

ERGONOMIA COGNITIVA PARA A SEGURANÇA DO TRABALHADOR E PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UTI NEONATAL

Luciana de Simoni Martinez ⁽¹⁾ (luciana.martinez@iesb.edu.br), Nilda Florência da Silva ⁽¹⁾
(nilda.florêncio@gmail.com),

⁽¹⁾ IESB Centro Universitário (IESB); Departamento de Terapia Ocupacional

RESUMO:

Os primeiros 28 dias de vida de um recém-nascido, denominados período neonatal, concentram elevada demanda por internações em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs), sendo este o intervalo com maior incidência de óbitos infantis. Parte dessas ocorrências está relacionada a eventos adversos (EAs), frequentemente decorrentes de falhas humanas atribuídas à negligência, imperícia ou imprudência no exercício profissional. Nesse contexto, a gestão da saúde do trabalhador emerge como fator estratégico para a promoção da qualidade e da eficiência nos serviços de saúde. Este estudo tem como objetivo evidenciar a importância da aplicação da ergonomia cognitiva na gestão dos ambientes hospitalares, com foco na melhoria das condições de trabalho dos profissionais da saúde, visando à qualificação do cuidado e a segurança do neonato em UTINs. Para tanto, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com o intuito de analisar os impactos da ergonomia na segurança do paciente neonatal e destacar o papel do terapeuta ocupacional na saúde ocupacional como agente promotor de ambientes laborais mais seguros e funcionais.

PALAVRAS-CHAVE: ERGONOMIA COGNITIVA, SAÚDE DO TRABALHADOR, SEGURANÇA DO PACIENTE NEONATO.

1. INTRODUÇÃO

Em saúde, todos trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, devem assumir responsabilidade pela própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares. Para a promoção de estratégias de segurança do paciente na organização entende-se que a Cultura de Segurança seja implementada gerando um comportamento organizacional. A cultura deve priorizar a segurança acima de metas financeiras e operacionais; encorajar e recompensar a identificação, a notificação e a resolução dos problemas de segurança; a partir de ocorrências de incidentes, deve promover o aprendizado organizacional e proporcionar recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (Brasil, 2013).

A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos e tem como objetivo promover o acesso integral à saúde, acolhimento e resolutividade, priorizando ações que visem à redução da morbimortalidade neonatal

possibilitando o desenvolvimento saudável do recém-nascido e sua integração na família e sociedade (Brasil, 2012).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura, com o intuito de analisar os impactos da ergonomia na segurança do paciente neonatal em Unidades de Tratamento Intensivo e destacar o papel do terapeuta ocupacional na saúde ocupacional como agente promotor de ambientes laborais mais seguros e funcionais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Ergonomia Cognitiva

A ergonomia é uma ciência envolvida no projetar, construir ou equipar dispositivos mecânicos ou ambientes artificiais para atender às necessidades antropométricas, fisiológicas ou aos requisitos psicológicos das pessoas que os usarão (Bireme, 2025). O termo *ergonomia* é derivada da palavra grega *ergon* (trabalho) e *nomos* (regras), e pode ser aplicada por diferentes profissionais devido ao ser caráter interdisciplinar e pela sua natureza aplicada com finalidades específicas (Dul; Weerdmeester, 2012).

As mudanças ocorridas no ambiente de trabalho nos últimos anos, principalmente com a utilização da tecnologia em substituição à força física e inclusive à carga mental tem gerado mudanças comportamentais e operacionais na vida diária dos trabalhadores que impactam na saúde ocupacional dos mesmos. Diante disso, a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde do Trabalho NR-17, denominada “Ergonomia”, publicada pela Portaria n ° 3.214 em 08 de junho de 1978, que passou a vigorar com novas atualizações em 3 de janeiro de 2022 pela Portaria MTP n° 423 de 07 de outubro de 2021 (Brasil, 2021), tem como finalidade estabelecer parâmetros que possibilitem a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores.

A ergonomia pode ser dividida em três categorias: ergonomia física, ergonomia cognitiva e ergonomia organizacional. Com o advento da mecanização e automatização dos processos industriais as mãos passaram a ser substituídas pelo cérebro, pode-se dizer que se saiu da fase da “mão-de-obra” para a fase “cérebro-de-obra”, e em 1983 o professor e psicólogo americano Howard Gardner, após intensas pesquisas publicou o conceito ou teoria das inteligências múltiplas, atualmente

contabilizadas em 12 inteligências. Como a ergonomia cognitiva refere-se a processos mentais faz-se necessário considerar as inteligências, de forma a colocar a pessoa certa no lugar certo (Abrantes, 2011).

Sobre a luz da ergonomia cognitiva, que envolve fatores como percepção, memória, raciocínio e resposta motora (Abergo, 2022) a saúde do trabalhador pode ser analisada e gerida a fim de minimizar erros humanos que causem dano a própria saúde ou de terceiros. A ergonomia cognitiva tem origem na psicologia do trabalho, dedica-se basicamente à análise de problemas de índole profissional que decorrem da ação exercida por pessoas sobre outras pessoas ou máquinas, no sentido de lhe induzir uma determinada mudança (Pereira, 1983).

2.2. Saúde Ocupacional

O objetivo da saúde ocupacional é proteger a saúde, a segurança e o bem-estar dos profissionais e das pessoas no trabalho, através da prevenção primária e controle dos riscos ocupacionais, monitoramento da saúde dos profissionais em relação ao trabalho e comportamentos saudáveis e do bem-estar físico e mental dos profissionais. A saúde e segurança dos profissionais de saúde também são importantes para a qualidade do cuidado, segurança do paciente e para a prevenção de infecção nas unidades de saúde (Brasil, 2020).

Para a compreensão do erro no desempenho profissional, em especial, por aqueles que têm uma incidência grave, direta e imediata na vida das pessoas, a partir da década de 1970, desencadeou-se estudos científicos na área de ergonomia cognitiva que convergem em identificar, inventariar, analisar e classificar erros, bem como explicar a sua ocorrência, e estruturar estratégias de prevenção, remediação e recuperação de erros (Damião, 2007). A ergonomia é uma disciplina científica preocupada com a compreensão das interações entre humanos e outros elementos de um sistema.

2.3. Segurança do Paciente

Segundo Alves *et al.* (2020) o processo de construção e incentivo à segurança do paciente se dá de forma similar no cenário nacional e internacional, salientando que há cinco categorias que emergem nessa implantação, são elas: O profissional e a segurança do paciente; Comunicação e

Segurança do Paciente; Gestão de qualidade e segurança do paciente; Cultura de Segurança; e a Família e a Segurança do Paciente.

O tema “Segurança do Paciente” vem sendo introduzido no Brasil desde 2004, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), quando incorporou no escopo de atuação, as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial de Saúde (OMS), do qual o Brasil faz parte. Em parceria com o Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) e demais entes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVC) (Brasil, 2016).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n°. 36 de 25 de julho de 2013 estabelece a obrigatoriedade de implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) em serviços de saúde do país. Para cumprir com o regulamento os serviços de saúde devem notificar os eventos adversos (EA) relacionados à assistência ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). O registro é feito por meio do módulo Assistência à Saúde do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA). Entende-se por Segurança do Paciente a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde (Brasil, 2022).

3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica integrativa. Segundo de Sousa *et al.* (2017) a estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca bibliográfica (Santos; Pimenta; Nobre, 2007).

Como base para a pesquisa buscou-se na Biblioteca Virtual em Saúde o descritor: ergonomia. A partir dos artigos encontrados, filtrou-se os termos ergonomia, doenças profissionais, saúde do trabalhador, análise do desempenho de tarefas, local de trabalho e gestão da segurança.

Foram selecionados artigos publicados nos últimos 5 anos no idioma em português afim de retratarmos a realidade da saúde do trabalhador no Brasil. Foram encontrados 42 artigos, destes selecionou-se aqueles que tinham relação com a área da saúde e o ambiente hospitalar, foram selecionados 9 artigos. Dentre eles, 2 artigos de cunho teórico sobre ergonomia.

Na base de dados CAPES buscou-se para além de ergonomia os termos, neonato, segurança do paciente, engenharia de segurança em hospitais. Há falta de material unido os saberes em

ergonomia cognitiva aplicados à área de UTINs, terapia ocupacional e engenharia de segurança do trabalhador. Fez-se necessário a busca de conceitos em livros técnicos e teóricos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Ergonomia Cognitiva Aplicada à Saúde do Trabalhador em Contexto Hospitalar

Atualmente, muito se tem falado em ergonomia aplicada às melhorias na qualidade de vida para promoção e prevenção à saúde. Mas o que é realmente ergonomia e suas categorias e como de fato ela pode ajudar para promover a segurança do paciente?

A ergonomia hospitalar ou ergonomia no hospital nasceu da demanda evolutiva histórica da organização do trabalho neste ambiente. A noção de hospital evoluiu ao longo dos anos, de asilo para pobres para ser centro de atendimento para tratamento, ensino e pesquisa. O trabalho deixa de ser dispensado por ordens religiosas e passa a ser feito por profissionais que reivindicam melhoria na qualidade de vida e de trabalho. Neste cenário, a ergonomia surge para contribuir com a abordagem nas condições de trabalho. O histórico da ergonomia hospitalar divide-se em quatro fases (Martin; Gadbois, 2007):

- *Fase dos precursores*: antes da década de 70, inicia-se a humanização do hospital para chegar a uma melhora nas condições de vida dos profissionais de enfermagem;
- *Fase dos verdadeiros começos*: entre 1970-1980, os médicos preocupam-se com a medicina preventiva com ênfase na fisiologia, abordando os temas: o efeito do trabalho noturno em equipe fixa, as medições da força empregada para empurrar os carrinhos. E começa o interesse para incluir a atividade mental e o custo psíquico do trabalho;
- *Fase do florescimento das pesquisas científicas*: com o objetivo de melhorar o conhecimento do sistema hospitalar, aumentar a capacidade de análise dos atores por meio de formação, promover a reflexão sobre a relação entre serviços, levar em consideração as condições de trabalho;
- *Fase do apoio sindical*: em 1991, em Paris, ocorreu o Colóquio Internacional de Ergonomia Hospitalar, marcando o início de uma nova fase de reflexão. O resultado foi uma ampla abertura do meio hospitalar as perspectivas ergonômicas.

As funções mentais e/ou intelectuais quando apresentam capacidade diminuída ou prejudicada são denominadas como disfunções cognitivas que também podem ser descritas como

comprometimento cognitivo, comprometimento cognitivo leve, declínio cognitivo, deficiências cognitivas, deterioração mental, distúrbio neurocognitivo leve e transtorno neurocognitivo leve (Bireme, 2025).

A saúde do trabalhador em contexto hospitalar é exposta a riscos biológicos, físicos e químicos, bem como aspectos ambientais e sociais denominados como riscos psicossociais, que englobam fatores como a organização do trabalho e relações interpessoais, conteúdo do trabalho, volume do trabalho, conflitos, assédio, violência, estigma e discriminação (Brasil, 2020).

A exposição ininterrupta das situações estressantes pode ocasionar problemas psicológicos e comportamentais. Distúrbios cognitivos como dificuldade de concentração, memória e capacidade de decisão comprometem o desempenho profissional e se prolongados provocam o adoecimento do trabalhador gerando para as organizações consequências negativas como: diminuição de desempenho, absenteísmo e acidentes de trabalho, aumentando os custos organizacionais e reduzindo a competitividade. A cognição humana influencia e sofre influência dos processos laborais, e dependem de como a pessoa gerencia as situações de trabalho e as informações que recebe. Os processos psicológicos estão diretamente ligados ao processo de aprendizagem, sendo que alguns fatores influenciam nas estruturas perceptivas, como memória, emoção, atenção e motivação, eles dependem das condições internas e externas do ambiente em que se localiza o indivíduo afetando a maneira como o ser humano desenvolve seus processos (Kikuchi; Sales; Tarragô, 2013).

4.2. Cultura de Segurança e Gestão de Risco em contexto hospitalar de UTINs

A cultura de segurança configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização (Brasil, 2013, art. 4º, § V):

- a) 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;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional;
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança;

O setor hospitalar engloba diversos atores do sistema. A separação entre médicos e outros atores é acompanhado de um poder absoluto do corpo médico, e envolve também a parte jurídica e administrativa. Uma das condições de sucesso da intervenção do ergonomista engloba esse campo de forças e problemas em virtude do caráter duplamente original do objeto das atividades que estão no centro do trabalho hospitalar: *o ser humano enfermo* (Martin; Gadbois, 2007).

Na Figura 1, os autores ilustram que a cultura de segurança envolve diversos atores sociais, desde os responsáveis pela gestão até o destinatário final dos cuidados: o paciente. Diante disso, evidencia-se que todos os envolvidos desempenham um papel fundamental na promoção da segurança do paciente — incluindo o próprio paciente, os profissionais de saúde, os familiares e os cuidadores.

Figura 1. A cultura de segurança e os atores envolvidos



Fonte: Os autores (2025)

Gestão de risco é a aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e ventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (Brasil, 2013)

A gestão de erros no desempenho profissional associa-se ao conhecimento da cognição a fim de diminuir a margem de probabilidade de acontecimento de um incidente ou evento adverso. Os diversos tipos de erros – falhas (mistakes), lapsos (lapses) e atos falhos (slips) – não se podem associar

a priori a uma determinada gravidade, pois não necessariamente uma falha será mais grave que um ato falho, pois cada tipo de erro desencadeia um efeito de gravidade diferente (Damião, 2007).

Os erros ativos são atos inseguros cometidos por quem está em contato direto com o sistema; os erros latentes são atos ou ações evitáveis dentro do sistema, que surgem a partir da gestão. A troca de um medicamento durante a aplicação é um erro ativo, a falta de medicação no serviço é um erro latente (Brasil, 2014).

Diante de erros, instituições tendem a focar em quem os cometeu, em vez de entender suas causas. Para garantir um ambiente seguro, é essencial investir na capacitação dos profissionais, no trabalho colaborativo e na valorização das contribuições individuais. Muitos erros resultam de falhas nos processos, o que exige monitoramento contínuo, aprendizado com os incidentes e implementação de melhorias. O gerenciamento de riscos corretivos deve focar em ações eficazes após eventos adversos, visando prevenir recorrências e fortalecer a confiabilidade dos sistemas (Junior, 2021).

A gestão de segurança hospitalar envolve dois núcleos dentro da organização: o Núcleo de Segurança do Trabalhador e o Núcleo de Segurança do Paciente (*ver figura 2*). O primeiro segue a Portaria MTb n.º 3.214 (1978), que instituiu a NR4- Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho e o segundo respeita a Portaria do Ministério da Saúde n.º 529 (2013) que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Figura 2. Modelo de Composição do Núcleo de Segurança do Paciente em serviço de saúde.



Fonte: (ANVISA, 2016)

Existe uma frase popular que diz: “*Errar é humano, persistir no erro é tolice.*” Segundo, James Reason há um pressuposto que menciona que é impossível eliminar falhas humanas e técnicas, mas há mecanismo para evitar o erro e mitigar os eventos adversos. O modelo do *Queijo Suíço*, criado pelo Reason, conclui que quanto mais barreiras de proteção são implementadas, menor será o risco de ocorrer erros (Reason, 1990). Logo, a persistência no erro não quer dizer que seja ocasionado somente por disfunções cognitivas, mas pode ter influência da cultura organizacional e da rotina existente no sistema.

No Brasil, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), criada em 1999, é responsável por definir padrões de qualidade e segurança na saúde, com foco educativo e de melhoria contínua. A acreditação exige avaliações periódicas por Instituições Acreditadoras Credenciadas (IACs), conforme legislações como a Resolução da Anvisa nº 7 (Brasil, 2010) e a RDC nº 36 (Brasil, 2013), além de manuais específicos (JCI, Quantun, ONA) e certificações como a de Terapia Intensiva. As Normas Regulamentadoras NR-32 e NR-17 complementam esse processo. A NR-32 trata da segurança no trabalho em serviços de saúde, com ênfase nos riscos biológicos e na capacitação dos profissionais. Já a NR-17 exige a implementação da Análise Ergonômica do Trabalho (AET), essencial para identificar e reduzir riscos à saúde dos trabalhadores.

A integração com o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) e o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) visa garantir ambientes hospitalares mais seguros, saudáveis e adequados às demandas físicas, cognitivas e organizacionais. Nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs), o processo de acreditação exige atenção especial à estrutura física, manutenção preventiva, organização da assistência com protocolos clínicos, gestão de risco com foco na identificação mãe-filho, integração entre processos de apoio e assistenciais, além da medição de resultados por meio de indicadores como tempo de permanência, mortalidade ajustada e densidade de infecções (Andrade; Paragó, 2021).

Os fatores relacionados ao profissional englobam aspectos físicos, mentais e sociais que interferem na qualidade de vida no trabalho. A ergonomia cognitiva tem por objetivo reduzir o impacto nos processos mentais (ex: percepção, memória, raciocínio e outros) e emocionais que corroboram prejudicando a vida pessoal e profissional devido à carga mental utilizada para desempenhar uma função, tarefa ou atividade. A capacidade cognitiva sofrerá interferência de fatores pessoais, ambientais e sociais. Dentre um dos causadores de disfunção cognitiva, está o estresse, que pode ser gerado por pressão pela produtividade, incapacidade de atender as demandas, condições de trabalho desfavoráveis ou precárias, pressões financeiras, organizacionais ou morais, dentre outros fatores (De Castro Batista; Pereira; Ferreira; Silva *et al.*, 2018).

No cenário hospitalar para que ocorram mudanças em prol da melhoria da cultura de segurança se fazem necessárias seis grandes atitudes (Brasil 2014):

- É necessário mudar a busca de erros como falha individuais, para compreendê-los como causados por falhas do sistema;
- É necessário mudar de um ambiente punitivo para uma cultura justa;
- Mudar do sigilo para a transparência;
- O cuidado deve deixar de ser centrado no médico para ser centrado no paciente;
- Mudar os modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual e independente, para modelos de cuidado realizado por equipe profissional interdependente, colaborativo e interprofissional;
- A prestação de contas é universal e recíproca, e não do topo para a base.

4.3. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: da humanização à segurança do paciente

A mortalidade materna e neonatal é um sério problema de saúde pública que deve ser enfrentado por uma combinação de ações internas, dos serviços de saúde envolvidos e externas, dos reguladores do sistema de saúde, existem fragilidades na regulação dos riscos sanitários em Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal (SAON) e incerteza de como melhorar este processo (Pinheiro, 2021).

A Política Nacional de Humanização define:

“[...] humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.”
(Brasil, 2008)

Segundo a Portaria nº 930 de 2012 do Ministério da Saúde (Brasil, 2012) as UTINs devem cumprir os seguintes requisitos de Humanização: controle de ruído, controle de iluminação, climatização, iluminação natural para as novas unidades, garantia de livre acesso a mãe e pai, e permanência da mãe ou pai; garantia de visitar programadas dos familiares e garantia de informação da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia.

Segundo Alves *et al.* (2020) para a segurança do paciente em UTINs há a necessidade de mudanças culturais tanto referentes à segurança do paciente quanto a formação profissional que considerem a inserção da família no cuidado do bebê como auxiliar no controle e redução de iatrogenias, necessitando da promoção da assistência humanizada, em detrimento da figura de representatividade punitiva e de criticidade extrema às práticas assistenciais que hoje permeiam as crenças dos profissionais de saúde. Os autores ressaltam que há lacunas e carência de referencial científico sobre a temática da comunicação e segurança do paciente em UTINs.

4.4. O Terapeuta Ocupacional do Trabalho aplicada à UTINs

A Terapia Ocupacional é uma profissão cujo objeto de estudo é a atividade humana, tendo como atuação reabilitar ou readaptar a habilidade do indivíduo no contexto laborativo.

O terapeuta ocupacional é habilitado para desenvolver, junto ao trabalhador com algum tipo de incapacidade (temporária ou permanente), um projeto de retorno, adaptação ou recolocação

profissional. O treinamento ocupacional pode ocorrer no ambiente de trabalho, em casa ou em outros espaços relacionados ao contexto laboral, abrangendo aspectos psicomotores, cognitivos, lúdicos e socioculturais. Esses treinamentos visam prevenir lesões, promover saúde, melhorar funções corporais, estimular o autoconhecimento e fortalecer os vínculos interpessoais. O profissional que atua especificamente na saúde e segurança do trabalhador é denominado Terapeuta Ocupacional do Trabalho, e baseia sua prática na Política Nacional de Saúde do Trabalhador, na Ergonomia e na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Suas atribuições incluem ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação funcional no ambiente laboral (COFFITO, 2015).

O terapeuta ocupacional tem competência técnica Para avaliar condições de higiene, segurança e verificar se as normas do Ministério do Trabalho estão sendo cumpridas, para que o trabalhador não seja explorado ou tratado de forma sub-humana pelos seus empregadores (Rodrigues; Jahesch, 2009).

Em 2011, é instituída a Política Nacional de Segurança Saúde no Trabalho (PNSST) que tem por objetivo a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (Brasil, 2011).

Contudo, o terapeuta ocupacional do trabalho ainda não faz parte do corpo técnico do Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT-, embora os profissionais que atuam nesta área componham a equipe expandida deste serviço, seja como ergonomista ou como terapeuta ocupacional do trabalho. Na resolução nº459 do COFITTO de 2015, fica atribuído ao profissional desta área:

Elaborar, a partir da avaliação da capacidade e incapacidade dos trabalhadores, meios de intervenção, objetivando a garantia do máximo de desempenho e segurança em sua atividade ocupacional.

- a) Avaliar e intervir em ações voltadas aos processos de trabalho e gestão do trabalho, adequando o posto de trabalho por meio de prescrições, confecções e treinamento de adaptações e/ou uso de dispositivos de Tecnologia Assistiva;
- b) Promover o treinamento de memória, atenção, concentração, como objetivo de favorecer os processos de trabalho;
- c) Avaliar e restaurar a funcionalidade para o desempenho ocupacional tornando-a compatível com a atividade laboral no contexto da Terapia Ocupacional;

- d) Promover, junto ao trabalhador, ações de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) por meio de atividades de lazer auto expressivas, lúdicas, terapêuticas e de convivência (art. 9º da Resolução-COFFITOnº 383/2010);
- e) Desenvolver ações interdisciplinares em programas de preparação para aposentadoria, de acordo com a legislação vigente;
- f) Desenvolver atividades de matriciamento em saúde do trabalhador na especificidade da Terapia Ocupacional e em conteúdos interdisciplinares;
- g) Compor a equipe multiprofissional do Comitê de Ergonomia (COERGO);
- h) Compor a equipe multiprofissional do Programa de Readaptação-Habilitação-Reabilitação Profissional existente;
- i) Atuar como gestor, coordenador e promotor de cursos de capacitação, especialização e/ou aprimoramento na área de Saúde do Trabalhador.

A Ciência da Melhoria do Cuidado de Saúde, distingue três elementos chaves: o componente técnico da intervenção, a estratégia de implementação e o contexto no qual a intervenção é implementada. Há grande carência de pesquisas que apontem intervenções práticas capazes de promover melhoria e como implantá-las, embora haja estudos que apontem as principais falhas nas diversas fases da assistência obstétrica e neonatal que podem vir a contribuir para a ocorrência de eventos adversos. Aliado a esse fato evidencia-se a incipiência de publicações sobre a melhoria da qualidade de gestão da Vigilância Sanitária, em específico do risco sanitário. É fundamental que projetos tenham como objetivo fortalecer a aprendizagem organizacional, privilegiando a avaliação focada em resultados, mas preservando a busca por entender os mecanismos dos processos que resultam na efetividade das ações desenvolvidas e implantadas/ (Pinheiro, 2021).

5. CONCLUSÕES

A cultura de segurança hospitalar é um ecossistema complexo que envolve diversos atores institucionais, entre eles os Núcleos de Segurança do Trabalho e de Segurança do Paciente. Embora cada núcleo atue com públicos e abordagens distintas, ambos compartilham a missão central de promover a saúde e o bem-estar no ambiente hospitalar. A integração entre essas frentes fortalece a construção de espaços mais seguros, acolhedores e humanizados, beneficiando tanto os profissionais quanto os pacientes.

A presença de trabalhadores adoecidos no cuidado direto ao paciente representa um fator crítico, pois eleva os riscos operacionais e a probabilidade de eventos adversos. Ainda que persista a percepção equivocada de que investir em segurança do trabalho compromete a produtividade, evidências demonstram que o cuidado com a saúde ocupacional gera retornos significativos — tanto em termos humanos quanto financeiros. Essa mudança de paradigma tem impulsionado uma nova cultura organizacional, que reconhece o valor estratégico de cuidar de quem cuida.

Nesse cenário, os treinamentos voltados à saúde do trabalhador devem ser cuidadosamente planejados para garantir que não interfiram na qualidade da assistência prestada. Cabe à liderança institucional fomentar uma cultura de conscientização sobre a importância da ergonomia cognitiva, capaz de mitigar o estresse, a sobrecarga e o risco de Burnout. O terapeuta ocupacional do trabalho emerge como figura-chave nesse processo, ao desenvolver ações educativas que promovem ambientes laborais mais saudáveis e sustentáveis.

O presente estudo evidencia a relevância da cognição nas falhas humanas e reforça o papel essencial do terapeuta ocupacional na articulação entre saúde ocupacional e segurança do paciente. Ao integrar saberes e práticas, esse profissional contribui de forma decisiva para a consolidação de uma cultura de segurança robusta, abrindo caminhos para novas pesquisas e avanços nas práticas assistenciais.

6. REFERÊNCIAS

ABERGO, Associação Brasileira de Ergonomia e Fatores Humanos. **O que é Ergonomia?**, 2022. Disponível em: <https://www.abergo.org.br/o-que-%C3%A9-ergonomia>. Acesso em: 23 de abril de 2025.

ABRANTES, J. A ergonomia cognitiva e as inteligências múltiplas. **Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia-SEGeT, VIII. Anais... Resende-RJ: ABREPRO**, 2011.

ALVES, V. A.; MILBRATH, V. M.; DA SILVA NUNES, N. J.; GABATZ, R. I. B. Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa/Patient safety in a neonatal intensive care units: integrative review. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 19, 2020.

ANDRADE, R. P.; PARAGÓ, F. M. S. Acreditação hospitalar aplicada à UTI neonatal. In: NOBREGA, R. D. F.; HORIGOSHI, N. K., *et al* (Ed.). **Gestão em UTI Pediátrica e Neonatal**. São Paulo: Manole, 2021.

BIREME/OPAS/OMS. Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [online]. São Paulo, 2025. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=6956&filter=ths_termall&q=ergonomia. Acesso em: 6 ago 2025.

BRASIL Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, 150, n. 62, p. 43-44, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília: ANVISA, 2016.

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho-PNSST. **Diário Oficial da União**, 1, p. 9-10, 2011.

BRASIL. Incidentes relacionados à assistência à saúde Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, janeiro a dezembro de 2021. Brasília: ANVISA, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 7, De 24 De Fevereiro de 2010 - Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde ocupacional e segurança para profissionais de saúde no contexto da COVID-19. OPENWHO. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde; CRUZ, F. O. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Ministério da Saúde**, 2014.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n. 17: Ergonomia. Portaria/MTP n.º 423, de 07 de outubro de 2021.

BRASIL. **NORMA REGULAMENTADORA**, NR 4—Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. **Ministério do Trabalho e Emprego**, 1978.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 de julho de 2013. Seção 1, p. 36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 maio 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **RESOLUÇÃO COFFITO nº 459/2015** – Dispõe sobre as competências do terapeuta ocupacional na Saúde do Trabalhador, atuando em programas de estratégias inclusivas, de prevenção, proteção e recuperação da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, p.129-130, 2015.

DAMIÃO, M. H. Contribuições da ergonomia cognitiva para a compreensão do erro no desempenho profissional. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, p. 181-206, 2007.

DE CASTRO BATISTA, C.; PEREIRA, M. M. O.; FERREIRA, M. C.; SILVA, F. D. *et al.* Implementação de Um Sistema de Informação Gerencial na Esfera Municipal: Relação entre Ergonomia Cognitiva e Estresse no Trabalho. **Revista Gestão & Conexões**, 7, n. 1, p. 16-36, 2018.

DE SOUSA, L. M. M.; MARQUES-VIEIRA, C. M. A.; SEVERINO, S. S. P.; ANTUNES A. V. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. **Revista investigação em enfermagem**, 21, n. 2, p. 17-26, 2017.

DUL, Jan; WEERDMEESTER, Bernardo. Ergonomia Prática. São Paulo: Editora Blucher, 2012. Ebook. ISBN 9788521216124. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788521216124>. Acesso em: 8 ago. 2025.

JUNIOR, F. I. D. O. Qualidade e segurança: implementação de uma cultura. *In*: NOBREGA, R. D. F.; HORIGOSHI, N. K., *et al* (Ed.). **Gestão em UTI pediátrica e neonatal**. São Paulo: Manole, 2021.

KIKUCHI, L. S.; SALES, E. A.; TARRAGÔ, R. M. Enriquecimento cognitivo para desenvolvimento da inovação e do potencial humano. **SILVEIRA, MA et al. Inovação para desenvolvimento de organizações sustentáveis. Campinas, SP: CTI (Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer)**, p. 31-43, 2013.

MARTIN, C.; GADBOIS, C. A ergonomia no hospital. **Ergonomia. São Paulo, Brasil: Editora Blucher**, p. 519-534, 2007.

PEREIRA, O. G. Erro humano: uma conferência internacional. **Análise psicológica**, 3, n. 3, p. 309-326, 1983.

PINHEIRO, J. F. **Melhoria da qualidade na regulação dos riscos sanitários nos serviços de atenção obstétrica e neonatal**. 2021. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

REASON, J. **Human error**. Cambridge university press, 1990. 0521314194.

RODRIGUES, M. L.; JAHESCH, Z. M. O profissional de engenharia de segurança do trabalho e a prevenção de acidentes e doenças laborais. **Caderno de Administração**, 17, n. 2, p. 26-35, 2009.

SANTOS, C. M. D. C.; PIMENTA, C. A. D. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 15, p. 508-511, 2007.