundial da, 2009)

Entretanto, apesar dos diversos resultados alinhados com a literatura, como necessidade de treinamento (Conley, Singer, & Edmondson, 2011), importância dos mecanismos de disseminação de informação (Souza & Carvalho, 2015) e resistência da equipe médica (Martins & Carvalho, 2014), também foram identificados novos entraves relacionados a aspectos singulares das unidades de saúde pública brasileira. Acreditamos que compreensão das dificuldades identificadas – e o racional que as justificam – é importante para fornecer subsídios aos gestores destas unidades, para que possam implementar os protocolos de segurança com sucesso.

Um fator característico da rede pública relacionado às dificuldades de implantação dos protocolos diz respeito aos profissionais de

enfermagem. A dificuldade de contratação pelo município (Mendes & Bittar, 2014) afeta a quantidade de profissionais disponíveis, que, segundo os entrevistados, são insuficientes para a boa execução do serviço e, conseqüentemente, tomar a dianteira no processo de implementação e monitoração dos protocolos. Torna-se necessário, dessa forma, o desenvolvimento de propostas de recursos humanos, que envolvam contratações, capacitação e supervisão (Mendes & Bittar, 2014).

Outro fator singular do hospital analisado decorre do fato de ser um hospital-escola, com médicos em especialização – residentes – com resistência a práticas que atrasem o andamento das cirurgias. A constante demanda pessoal por repetição dos procedimentos realizados, importantes para adquirir experiência em suas áreas de atuação, tem importância fundamental no comportamento apresentado por esse grupo.

Também foram identificados outros dois aspectos gerais que teriam impacto no tema estudado: segundo os entrevistados, ser um hospital público implica na subordinação às leis trabalhistas relacionadas ao funcionalismo público brasileiro, caracterizado, entre outras coisas, pela estabilidade, que resultaria na dificuldade de controle, cobrança e, quando necessário, punição dos funcionários. Tal percepção reportada pelos entrevistados reforça os traços culturais usualmente verificados em organizações públicas no Brasil, marcados pela burocracia e o paternalismo (Pires & Macêdo, 2006).

Considerando o ferramental da gestão estratégica da mudança, foram analisados os resultados encontrados sob a ótica do modelo dos 7 S, que se baseia na metáfora das organizações como um conjunto interconectado de subsistemas interdependentes (Cameron & Green, 2009). Desenvolvido na língua inglesa, o modelo se baseia nas seguintes dimensões: (a) *Shared Values*, ou valores compartilhados; (b) *Style*, definido como estilo de liderança e cultura; (c) *Strategy*, ou estratégia corporativa, que compreende objetivos, metas e o uso de recursos; (d) *Structure*, ou estrutura organizacional; (e) *Staff*, ou pessoal; (f) *Skills*, ou habilidades; e (g) *Systems*, ou sistemas e processos.

A partir do entendimento de que a implantação de protocolos de segurança cirúrgica, tal como qualquer outra mudança processual, é per se uma alteração no *status quo* (Cameron & Green, 2009), o modelo ajuda a identificar os desafios dessa implantação, ampliando o entendimento anteriormente apontado na literatura (Ver Tabela 2). Destaca-se que tal análise não tem a pretensão de ser definitiva ou exaustiva, uma vez que provavelmente nem todas as dificuldades foram identificadas. Nosso propósito foi verificar se, como defendem Cameron e Green (2009), o modelo serviria como um bom *checklist* para gestores planejando alguma mudança organizacional relevante.

Tabela 2. Dimensões e Dificuldades Identificadas

Dimensões	Dificuldades Identificadas
<i>Share Values</i>	Valores relacionados ao funcionalismo público: “frouxo”, “comodismo”, “impunidade” etc; Falta de cultura de valorização do paciente.
<i>Style</i>	Falta de mecanismos de cobrança.
<i>Strategy</i>	Indefinição sobre objetivos e metas de gestão; Falta de um direcionamento estratégico; Hospital focado no atendimento de emergência.
<i>Structure</i>	Falta de clareza na definição de papéis e responsabilidades.
<i>Staff</i>	Insuficiência de pessoal; Muitos profissionais em formação.
<i>Skills</i>	Falta de conhecimento sobre os protocolos; Falta de treinamento.
<i>Systems</i>	Processos mal definidos; Processos mal comunicados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pode ser observado, apesar de algumas das dificuldades levantadas possivelmente se relacionarem a mais de uma dimensão do modelo, sua utilidade fica evidente, uma vez que seu propósito principal seria antecipar os problemas resultantes de um processo de mudança organizacional, auxiliando no desenvolvimento de estratégias para minimizá-los. Esperamos que sua simplicidade e facilidade de aplicação possam auxiliar os gestores de unidades de saúde, passando a ser uma ferramenta utilizada em processos de mudança organizacional.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, apesar do roteiro ter sido construído a partir da literatura acadêmica sobre o tema, testado e ajustado em uma etapa de testes, a validação por um acadêmico especializado no assunto teria contribuído para o desenvolvimento do roteiro. Além disso, como é característico de métodos qualitativos de natureza exploratória, não é possível – tampouco foi objetivado – generalizar os resultados encontrados para toda a rede de hospitais públicos do país. Adicionalmente, como a análise dos dados carrega as experiências prévias e o *background* de cada pesquisador, pode ter havido algum tipo de viés na escolha e análise das informações coletadas. Para minimizar este viés, foi composta uma equipe multidisciplinar, formada por dois pesquisadores com formação em medicina e dois em gestão. Destaca-se que, apesar da variedade de perfis do grupo de entrevistados, estes não relevaram ter impacto significativo nas percepções e opiniões dos diferentes grupos de profissionais pesquisados, uma vez que as principais respostas obtidas permearam todos os perfis pesquisados. Finalmente, a representatividade dos entrevistados, principal fonte de informação do

estudo, também se apresenta como limitação, uma vez que o conteúdo das informações está vinculado às suas percepções individuais. Para minimizar tal efeito, foram escolhidos indivíduos de diferentes gêneros, formações, experiência profissional e tempo como funcionários do HMMC.

Sugere-se que o presente estudo seja realizado em outras unidades, especialmente da rede privada, para que os resultados possam ser comparados. Um desdobramento natural seria a realização de estudos de casos junto a unidades que obtiveram sucesso na implementação dos protocolos de segurança do paciente, explorando principalmente as estratégias adotadas pela gestão para enfrentar as resistências enfrentadas.

REFERÊNCIAS

- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., Tamblyn, R. (2004, maio 25). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, pp. 1678-1686. doi:10.1053
- Cameron, E., & Green, M. (2009). *A complete guide to the models, tools & techniques of organizational change* (2ª ed.). Londres: Kogan Page.
- Capucho, H. C., & Cassiani, S. H. (2013). Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Revista de Saúde Pública USP*(47), pp. 1-8.

- Conley, D., Singer, S., & Edmondson, L. (2011). Effective Surgical Safety Checklist Implementation. *Journal of the American College of Surgeons*, pp. 873-879.
- Dent, E. B., & Goldberg, S. G. (1999, Março). Challenging “Resistance to Change”. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 35(1), pp. 25-41.
- Eisenhardt, K. M. (1989, outubro). Building Theories From Case Study Research. *The Academy of Management Review*.
- Filho, G. d., Silva, L. d., Ferracini, A. M., & Bähr, G. L. (2013, agosto 16). Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. *Revista brasileira de ortopedia*, pp. 554-562.
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A.-H. S., Dellinger, E. P., Reznick, R. K. (2009, janeiro 29). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The New England Journal of Medicine*, pp. 491-499. doi:10.1056/NEJMsa0810119
- Helmio, P., Blomgren, K., Takala, A., Pauniah, S.-L., Takala, R., & Ikonen, T. S. (2011, março). Towards better patient safety: WHO Surgical Safety Checklist in otorhinolaryngology. *Clin. Otolaryngol.*, 36, pp. 242-247.
- Hurtado, J. J., Jiménez, X., Peñalongo, M. A., Villatoro, C., Izquierdo, S. d., & Cifuentes, M. (2012, Junho). Acceptance of the WHO Surgical Safety Checklist among surgical personnel in hospitals in Guatemala city. *BMC health services research*. doi:10.1186/1472-6963-12-169
- Martins, C., Amorim, M. C., Cunha, E. N., & Ferraz, M. R. (2012). Comissões hospitalares: a produção de indicadores de gestão hospitalar. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*.
- Martins, G. S., & Carvalho, R. d. (2014, março). Realização do timeout pela equipe cirúrgica: facilidades e dificuldades. *Rev. SOBECC*, pp. 18-25.
- Mendes, J. D., & Bittar, O. J. (2014). Perspectivas e Desafios da Gestão Pública no SUS. *Rev. Fac. Ciência Médica Sorocaba*, 35-39.
- Mendes, W., Martins, M., Rozenfeld, S., & Travassos, C. (2009, junho). The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(4), pp. 279-284.
- Oszwald, Á., Vatter, H., Byhahn, C., Seifert, V., & Güresir, E. (2012, Novembro). “Team time-out” and surgical safety—experiences in 12,390 neurosurgical patients. *Neurosurg Focus*, p. E6. doi:10.3171/2012.8.FOCUS12261
- Pires, J. C., & Macêdo, K. B. (2006). Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 81-105.
- Qu, S. Q., & Dumay, J. (2011). The qualitative research interview. *Qualitative Research in Accounting & Management*, pp. 238-264.
- Saúde, Organização Mundial da. (2009). Cirurgias seguras salvam vidas- Manual. Retrieved from *Biblioteca Virtual em Saúde*: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf
- Semel, M. E., Resch, S., Haynes, A. B., Funk, L. M., Bader, A., Berry, W. R., Gawande, A. A. (2010). Adopting A Surgical Safety Checklist Could Save Money And Improve The Quality Of Care In U.S. Hospitals. *Health Affairs*, pp. 1593-1599. doi:10.1377/hlthaff.2009.0709
- Skevington, S. M., Langdon, J. E., & Giddins, G. (2012). ‘Skating on thin ice’? Consultant surgeon’s contemporary experience of adverse surgical events. *Psychology, Health & Medicine*.
- Souza, V. P., & Carvalho, R. B. (2015, agosto). Gestão do conhecimento no âmbito da administração hospitalar: proposta de modelo conceitual integrativo para gestão do corpo clínico. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, pp. 97-112. doi:10.5585/rgss.v4i2.161
- Takala, R. S., Pauniah, S.-L., Kotkansalo, A., Helmiö, P., Blomgren, K., Helminen, M., . . . Ikonen, T. S. (2011, agosto 9). A pilot study of the implementation of WHO Surgical Checklist in Finland: improvements in activities and communication. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, pp. 1206-1214. doi: 10.1111/j.1399-6576.2011.02525.x
- Waddell, D., & Sohal, A. S. (1998). Resistance: a constructive tool for change management. *Management Decision*, pp. 543-548.
- Weissman, J. S., Rothschild, J. M., Bendavid, E., Sprivilis, P., Cook, E. F., Evans, R. S. (2007, maio). Hospital Workload and Adverse Events. *Medical Care*, 45(5), pp. 448-455.