

# Gerenciando riscos em um Hospital Universitário: desafios e possibilidades a partir de uma experiência setorial

Fernanda Mazzoni da Costa\*  
Rosângela Maria Greco\*\*

## RESUMO

O aprimoramento das formas de gestão dos serviços de saúde tem levado à busca pela qualidade. Nessa perspectiva surge o movimento de Acreditação Hospitalar que baseia-se na tríade estrutura-processos-resultado que inicia-se pelo gerenciamento dos riscos. Este estudo objetivou descrever e discutir as etapas de planejamento, implantação e avaliação do processo de mapeamento e gerenciamento de riscos em um dos setores assistenciais do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e foi desenvolvido através do método de pesquisa-ação onde construiu-se coletivamente com os trabalhadores do setor um processo de mapeamento e priorização dos riscos inerentes às atividades que envolviam o paciente, o trabalhador, a instituição e o meio ambiente e gerenciamento dos mesmos. Além do resultado direto na tentativa de redução destes riscos, foi possível inserir os trabalhadores nesta construção coletiva, instrumentalizando-os para a tomada de decisão e empoderando-os neste processo; contribuir para as reflexões acerca das estratégias de gerenciamento dos riscos nos demais setores do campo em que se insere e fornecer subsídios para reflexões em outras unidades de saúde na busca incansável por melhores resultados intervindo no processo saúde-doença do indivíduo, família e comunidade, traduzindo-se por satisfação e segurança do cidadão usuário do serviço de saúde, segurança para os profissionais, responsabilidade sócio-ambiental e racionalização do uso dos recursos materiais com conseqüente reflexo na imagem institucional.

**Palavras-chave:** Gestão de qualidade. Acreditação. Gerenciamento de segurança.

## 1 INTRODUÇÃO

É notório o aprimoramento na forma de gestão das empresas em atendimento a um mercado cada vez mais exigente no que tange à qualidade dos serviços prestados. A Fundação Nacional da Qualidade (2008) define o termo qualidade como atributo de uma organização que a torna apta a satisfazer as expectativas explícitas ou não dos clientes e outras partes interessadas.

Da mesma forma, com a evolução no campo da saúde, não basta mais que se preste assistência; é necessário, para além dos números de atendimentos, que haja qualidade na assistência prestada. A Organização Mundial de Saúde (1985) define a qualidade em saúde como o aperfeiçoamento profissional aliado ao uso eficiente dos recursos, garantia de segurança, satisfação dos usuários e impacto no resultado do processo melhorando as condições de saúde da população atendida.

Essa afirmação vem ao encontro do pensamento de Donabedian (1986) quando expressa a crença de que a finalidade dos sistemas de atenção à saúde é

oferecer o maior nível de qualidade ao menor custo de maneira igualitária ao maior número de pessoas que lhe for possível.

Mendes (2010), ao propor atenção oportuna, de forma eficiente, segura e efetiva como uma das condições para o pleno funcionamento das redes de atenção à saúde, chama a esta responsabilidade cada uma das organizações que as compõem, dado que toda rede é um sistema que se caracteriza pela interdependência de seus elementos.

Isso equivale a dizer que, para garantir o pleno funcionamento da rede, cada organização que presta serviços de saúde precisa se organizar de forma a prestar atenção oportuna, de forma eficiente, segura e efetiva. Para tanto, não seria o aprimoramento da gestão de cada uma destas organizações um dos caminhos? Neste sentido, delineia-se a necessidade de se superar a visão do hospital enquanto instituição caritativa, rótulo herdado de sua história de assistência aos enfermos pobres, e passar a entendê-lo como organização a ser administrada dentro da lógica empresarial, sem perder de vista as peculiaridades do ramo de serviços do mercado em que se insere.

\* Serviço de Enfermagem, Hospital Universitário, Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora, MG.

\*\* Departamento de Enfermagem Básica, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora, MG.

De acordo com Greco (2004), na área de saúde a inquietação com a qualidade não é algo recente. Novas são as propostas de sistematização e organização dos serviços a partir do movimento da qualidade. Concordando com essa afirmação, Nogueira (2008) relata que Florence Nightingale, enfermeira inglesa, que, em 1854, durante a Guerra da Criméia, implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde, demonstrou a importância de atividades de prestação de serviços de saúde comprometidas com a qualidade dos resultados.

Desde então a busca pela qualidade vem ganhando espaço nos serviços de saúde, mas foi incrementada a partir do advento dos processos judiciais por erro médico e da divulgação de falhas pelos meios de comunicação em massa. Nesse sentido destaca-se o livro *To err is human: building a safer health system*, de Kohn, Corrigan e Donaldson (2003) publicado nos Estados Unidos pela primeira vez no ano 2000, informando a população leiga sobre a possibilidade de erros na assistência.

Neste contexto, cabe retornarmos ao objetivo principal dos serviços de saúde que é a recuperação, promoção e prevenção da saúde do indivíduo e da família. Nogueira (2008) ressalta que toda formação do profissional da saúde é orientada no sentido de evitar danos às pessoas, desde a busca pela restauração da saúde do paciente até a melhoria de suas condições de vida. Sendo assim, as ações desenvolvidas por milhares de profissionais que atuam no campo da saúde estão intimamente ligadas à busca pela qualidade.

Embora a história tenha revelado que diversos programas estatais brasileiros já venham de longa data estimulando as instituições públicas na busca pela qualidade, o reconhecimento desta necessidade vem mais concretamente sendo expresso pelas instituições de saúde da rede privada que tem se adequando a esta nova realidade aderindo aos programas de qualidade para excelência na assistência.

Para os serviços privados, a qualidade representa um diferencial no mercado já que lhes confere uma competitividade direta, tornando-se óbvia a sua aplicabilidade para a sobrevivência da empresa.

Por outro lado, atualmente tem-se assistido a uma crescente busca pela qualidade também nas instituições públicas de saúde que, para além da rentabilidade do serviço, tem se engajado cada vez mais na busca da assistência de qualidade aos usuários do sistema, motivadas, em parte, pelos esforços governamentais na disponibilização de investimentos atrelados a metas que permitam o desenvolvimento da gestão hospitalar, levando em conta, além do cumprimento do quantitativo de procedimentos

hospitalares e ambulatoriais, a contratualização de metas qualitativas.

É neste sentido de melhorar a gestão que vêm trabalhando, por exemplo, o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (PROHOSP) através da associação entre metas quantitativas e qualitativas (MINAS GERAIS, 2007), o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) (BRASIL, 2010) e, de uma maneira mais abrangente para qualquer serviço público, o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GESPÚBLICA) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BRASIL, 2005).

Para Almeida (2001) as políticas voltadas para a qualidade no setor privado referem-se a metas competitivas, no sentido da obtenção, manutenção e expansão de mercado. No público a meta é a excelência no atendimento a todos os cidadãos que pagam os serviços pela via do imposto, sem qualquer simetria entre a qualidade e a quantidade do serviço recebido e o valor do tributo.

Neste sentido, é importante lembrar quem são os clientes do serviço público de saúde. Enquanto no serviço privado o cliente é quem permite a geração do lucro e, portanto, todos os esforços devem ser empreendidos para fidelizá-lo; no serviço público o atendimento ao cliente deve pautar-se na analogia de que o cidadão enquanto mantenedor pela via da carga tributária de todo o custeio e investimentos de recursos humanos e materiais nos serviços públicos, pode ser comparado ao sócio da empresa e, para ele, cabem todos os esforços na qualidade do atendimento (BRASIL, 2009).

Silva (1998) ressalta a importância da qualidade não somente pelo impacto no resultado, mas como fator dignificante do processo de produção e consumo, onde o “fazer bem feito” é considerado um ato de autorespeito.

Analisando essa questão, Porter e Teisberg (2007) acreditam que a competição no sistema de saúde deve se pautar em resultados que melhorem o atendimento e a saúde dos usuários; e, Almeida (2001) afirma que com a transformação da gestão no setor público será possível solucionar questões que há muito tempo vêm comprometendo seu desempenho.

Nessa perspectiva é que surge o movimento de Acreditação Hospitalar em 1952 nos Estados Unidos através da Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAHO). Na América Latina essa reflexão se inicia em 1989 quando a Organização Mundial de Saúde aborda o tema da Qualidade da Assistência junto a trinta países que concluem que a acreditação é o instrumento necessário para desencadear o pro-

cesso de busca pela qualidade nos serviços de saúde (FELDMAN, 2004).

Ainda segundo essa autora é a partir dessas discussões que, em 1991, foi publicado o manual denominado *La Garantia de Calidad para América Latina y el Caribe* que ficou conhecido como o primeiro instrumento de avaliação para acreditação na América Latina e fomentou os debates no Brasil que culminaram em 1999 na criação da Organização Nacional de Acreditação, órgão que regulamenta o processo e credencia empresas avaliadoras da qualidade dos serviços de saúde brasileiros.

O Sistema Brasileiro de Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação foi reconhecido pelo Ministério da Saúde através de convênio firmado pela Portaria nº. 538, de 17 de abril de 2001 (BRASIL, 2001). Já a Agência Nacional de Vigilância Sanitária oficializa seu apoio à Organização Nacional de Acreditação através da Resolução/ANVISA nº 921, de maio de 2002 que define o processo de Acreditação como sendo uma forma de padronização, racionalização e organização dos serviços de saúde, voltada, principalmente, para a educação permanente e que ocorre através da avaliação voluntária e periódica da instituição por meio de padrões previamente estabelecidos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002).

A instituição de saúde que deseja passar pelo processo de Acreditação solicita um diagnóstico inicial de uma das Instituições Acreditoras reconhecidas pela Organização Nacional de Acreditação. A partir desse diagnóstico será emitido um relatório para adequação aos padrões mínimos para certificação em cada nível de acordo com o Manual de Acreditação, instrumento destinado a nortear a avaliação. Após a adequação a esses requisitos, a instituição solicitante faz o requerimento de nova avaliação da Instituição Acreditoradora, que poderá ou não emitir o certificado.

Essa metodologia da avaliação vem ao encontro do modelo de análise proposto por Donabedian (1986) que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: input-processo-output, conforme esclarecem Malik e Schiesari (1998).

Para Feldman (2004) a teoria de Donabedian (1986) é referência. Essa teoria afirma que a qualidade em saúde baseia-se na sistematização do conhecimento das organizações através de três fatores: estrutura, definida como a disponibilidade de recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência segura à saúde; processo, definido como as atividades executadas pelos profissionais de saúde e pacientes a partir de padrões pré-determinados; e, por fim, resultado, produto final da assistência pres-

tada a partir da avaliação da satisfação de padrões e expectativas.

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, composto de seções e subseções que contemplam todos os setores da instituição de saúde, segue os mesmos princípios propostos por Donabedian (1986), distribuindo em níveis interrelacionados de complexidade crescente o grau de qualidade exibido pelos diversos serviços de assistência à saúde.

Cada subseção descreve os padrões necessários para a certificação em cada nível. O Nível 1, referente à estrutura tem como princípio a segurança para o paciente, o profissional, o meio ambiente e a instituição de saúde; o Nível 2 diz respeito aos processos e tem como princípio a organização de todas as atividades executadas na instituição; e, por fim, o Nível 3 refere-se aos resultados e tem como princípio a existência de práticas de gestão e qualidade. A Instituição que for capaz de atender aos requisitos do Nível 1 será considerada “Acreditada”, do Nível 2 “Acreditada Plena” e do Nível 3 “Acreditada com Excelência” (BRASIL, 2002).

Partindo dessas reflexões é que o Hospital Universitário de Juiz de Fora iniciou sua busca pela qualidade com um projeto realizado em três setores de sua Unidade Ambulatorial através de uma empresa regional de consultoria em qualidade que trabalha a proposta de implementação do sistema de gestão da qualidade tendo por base o programa 5S – um programa criado no Japão após a segunda guerra mundial e que estimula a prática de cinco princípios que, em japonês, começam com S: utilidade, organização, limpeza, saúde e autodisciplina. Após os resultados observados nesses setores, o gestor em exercício optou pela expansão do projeto para as demais unidades da instituição.

Vindo ao encontro das expectativas do nascente Núcleo de Gestão da Qualidade integrado por trabalhadores de setores entendidos como estratégicos para a implantação de um sistema de gestão da qualidade, o Programa de Melhoria e Fortalecimento da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde (PROHOSP), que tem como uma de suas metas o desenvolvimento da gestão hospitalar, propôs-se em 2009 a subsidiar o Processo de Acreditação em hospitais públicos de Minas Gerais, entre eles o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Assim sendo, foi realizado em setembro de 2009 um diagnóstico por uma Instituição Acreditoradora seguido da emissão de um relatório visando nortear a busca pela adequação da instituição aos padrões mínimos de segurança exigidos pela Organização Nacional de Acreditação o que, necessariamente,

perpassa pelo mapeamento e gerenciamento de seus riscos.

Diante do exposto, este estudo objetivou descrever e discutir as etapas de planejamento, implantação e avaliação do processo de mapeamento e gerenciamento de riscos em um dos setores assistenciais do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF); proposta justificada pela necessidade enfrentada pela referida instituição em desenvolver estratégias para conhecer e gerenciar os riscos existentes em toda a organização, o que pôde ser facilitado a partir das reflexões geradas por esta experiência setorial.

O gerenciamento dos riscos, enquanto estratégia para o desenvolvimento de práticas assistenciais seguras, vem fortalecer a proposta do Sistema Único de Saúde, uma vez que esta é uma política pública que vem buscando a garantia do acesso do cidadão usuário do sistema de saúde à serviços de qualidade.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi desenvolvido através do método de pesquisa-ação do processo de planejamento, implantação e avaliação do mapeamento e gerenciamento de riscos de um dos setores assistenciais do Hospital Universitário da UFJF.

Segundo Minayo (2010) citando Thiollent (1986), este método de pesquisa é uma forma de investigação social realizada em base empírica a partir de uma relação estreita com uma ação para solução de um problema coletivo na qual os pesquisadores e os envolvidos na situação trabalham de modo cooperativo.

Para Richardson (2003) na pesquisa-ação a função principal do pesquisador é levar o grupo envolvido com o processo pesquisado a refletir, agir e avaliar suas ações. Sendo assim, o pesquisador se responsabiliza não somente por gerar conhecimento, mas por aplicá-lo e estimular sua prática, o que lhe confere importante aspecto social.

Este tipo de pesquisa é uma das formas de investigação-ação, onde busca-se aprimorar a prática através de ciclos de ação em campo e estudos sistemáticos sobre esta ação em que o trabalho do pesquisador é planejar, implementar, descrever e avaliar a mudança para aperfeiçoar a prática, sendo que este processo permite aprender mais tanto sobre a prática quanto sobre a própria investigação (TRIPP, 2005).

O Hospital Universitário da UFJF é uma instituição de saúde de ensino federal que representa um equipamento de saúde de referência na macrorregião de Minas Gerais dividido em uma unidade hospitalar e uma ambulatorial em cuja estrutura se

insere o cenário deste estudo. Possui 16 leitos e uma sala de emergências, destinados à realização de pulsoterapias em usuários encaminhados por diversas especialidades, notadamente doenças infectoparasitárias, pneumologia, reumatologia, gastroenterologia, neurologia; pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte; procedimentos de pequeno e médio porte, notadamente de gastroenterologia e dermatologia e suporte às urgências e emergências no âmbito da unidade ambulatorial.

Para tanto, o setor conta com uma equipe composta atualmente por dois médicos plantonistas, dois enfermeiros assistenciais, três técnicos de enfermagem, uma recepcionista e um responsável pelos serviços gerais, sendo os três primeiros distribuídos em escala de meio turno (7 às 13 horas e 13 às 19 horas) e os últimos cumprindo a carga de turno integral (7 às 17 horas), todos de segunda a sexta-feira, conforme o funcionamento da unidade ambulatorial que opera nos dias úteis, de 7 às 19 horas.

A autorização para a realização do estudo foi solicitada aos diretores por ocasião do envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFJF conforme a rotina estabelecida pela própria instituição.

O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em relação à Resolução CNS nº 196/96 e aprovado em 22 de fevereiro de 2010 sob o nº 0168/2010, tendo a coleta de dados se iniciado no dia 12 de março de 2010 e se estendido até o dia 17 de março de 2010.

Os sujeitos do estudo foram todos os trabalhadores do setor que estavam presentes no período de realização da pesquisa e que aceitaram participar do trabalho, sendo essa participação estritamente voluntária e condicionada à leitura. Foram oferecidos esclarecimentos pertinentes e adesão ao termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado de acordo com as normas do Conselho Nacional de Pesquisa em Humanos (Resolução nº 196/96) e baseado no modelo disponibilizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFJF.

Todos os trabalhadores concordaram em participar e as entrevistas foram realizadas no próprio setor nos momentos de pausa do serviço. Foram excluídos um dos médicos por ser novato na unidade e o funcionário responsável pelos serviços gerais por estar em período de férias no momento da coleta dos dados.

Para a coleta dos dados em campo foram utilizadas planilhas elaboradas a partir de modelos já utilizados pelos serviços de gestão da qualidade de outras instituições de saúde no mapeamento e gerenciamento dos seus riscos e um diário de pesquisa que incluiu,

conforme sugestão de Hughes (2000) citado por Richardson (2003), o resumo dos acontecimentos do dia, conversações, discussões, observações, pensamentos, planos etc. Esse diário foi utilizado para posterior análise e construção das reflexões deste estudo que foram pautadas na literatura de referência no assunto. Esses instrumentos ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável por um período de cinco anos.

Para a análise do conteúdo foram utilizadas as fases apontadas por Triviños (2009): pré-análise, em que se organiza o material; descrição analítica, na qual o material é submetido a um meticuloso estudo a partir das hipóteses e referenciais teóricos e, finalmente, a fase de interpretação referencial, em que a reflexão baseada nos materiais empíricos estabelece relações aprofundando a conexão das ideias chegando, por vezes, às propostas de transformação.

Inicialmente foi proposto que os documentos e as reflexões fossem construídos a partir de reuniões com a equipe, mas em virtude de a unidade ter dois turnos de trabalho e da impossibilidade de se ausentarem ao mesmo tempo todos os trabalhadores da equipe para a realização de tais reuniões, tornou-se inviável esse plano e optou-se pela confecção pela própria pesquisadora do esboço dos documentos necessários que foram apresentados a cada funcionário individualmente para apreciação e construção do presente estudo.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Florence e Calil (2005) o gerenciamento de riscos deve ser estruturado a partir da identificação dos perigos inerentes à atividade e suas causas, considerando a gravidade do possível dano, frequência da ocorrência de cada risco, avaliação da necessidade de medidas para o controle do risco e elaboração das mesmas quando necessárias e, finalmente, análise dos resultados obtidos nessa estratégia.

Todavia, partiu-se do mapeamento do processo principal, ou seja, aquele que descreve o principal produto que o setor gera, visto que, estando descrito o processo mais fácil torna-se visualizar o risco inerente a ele.

Assim sendo, através do exame do funcionamento do setor foi estruturada pela própria pesquisadora uma planilha que esboçava a cadeia cliente-fornecedor, onde estavam descritos todos os fornecedores de medicamentos, materiais e serviços, bem como todos os clientes dos produtos gerados neste setor. A partir daí extraiu-se os produtos gerados no setor para a confecção de uma segunda planilha de descrição do processo de produção dos mesmos, a fim de que os

riscos inerentes a cada etapa do processo pudessem ser melhores visualizados. Tais planilhas foram elaboradas a partir de modelos já utilizados pelos serviços de gestão da qualidade de outras instituições de saúde (ALMEIDA, 2009).

Esses esboços foram submetidos a cada funcionário do setor para apreciação e após cada sugestão a planilha era reapresentada até que se encontrou um consenso, sendo considerados produtos finalísticos do setor a internação de curta permanência, o ensino e a pesquisa, dado tratar-se de um hospital de ensino cuja missão, norteadora de todo o seu planejamento estratégico, é “Formar recursos humanos, gerar conhecimentos e prestar assistência de qualidade na área de saúde à comunidade e região” (SILVA; CRUZ, 2009. p. 57).

A partir de então, cada funcionário foi questionado acerca dos riscos que percebia em relação aos pacientes, aos profissionais, à instituição e ao meio ambiente. Os trabalhadores sugeriram que fosse acrescentada a essa lista os riscos no campo do ensino e da pesquisa.

Cabe ressaltar, porém, que os trabalhadores encontraram dificuldades em identificar os riscos que não fossem relacionados aos pacientes. Portanto, deve-se pensar em compartilhar essa tarefa com outros setores, tais como o serviço de saúde e medicina do trabalho para mapeamento dos riscos relacionados aos trabalhadores, a comissão de gerenciamento dos resíduos de saúde para mapeamento dos riscos ao meio ambiente e a administração hospitalar para mapeamento dos riscos à instituição. De fato, essa parece estar sendo a estratégia adotada por diversas instituições de saúde que vêm trabalhando o gerenciamento de riscos.

Foram listados dez riscos no setor, todos refletindo diretamente na segurança do cidadão usuário do serviço e no respaldo legal do profissional e da instituição. Destes, apenas um envolveu riscos ao meio ambiente.

Os riscos elencados foram: ausência de critérios claramente estabelecidos para o agendamento dos procedimentos a serem realizados no setor; demora no tempo demandado para a dispensação de determinados medicamentos pela farmácia; falha no controle formal de validade e funcionamento de materiais, medicamentos e equipamentos do setor; ausência de um protocolo formal de transferência de pacientes das outras unidades para o setor; carência de capacitações sistemáticas para os trabalhadores do setor; ausência de um fluxo formalmente descrito de atendimento às urgências e emergências; falha no registro multiprofissional da evolução do paciente; falta de indicadores de apoio à gestão; alta rotativi-

dade dos trabalhadores e descarte inadequado dos resíduos.

Florence e Calil (2005) recomendam que essa lista não seja considerada terminada, pois sempre podem existir perigos ainda não identificados pela equipe, o que obriga a uma revisão periódica desse elenco. Além disso, existem riscos que podem ser totalmente exterminados e não precisarão mais constar na lista de riscos a serem gerenciados.

A seguir foi atribuído um valor entre 1 e 4 para a frequência e para a gravidade de cada risco listado, tendo sido esses valores aplicados em uma matriz de priorização em que se multiplica o valor da frequência pelo da gravidade, encontrando-se o valor que será utilizado na priorização das ações onde quanto maior o valor, mais urgente a ação. Isso porque o receio do possível dano deve ser proporcional não apenas à sua gravidade, mas também à probabilidade de que ocorra. Esta matriz de priorização foi escolhida em razão da sua simplicidade de operação, mas a literatura oferece uma gama de ferramentas que podem ser utilizadas para o mesmo fim.

Foram encontrados quatro riscos em que o processo de priorização aconselha uma solução urgente: falha no controle formal de validade e funcionamento de materiais, medicamentos e equipamentos do setor; ausência de um protocolo formal de transferência de pacientes das outras unidades para o setor; carência de capacitações sistemáticas para os trabalhadores do setor; ausência de um fluxo formalmente descrito de atendimento às urgências e emergências.

Segundo Florence e Calil (2005), a ISO 14971:2000 orienta que o risco deve ser reduzido ao menor nível possível através do seu gerenciamento. Assim sendo, através de sugestões da própria equipe, chegou-se às propostas de gerenciamento que foram documentadas em um plano de ação adaptado da planilha conhecida como 5W2H contendo os campos “O que fazer”, “Como fazer”, “Quem fará”, “Até quando fazer”.

Para sanar a falha no controle formal da validade e funcionamento de materiais, medicamentos e equipamentos do setor, foi proposto o estabelecimento de listas de verificação de validade dos materiais e medicamentos e testes diários de funcionamento dos equipamentos de urgência; além do estabelecimento de um plano de contingência para os mesmos e a solicitação ao serviço de engenharia clínica do estabelecimento de um plano de manutenção preventiva para os equipamentos.

Com relação à ausência de um protocolo de transferência de pacientes das outras unidades para

o setor foi proposta a elaboração de um protocolo multidisciplinar e intersetorial para tal fim.

Quanto à carência de capacitações sistemáticas no setor, foi proposto o estabelecimento de uma metodologia formal para análise da necessidade de capacitações e implementação das mesmas.

Por fim, como proposta para solução da ausência de um fluxo formalmente descrito de atendimento às urgências e emergências, foi sugerida a elaboração multidisciplinar de um fluxo que contemple profissionais, medicamentos e equipamentos e treinamento de toda a equipe no fluxo estabelecido.

## 4 CONCLUSÃO

A partir da proposta de mapeamento e gerenciamento dos riscos de um dos setores assistenciais do Hospital Universitário da UFJF, foi desenvolvido um processo de construção coletiva com os trabalhadores do setor que permitiu mapear o processo principal do serviço, descrever sua cadeia cliente-fornecedor e identificar dez riscos inerentes às atividades que envolviam o paciente, o trabalhador, a instituição e o meio ambiente.

Destes, foram encontrados quatro riscos em que o processo de priorização aconselha uma solução urgente e para tais riscos foram discutidas propostas e elaborado um plano de ação para nortear os trabalhos necessários para sua redução.

O plano de ação gerado poderá ser utilizado pelo setor na tentativa de minimizar seus riscos identificados neste momento e todo o processo poderá servir de base para o aprimoramento e constante revisão das planilhas para identificação de novos riscos promovendo ciclos de melhoria nos processos que possibilitem uma assistência mais segura para todos os envolvidos.

Além do resultado direto na tentativa de redução destes riscos, com o desenvolvimento deste estudo foi possível inserir os trabalhadores nesta construção instrumentalizando-os para a tomada de decisão e empoderando-os neste processo.

Entretanto, pode-se perceber que, apesar da colaboração dos trabalhadores, alguns deles não compreendem a importância da Acreditação como fomentadora de práticas que causem impacto diretamente na assistência, mas sim como um certificado que a instituição busca, o que pode comprometer o envolvimento desses trabalhadores com o processo a longo prazo.

Diante disso, faz-se mister a adoção de práticas de sensibilização que sejam capazes de transmitir a essência do sistema de melhoria contínua da qualidade como sendo um mecanismo eficaz de segurança da

assistência, extrapolando os conceitos de marketing, hotelaria e redução de custos a que vem constantemente atrelado.

Cabe ressaltar que o fato de não ter sido possível realizar as reuniões com toda a equipe conforme inicialmente proposto parece ter comprometido, em parte, a reflexão coletiva dos trabalhadores acerca do tema que poderia ter sido mais ricamente discutido quando todos expressassem suas opiniões e fossem ouvidos pelos demais, alimentando novas discussões e conclusões.

Com o desenvolvimento desse estudo setorial, espera-se ultrapassar as barreiras acadêmicas e contribuir, de fato, para as reflexões acerca das estratégias para mapeamento e gerenciamento dos riscos de todas as unidades do Hospital Universitário da UFJF

no seu primeiro passo na trajetória da Acreditação Hospitalar, na construção de uma prática assistencial pública e de qualidade.

Além disso, esse estudo poderá ainda fornecer subsídios para as reflexões acerca das estratégias para o planejamento, implantação e avaliação do processo de mapeamento e gerenciamento de riscos em outras instituições de saúde na busca incansável por melhores resultados intervindo no processo saúde-doença do indivíduo, família e comunidade, traduzindo-se por satisfação e segurança do cidadão usuário do serviço, segurança para os profissionais, responsabilidade sócio-ambiental e racionalização do uso dos recursos materiais com conseqüente reflexo na imagem institucional.

## Managing risks in a University Hospital: challenges and possibilities starting from a sectorial experience

### ABSTRACT

The improvement of management forms of health services carry to a search for the quality. In that perspective emerge the Hospital Accreditation based on a triple structure-process-outcome starting from risk management. This work has as objective to describe and discuss the steps of planning, deployment and evaluation of the mapping and risk management process in an assistance unit of University Hospital of Federal University of Juiz de Fora (UFJF) and was developed through action research method where was, with worker of unit, collectively built a mapping process and prioritization of risks of activities that involve the patient, the worker, the hospital and environment and them management. Beyond the direct outcome of risk reduction, was possible insert the workers in this collectively built equipping and empowering them in this process; to contribute for the reflections about the risk management strategies in others unities of the field in with is operates and provide subsidies for reflections in other health units in the restless search for betters outcomes interfering in the health-illness process of the person, family and community being translated for satisfaction and safety for the citizen user of health's service, safety for the professional, social-environment responsibility and rationalization of the material resources use with consequent impact on the institutional image.

Keywords: Quality management. Accreditation. Safety management.

### REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução/RE n° 921, de 29 de maio de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3 maio. 2002. Seção 1, p. 68.

ALMEIDA, A. M. **Capacitação em gestão da qualidade:** utilizando as ferramentas da qualidade. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2009. Apostila de curso.

ALMEIDA, H. M. S. Programa de qualidade do governo federal aplicado à saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 5-10, 2001.

BRASIL. Decreto n° 5378, de 23 de fevereiro de 2005. Institui o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 fev. 2005. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Decreto n° 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jan. 2010. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 538, de 17 de abril de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 abr. 2001. Seção 2, p. 440.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. Brasília, DF, 2002.

- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Carta de Serviços ao Cidadão**. 4. ed. Brasília, DF, 2009.
- DONABEDIAN, A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 28, n. 3, p. 324-327, 1986.
- FELDMAN, L. B. O enfermeiro analista de risco institucional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 6, p. 742-745, 2004.
- FLORENCE, G.; CALIL, S. J. Uma nova perspectiva no controle dos riscos da utilização de tecnologia médico-hospitalar. **Revista Multiciência**, Campinas, SP, n. 5, p. 1-14, 2005.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Critérios de excelência: avaliação e diagnóstico da gestão organizacional**. São Paulo, 2008.
- GRECO, R. M. **A função controle e os indicadores de qualidade no serviço de enfermagem**. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, 2004. Apostila de curso.
- KOHN, L. T; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Washington, D.C.: National Academy Press, 2003.
- MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 2297-2305, 2010.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO - HOSP)**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2007.
- NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Nova Lima: INDG-Instituto de Desenvolvimento Gerencial, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud**. Ginebra, 1985.
- PORTER, M.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa ação: princípios e métodos**. João Pessoa: Ed. Universitária, 2003.
- SILVA, M. J. P. Valor da comunicação para o sucesso dos processos de qualidade. In: MELLO, J. B.; CAMARGO, M. D. **Qualidade na saúde: práticas e conceitos: normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial**. São Paulo: Best Seller, 1998. p. 69-76.
- SILVA, R.C.S; CRUZ, H.O. **Plano Diretor do Hospital Universitário da UFJF**. 2009. Trabalho de Conclusão de curso (Especialização em gestão hospitalar para micro e microrregiões do Estado de Minas Gerais) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.
- TRIPP, D. Pesquisa ação: uma introdução metodológica. **Revista Educação e Pesquisa**, São Paulo, SP, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.

Enviado em 28/2/2011

Aprovado em 29/4/2011