

GERENCIAMENTO DE RISCO: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS EM DOIS HOSPITAIS DO SUL DE MINAS GERAIS, BRASIL

MANAGEMENT: PERCEPTION OF NURSES OF TWO HOSPITALS IN THE SOUTH OF THE STATE OF MINAS GERAIS, BRAZIL

GESTIÓN DE RIESGOS: PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS DE DOS HOSPITALES DEL SUR DE MINAS GERAIS, BRASIL

Cibele Leite Siqueira¹
Chayenne de Carvalho e Silva²
Jamille Keila Neves Teles²
Liliane Bauer Feldman³

¹ Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Doutoranda do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Professora titular da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais campus Poços de Caldas. Poços de Caldas, MG – Brasil.

² Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais campus Poços de Caldas. Poços de Caldas, MG – Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Ciência. Professora titular do Centro Universitário São Camilo. São Paulo, SP – Brasil

Autor Correspondente: Cibele Leite Siqueira. E-mail: ciblesiq@gmail.com
Submetido em: 14/07/2015 Aprovado em: 05/10/2015

RESUMO

O gerenciamento de risco vem sendo utilizado pelas organizações de saúde como um processo investigativo e técnico-científico para alcançar a qualidade da prestação de serviços e a segurança dos pacientes e dos profissionais de saúde. Este estudo objetivou compreender a percepção dos enfermeiros acerca do gerenciamento de risco hospitalar e analisar as dificuldades e facilidades encontradas. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de caráter exploratório, descritivo, com a participação de 29 enfermeiros assistenciais e gerenciais de dois hospitais de caráter privado e de grande porte localizado no interior de Minas Gerais. As entrevistas foram audiogravadas, utilizando-se roteiro semiestruturado. Os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, resultando em cinco categorias: deficiência na conceitualização do gerenciamento de risco, gerenciamento de risco qualificando a assistência, necessidade de mudança de cultura para operacionalização do gerenciamento de risco, o gerenciamento de risco percebido como notificação e os recursos humanos influenciando no gerenciamento de risco. Os resultados mostraram que os enfermeiros relacionam o gerenciamento de risco como ferramenta de qualidade e segurança na assistência ao paciente. Constatou-se que, mesmo havendo a comunicação dos eventos adversos, muitas vezes há subnotificação por falta de tempo no preenchimento dos formulários, sobrecarga de trabalho, medo da represália e punição mediante o erro. A sensibilização da equipe, os programas de educação permanente e o apoio diretivo são estratégias sugeridas para avançar nos processos de trabalho.

Palavras-chave: Gestão de Risco; Segurança do Paciente; Cuidados de Enfermagem; Assistência Hospitalar; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Risk management has been used by health organizations as an investigative, scientific and technical process to achieve service quality, as well as to guarantee patient and professional safety. This research aimed at identifying the perceptions of nurses regarding hospital risk management and analyse facilitators and barriers to the process. This was a qualitative descriptive and exploratory research. A total of 29 clinical and management nurses at two large private hospitals in south of Minas Gerais participated in the research. The semi structured interviews were recorded and their data submitted to content analysis that resulted in five categories: deficiency in the conceptualization of risk management; risk management qualifying care; need for culture change for the operationalization of risk management; risk management perceived as reporting; and influences of human resources on risk management processes. Results revealed that nurses consider risk management as an instrument to qualify patient safety. Another conclusion was that events were underreported due to lack of time to fill forms, work overload, fear of retaliation and punishment. Actions to raise staff's awareness, permanent education programmes and management support were strategies to develop work processes.

Keywords: Risk Management; Patient Safety; Nursing Care; Hospital Care; Quality of Health Care.

RESUMEN

La gestión de riesgos ha sido utilizada por las organizaciones de salud como un proceso investigativo y técnico-científico para lograr la calidad de la prestación de servicios y la seguridad de los pacientes y profesionales de la salud. Este estudio ha tenido como objetivo comprender la percepción de los enfermeros sobre la gestión de riesgos del hospital y analizar las dificultades y facilidades encontradas. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo, con la participación de 29 enfermeros de atención y gestión de 2 grandes hospitales privados de Minas Gerais. Las entrevistas fueron audio grabadas siguiendo un guión semiestructurado. Los datos fueron sometidos a la técnica de análisis de contenido que resultó en cinco categorías: deficiencia en la conceptualización de la gestión de riesgos, gestión de riesgos calificando la atención, cambio cultural necesario para llevar a cabo la gestión de riesgos, gestión de riesgos percibida como notificación y recursos humanos que influyen en la gestión

de riesgos. Los resultados han mostrado que los enfermeros relacionan la gestión de riesgos con una herramienta de la calidad y seguridad en la atención del paciente. Se ha observado que, incluso habiendo comunicación, muchas veces los eventos adversos no son informados debido a la falta de tiempo para completar formularios, a la sobrecarga de trabajo, al miedo a las represalias y al castigo por el error. La concienciación del personal, los programas de educación continua y el apoyo de la dirección son estrategias sugeridas para avanzar en los procesos de trabajo.

Palabras clave: *Gestión de Riesgos; Seguridad del Paciente; Atención de Enfermería; Atención Hospitalaria; Calidad de la Atención de Salud.*

INTRODUÇÃO

A qualidade na prestação de serviços em saúde tem sido amplamente discutida, com vistas a garantir e assegurar que o cuidado prestado proceda de forma eficiente, livre de erros e falhas e que estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos.¹

Para que o paciente receba uma assistência de excelência, é imperativa a aplicação do gerenciamento de risco (GR). Gerenciamento de risco é a aplicação sistemática de políticas de gestão, procedimentos, condutas e ações, para análise, avaliação, controle e monitoramento de risco e eventos adversos, de forma sistemática e contínua, que afetam a segurança, a saúde do paciente e, conseqüentemente, a imagem institucional.²

As ações a favor da segurança tiveram início na década de 90, após a publicação do relatório do *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América, que apresentou resultados críticos sobre a situação da assistência à saúde daquele país.³

No Brasil, o GR foi expandido em 2001 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no projeto Hospitais-Sentinelas. Seu objetivo foi elaborar estratégias para minimizar eventos adversos na prática clínica, na rede desses hospitais.^{4,5}

A partir daí, várias estratégias foram sendo construídas, tendo em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente implantado os Desafios Globais sobre a Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, a Segurança da Assistência Cirúrgica; e em 2014-2015, Enfrentando a Resistência Antimicrobiana.¹ Essa preocupação com a qualidade da assistência, processos e tecnologias utilizadas em serviços de saúde deixou de ser um privilégio e passou a ser um tema relevante e questão de primazia na agenda de diversas entidades, como da Organização Mundial da Saúde (OMS), em prol de ações voltadas para a segurança do paciente.³

Nos países desenvolvidos, os erros relacionados à assistência hospitalar ocorrem entre 5 e 15% das admissões hospitalares. As principais causas desses erros estão relacionadas a defeitos no sistema, ausência de barreiras de segurança eficazes e de processos padronizados, sobrecarga de trabalho e repetição de tarefas.⁶

Considera-se que o GR é a mola mestra para obter condições adequadas no quesito assistência e oferta de trabalho seguro. Para a implantação, são necessários a execução sistemática das estratégias de gestão organizacional, a integração de todos os processos de cuidado, o uso de melhores evidências, transparência, responsabilização, criação de cultura de segurança, sensibilização, atitude de reagir às mudanças e prevenir danos.^{2,7}

Assim, percebe-se a necessidade de estudos que possam aprofundar o tema, visto que se está a cada dia incorporando novas tecnologias e recursos em saúde. Desse modo, as ações nessa área têm se tornado mais complexas e passíveis de risco, que podem ocasionar erros, danos ou perda pessoal, material, moral, patrimonial e de prestígio organizacional. Destarte, a questão que norteou este estudo foi averiguar como o enfermeiro percebe o gerenciamento de risco hospitalar.

Para isso, foram traçados os seguintes objetivos: conhecer a percepção dos enfermeiros acerca do gerenciamento de risco e analisar as dificuldades e facilidades encontradas para a operacionalização do gerenciamento de risco hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo qualitativa, que se aplica ao estudo das relações, representações, crenças, percepções e opiniões de grupos pela interpretação que os seres humanos fazem a respeito de si mesmos e como sentem e pensam.⁸

O estudo foi realizado em dois hospitais. Um privado, de natureza filantrópica, de grande porte, com 159 leitos, nomeado pela letra A. O outro, também de grande porte, com 102 leitos, privado e acreditado nível 1 pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), nomeado pela letra B. Ambos são localizados na cidade de Poços de Caldas no sul de Minas Gerais. Optou-se em estudar duas realidades distintas, sendo um hospital que trabalha na lógica do Sistema Único de Saúde (SUS) e outro com saúde suplementar. Foram encaminhadas cartas de autorização às respectivas instituições de saúde.

A população foi constituída por enfermeiros em atividades gerenciais e assistenciais das respectivas instituições de saúde, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: enfermeiros com mais de seis meses de atuação, que estavam presentes no momento da pesquisa e que concordaram em participar do estudo mediante assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Previamente à coleta, os participantes foram informados via *e-mail* pelas enfermeiras responsáveis técnicas (RTs) das instituições sobre o objetivo do estudo, assim como da técnica de coleta de dados. As RTs disponibilizaram uma lista com os nomes, setores e horários de trabalho dos enfermeiros, sendo posteriormente utilizada para entrar em contato com os sujeitos.

A amostra constituiu-se de 16 enfermeiros do Hospital A e 13 do Hospital B, totalizando 29 enfermeiros. A coleta de dados foi feita no próprio local de trabalho dos participantes, nos meses de março e abril de 2015, de acordo com a disponibilidade.

Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada e foi efetuada somente uma entrevista com cada participante. Não houve perdas na composição da amostra; todos os sujeitos aceitaram participar do estudo. A entrevista foi composta de duas partes, sendo a primeira a descrição sociodemográfica e profissional dos sujeitos e a segunda parte, composta de questões claras e flexíveis sobre a percepção dos enfermeiros em relação ao GR hospitalar. As questões disparadoras foram: descreva como você percebe a auditoria em enfermagem e o que dificulta e o que facilita essa atividade. As entrevistas foram realizadas individualmente, em lugar escolhido pelo próprio profissional, dentro das dependências do hospital, proporcionando mais privacidade. A coleta de dados findou quando houve a saturação dos dados, que é a compreensão, por parte do pesquisador, sobre a lógica interna do grupo que está estudando⁸.

As falas dos participantes foram gravadas, sendo posteriormente transcritas pelas próprias pesquisadoras, garantindo o sigilo e a confidencialidade dos sujeitos. Os nomes dos participantes foram substituídos pelas letras E de enfermeiro seguida das letras A ou B correspondentes a cada hospital e o número em ordem crescente das entrevistas.

Os dados foram avaliados pela análise temática de conteúdo, com base no referencial teórico de Minayo, que permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. Foram cumpridas as etapas de pré-análise, exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados.⁸ Cabe salientar que um pré-teste foi feito no intuito de verificar a pertinência do instrumento, não sendo necessária sua reestruturação.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais sob o nº CAAE 38488214.4.0000.5137. As instituições de saúde autorizaram a coleta de dados e todos os participantes assinaram o TCLE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do hospital A quanto à faixa etária eram oito (47,05%) de 20 a 30, sete (41,17%) de 31 a 40 anos e um (5,88%) de 41 a 50 anos, predominando o sexo feminino (16=100%). Quanto às especializações cursadas, verificou-se que cinco (29,41%) profissionais possuíam especialização em alta complexidade e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), quatro (23,52%) em Oncologia, seguido por dois (11,76%) em Gestão Hospitalar, dois (11,76%) em Urgência e Emergência, dois (11,76%) em Cardiologia e dois (11,76%) em Neonatologia e Obstetrícia, um (5,88%) em Enfermagem do Trabalho,

um (5,88%) em Nefrologia, um (5,88%) em Programa de Saúde da Família, um (5,88%) em Auditoria, um (5,88%) em Cuidados Intensivos, e um (5,88%) em Controle de Infecção Hospitalar. Cabe ressaltar que alguns enfermeiros tinham mais de uma especialização. Destacou-se um (5,88%) sujeito com mestrado em qualidade de vida e desenvolvimento sustentável e um (5,88%) que não fez especialização.

Em relação ao tempo de formação, verificou-se que cinco (29,41%) enfermeiros formaram-se entre um e cinco anos, oito (47,05%) de cinco a 10, e três (17,64%) entre 10 e 15 anos.

No hospital B, quanto ao sexo, nove (69,23%) eram do sexo feminino e quatro (30,76%) do sexo masculino. Quanto à faixa etária, quatro enfermeiros (30,76%) tinham 20 a 30 anos, oito (61,53%) 31 a 40 anos e um (7,69%) 41 a 50 anos. Quanto à pós-graduação, cinco (38,45%) profissionais possuíam especialização em Alta Complexidade e UTI, dois (15,38%) em Urgência e Emergência, dois (15,38%) em Gestão Hospitalar, um (7,69%) em Centro Cirúrgico, Central de Material e Esterilização, um (7,69%) em Nefrologia, um (7,69%) em Oncologia, um (7,69%) em Cuidados Paliativos e um (7,69%) em Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Destaca-se um (7,69%) sujeito que está cursando a pós-graduação. Do mesmo modo que no hospital A, alguns enfermeiros tinham mais de uma especialização.

Em relação ao tempo de formação em Enfermagem, verificou-se que oito (61,53%) formaram-se há cinco anos, quatro (30,76%) entre cinco e 10 anos e um (7,69%) entre 10 e 15 anos.

Em ambas as instituições foram identificadas escalas de trabalho diária de 12 por 36 horas e de oito horas, variando a carga de trabalho semanal de 42 a 84 horas. Quatro enfermeiros tinham duplo vínculo empregatício tanto no Hospital A quanto no B.

Ao final da exploração do conteúdo das entrevistas, foram encontradas três categorias comuns aos dois hospitais: deficiência na conceituação do gerenciamento de risco, gerenciamento de risco qualificando a assistência e necessidade de mudança de cultura para operacionalização do gerenciamento de risco. Apreenderam-se no Hospital A duas categorias: o gerenciamento de risco percebido como notificação e recursos humanos influenciando no gerenciamento de risco.

DEFICIÊNCIA NA CONCEITUAÇÃO DO GERENCIAMENTO DE RISCO

Os sujeitos do estudo, quando indagados como percebem o GR na sua prática, não conseguem elaborar um conceito sobre o tema. Eles relacionavam o conceito de GR como ferramenta para melhoria da qualidade do trabalho, como meio para oferecer assistência segura e uma forma de barrar erros que são comuns, sem causar danos ao paciente e ao funcionário. Também foram exemplificados os riscos relacionados à assistência de en-

fermagem, sendo eles: flebite, queda, perda de dispositivos, úlcera por pressão, erro de medicação, alergia e broncoaspiração.

As falas a seguir confirmam essa ideia:

“O gerenciamento de risco é a gente, [...] manter um controle [...] dos cuidados [...] de todo o serviço que a gente presta pro paciente, pra que ele não sofra nenhum tipo de risco. No caso, os que a gente trabalha aqui na instituição, a gente gerencia o risco de queda, de flebite, de úlcera [...]” (EA3).

“O gerenciamento de risco eu vejo como uma ferramenta de qualidade aqui dentro da instituição, [...] que é capaz de gerenciar [...] vários riscos em todas as unidades, com o intuito, assim, de melhorar mesmo a qualidade da... da assistência ao (ao paciente) [...]” (EB12).

Esses relatos diferem do conceito apresentado na literatura, que define o GR como a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.^{9,10} Muitas vezes há equívoco entre o que se executa no gerenciamento da qualidade e no GR, necessitando de clareza conceitual e prática.

O conhecimento tem papel fundamental na assistência de enfermagem, pois ainda que o enfermeiro não tenha clareza no conceito, ele sabe que “gerenciar riscos... para o paciente não sofrer danos” é vital e isso é considerado um dinamizador das suas atividades no processo de trabalho. Assim, é necessário deter aprendizado e adotar atitude preventiva junto com a equipe, para a identificação de fatores potenciais de risco e fragilidades nos processos que contribuem para a ocorrência de incidentes⁹

Por ser o enfermeiro líder de sua equipe, ele é o elemento-chave com competência para coordenar e gerenciar todas as etapas do cuidado junto ao paciente e a gestão organizacional, ao mesmo tempo em que oferece credibilidade e engajamento ao programa de qualidade e de gerenciamento de risco. O programa de qualidade é direcionado para a resolução das não conformidades e busca da excelência, enquanto que o programa de segurança é focado na prevenção de riscos e minimização de danos.⁹ Ambos fazem o salvamento de vidas.

Na fala de EA6 há a percepção do GR como segurança da assistência para o paciente e funcionário.

“Eu acho que são as condutas que a gente toma pra poder fornecer pro paciente uma assistência segura, não só pro paciente, mas também pro funcionário, pra que tudo no hospital ocorra de uma forma a barrar erros” (EA6).

Em estudo realizado com enfermeiros do maior hospital da rede pública de Fortaleza-Ceará, observou-se que os enfermeiros conseguem identificar os principais riscos aos quais os pacientes sob seus cuidados estão expostos (físicos, químicos, assistenciais, clínicos e institucionais), que devem ser alvo de atenção. Essa atitude de identificação compartilhada dos riscos pode ser considerada o passo inicial para o estabelecimento da cultura de segurança.¹¹

Com a associação do conhecimento e as melhores práticas do GR, os enfermeiros poderão otimizar os processos do cuidado por barreiras implantadas e engajar a sua equipe para melhorar o desempenho no tocante aos aspectos da prevenção de danos que podem afetar o paciente, os colaboradores, o meio ambiente e a organização.

Percebeu-se nos discursos a preocupação com a existência do risco assistencial a que os pacientes estão sujeitos durante o cuidado de enfermagem. Porém, a maioria dos entrevistados desconhece os diferentes tipos de riscos. Os riscos a que os profissionais estão expostos são: profissional, ambiental, institucional, financeiro, social e que estão intimamente relacionados ao processo de trabalho e à responsabilidade civil do enfermeiro.⁹

Percebeu-se ainda que nenhum sujeito compreende a importância da sistematização das ações para o GR.

GERENCIAMENTO DE RISCO QUALIFICANDO A ASSISTÊNCIA

O GR representa uma das principais estratégias para identificar precocemente situações perigosas, além de fornecer o suporte e informações necessárias para a tomada de decisão com o foco na atitude assertiva e no desempenho seguro nos serviços.¹²

Nesse aspecto, o enfermeiro gestor se torna um agente facilitador e motivador na implantação de ações que visem ao alcance dos resultados e ao envolvimento de todos no processo, atuando de forma segura, qualificada e competente. Para atender a essas necessidades e expectativas, torna-se imperativo o estabelecimento de políticas de gestão, disponibilidade de recursos estruturais, planos de ação e comunicação eficaz.

Nessa categoria foi possível perceber, nos relatos, as mudanças ocorridas na atuação profissional, revelando mais facilidade para prestar assistência com qualidade, assim como adequação e melhoria dos processos após a implantação do GR.

“[...] Melhorou! A qualidade do serviço melhorou [...]” (ao falar da implementação do gerenciamento de risco) (EA1).

“[...] o benefício que a gente teve foi que a gente hoje consegue gerenciar nosso trabalho e a qualidade do nosso serviço prestado aos pacientes” (EB11).

A adoção de boas práticas e dos protocolos favorece a efetividade dos cuidados e a sistematização dos processos de saúde nas instituições hospitalares. Durante a pesquisa foi possível verificar que no hospital B existe preocupação da enfermagem em utilizar indicadores da assistência, protocolos padronizados e procedimentos sistematizados como importante instrumento gerencial e de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. Na admissão do paciente são identificados os riscos assistenciais, sendo o risco de queda, flebite, úlcera de pressão (UPP) e alergia representados por adesivos coloridos anexados ao prontuário do paciente e na cabeceira do leito.

"[...] Identificar é... No leito aqui ele tem risco de queda, lá no prontuário a gente tem esse caderno aqui, então a gente identifica" (EB2).

"[...] vejo só facilidade porque a gente tá sempre é identificando o risco de alergia, queda, os riscos assistenciais [...] identificados, fica mais fácil pra gente [...] prestar uma assistência segura pro paciente" (EB9).

Como expresso por EB2, outro estudo indica que o prontuário do paciente é um instrumento relevante para a comunicação e rastreamento de eventos adversos, possibilitando conhecer causas e traçar estratégias para preveni-los.¹³ Além disso, possibilita atuar de forma preventiva, eficiente e que visa à minimização da ocorrência de falhas, por meio de protocolos e procedimentos que garantam assistência de modo seguro em todas as etapas do cuidado.

Destaca-se que os indicadores citados foram criados por enfermeiros gestores de vários hospitais e publicado pelo Manual do Núcleo de Apoio a Gestão Hospitalar (NAGEH).¹⁴

A gestão de risco vem como um aliado das organizações de saúde, pois fornece subsídios para que os gestores tomem decisões necessárias para proporcionar um ambiente seguro aos usuários e aos profissionais da área e melhorar a assistência prestada.¹²

NECESSIDADE DE MUDANÇA DE CULTURA PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO GERENCIAMENTO DE RISCO

A cultura de segurança é definida como 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 administração de uma organização saudável e segura.¹⁵

Nessa categoria, percebeu-se que os enfermeiros entendem a cultura organizacional como um fator crítico, devido ao processo lento no que se refere à melhoria. As falas ainda denotam um paradigma de punição e ocultação do erro, devido

à preocupação com o fato de o registro poder ser usado contra o próprio profissional. Sabe-se que um ambiente organizado e livre da cultura punitiva garante o sucesso na assistência segura ao paciente.

"[...] é o processo identificado mesmo que é na verdade uma cultura organizacional onde a gente encontra essa dificuldade, mas que a gente não desiste, a gente tenta cada dia melhorar e modificar, não é? [...]" (EA2).

Os processos educativos, para prevenção e controle de erros, ainda precisam ser feitos de forma libertadora e participativa, deixando-os livres, sem opressão à comunicação, por meio de estratégias que valorizem a participação ativa, não apenas repassando protocolos e normas. Só assim pode ser possível a mudança de atitude dos profissionais.¹⁶

"[...] as pessoas ainda têm a cultura de que se ela fala, se ela conta, ela vai ser punida, não é? Então, a gente começa o trabalho. A hora que você começa a desenvolver o trabalho, aí às vezes dá uma queda, não é? [...]" (EA12).

EA12 percebe o GR ainda como punição, contrariando a nova cultura a ser adotada nas instituições de saúde.

Estudo realizado em dois hospitais de grande porte, localizados no estado de Minas Gerais e Rio de Janeiro, evidenciou que a cultura de segurança do paciente na amostra brasileira se apresenta como uma cultura punitiva frente à ocorrência de erros.¹⁵ Alcançar uma cultura de segurança requer desenvolvimento de valores, crenças e princípios, ou seja, normas que regem e revelam a empresa e como ela procede nesse âmbito.

O GR deve fazer parte da filosofia de gestão e, para isso, é necessário o estabelecimento de uma política administrativa eficaz, com o objetivo de formar líderes competentes e dar incentivo aos talentos, à excelência da qualidade, além de buscar a prevenção e segurança.⁹

As falas de EB6 e EB12 confirmam que a instituição tem uma filosofia que precisa de mudanças e sugerem que a sensibilização é um caminho.

"[...] a implantação fica um pouco mais dificultosa por causa da aceitação, não é? Porque tem muito profissional que já vem com uma mentalidade antiga [...]" (EB6).

"[...] Olha, o que dificulta na verdade eu acho que é a falta de sensibilização mesmo das pessoas, de entender o que é gerenciamento de risco, porque às vezes eles não notificam, [...]. Mais aí eu vou dedurar o funcionário, vou dedurar meu amigo, não é? Eu vou falar o erro do outro e não é isso. Então, acho que é isso que tem que colocar na

cabeça deles, não é apontar o erro do outro, fazendo uma notificação [...]” (EB12).

No Brasil, propostas relacionadas à segurança do paciente foram publicadas na Portaria n° 529/abril de 2013 do Ministério da Saúde, na qual foram definidas estratégias de implantação, a participação diretiva efetiva e o envolvimento do paciente na prevenção de incidentes.¹⁷

As instituições de saúde necessitam superar a tradicional cultura de culpa e castigo, incentivando o relato da notificação e o aprendizado por meio de falhas. Para atuar com qualidade é vital a avaliação dos serviços; e para a prevenção dos perigos, difundir para a equipe a importância em detectá-los, sendo este um dos meios para gerenciar os riscos.^{12,18}

OS GERENCIAMENTO DE RISCO PERCEBIDO COMO NOTIFICAÇÃO

A notificação é um importante instrumento de medida preventiva, estando diretamente relacionada ao GR, pois identificar e investigar o erro possibilita a realização de novos treinamentos para que as falhas não ocorram novamente.¹³

Os sistemas de notificação de incidentes, com foco na segurança do paciente, têm sido amplamente utilizados pelas instituições, objetivando a identificação e a análise consistente dos eventos adversos, além da divulgação de informações para promover ações educativas, a prevenção de riscos e minimização de danos com foco na segurança.

Durante a coleta de dados, foram identificadas sete unidades de registro que demonstram o GR como um instrumento de notificação e não como uma etapa essencial do GR.

Notificação é uma comunicação feita por profissionais, a fim de relatar o aparecimento de queixas técnicas e/ou eventos adversos relacionados a produtos ou medicamentos.¹⁹

“[...] as notificações [...] nós trabalhamos para melhorias, não é? Então, por exemplo, uma perda de sonda nasoentérica, a gente faz o gerenciamento de risco, uma medicação que não é administrada no paciente, um antibiótico que não é administrado, então nós fazemos a notificação [...]” (EA4).

[...] Tudo que você notifica tem uma melhora, tudo que você vê e não notifica... Se não se faz nada não tem como melhorar [...] Então, todo processo tem que ser catalogado, ele tem que ser notificado, então pra melhora [...]” (EB6).

Pelas falas de EA4 e EA6 é possível perceber forte associação da notificação com a melhoria da qualidade da assistência.

Estudo realizado num hospital de ensino do interior do estado de São Paulo constatou que os profissionais, em seus depoimentos, entendem a notificação de eventos adversos como um instrumento de auxílio à gestão do cuidado à saúde, na identificação do problema e na busca de alternativas para solucionar problemas relacionados à assistência.²⁰

A notificação consiste em um instrumento de trabalho padronizado na instituição que segue protocolos próprios de preenchimento e de ação diante do acontecido. Percebe-se nos discursos que, após a notificação, os formulários são encaminhados ao setor de comissão de gestão de risco e, em seguida, designada a educação continuada da equipe de enfermagem, com a finalidade de agregar novos conhecimentos e habilidades.

“[...] toda vez que a gente notifica um evento, a gente tem que fazer educação permanente, então, assim, nosso número de educação permanente aumenta muito mais, a gente tá cobrando muito mais dos técnicos [...]” (EA5).

Os registros de incidentes devem ser utilizados não apenas como meio de informação, mas como meio de assegurar aos profissionais da saúde, especialmente à equipe de enfermagem, um recurso de comunicação prático a respeito desses fatos inesperados e indesejados, possibilitando a exploração das situações, a construção de um banco de dados e a execução das modificações necessárias ou oportunas no processo da assistência.¹¹

OS RECURSOS HUMANOS INFLUENCIANDO NO GERENCIAMENTO DE RISCO

A percepção dos sujeitos do hospital A sobre o GR parece ter forte relação com o dimensionamento inadequado de pessoal de enfermagem e a alta rotatividade, e esses fatores interferem na sua operacionalização. EA6 demonstra claramente tal fato em sua fala.

“[...] dificulta ter que preencher o papel, porque aqui você vê que a gente trabalha em poucos enfermeiros, o setor aqui tem 42 pacientes e um enfermeiro. Então, pra ele parar o serviço dele pra preencher um papel, pra fazer uma notificação, às vezes as notificações passam batidas [...]” (EA6).

Os aspectos quantitativos dos profissionais de enfermagem nas instituições de saúde interferem diretamente na garantia da segurança dos procedimentos, na qualidade da assistência ao cliente, na continuidade da vigília e na atenção da equipe de enfermagem.²¹

Os achados deste estudo coincidem com estudo realizado em hospitais brasileiros em que os profissionais responsáveis

direta ou indiretamente com o cuidado do paciente afirmam lidar com cargas excessivas de trabalho e recursos humanos insuficientes em suas atividades laborais diárias.¹⁵

O dimensionamento incorreto da equipe de enfermagem é um dos fatores para a ocorrência das frequentes subnotificações de eventos adversos na instituição. Tal realidade prejudica a análise dos riscos e eventos ocorridos e a implantação de melhorias e compromete a efetividade dos cuidados de enfermagem e o seu gerenciamento de modo seguro.

Outro aspecto relevante mencionado pelos profissionais é a grande rotatividade de profissionais em curto período de tempo.

“As pessoas é... começam a notificar, aí muda muito a equipe... do ano passado pra esse ano é..., a nossa equipe de enfermagem mudou muito, não é? Assim, a rotatividade dos técnicos tem sido muito grande dentro do nosso hospital. Então, isso... descaracteriza um pouco o serviço” (EA12).

A rotatividade pode ser definida como o volume de pessoas que ingressam e saem da instituição ou quando esse processo ocorre internamente entre as unidades da instituição.²²

As causas da alta rotatividade do pessoal de enfermagem, segundo a literatura, ocorrem devido à baixa remuneração aplicada ou às condições de trabalho e elevado nível de estresse na instituição.²³ Não foi objeto deste estudo conhecer as causas da rotatividade de pessoal, porém percebeu-se que EA12 identifica a alta rotatividade como uma das dificuldades para a operacionalização do GR. A rotatividade traz graves efeitos negativos na assistência de enfermagem, comprometendo a qualidade da assistência. Cabe aos diretores diagnosticar o que provoca desvios para a rotatividade e criar meios de superá-la.

Destaca-se que os achados deste estudo limitaram-se à percepção do GR pelos enfermeiros lotados nas respectivas instituições, o que gerou impacto e possibilitou a tomada de decisões estratégicas. Entretanto, sugere-se a expansão do estudo com a realização de pesquisas futuras, inclusive em outras regiões, possibilitando ampliar a discussão na perspectiva de outros enfermeiros.

CONCLUSÃO

Neste estudo, foi possível conhecer como os enfermeiros percebem o GR em dois hospitais de Minas Gerais. O GR foi conceituado pelos enfermeiros de maneira equivocada, pois misturam o conceito de qualidade com o de segurança. Contudo, sabem que se trata de gerenciar riscos para o paciente não sofrer danos, o que serve como barreira para prevenir eventos adversos e é uma ferramenta estratégica, beneficiando o cuidado e o serviço prestado.

O GR vem sendo usado como um processo analítico, preventivo e normativo para melhorar o desempenho nas organizações de saúde e subsidiar a tomada de decisão por parte dos gestores, inclusive no monitoramento dos indicadores de enfermagem. Entretanto, a cultura do GR é vista como fator crítico oriundo do processo lento no tocante às melhorias estruturais e devido ao paradigma da punição, acusação do erro e subnotificações.

Observou-se que, mesmo havendo a comunicação dos eventos adversos, muitas vezes são subnotificados, por falta de tempo para preenchimento dos formulários, sobrecarga de trabalho, além do medo da represália por conta do erro.

Percebeu-se a interferência no GR gerado pela rotatividade e ou inadequação dos recursos humanos compatíveis com a complexidade do cuidado e ou mal dimensionados. Esses são fatores potenciais de risco para a ocorrência de incidentes e mortes preveníveis.

Evidencia-se a necessidade de refletir sobre o impacto do evento adverso no profissional, repensar a retenção dos talentos nos hospitais, analisar o custo das mortes gerado pela falta do GR efetivo, as falhas de comunicação e, sobretudo, da lentidão das respostas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União 25 nov 2011; Seção 1.B.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 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 25 jul 2013; Seção 1.
3. Silva AEB. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. Rev Eletrônica Enferm. 2010; 12(3):422. [Citado em 2015 maio 15]. Disponível em: www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/11885/7815
4. Costa VT, Meirelles BHS, Erdmann AL. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. Rev Latino-Am Enferm. 2013; 21(5):1-7. [Citado em 2015 maio 15]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1165.pdf
5. Roque KE, Melo ECP. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol. 2010; 13(4):607-19.
6. Torelly SEM, Santos HB. Eventos Adversos: por que temos que notificar? Porto Alegre: Hospital das Clínicas; 2014.
7. D’Innocenzo M, Feldman LB, Fazenda NRR, Helito RAB, Ruthes RM. Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. 2ª ed. São Paulo: Martinari; 2010. 208p.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 407p.
9. Feldman LB. Gestão de risco e segurança hospitalar. 2ª ed. São Paulo: Martinari; 2009. 392p.
10. Brasil. Associação Brasileira de Normas Técnicas ABNT. ISO NBR 31000 de 30 de novembro de 2009. Dispõe sobre Gestão de Riscos – Princípios e Diretrizes. São Paulo: ABNT; 2009.
11. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Rio de Janeiro. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2014; 18(1):122-9.

12. Lima RPM, Melleiro MM. Percepção da Equipe Multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos em um Hospital Universitário [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
 13. Leitão IMTA, Oliveira RM, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. *Rev Rene*. 2013; 14(6):1073-83.
 14. Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Manual de Indicadores de Enfermagem NAGEH 2012. 2ª ed. São Paulo: APM/CREMESP; 2012. 60p.
 15. Reis CT. A cultura de segurança do paciente em hospitais brasileiros. In: Anais do Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde - 2013. São Paulo: FGV; 2013.
 16. Sanhudo NF, Moreira MC, Carvalho V. Tendências da produção do conhecimento de enfermagem no controle de infecção em oncologia. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(2):402-10.
 17. 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* 02 abr 2013; Seção 1.
 18. Manzo BF, Ribeiro HCTC, Brito MJB, Alves M, Feldman LB. As implicações do processo de acreditação para os pacientes na perspectiva de profissionais de enfermagem. *Enfermería Global*. 2012; (25): 272-81.
 19. Brasil. Qualidade e segurança: eventos adversos. Curitiba, PR: Centro Integrado de Saúde Hospital Nossa Senhora das Graças; 2011.
 20. Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMCM. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014; 22(5):747-54.
 21. Brasil. Dimensionamento de pessoal. São Paulo, SP: Conselho Regional de Enfermagem; 2010.
 22. Ruiz PBO, Perroca MG, Jericó MC. Indicador de gestão de pessoas: análise dos desligamentos e da taxa de rotatividade da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UFPE*. 2015; 9(2):643-50.
 23. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Gallotti RMD. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(5):692-9.
-