

Resumo

Este estudo descritivo relata o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro analista de risco; que é um processo de identificação, avaliação e tratamento dos riscos profissionais e institucionais que qualquer hospital está exposto. Além da responsabilidade pela qualidade oferecida, há o compromisso com a Responsabilidade Civil Profissional, isto é, o desenvolvimento do trabalho realizado pelos profissionais dentro da instituição. A coleta de dados realiza-se com o preenchimento de um formulário, visita e; entrevista formal / informal com os responsáveis pelos serviços. O resultado obtido identifica os fatores potenciais de risco, que podem gerar danos profissionais e hospitalares. O enfermeiro elabora o relatório, e como estratégia preventiva enumera recomendações. Evidenciamos que examinando cuidadosamente cada risco é possível determinar a melhor forma de gerenciá-lo.

Descritores: administração em saúde; acreditação; responsabilidade legal; enfermeiro administrador

Abstract

The study reports the experience developed by the risk analysis nurse by a process of identification, evaluation and treatment of the professional and institutional risks, to which each hospital is exposed. Besides the liability related to quality, there is another regarding the Professional Liability, related to the work of the professionals within the institution. The data collection is done with the filling up of a form, formal and informal interview with the responsible for the services rendered. The result obtained identifies the potential risk factors, which can generate hospital and professional damages. The nurse elaborates the report, and, as a preventive strategy, lists recommendations. Conclusion: by carefully analyzing each risk, is possible to recommend the best way of managing it.

Descriptors: health administration; accreditation; liability legal; nurse administrators

Title: The nurse risk analysis institucional

Resumen

El estudio relata la experiencia desarrollada a través del enfermero análisis de riesgo, es un proceso de identificación, evaluación y tratamiento de los riesgos profesionales e institucionales a los que cualquier hospital está expuesto. Además de la responsabilidad por la calidad ofrecida, ten la Responsabilidad Civil Profesional del trabajo realizado por los profesionales dentro de la institución. La recopilación de datos es efectuada mediante la utilización de un formulario específico, así como entrevistas. El resultado obtenido identifica los factores potenciales de riesgo que puedan generar daños profesionales e institucionales y el enfermero elabora un informe con recomendaciones. Conclusión: examinando cada riesgo, es posible determinar la mejor forma de gerencial lo.

Descriptores: administración en salud; acreditación; responsabilidad legal; gerencia de enfermería

Título: El enfermero analista de riesgos institucionales

1 Introdução

Por volta de 1910, Ernest Amory Codman médico cirurgião, publicou os primeiros trabalhos sobre a necessidade e importância de garantir a qualidade dos resultados das intervenções e procedimentos médicos desenvolvendo um sistema de padronização hospitalar. Em 1913 foi formado o CAC – Colégio Americano de Cirurgiões que estabeleceu o Programa de Padronização Hospitalar (PPH) definindo um conjunto de 5 padrões mais apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes. Este trabalho gerou transformações na assistência da saúde, durante anos. Em 1919, após avaliação pelo CAC, apenas 82 hospitais foram aprovados no Programa (PPH); porém em 1950, chegou a 3290 aprovações hospitalares⁽¹⁾.

Podemos citar outros exemplos; desenvolvidos ao longo dos anos, como protocolos, padronizações, sistemas de avaliação e controle, com o intuito de oferecer a mais adequada prestação de serviços, da melhor forma possível ao atendimento ao cliente. Entre outros; em 1924 os padrões mínimos; elaborados pelo CAC, de avaliação da qualidade voltados às condições necessárias ao exercício da medicina; em 1951, nos EUA a criação da Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CAHA) que deu ênfase ao trinômio “avaliação, educação e consultoria” na área de saúde. No Brasil, em 1935 Odair Pedroso desenvolveu uma ficha de inquérito hospitalar à Comissão de Assistência do Ministério da Saúde, de classificação e categorização hospitalar com itens referentes ao corpo clínico, administrativo, enfermeiros e auxiliares em quantidade proporcionais. No 1º Congresso Internacional de Cirurgiões; realizado na cidade de São Paulo em 1951, foram estabelecidos os padrões mínimos para o Centro Cirúrgico. O Ministério da saúde e a área V da Organização Pan-Americana

da saúde promoveram; de 1977 a 1978, a preparação de Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem: na prevenção, promoção e recuperação da saúde. Não se tem registro ou conhecimento de todos os resultados obtidos com a implantação das padronizações, porém os documentos, estudos e manuais serviram de base para os sistemas de avaliações atuais⁽²⁾.

Na América Latina e Brasil, em 1989 a Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciou o trabalho na área hospitalar abordando o tema: Qualidade da Assistência. Reuniram-se 30 países que concluíram que a Acreditação seria o elemento estratégico para desencadear as iniciativas de qualidade nos serviços de saúde. A Acreditação já vinha sendo realizada desde 1952, nos EUA quando o CAC delegou oficialmente o Programa para a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAHO).

A Acreditação é um procedimento de avaliação dos Recursos Institucionais, voluntário e periódico, e reservado que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos⁽³⁾. Em setembro de 1991 foi publicado o primeiro instrumento de avaliação para acreditação sendo o Manual “*La Garantía de Calidad para América Latina y el Caribe*”⁽⁴⁾. Após alguns anos, deu-se o início ao debate, divulgação e conhecimento do Processo de Acreditação em todos estados brasileiros; e que culminou em maio de 1999 na criação no Brasil, da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Órgão credenciador, onde estão autorizadas oito (8) empresas para avaliar as instituições de saúde em nível nacional, na esfera da qualidade⁽⁵⁾.

Tratando-se de Qualidade, a teoria de Donabedian⁽⁶⁾; estudioso neste tema desde os anos 60, é referência. Diz que a Qualidade na Saúde baseia-se na sistematização do conhecimento das organizações, através de 3 fatores: Estrutura, Processo e Resultado.

* Enfermeira. Mestra em Ciências da Saúde. Professora da Escola de Auxiliares de Enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Gerente do Departamento de Gerenciamento de riscos da empresa San Pacific do Brasil.
E-mail do autor: lilibf@terra.com.br

Estrutura - corresponde às características mais estáveis da assistência de saúde. Envolve desde estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos Serviços. Atributos do local onde o cuidado é prestado: recursos materiais; recursos humanos; estrutura organizacional.

Processo - abrange de modo geral, todas atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes. Fornece as bases para a valoração da qualidade uma vez que, são através dessas relações que se obtém os resultados da assistência. Denota que é atualmente realizado na prestação do cuidado: inclui as atividades do paciente na procura e recebimento do cuidado; as atividades do pessoal na realização do diagnóstico; as recomendações ou implementação do tratamento⁽⁶⁾.

Resultado - consequência da assistência realizada, refletindo as mudanças observadas no estado de saúde do paciente. É o efeito do cuidado no estado de saúde do paciente e da população: incluem a melhoria do conhecimento, as mudanças de comportamento que venham a melhorar este estado de saúde, grau de satisfação do paciente⁽⁷⁾; que podem ser mensuráveis e comparados com outros estabelecimentos e serviços semelhantes.

Portanto, a Instituição hospitalar deve buscar constantemente o Gerenciamento, com uma harmoniosa integração entre as áreas assistencial, tecnológica, administrativa, econômica, ética, educativa e de pesquisa em todos os serviços, surpreendendo positivamente a expectativa do cliente, na prestação do serviço.

Além do desenvolvimento institucional hospitalar, o exercício profissional foi sendo aperfeiçoado e aprimorado durante o período pós-guerra.

1.1 Responsabilidade Civil Profissional

Os avanços tecnológicos, permitem diagnósticos cada vez mais precisos, com o intuito de melhorar as possibilidades de tratamento e cura das doenças das pessoas, com isso a existência do risco nas ações, continua sempre avançando; já que cada ato realizado com o paciente é desenvolvido pelo médico, enfermeiro, dentista, e outros profissionais; na busca da relação risco-benefício; ultrapassando assim a barreira do paternalismo do passado. Assim, os princípios éticos, e os direitos dos clientes devem ser adotados como variáveis de qualidade institucional e ação profissional⁽⁸⁾.

Os “acidentes” profissionais são um risco. Sabe-se que, se o profissional em sua ação não respeita as regras da profissão, ou caso contrário; mesmo respeitando rigidamente as mesmas; os acidentes ainda assim ocorrem.

Este acidente é produzido quando o profissional realiza o trabalho com imprudência, imperícia ou negligência⁽⁹⁾. Neste momento começa a aparecer a noção de risco – legal, diferente do risco do Enfermeiro responsável técnico e nem sempre gerado por este; mas como um fator potencial a ser levado a julgamento pela responsabilidade civil profissional do enfermeiro.

Algumas normas éticas antigas e leis de ordem pública, foram norteadoras:

- 1500 ac. Código de Hammurabi “Se o cirurgião abrir uma fenda no olho e destruir o olho do homem, ele deve ter o braço cortado...” Nas leis de Hammurabi a responsabilidade final pela qualidade ou falta da mesma, depositava-se no médico, mesmo porque na época não havia hospitais.
- Lei 8078/1990, Código de Proteção e Defesa do Consumidor.
- Lei 10.406/2002, novo Código Civil que entrou em vigor em 11 de janeiro de 2003.
- Resolução COFEN-168 de 06/10/1993, Responsabilidade Técnica do Enfermeiro.

Na lei de proteção do Consumidor, o desenvolvimento da responsabilidade da assistência estendeu-se ao corpo

clínico, ao hospital e mais recentemente ao corpo diretivo médico e enfermeiro, da instituição e aos planos de saúde. Diariamente surgem organizações propondo-se à prestação de serviços, porém nem todas têm mostrado-se eficientes e eficazes:

Aumentam dia-a-dia às reclamações nos Procons e no Judiciário, de clientes que buscam ressarcimento de valores pagos por tratamentos cujo resultado causaram-lhes prejuízos por imprudência ou imperícia⁽⁵⁻¹⁰⁾.

No atual ordenamento jurídico brasileiro, não há responsabilidade sem culpa, na regra geral, é somente admitida a responsabilidade objetiva ou responsabilidade sem culpa em casos expressamente previstos pela lei. A partir de 1990, no Direito brasileiro, abriu-se a possibilidade para a suposição da teoria da responsabilidade “sem culpa”, em situações especiais, acompanhando a evolução que se vem mostrando em vários sistemas jurídicos do mundo⁽¹⁰⁾. Contudo, o código de Proteção e Defesa do Consumidor brasileiro estabelece que “A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”⁽¹¹⁾.

Toda instituição prestadora de assistência à saúde, onde existir atividade de Enfermagem, deve apresentar a Certidão de Responsabilidade Técnica –CRT de Enfermeiro, para receber autorização ou alvará de funcionamento. O enfermeiro responsável técnico julgado culpado de infrações éticas e penalizado nos termos do Código, terá suspensão as anotações de sua responsabilidade técnica pelo prazo máximo de 12 meses – Resolução COFEN 168⁽¹²⁾. O código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁽¹³⁾ Capítulo III, descreve: art. 16 “Assegurar ao cliente uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”, art. 17 “Avaliar criteriosamente sua competência técnica e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para a clientela”, art. 20 “Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe”.

Assim, a Instituição como prestadora de serviço de saúde além da responsabilidade pela qualidade, da estrutura (instalações) / processo (trabalho) / resultado (assistencial) ao paciente /cliente; tem uma outra vertente de compromisso fundamental, que é a Responsabilidade Civil Profissional. Os estabelecimentos de saúde respondem independente da atuação ou do resultado lesivo, porque sendo provedores de serviços, serão eles os que deverão provar que de sua parte não houve culpa seja por caso fortuito ou força maior, ou que a culpa foi exclusivamente do paciente, ou que dano é inexistente. Partindo destas premissas então; são estes os riscos que os médicos, enfermeiros, dentistas e profissionais da saúde e instituições estão expostos durante os 365 dias do ano.

Normalmente avalia-se a Instituição de Saúde com vistas à qualidade; e nesta avaliação da qualidade nem sempre se faz a análise das políticas e procedimentos adotados, para evitar-se a produção de danos aos pacientes; como decorre da visão avaliatória do plano da Responsabilidade Civil Profissional. A finalidade deste estudo é contribuir com o enfermeiro gerenciador, avaliador e pesquisador na atualização e seleção de métodos de avaliação dos riscos legais e da qualidade, oferecendo subsídios para a criação e planejamento da comissão de gerenciamento de riscos dentro dos estabelecimentos de saúde brasileiros.

2 Objetivo

O objetivo deste estudo é descrever o processo de trabalho do enfermeiro avaliador institucional ou analista de risco.

3 Trajetória Metodológica

Este estudo descritivo consiste na visita do analista de risco; enfermeiro especialista em administração hospitalar ou

Accreditação; à Instituição de Saúde. Este trabalho se realiza quando a Instituição de saúde está interessada em desenvolver esse tipo de avaliação, para buscar o aprimoramento da qualidade e a eficiência da prestação do serviço; conseqüentemente, diminuindo sua exposição à produção de danos aos pacientes, que podem culminar em reclamações legais que afetarão o patrimônio e prestígio da Instituição.

A visita consta de duas etapas: 1ª. realização de uma reunião com o Diretor Técnico ou Clínico, em seguida com o enfermeiro e com os chefes ou responsáveis pelos serviços que são considerados de maior probabilidade aos riscos práticos e legais; 2ª. a visita propriamente dita em todos os setores da instituição, preferencialmente acompanhada pelo Enfermeiro Gerente (CRT). O instrumento consta de 15 páginas onde são coletados os dados que serão analisados pelo enfermeiro analista como: a estrutura do edifício, a habilitação para funcionamento de acordo com sua complexidade e especialidade, os equipamentos, os recursos humanos, as políticas e procedimentos institucionais estabelecidos para a prestação do serviço do cuidado e saúde de seus pacientes e o manejo dos incidentes, a análise da documentação clínica, os processos de informação aos pacientes, a história de reclamações judiciais, extra-judiciais e queixas; e a verificação do cumprimento das normas profissionais-legais.

Após a visita, é elaborado o relatório; que contém em torno de 8 páginas dependendo da complexidade da instituição; descritos: Tipo de empresa, planta física, serviços prestados, dados estatísticos, recursos pessoais, documentos, sinistralidade, conclusão com parecer do enfermeiro analista e recomendações; apontando cada item identificado como fator potencial de risco.

3.1 Análise de Risco Hospitalar

A Análise de Risco, é o processo sistemático de Identificação, Avaliação, e Tratamento das possíveis perdas (diminuição da clientela), financeiras (diminuição da rentabilidade), patrimoniais (quebra, perda de capital) e de prestígio profissional (perda da imagem do estabelecimento, pela sinistralidade) que permanentemente qualquer instituição de saúde está exposta todos os dias do ano, durante as 24 horas⁽⁹⁾.

A meta da análise de risco é a criação e o planejamento de um Comitê de Risco, ou Comissão de Gerenciamento de Riscos, como já é realidade nos EUA, New Zeland, South Africa, Austrália, Espanha, Argentina e França; em Instituições de Saúde; para que o desenvolvimento do trabalho realizado pelos profissionais da saúde no cuidado ao paciente, o façam gerenciando suas ações, para prevenir a produção de danos diretos próprios ou indiretos pela equipe de saúde, na assistência ao paciente; tendo por base as exigências normativas e regulamentadoras específicas e a legislação vigente. Caso a instituição solicite o trabalho de Gerenciamento de Riscos tendo como meta à organização e o funcionamento da Comissão de Riscos; o gerenciamento deste, é a identificação, análise da situação, reflexão com a equipe multidisciplinar, alteração e modificação da causa do problema que gera o risco.

Na visita de avaliação verificou-se que os profissionais enfermeiros (analistas de risco) são mais objetivos nas avaliações; frente aos médicos e se comprometem mais com o processo de identificação dos fatores potenciais de risco, para tentar rapidamente tratar de eliminá-los, colaborando intensamente na tarefa preventiva⁽⁹⁾.

A técnica de avaliação utiliza três procedimentos básicos: a observação direta, a entrevista informal / formal e a análise de documentos. Utilizando-se mais de uma técnica, os avaliadores tem a oportunidade de elaborar combinações que reduzem as deficiências de cada forma individual⁽¹⁴⁾.

Nesta etapa se identificam erros, tendências e padrões de conduta institucional, que devem ser efetivamente corrigidos,

para tratar de evitar sua repetição. Quando se realiza a revisão de cada erro ou conduta identificada como potencialmente perigosa, tende-se mediante uma recomendação, causar também um impacto positivo na qualidade do cuidado de saúde dos pacientes, que por sua vez refletirá num melhoramento futuro da assistência e conseqüentemente do nível do risco detectado no momento da análise inicial⁽¹⁵⁾. Cada item identificado é profundamente avaliado pelo analista de risco; em conjunto coma equipe multidisciplinar formada na instituição, com a intenção de solucionar, zerando ou minimizando o problema (fato, procedimento, conduta), ou seja eliminando as não-conformidades.

No relatório final realizado ao término da visita, constam; o parecer do enfermeiro analista, os itens numerados identificando os fatores potenciais de risco e em seguida as normas de cumprimento obrigatório com observações, sugestões ou recomendações; que devem ser cumpridas; de acordo com a legislação indicada pelo enfermeiro analista; total ou parcialmente num prazo estipulado (30, 60, 90, 120 dias) como estratégia preventiva. O relatório é enviado para o Hospital e para a gerência da Instituição; com um parecer final do avaliador. Ao final de cada prazo, o enfermeiro Analista de Risco retorna ao hospital para verificar o cumprimento das recomendações, dando assessoramento e colaborando para facilitar a execução destas exigências e/ou sugestões.

Considerações finais

A complexidade dos temas que envolvem a segurança na organização de saúde, mais propriamente, no ambiente hospitalar, exige um tratamento multiprofissional. A administração de riscos é o processo de decidir e executar resoluções para eliminar ou minimizar os efeitos adversos por riscos e perdas, ocorridos durante a prática diária que profissão pode causar. Para realizar este processo de Administração ou Gerenciamento de Riscos, diversos instrumentos de avaliação foram e são utilizados nestes últimos anos, na busca pelo aprimoramento das análises no campo da saúde.

A gama de riscos que se encontra exposta à atividade profissional na área da saúde é tão ampla e variada, que podemos compará-las aos mesmos riscos do percurso de nossa vida, portanto é justamente pelo tipo de atividade que desenvolvemos que os riscos dependem em uma porcentagem elevada das condutas e procedimentos de todos integrantes da equipe de saúde.

Equipamentos, instrumentos e estrutura mais sofisticados, processos definidos e mais detalhados, bem como responsabilidades e riscos desses novos recursos; devem ser analisados pelos profissionais em conjunto com a instituição. Verificamos que examinando cuidadosamente cada risco, se pode determinar a melhor forma de gerenciá-lo, obtendo e buscando o melhor resultado ou a melhor assistência ao cliente.

De dezembro de 1999 a janeiro de 2001 já foram realizadas no Brasil 60 Análises de Risco em hospitais, maternidades e clínicas; dentre outros, os seguintes lugares: Ariquemes (Rondônia), Botafogo – Laranjeiras – Nova Iguaçu (Rio de Janeiro), Manaus (Amazonas), Imirim (São Paulo), Porto Alegre (Rio Grande do Sul), Natal (Rio Grande do Norte) Belo Horizonte – Mariana –Caxambu (Minas Gerais), Imperatriz – São Luiz - Santa Luzia do Paruá - Coroatá (Maranhão), Barcarena (Pará)⁽¹⁶⁾.

Como a teoria avança rapidamente e as práticas se transformam constantemente, é preciso trazê-las para o debate, e isto, cabe a nós, enfermeiro agente; que dentro de nossa realidade diária de trabalho, concretizamos e vivenciamos esta metodologia, descrita neste estudo e assim formalizamos a divulgação de mais um campo possível de atuação para o enfermeiro, o de avaliador de organizações de saúde; na prática: analista de risco institucional.

Atualização: O Brasil faz parte da Associação Latino-

Americana de Gerenciamento de Riscos, em Instituições de Saúde - ALGRIS, criada em março de 2002, que têm como países participantes: Chile, Espanha, Argentina, Colômbia, Peru e França.

Referências

- Schiesari LM. Cenário da Acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo;1999.
- Feldman LB. Análise dos critérios de avaliação do serviço de enfermagem nos processos de Acreditação Institucional [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. São Paulo: Universidade Guarulhos;2002.161p.
- Novaes HM, Paganini JM. Padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil). Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde. Washington (DC):OPAS/OMS;1994.
- Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Federação Latino-Americana de hospitales. La garantía de calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe. Humberto de Moraes Novaes e José Maria Paganini, editores. HSD/SILOS 13,septiembre,1991.
- Quinto Neto A. Processo de Acreditação: A busca da qualidade nas organizações de saúde. Porto Alegre (RS):Dacasa;2000.
- Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor (MG):Health Administration Press;1999.
- Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP;1998. (Série Saúde & Cidadania 3).
- Soares NV, Lunardi VL. Os direitos do cliente como uma questão ética. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 2002 jan/fev; 55(1):64-69.
- Mariona FG. Gerenciamiento de Riesgos Médico-legales: Una metodología en acción. Ponencia presentada en el XIII Congreso Mundial de Derecho Médico. Helsinki, 2000.
- Franco SR. A responsabilidade imputada aos hospitais e as empresas de assistência médica. Responsabilidade Profissional News. Buenos Aires:San Pacific;2001.
- Código de proteção e defesa do consumidor. São Paulo: Saraiva;1998.
- Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. Resolução 168/93 – normatiza a responsabilidade técnica do enfermeiro. Rio de Janeiro: Cofen;1993.
- Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. Resolução 240/2000. Código de ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: Cofen;2000.
- Cianciarullo TI, organizadora. Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo:Atheneu; 2000.
- Mariona FG. Análisis y Tratamiento de los Riesgos. Responsabilidad profesional News. Buenos Aires:San Pacific;1998.
- Feldman LB, Mariona FG, Bordin TA. Responsabilidade civil profissional - Instituições de saúde - perfil do enfermeiro avaliador institucional: será uma nova especialidade para a enfermagem? [resumo]. In: CBEEn. Livro-resumos do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem: 2001 out 14-19;Cutiriba(PR),Brasil.Curitiba (PR):ABEn; 2001.p.71.

Data de Recebimento: 29/04/2003

Data de Aprovação: 22/12/2004