



PODER E CULTURA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

DR^a. DANIELA CAMPOS DE ANDRADE LOURENÇÃO

PODER

The diagram features four teal rounded rectangular boxes with orange text, arranged in a circle on a chessboard background. The boxes are labeled: 'PODER' at the top, 'CULTURA ORGANIZACIONAL' on the left, 'CULTURA DE SEGURANÇA' on the right, and 'CLIMA' at the bottom. A white arrow starts from the 'CULTURA ORGANIZACIONAL' box, points to 'PODER', then continues to 'CULTURA DE SEGURANÇA', and finally to 'CLIMA', suggesting a cyclical relationship between these concepts.

CULTURA ORGANIZACIONAL

CULTURA DE SEGURANÇA

CLIMA



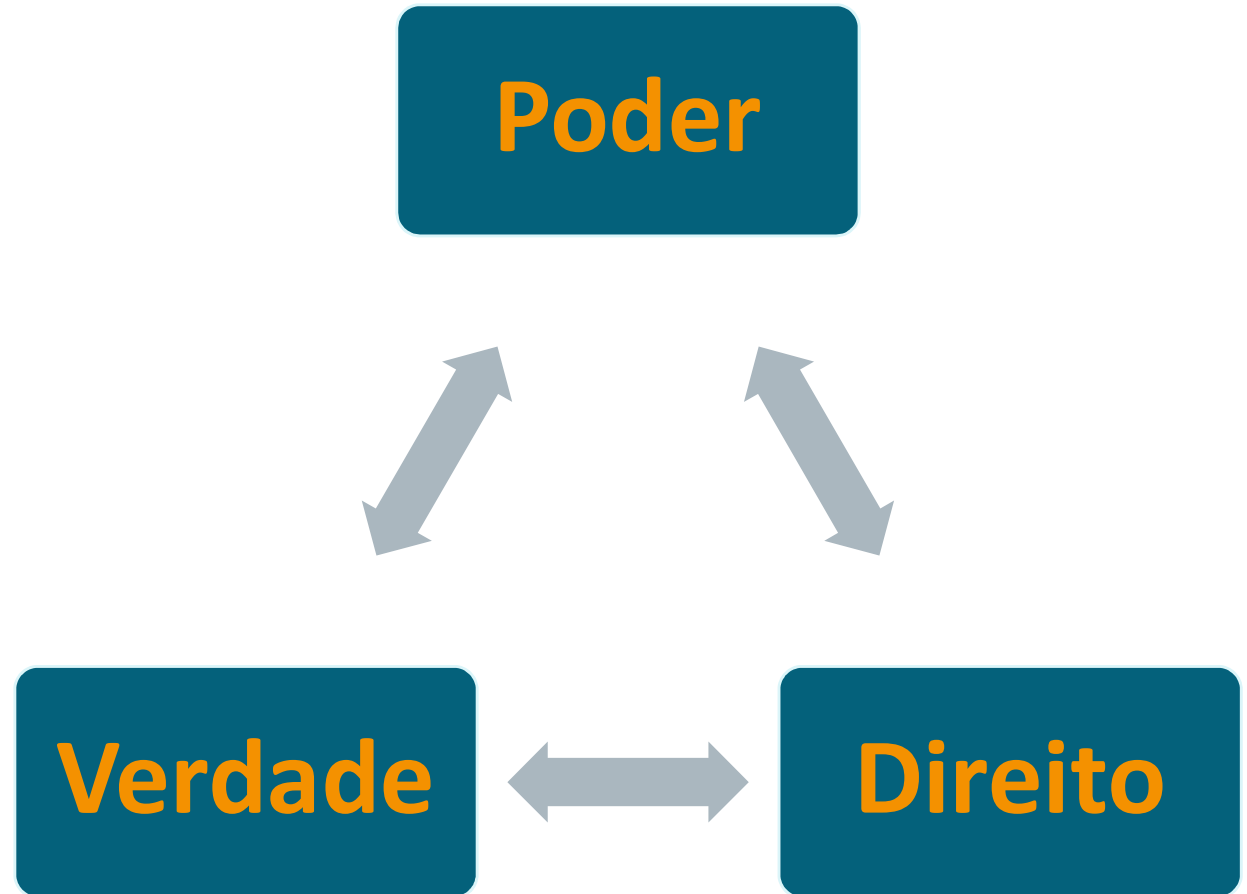
Questão inicial: Como é percebido o poder na prática cotidiana e na estrutura organizacional nas suas instituições?

PODER

- Max Weber (1978) define poder como: “[...] a probabilidade de impor a própria vontade dentro de uma relação social, ainda que contra toda resistência e qualquer que seja o fundamento desta probabilidade.

AUTORIDADE

- Direito que determina o poder para ordenar; poder exercido para fazer com que (alguém) obedeça.



Somos forçados a produzir a verdade pelo poder que exige essa verdade e que necessita dela para funcionar, temos de dizer a verdade, somos coagidos a confessar a verdade ou encontrá-la. (Foucault, 1979)



Foucault (1979): O poder é uma relação de forças; ou melhor, toda relação de forças é uma relação de poder, podendo-se, então, conceber uma lista de variáveis que exprimem uma relação de forças ou de poder, constituindo ações sobre ações: incitar, induzir, desviar, tornar fácil ou difícil, ampliar ou limitar.

AUTORIDADE E PODER NA SAÚDE

- A literatura ressalta que em uma instituição hospitalar encontram-se quatro centrais de poder: a diretoria superior, os médicos, a administração e os demais profissionais, destacando-se entre eles a enfermagem.
- Esse é o diferencial administrativo dos hospitais, uma vez que, nesse tipo de instituição, a autoridade não surge de uma única dimensão de poder, não flui de uma única linha de comando, como ocorre nas demais organizações formais.
- Entretanto, a autoridade formal, em função da autonomia e da atividade fim das instituições de saúde, delega ao corpo médico/clínico independência de decisões e muitas vezes provoca dificuldades administrativas.

A estrutura formal estabelece os níveis hierárquicos e as relações de poder entre os cargos. Entretanto, as relações de poder extrapolam os limites da estrutura formal e se concretizam nas relações interpessoais. O poder utiliza o aparato formal quando exercido nas práticas de coerção para a continuidade das propostas e dos processos de trabalho.

O poder se concretiza nas relações e nas práticas cotidianas e age para a manutenção do *status quo* e como reforço da identidade organizacional.

(Kurcgant, Massarollo e Rached, 2023).



PODER

Temido ou
venerado?

Gênero x
poder


Poder x
impotência

TIPOS DE PODER

TIPO	FONTE
Legítimo	Cargo
Coercitivo	Medo
De recompensa	Capacidade de prestar favores
De especialista	Conhecimento e habilidade
De referência	Percepção dos outros como referência
Da informação	A necessidade de informação
Carismático	Pessoal

(Marquis e Huston, 2015)

Como é a estrutura de poder na sua organização?

- 1 – Quem detém o maior poder na organização?
 - 2 – Quais departamentos são reconhecidos como de maior poder? E menor?
 - 3 – Existem locais de estacionamento ou de refeição privativos para algumas pessoas?
 - 4 – Quem jamais é tratado pelo primeiro nome?
- 

Estratégias para construir uma base de poder

Aprender a linguagem e símbolos da organização.

Aumentar as habilidades e os conhecimentos profissionais.

Usar especialistas e procurar aconselhamento.

Desenvolver visibilidade e voz na organização – observar, ouvir e expressar-se verbalmente.

Aprender o uso das prioridades da organização – metas e prioridades do grupo.

Manter o senso de humor – humor adequado.

Empoderar os outros – enfermeiros se fortalecendo reciprocamente.

Plano de ação para aumentar o poder da enfermagem

Colocar mais enfermeiros em cargos que influenciam as políticas públicas.

Parar de agir como vítimas.

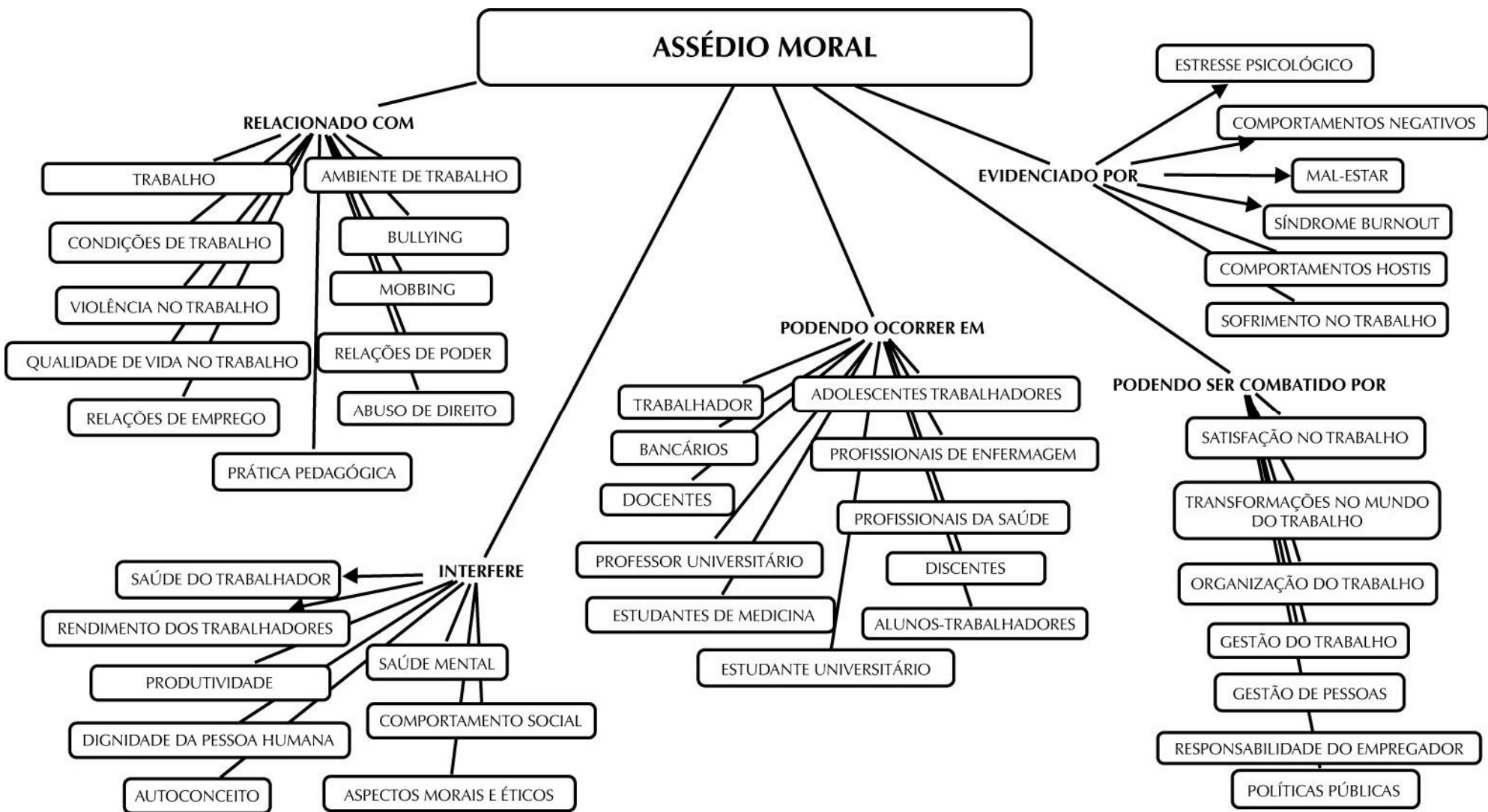
Aumentar a compreensão sobre todos os esforços políticos na saúde.

Compor **coalisões** dentro e fora da enfermagem.

Promover mais pesquisas para o fortalecimento da prática baseada em evidências.

Oferecer apoio a líderes da enfermagem.

Atentar para as orientações para formar os futuros líderes e a sucessão de lideranças.



(Costa et al., 2015)

QUAIS SÃO AS FORMAS DE ASSÉDIO MORAL NA ENFERMAGEM?





CULTURA



<https://www.youtube.com/watch?v=40EsYbWNPyg>

CULTURA ORGANIZACIONAL

- Edgar Schein conceituou o termo cultura organizacional como um padrão de pressupostos básicos compartilhados por um grupo, o qual aprendeu a tratar e resolver os problemas de adaptação interna e externa, com resultados considerados válidos, ensinado aos novos membros como a forma correta de perceber, pensar e agir em relação às situações enfrentadas pelo grupo (Schein, 2004).
- Kurcgant, Massarollo e Rached (2023) enfatizam que as maneiras de pensar, as condutas, os símbolos que dão significado para a realidade, integram a cultura organizacional. Dessa maneira, as políticas de gestão das instituições de saúde necessitam reconhecer a cultura da organização, uma vez que o desempenho dos recursos humanos constitui o elemento determinante do sucesso ou insucesso de propostas institucionais.

Aspéctos formais e visíveis

- Estrutura Organizacional
- Títulos e descrições de cargo
- Objetivos e estratégias
- Tecnologia e práticas operacionais
- Políticas e diretrizes de pessoal
- Métodos e procedimentos
- Métodos de produtividade física e financeira

Componentes visíveis e publicamente observáveis, orientados para aspectos operacionais e de tarefas

Aspéctos informais e invisíveis

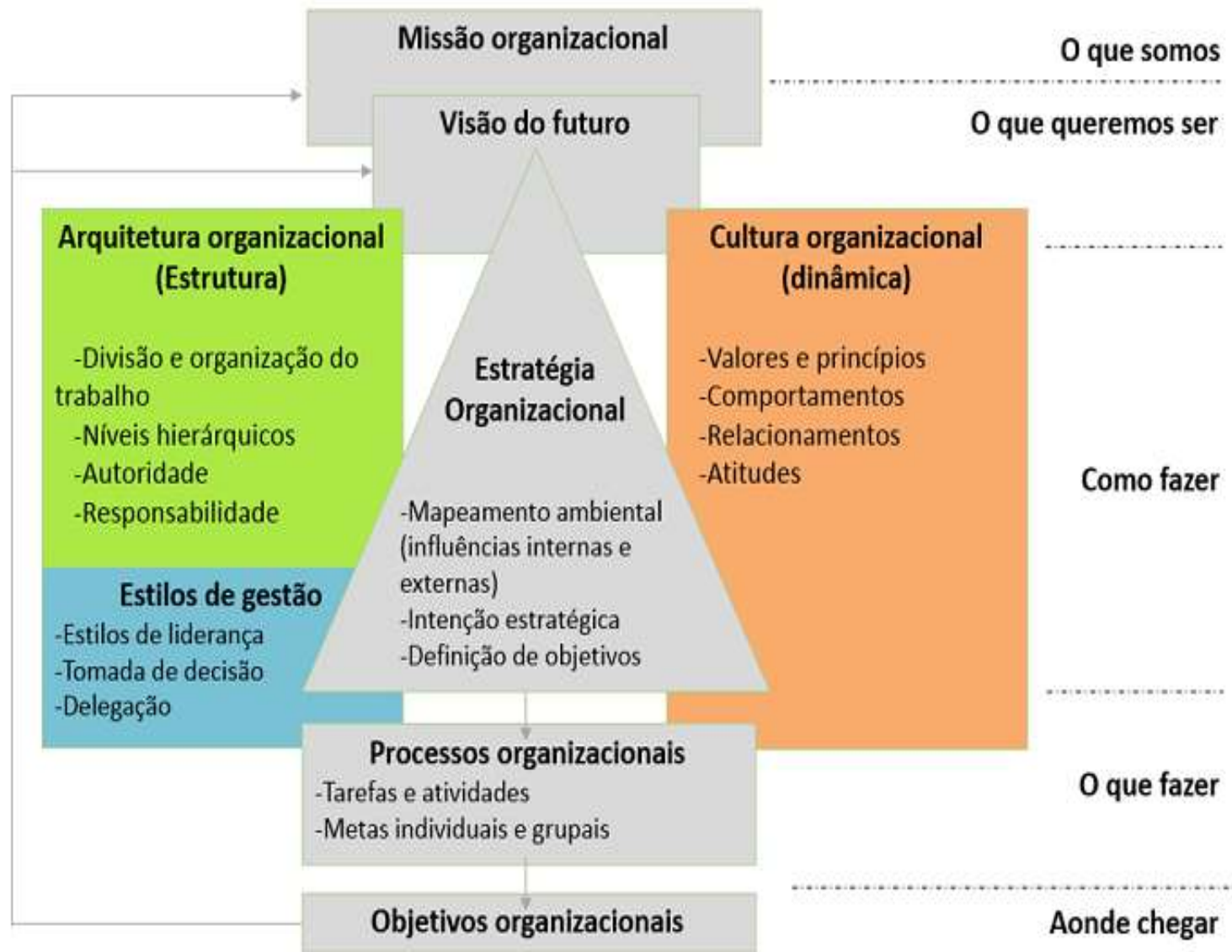
- Padrões de influência e de poder
- Percepções e atitudes das pessoas
- Sentimentos e normas de grupos
- Crenças, valores e expectativas
- Padrões de integração informais
- Normas grupais
- Relações efetivas

Componentes invisíveis e ocultos, afetivos e emocionais, orientados para aspectos sociais e psicológicos.

CULTURA ORGANIZACIONAL

- A CO determina diversas dimensões da instituição, como estratégias, objetivos, relações de trabalho, organização do trabalho e o modelo de gestão adotado. Isso porque, uma das principais funções da cultura é guiar as atitudes, alinhar os colaboradores com os objetivos, promover valores em comum e proporcionar experiências únicas para eles, promovendo um senso de **pertencimento** dos colaboradores para com a instituição.
- Somos propensos a nos dedicarmos mais por um grupo do qual nos sentimos parte, do qual sabemos que podemos contribuir. Isso acontece quando nos identificamos com os valores, hábitos e crenças da instituição em que trabalhamos.

CULTURA ORGANIZACIONAL





Artefatos – o que vemos: Na camada mais exposta estão os artefatos, características facilmente percebidas e visíveis, ele é considerado o primeiro nível da cultura organizacional. Temos como exemplo o organograma e a hierarquia, o grau de formalidade, os produtos, os **símbolos** e os padrões que indicam como é a cultura da organização.

Valores compartilhados – o que eles dizem: O segundo nível são os valores compartilhados que estão em uma camada mais profunda que os artefatos, mas não totalmente imperceptíveis. Por exemplo: as normas, a filosofia da empresa e os valores relevantes que justificam o trabalho realizado.

Pressupostos – o que eles acreditam: Como terceiro nível temos os pressupostos, a camada mais profunda, aquela que está inserida no cerne da organização, intrínseca nas atividades e dificilmente se torna possível mudá-la. Nessa camada estão os sentimentos e crenças inconscientes, o **propósito** da organização como um todo.





CLIMA ORGANIZACIONAL

CULTURA

Valores institucionais, dos indivíduos e do grupo e padrões de comportamento que determinam o estilo de gestão de segurança de uma organização.

(Nieva e Sorra, 2003; *The Health Foundation*, 2011).

CLIMA

Componente mensurável das atitudes e das percepções dos indivíduos à respeito de como a segurança é gerenciada em sua organização.

(Sexton et al., 2006; Singer et al., 2009).

Instrumento psicométrico para avaliação de clima organizacional

Escala de Clima Organizacional para Organizações de Saúde (ECOOS) – elaborada e validada por Menezes et al. (2009) com 64 itens, composta por em 7 fatores:

- Liderança: compreende a competência de influenciar no comportamento, ação, valores e sentimentos de outras pessoas, bem como a devolutiva aos subordinados quanto ao desempenho e informações pertinentes para as respectivas funções.
- Desenvolvimento profissional: conjunto de estratégias organizacionais com foco no desenvolvimento dos trabalhadores em suas respectivas áreas e funções específicas.
- Relacionamento e espírito de equipe: compreende a qualidade do relacionamento de equipe, envolvendo a cooperação, a confiança, a comunicação e aprendizagem entre os membros.
- Relação com a comunidade: compreende a qualidade do relacionamento dos colaboradores do hospital com os usuários da assistência em saúde.
- Segurança no Trabalho: considera o ambiente de trabalho, equipamentos de segurança e outros recursos físicos.
- Estratégia: diz respeito ao planejamento estratégico que caracteriza a atuação da instituição e sua proposta de assistência em saúde.
- Remuneração: compreende remuneração frente à função, a categoria e a responsabilidade do cargo, bem como a compatibilidade praticada no mercado de trabalho nas respectivas classes de trabalhadores.

Instrumento psicométrico para avaliação de clima de equipe

Escala de Clima na Equipe (ECE), que tem como finalidade avaliar o clima em grupos proximais de trabalho.

Esse instrumento é constituído por 38 itens, com objetivo de obter dados referentes a quatro fatores:

Participação na Equipe: aborda questões, como o compartilhamento de informações, as influências sobre os demais, o sentimento de se sentir ouvido/aceito pelo grupo e a manutenção do contato constante.

Apoio para ideias novas: engloba questões relacionadas às expectativas e aprovação que os membros recebem da equipe para a introdução de novas ferramentas no processo de trabalho.

Objetivos da Equipe: explora o quanto os objetivos/metasp estão claros para todos os seus membros.

Orientação para as tarefas: aborda temas como monitoramento para obtenção de altos padrões de desempenho, critérios claros para alcançar a excelência como equipe e se existem avaliações e sugestões em prol de melhorias. (Silva et al, 2016)

Percorra a jornada e transforme a sua empresa em um Great Place to Work

Seja mais rentável, fortaleça sua marca empregadora e avalie a experiência do colaborador.

VEJA COMO FUNCIONA A JORNADA



Não há notificações novas



Diagnóstico Organizacional

Uma vez sabendo o que falta para sua empresa ter um excelente ambiente de trabalho, o Great Place to Work® ajuda você a encontrar o melhor caminho para chegar lá! Nossos serviços especializados em **Clima Organizacional** permitem a personalização e o acompanhamento de um consultor durante todo o processo de aplicação da pesquisa e Programa de Certificação, com um grande aprofundamento nos seus resultados com **relatórios** completos, **análises** feitas por consultores, **entrevista** com a liderança da empresa e **grupos focais** com os colaboradores.

Na prática, o GPTW entende a realidade da sua empresa, direciona soluções para você atingir os seus resultados e você ainda pode participar do Programa de Certificação (que é o primeiro passo para estar entre as Melhores Empresas para Trabalhar).

Services

Precisa de ajuda?

Avaliação de clima organizacional

CULTURA DE SEGURANÇA

- É o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de uma organização saudável e segura.

SEGURANÇA DO PACIENTE

- Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano **desnecessário** associado ao cuidado de saúde.

A palavra “desnecessário”, nessa definição, significa implicitamente que, erros, transgressões, abuso de pacientes e atos deliberadamente perigosos podem ocorrer em cuidados de saúde (Mendes, 2014).

ERRO

- Falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto.
- Erros são, por definição, não-intencionais, enquanto **violações** são intencionais.



Componentes da cultura de segurança:

- **Cultura Justa:** considera clara a distinção entre incidentes inaceitáveis e incidentes que ocorrem por falha nos processos.
- **Cultura de Notificação:** todo e qualquer incidente relacionado à assistência em saúde é notificado, contabilizado e analisado para construção de indicadores da assistência e utilizados para desenvolver melhorias nos processos de atenção à saúde. Possibilitam um diagnóstico situacional e demonstram o perfil das falhas nos serviços de saúde.
- **Cultura de Aprendizado:** de acordo com os incidentes notificados e vivenciados serão traçadas novas metas e trabalhados novos processos de melhorias.

Instrumentos que avaliam clima de segurança

Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico - SAQ/CC

Use a escala para descrever a qualidade da comunicação e da colaboração que você tem vivido em relação a:

Respostas corretas Respostas incorretas Não se Aplica

Muito Ruim Ruim Adequada Boa Muito Boa Não se Aplica

Muito Ruim Ruim Adequada Boa Muito Boa Não se Aplica

1. Cirurgião/Cirurgia Assistente (A) (B) (C) (D) (E) (X)

2. Residente de Cirurgia e Interno (A) (B) (C) (D) (E) (X)

3. Instrumentador (A) (B) (C) (D) (E) (X)

4. Circulante de Sala (A) (B) (C) (D) (E) (X)

5. Anestesiologista/Anestesiologista Assistente (A) (B) (C) (D) (E) (X)

6. Residente de Anestesia e Interno (A) (B) (C) (D) (E) (X)

7. Auxiliar de Anestesiologia (A) (B) (C) (D) (E) (X)

8. Perfusionista (A) (B) (C) (D) (E) (X)

9. Enfermeiro-Chefe de Centro Cirúrgico (A) (B) (C) (D) (E) (X)

10. Enfermeiro de Centro Cirúrgico (A) (B) (C) (D) (E) (X)

11. Enfermeiro Assistencial da Recuperação Pós-Anestésica (A) (B) (C) (D) (E) (X)

12. Enfermeiro Anestesiata (A) (B) (C) (D) (E) (X)

13. Equipe de Avaliação Pré-Operatória/Pré-Anestésica (A) (B) (C) (D) (E) (X)

14. Equipe de Apoio (A) (B) (C) (D) (E) (X)

15. Outro: _____ (A) (B) (C) (D) (E) (X)

Por favor, responda as questões abaixo com relação a sua experiência de trabalho neste Centro Cirúrgico.

A B C D E X

Discordo Discordo Concordo Concordo Não se Aplica

Totalmente Parcialmente Neutro Parcialmente Totalmente

Discordo Totalmente Discordo Parcialmente Neutro Concordo Parcialmente Concordo Totalmente Não se Aplica

1. Eu gosto do meu trabalho. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

2. Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado (a) aqui como paciente. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

3. Os erros médicos* são tratados de modo apropriado neste hospital. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

4. Toda informação necessária está disponível, antes do início de um procedimento. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

5. A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

6. A administração deste hospital apoia meus esforços diários. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

7. Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

8. Na Sala de Cirurgia é difícil discutir os erros. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

9. A transmissão de informações entre os profissionais do Centro Cirúrgico antes da realização de um procedimento cirúrgico é importante para a segurança do paciente. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

10. A transmissão de informações é comum no Centro Cirúrgico. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

11. Este hospital é um bom lugar para se trabalhar. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

12. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

13. A administração do hospital não compreende, conscientemente, a segurança dos pacientes. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

14. Neste Centro Cirúrgico o número de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

15. A tomada de decisão no Centro Cirúrgico utiliza informações dos profissionais envolvidos. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

16. Seu encargo (a) por meus colegas éformer qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

17. A cultura de segurança neste Centro Cirúrgico toma fácil aprender com os erros dos outros. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

18. O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

19. Os equipamentos deste Centro Cirúrgico são adequados. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

20. Neste Centro Cirúrgico é difícil manifestar-me abertamente se eu percebo um problema envolvendo o cuidado do paciente. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

21. Quanto a minha carga de trabalho se torna excessiva, meu desempenho é prejudicado. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

22. Nestas informações adequadas e oportunas sobre ocorridos no hospital, que podem afetar o meu trabalho. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

23. Eu contemplo os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente neste Centro Cirúrgico. (A) (B) (C) (D) (E) (X)

*Erro Médico é definido como qualquer erro na prestação de assistência, por qualquer profissional da saúde, independentemente do resultado.

VOLTAR

Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC

Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) - Cláudia Tartaglia Reis

Safety Attitudes Questionnaire/Short Form – SAQ

Questionário de Atitudes de segurança - Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho

Questionário de Atitudes de segurança/Centro Cirúrgico – SAQ (Lourenção, 2019)

CULTURA DE SEGURANÇA NA SAÚDE

Partindo da premissa de que os seres humanos são falíveis e erros são esperados, mesmo nas melhores organizações, Reason (2000) expõe que os erros devem ser vistos como consequências e não causas, tendo suas origens fortemente relacionadas com os fatores sistêmicos, embora também considere os atos individuais inseguros.



CULTURA DE SEGURANÇA NO BRASIL



Quando ocorre um evento adverso e os indivíduos são apontados e responsabilizados, outros profissionais de saúde podem parar de fornecer informações sobre o que aconteceu e sobre outros eventos adversos. A discussão e avaliação destes eventos será conduzida de forma ‘subterrânea’, criando, potencialmente, uma cultura de sigilo dentro da organização de saúde.



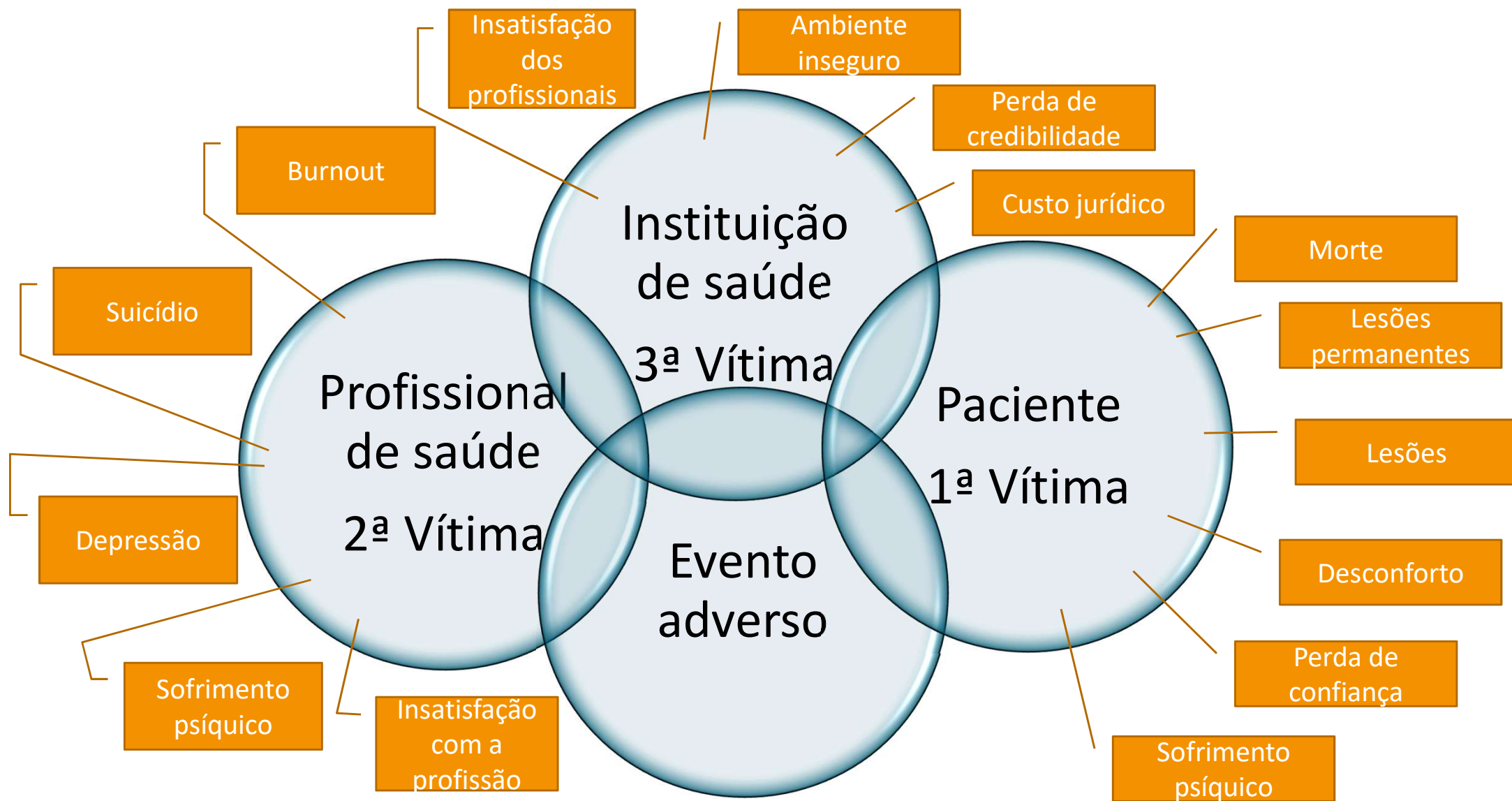
CULTURA PUNITIVA NO BRASIL



A EXPOSIÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS NA MÍDIA IMPRESSA, NAS MÍDIAS SOCIAIS E A JUDICIALIZAÇÃO INDUZEM O IMAGINÁRIO POPULAR A CONFUNDIR ERROS COM VIOLAÇÕES E CONTRIBUEM COM O AUMENTO DA INSEGURANÇA DO CUIDADO DE SAÚDE.

E, AINDA, PROMOVEM O EXERCÍCIO DA MEDICINA DEFENSIVA, COM O EMPREGO DE ESTRATÉGIAS PARA DIFICULTAR UM PROCESSO LITIGIOSO.

ESSA CULTURA PUNITIVA AFETA DIRETAMENTE A SAÚDE MENTAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE CONTRIBUINDO PARA AUMENTAR OS ÍNDICES DE BOURNOUT, DEPRESSÃO E SUICÍDIO.





Nas organizações de saúde os avanços tecnológicos, a complexidade da assistência, a preocupação com a saúde do profissional de saúde, demandam um novo olhar para a gestão em saúde.

Torna-se imperativo a implementação de programas e iniciativas para avaliar e buscar continuamente o cuidado ético, seguro e com qualidade.



OBRIGADA

 **Daniela Campos de Andrade Lourenção**

 **danielalourencao@usp.br**

 **Instagram: @danilourencao**

Referências

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.

Costa Isabelle Cristinne Pinto, Costa Solange Fátima Geraldo da, Andrade Cristiani Garrido de, Oliveira Regina Célia de, Abrão Fátima Maria da Silva, Silva Carlos Roberto Lyra da. Produção científica acerca de assédio moral em dissertações e teses no cenário brasileiro. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2015 Apr [cited 2019 Aug 28]; 49(2): 0267-0276

FOUCAULT, M. O Nascimento do Hospital. In: _____. Microfísica do poder. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

WHO, World Health Organization. World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: the concept framework for the International Classification for Patient Safety: final technic report. Genebra; 2009.

Lourenção DCA, Tronchin DMR. Análise fatorial confirmatória do questionário de atitudes de segurança/centro cirúrgico. Enferm. glob. [Internet]. 2019 [citado 2022 Abr 28]; 18(55): 195-245. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300007&lng=es. Epub 21-Oct-2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.334781>.

MENEZES, I. G. et al. Escala de clima organizacional para organizações de saúde: desenvolvimento e estrutura fatorial. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 26, n. 3, p. 305-316, 2009.

Kurcgant P, Massarollo MCKB e Rached CDA. Cultura e poder nas organizações de saúde. In: Gerenciamento em enfermagem. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem – teoria e prática. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

REASON, J. Human error: models and management. BMJ, v.320, n.7237, p.768– 770, 2000.

Silva MC, Peduzzi M, Sangaleti CT, Silva D, Agreli HF, West MA, et al. Adaptação transcultural e validação da escala de clima do trabalho em equipe. Rev Saude Publica. 2016;50:52.

VINCENT C. Segurança do paciente: orientação para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis Editora; 2009.