





Gestão de riscos dos eventos adversos em uma maternidade

Risk management of adverse events in a maternity hospital

Gestión de riesgos de acontecimientos adversos en una maternidad

Maria Edileuza Soares Moura^a 
 Rafael Carvalho de Maria^a 
 Maria Clara Santana da Silva^b 
 Misslane Moraes da Silva^b 

Como citar este artigo:

Moura MES, Maria RC, Silva MCS, Silva MM. Gestão de riscos dos eventos adversos em uma maternidade. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210255. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210255.pt>

RESUMO

Objetivo: Investigar as causas raízes dos eventos adversos em uma maternidade através da gestão de riscos.

Método: Pesquisa-ação com sete profissionais de enfermagem dada sua expressiva capilaridade no serviço. O período do estudo foi de janeiro de 2020 a fevereiro de 2021. O campo do estudo foi uma maternidade pública, na qual partiu-se de um diagnóstico situacional dos eventos adversos e aplicação de questionário com os colaboradores. Nos seminários temáticos, aplicaram-se ferramentas de melhoria da qualidade para identificar as causas raízes dos eventos adversos. Os relatos semelhantes foram agrupados e analisados.

Resultados: Identificou-se com a gestão de riscos causas raízes para os eventos adversos relacionados à identificação do paciente, quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos.

Considerações finais: Observaram-se fragilidades em muitos campos que sustentam os eventos adversos. Investimentos consistentes e atenção coletiva devem ser adotados pela instituição. O estudo continua em curso.

Palavras-chave: Serviços de saúde. Segurança do paciente. Gestão de riscos. Gestão da segurança. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To investigate the root causes of adverse events in a maternity hospital through risk management.

Method: Action research with seven nursing professionals given their expressive capillarity in the service. The study was conducted between January 2020 and February 2021. The field of study was a public maternity hospital, in which a situational diagnosis of adverse events was carried out, and a questionnaire was applied to employees. In the thematic seminars, quality improvement tools were applied to identify the root causes of adverse events. Similar reports were grouped and analyzed.

Results: With risk management, the root causes for adverse events related to patient identification, falls and prescription, use and administration of medications were identified.

Final considerations: Weaknesses were observed in many fields that support adverse events. The institution must adopt consistent investments and collective attention. The study is still ongoing.

Keywords: Health services. Patient safety. Risk management. Safety management. Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Investigar las causas fundamentales de los eventos adversos en una maternidad mediante de la gestión de riesgos.

Método: Investigación – acción con siete profesionales de enfermería dada su capilaridad expresiva en el servicio. El período de estudio fue de enero de 2020 a febrero de 2021. El campo de estudio fue una maternidad pública, en la que se realizó un diagnóstico situacional de eventos adversos y se aplicó un cuestionario a los empleados. En los talleres de trabajos temáticos, se aplicaron herramientas de mejora de la calidad para identificar las causas fundamentales de los eventos adversos. Se agruparon y analizaron informes similares.

Resultados: Fueron identificados con la gestión de riesgos las causas fundamentales de los eventos adversos relacionados con la identificación de pacientes, caídas y prescripción, uso y administración de medicamentos.

Consideraciones finales: Se observaron debilidades en muchos campos que apoyan los eventos adversos. La institución debe adoptar inversiones consistentes y atención colectiva. El estudio está en curso.

Palabras clave: Servicios de salud. Seguridad del paciente. Gestión de riesgos. Administración de la seguridad. Enfermería.

^a Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), Programa de Pós-Graduação em Biodiversidade, Ambiente e Saúde. Caxias, Maranhão, Brasil.

^b Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), Departamento de Ciências da Saúde. São Luís, Maranhão, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A gestão de riscos refere-se ao planejamento sistematizado para identificação e prevenção de eventos adversos, estes denominados incidentes com dano a um indivíduo no serviço de saúde, decorrente do cuidado ofertado. Esse dano pode ser desde o mais comum, físico, como também social e/ou psicológico. Os eventos adversos causam sérias implicações se não gerenciados adequadamente, uma vez que podem aumentar comorbidades, o tempo de permanência na instituição e, conseqüentemente, os custos para recuperação da saúde. Assim, a gestão de riscos é um desafio para organizações de saúde no Brasil e no mundo⁽¹⁾.

Dentre os mais variados ambientes em que podem ocorrer eventos adversos, nos hospitais a prevalência é maior. Isso se deve, entre outros fatores, pelo aperfeiçoamento do cuidado, que transformou os hospitais em instituições complexas e que exigem alta especialização dos profissionais, cultura de segurança fortalecida e processos de trabalho bem construídos, realidade não observada na prática de muitas instituições, propiciando maior risco para ocorrência de eventos adversos⁽²⁾.

Com o intuito de mitigar os riscos de eventos adversos e ampliar a qualidade da assistência em saúde, o Ministério da Saúde do Brasil tem publicado documentos que incentivam a realização da gestão de riscos em todos os serviços de saúde, a exemplo da Portaria Nº 529, de 01 de abril de 2013, a Resolução de Diretoria Colegiada Nº 36, de 25 de julho de 2013 e Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Seu foco é a prevenção de eventos adversos e sua implementação é uma medida necessária para reduzir a probabilidade, frequência e reincidência de eventos adversos relacionados à assistência a saúde⁽³⁾.

Embora a gestão de riscos ainda não seja uma rotina na totalidade dos hospitais brasileiros, sua capacidade de trazer respostas aos serviços que buscam melhorar seus processos, aumentar a segurança e qualidade da assistência é real e tem despertado o interesse científico de muitos pesquisadores sobre essa metodologia⁽⁴⁾.

Dessa maneira, torna-se imprescindível a realização de estudos que apresentem estratégias capazes de mitigar os eventos adversos, tendo as maternidades e serviços obstétricos destaque nesse quesito, pois são ambientes em que os eventos adversos são recorrentes, devido às características institucionais e social do Brasil, como alta demanda e grande volume de procedimentos⁽⁵⁾.

A busca pela melhoria contínua da assistência em saúde, bem como da adoção de novas práticas que permitam desvencilhar-se de hábitos crônicos, capazes de impedir avanços consistentes da segurança do paciente nas instituições

de saúde exige ação coletiva, apontando a necessidade da pesquisa-ação para realização da gestão de riscos dos eventos adversos por esta permitir, junto aos atores que vivenciam as limitações e potencialidades do serviço, construir um conhecimento que contribua positivamente na práxis dos profissionais⁽⁶⁾.

Estudo anterior realizado em uma maternidade identificou com o uso do *Safety Attitudes Questionnaire* uma cultura de segurança frágil⁽⁷⁾. Por conseguinte, levantou-se a questão norteadora deste estudo: que causas raízes estariam envolvidas com os eventos adversos dessa instituição? Para responder ao questionamento o estudo objetivou investigar as causas raízes dos eventos adversos em uma maternidade através da gestão de riscos.

■ MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa-ação. A pesquisa-ação visa a compreensão e interação entre pesquisadores e membros de uma situação investigada para desenvolver uma ação coletiva, em função da resolução de problemas. Possui 12 fases que se inter-relacionam, mas não seguem uma ordem exata. Neste estudo, as 12 fases foram organizadas em quatro etapas: etapa 1 – diagnóstico situacional; etapa 2 – seminários temáticos; etapa 3 – elaboração de ações; e etapa 4 – divulgação do estudo⁽⁸⁾.

O universo deste estudo foi uma maternidade, localizada no município de Caxias, no estado do Maranhão, região Nordeste do Brasil. Uma instituição de saúde de gestão pública municipal, com 77 leitos, destes 11 são de cuidados críticos e 05 de cuidados intermediários em neonatologia, oferecendo serviços de média e alta complexidade em cuidados obstétricos e neonatais para uma população estimada em duzentos mil habitantes. Sua infraestrutura contempla: uma sala de acolhimento para classificação de risco da demanda espontânea ao serviço, com presença de um enfermeiro(a) plantonista; uma sala de pré-parto, onde realiza-se o acompanhamento do trabalho de parto, com presença de equipe multiprofissional (profissionais de enfermagem, medicina, fisioterapia); uma unidade de obstetria clínica, para acomodar gestantes e/ou puérperas com necessidade de internação para tratamento de complicações da gestação, parto e ou puerpério, com presença de equipe multiprofissional; um alojamento conjunto, local onde a puérpera, o recém-nascido e um familiar permanecem juntos após o parto natural, com presença de equipe multiprofissional.

A amostra foi composta pelos profissionais de enfermagem atuantes na maternidade que atenderam aos critérios de inclusão: pertencer à equipe de enfermagem; estar, pelo menos, há três meses trabalhando no setor; trabalhar, pelo

menos, 20 horas semanais. Foram critérios de exclusão: estar em férias e/ou licença no período de coleta de dados. Foram feitos convites para todos os profissionais de enfermagem por amostragem não probabilística. Inicialmente houve participação de 24 profissionais, entre enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem e por desistências, colaboraram efetivamente neste estudo sete sujeitos.

A coleta de dados compreendeu o período de 29 de janeiro de 2020 a 02 de fevereiro de 2021. Na etapa 1 (29 de janeiro a 09 de fevereiro de 2020), realizou-se um diagnóstico situacional dos eventos adversos, que são notificados anonimamente pelos profissionais imediatamente após o incidente ou por busca ativa, realizado pelo responsável do núcleo de segurança do paciente; em seguida, aplicação de questionário para identificação do perfil dos sujeitos.

O diagnóstico situacional dos eventos adversos compreendeu dados de 2017 a janeiro de 2020, correspondente desde a implantação do núcleo de segurança do paciente aos dados mais recentes notificados pelo núcleo, e foram apresentados aos colaboradores que decidiram participar do estudo por meio de gráficos, tabelas.

Elegeram-se os eventos adversos notificados com maior frequência segundo as notificações do núcleo de segurança do paciente, para investigação de suas causas raízes através da gestão de riscos nos seminários temáticos, que foram: eventos adversos relacionados à identificação do paciente, quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos.

Na etapa 2 (24 de novembro de 2020 a 02 de fevereiro de 2021), realizaram-se os seminários temáticos e implantação da gestão de riscos, considerada ação piloto uma vez que essa prática não era realizada na instituição. Para tanto, inovou-se ao utilizar pela primeira vez as seguintes ferramentas de melhoria da qualidade: *Brainstorming*, Cinco Por Quês e Diagrama de *Ishikawa* adaptado para realidade hospitalar. O *Brainstorming* foi associado aos Cinco Por Quês, possuindo como pergunta disparadora "Ao quê você acredita estar relacionado à grande frequência ou o porquê desse evento adverso?". Em seguida foi aplicado o Diagrama de *Ishikawa* adaptado para a realidade hospitalar, questionando as causas raízes com base em cada dimensão da ferramenta (equipamentos; organizacional; ambiente; processos; pacientes; e pessoas).

O diagrama de *Ishikawa* (ou diagrama espinha-de-peixe, devido ao seu formato) foi concebido por Kaoru Ishikawa em 1943 e é uma técnica útil para organização e identificação de causas raízes de um determinado problema ao direcionar a investigação dentro dos seus fatores contribuintes dividido por domínios⁽³⁾. Elaborar ações de prevenção se tornam mais eficientes ao organizar e priorizar os problemas dessa maneira.

Realizaram-se 16 seminários temáticos, cada encontro teve duração de aproximadamente 40 minutos e devido à pandemia da Covid-19, aconteceram na modalidade remota, com a presença de todos os autores do estudo, por meio da plataforma *Google Meet*. Os dados foram registrados no diário de campo conforme orienta a pesquisa-ação e validados ao final de cada sessão em conjunto com os colaboradores.

A análise dos dados seguiu a elaboração do perfil dos sujeitos colaboradores do estudo apresentado de forma descritiva; a elaboração de tabela do diagnóstico situacional dos eventos adversos notificados pelo núcleo de segurança do paciente institucional e suas frequências relativas; e também, a exploração do material produzido nos seminários temáticos e descrição das causas raízes relatadas pelos sujeitos do estudo, que foram sintetizadas e apresentadas em quadro que sumariza ideias semelhantes. As demais etapas do estudo continuam em curso.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pela Plataforma Brasil para o cumprimento da Portaria nº 466/2012 que normatiza as pesquisas com seres humanos e aprovados pelo CAAE: 20565919.0.0000.5554 e parecer de número 3.628.060. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido após sua leitura plena e a fim de proteger o anonimato dos sujeitos da pesquisa, a maternidade foi identificada pelo codinome Hospital Alfa.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Colaboraram efetivamente com o estudo: cinco enfermeiras, um enfermeiro e uma técnica de enfermagem. Dois atuavam no setor de pré-parto, dois na obstetria clínica, um na gestão, um no alojamento conjunto, um no acolhimento. Quatro participantes tinham entre 20 a 29 anos, dois tinham entre 30 e 39 anos e um entre 40 e 49 anos. Cinco participantes autodeclararam-se pardos, um autodeclarou-se branco e um autodeclarou-se preto. Três informaram renda de 5 a 6 salários mínimos, dois declararam renda de 3 a 4 salários mínimos, um informou renda de 2 a 3 salários mínimos, e um informou renda de até 1 salário mínimo. Quatro participantes não trabalhavam em outra instituição de saúde. Três participantes atuavam na instituição de 3 a 5 anos, dois atuavam de 6 a 10 anos, um atuava há mais de 10 anos e um atuava de 1 a 2 anos.

Segundo o perfil da enfermagem brasileira, 23% dos profissionais de enfermagem são enfermeiras(os), tendo maioria aqueles com faixa etária entre 26 a 30 anos, que atuam na profissão entre 2 a 5 anos e com renda mensal de 1 a 3 salários mínimos, achados que se aproximam do perfil dos colaboradores deste estudo⁽⁹⁾.

Na etapa 1, o diagnóstico situacional dos eventos adversos notificados pelo núcleo de segurança do paciente institucional mostrou a relevância daqueles relacionadas à identificação do paciente (21,1%), quedas (14,6%) e prescrição, uso e administração de medicamentos (9,8%) (Tabela 1).

Segundo relatório da Anvisa que caracteriza eventos adversos notificados por todas as instituições de saúde do Brasil, a maior ocorrência de eventos adversos acontece nas instituições hospitalares, tendo as lesões por pressão como as mais frequentes, achado que não corrobora com os deste estudo⁽¹⁰⁾. O que evidencia a importância do diagnóstico situacional e gestão de riscos para se identificar e mitigar os problemas relevantes para cada instituição de saúde.

Na etapa 2, realizou-se a gestão de riscos do tipo reativa com os sujeitos, isso quer dizer que foi trabalhado com eventos adversos que já haviam acontecido na instituição, permitindo com esse conhecimento adotar uma reação para prevenção e redução de casos ao analisar suas causas

raízes. Para identificar as causas raízes dos eventos adversos, utilizaram-se as seguintes ferramentas de melhoria da qualidade: *Brainstorming*, Cinco Por Quês e Diagrama de *Ishikawa* adaptado para realidade hospitalar.

O *Brainstorming* foi associado aos Cinco Por Quês e foram a primeiras técnicas utilizadas nos seminários temáticos. Essa abordagem foi útil para tentar identificar uma causa raiz aparentemente óbvia para cada evento adverso. Para identificar o “por que inicial”, optou-se pelo *Brainstorming* por possibilitar ao participante maior liberdade na escolha de suas respostas, incentivando a criatividade sem impor qualquer tipo de pressão para sua definição. Ao constatar o primeiro porque, assumido como problema inicial/sintoma, deu-se prosseguimento com a técnica Cinco Por Quês. Essa técnica, criada por Saikichi Toyoda é utilizada quando se pretende identificar a causa raiz de um problema ou defeito ocorrido, realizando sucessivas indagações (Por Quês) até achar sua verdadeira causa⁽³⁾.

Tabela 1 – Eventos adversos notificados pelo Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Alfa entre 2017 e 2020. Caxias, Maranhão, Brasil, 2021

Incidente/Eventos Adversos	N=274	%
Erros relacionados à identificação do paciente	58	21,1
Quedas	40	14,6
Erros relacionados a medicamentos	27	9,8
Evasão de paciente	14	5,1
Flebite	11	4,0
Lesão por pressão	8	2,9
Extubação acidental	6	2,2
Remoção não programa de cateteres, sondas, drenos, tubo	5	1,8
Erro relacionado a procedimento cirúrgico	4	1,4
Riscos relacionados ao ambiente	4	1,4
Triagem não efetuada-incompleta-inadequada	4	1,4
Tecnovigilância	3	1,1
Sofrimento (físico, psíquico, social)	2	0,7
Erro relacionado à transfusão de hemoderivado	1	0,4
Ignorados	17	6,2
Outros*	70	25,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

*Situações não notificáveis e/ou não incluídas nas categorias de notificação do Notivisa.

Ambas as técnicas foram escolhidas por sua facilidade na execução e eficientes quanto ao propósito pretendido e identificou-se que para todos os eventos adversos, foi apontado pelos colaboradores o “Excesso de Trabalho” e “Falhas no Processo” como causas raízes. Estudos identificam como problemas crônicos nos serviços de saúde o excesso de trabalho entre profissionais de enfermagem e a existência de lacunas no que tange os protocolos institucionais. Conseqüências oriundas dessa realidade são maiores números de erros cometidos pelos profissionais de enfermagem, perda de qualidade do serviço e da segurança⁽¹¹⁾.

Também, utilizou-se o diagrama de *Ishikawa* para identificar as causas raízes dos eventos adversos. Esta ferramenta obedeceu seis dimensões (Material, Organizacional, Ambiente, Processos, Pacientes, Pessoas/Profissionais). Sua aplicação se dá ao relacionar uma causa ao problema na perspectiva de cada dimensão. Foram agrupados os relatos semelhantes e sumarizados no Quadro 1.

Observou-se que no domínio material, as causas raízes dos eventos adversos relacionaram-se à escassez de materiais e insumos e a baixa qualidade destes. Materiais são considerados insumos ou fatores produtivos e que na sua ausência, pode resultar em insatisfação profissional e desestímulo ao seu uso. É sem dúvida um dos maiores problemas enfrentado por hospitais e na maioria dos casos está relacionado com a escassez de recursos financeiros, insuficiência de atenção gerencial, carência de cultura de planejamento, dificuldades logísticas, entre outras⁽¹²⁾.

A dimensão organizacional remete aos hábitos, valores, crenças da instituição e seu *modus operandi*, refletindo diretamente na forma como os componentes estruturais e pessoas atuam. Assim, para que haja melhoria da qualidade e do cuidado em hospitais, espera-se o desenvolvimento de uma cultura organizacional forte, que valorize a segurança do paciente através da concepção de inevitabilidade do erro, discussão e aprendizagem com os erros, identificação proativa de ameaças e incorporação de um sistema não punitivo para o relato e análise de eventos adversos. Exige-se para essa mudança, trabalho integrado das equipes e apoio da alta gestão⁽¹³⁾.

Devido à frágil integração entre profissionais de enfermagem, oriunda da sua própria organização em classes enquanto profissão, e da hierarquia cultural existente entre profissionais que ocupam cargos assistenciais daqueles ocupantes de cargos de gestão, distanciando-os, identificou-se certa desarticulação da cultura organizacional. Isso resulta em fluxos de trabalho confusos, demandas não atendidas, insatisfação e comprometimento da qualidade assistencial⁽¹³⁾.

No que diz respeito à dimensão ambiente, profissionais de enfermagem que percebem o ambiente de trabalho

como favorável possuem boa percepção sobre a qualidade do cuidado e a redução de eventos adversos. Os hospitais estão entre os tipos de ambiente em que mais acontecem acidentes, assim sendo, qualidade nesse aspecto institucional garantirá não só a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente, como também segurança para os profissionais que lá atuam⁽¹⁴⁾.

Observou-se com a gestão de riscos que os processos de trabalho relatados pelos profissionais do Hospital Alfa não se encontravam claramente definidos. Eventos adversos decorrem de muitos fatores, dos quais sistemas mal planejados prejudicam os processos institucionais assim, quando se fala em segurança do paciente os processos de trabalho ganham destaque. Com os avanços crescentes na área da saúde, processos simples se tornaram complexos, nessas circunstâncias, é necessário que os processos de trabalho sejam adaptados para as necessidades emergentes⁽²⁾.

Para identificação do paciente, falhas no processo podem ser observadas desde a admissão do paciente e durante todo seu percurso dentro da instituição de saúde. A não conformidade do protocolo de identificação do paciente, ou a não identificação do paciente são problemas crônicos em muitas instituições de saúde e devem ser aprimorados fortalecendo a cultura de segurança dos profissionais⁽¹⁵⁾.

Para quedas, a não avaliação do risco de queda é o mais comum. A escala de Morse é o instrumento utilizado na maioria dos hospitais brasileiros para identificação do risco de quedas, contudo, sua adesão ainda é baixa, havendo necessidade de constantes treinamentos para que a equipe de saúde compreenda sua necessidade na prevenção deste evento adverso⁽¹⁶⁾.

Para a prescrição, uso e administração de medicamentos o processo pode apresentar muitas falhas por ser um processo extenso e que engloba a participação multiprofissional e multissetorial. Das que podem ser citadas, tem-se prescrições ilegíveis, erros na seleção da medicação pela farmácia, administração por vias erradas, entre outras⁽¹⁷⁾.

Com relação ao domínio pacientes, percebeu-se que estes não estão inseridos como colaboradores nos protocolos de identificação do paciente, quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos. A colaboração do cliente para sua segurança deve ser estimulada, sua inclusão agrega conhecimentos e possibilita o compartilhamento de pontos de vista e percepções que quando considerados, resultam em uma barreira de proteção extra e o fortalecimento dos programas de segurança institucionais⁽³⁾.

Quanto ao domínio pessoas, observaram-se relatos de profissionais com baixa habilitação nos protocolos de identificação do paciente, quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos. Profissionais de saúde treinados melhoram

Eventos adversos	Material	Organizacional	Ambiente	Processos	Pacientes	Pessoas
Identificação do paciente	¹ Escassez de materiais.	¹ Déficit de insumos necessários para identificar pacientes. ² Dimensionamento inadequado. ³ Cultura punitiva. ⁴ Irregularidade na qualificação da equipe.	¹ Ambiente com iluminação insuficiente.	¹ Processo de identificação do paciente com falhas.	¹ Pacientes não inseridos como colaborador no protocolo.	¹ Profissionais com baixa habilitação no processo. ² Excesso de trabalho. ³ Desatenção.
Quedas	¹ Escassez e/ou inadequação de materiais.	¹ Fluxo de trabalho não está claramente estabelecido. ² Irregularidade na qualificação da equipe.	¹ Ambiente mal adaptados para prevenção de quedas.	¹ Processo de prevenção de quedas com falhas.	¹ Pacientes não inseridos como colaborador no protocolo.	¹ Profissionais com baixa habilitação no protocolo de prevenção de quedas e escala Morse.
Medicação*	¹ Escassez de insumos e materiais. ² Materiais de baixa qualidade.	¹ Falta de treinamentos sobre medicamentos. ² Dimensionamento inadequado.	¹ Ambiente mal adaptado para preparar e administrar medicamentos.	¹ Processo de prescrição, uso e administração de medicamentos com falhas.	¹ Pacientes não inseridos como colaborador no protocolo de prescrição, uso e administração de medicamentos.	¹ Profissionais com baixa habilitação no protocolo de prescrição, uso e administração de medicamentos. ² Excesso de trabalho dos profissionais.

Quadro 1 – Causas raízes dos eventos adversos identificadas com o uso do Diagrama de *Ishikawa*. Caxias, Maranhão, Brasil, 2021

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

*Prescrição, uso e administração de medicamentos.

a qualidade do cuidado e a segurança do paciente, por outro lado, a baixa capacitação e escassez de treinamentos destes compromete sua atuação na área da saúde, que exige cada vez mais altas competências nos quesitos técnico-científicos para detectar precocemente riscos e eventos adversos⁽¹⁸⁾.

Com estes resultados, identificaram-se fragilidades no que tange a gestão de riscos realizada no Hospital Alfa. Realizar a gestão de riscos exige altas competências das lideranças, dos profissionais e colaboradores da organização, que precisam estar sensibilizados com o compromisso de qualidade e segurança da assistência em saúde. Estas competências na instituição em estudo podem estar prejudicadas, visto a comum realidade de baixas avaliações nos serviços públicos municipais quando comparados com as demais esferas de gestão pública (Federal e Estadual) e com o serviço de saúde privado⁽¹⁹⁾.

Hospitais municipais, embora estratégicos para a descentralização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda se mostram, em sua maioria, pouco resolutivos. A descentralização com consequente transferência do poder decisório aos municípios trouxe desfechos de duas dimensões: a responsabilidade e participação das lideranças locais e processos de gerenciamento modernos. No entanto, as diferenças regionais na seleção das lideranças locais funcionam como determinantes desses impactos⁽²⁰⁾.

Neste sentido, a superposição de papéis e responsabilidades na divisão de funções entre governos interfere na autonomia decisória dos municípios e de seus serviços, em especial, na alocação de recursos voltados para as políticas públicas locais, como capacitação dos profissionais, dos gestores, especialmente nas áreas de qualidade da assistência, segurança do paciente e gestão de riscos⁽²⁰⁾.

Admite-se o compromisso indiscutível da gestão hospitalar com a qualidade e a segurança do paciente, contudo, quando os profissionais da assistência não estão totalmente comprometidos com ações que buscam fortalecer a cultura de segurança do paciente, resultados positivos dificilmente serão alcançados. A equipe de enfermagem é a categoria entre profissionais da saúde com melhores oportunidades para identificar e prevenir eventos adversos, entretanto, a falta de estrutura adequada, dificuldade de recursos financeiros, materiais e humanos são dificuldades institucionais que interferem na oferta de um cuidado seguro, desestimulando-os e causando insatisfação profissional⁽⁴⁾. Trabalhar esses pontos pode melhorar a adesão desses profissionais aos compromissos institucionais com a segurança do paciente.

Para os serviços de saúde a gestão de riscos busca a melhoria da qualidade da assistência em saúde. Nessa perspectiva, torna-se vantajoso fundamentar a gestão de riscos por filosofias que valorizem o processo centrado

nas necessidades do paciente, como a filosofia *Lean*, no cenário da saúde conhecido como *Lean Healthcare*⁽³⁾. Cada vez mais instituições de saúde buscam o *Lean Healthcare* como estratégia organizacional, pois sua aplicabilidade é adaptável para qualquer serviço e também por apresentar benefícios consistentes quando integrado aos planejamentos institucionais, como o delineado neste estudo para as próximas etapas.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

As causas raízes dos eventos adversos foram investigadas no Hospital Alfa através da gestão de riscos e esquematizadas com o uso das ferramentas de melhoria da qualidade. Utilizaram-se diferentes técnicas para o alcance dos objetivos. Com o uso do *Brainstorming* e dos Cinco Por Quês, identificaram-se que as causas raízes dos eventos adversos investigados estavam relacionadas ao excesso de trabalho e falhas nos processos.

Com o uso do Diagrama de *Ishikawa* adaptado para ambiente hospitalar, as causas raízes foram identificadas em diferentes contextos, que vem contribuindo para a sustentação do número elevado de notificações dos eventos adversos relacionados à identificação do paciente, quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos.

Verificou-se que as barreiras adotadas pela instituição para evitar eventos adversos encontravam-se fragilizadas, havendo necessidade de investimentos mais consistentes nos campos de segurança do paciente, como treinamento dos profissionais atuantes, sensibilização para cultura de segurança do paciente e continuidade da gestão de riscos.

O uso da pesquisa-ação permitiu exercitar a gestão de riscos em colaboração com os participantes do estudo e destacou-se como prática relevante na investigação, visto que, o poder de observação dos profissionais atuantes amplia a capacidade de olhar os problemas reais enfrentados para encontrar maneiras mais eficientes de abordá-los.

Foram fatores limitantes do estudo: o período pandêmico 2020/2021 exigiu profunda adaptação da metodologia, como encontros com os colaboradores na modalidade remota. Com relação à instituição, houve alguma resistência na compreensão de sua colaboração efetiva na gestão de riscos. No que diz respeito aos pesquisadores, a gestão de riscos foi realizada de forma piloto na instituição e careceu de materiais para sua execução, exigindo destes a adoção de atitudes cabíveis para as demandas emergentes e concretização do estudo.

Ressalta-se que a pesquisa continua em curso, na etapa de elaboração de ações para fortalecer as barreiras de proteção do Hospital Alfa e permitir a prevenção dos eventos

adversos estudados de forma mais efetiva. Para tanto, as ações em construção serão fundamentadas na filosofia *Lean Healthcare*, que busca a criação de processos enxutos, sem desperdícios e centrado nas necessidades dos pacientes.

No cenário atual em que as instituições de saúde buscam cada vez mais melhorar seus processos e direcionar uma assistência segura aos pacientes, o estudo se torna relevante por apresentar como a gestão de riscos pode auxiliar na identificação e prevenção de eventos adversos, popularizando essa metodologia. Contribui também para a prática dos profissionais de enfermagem que buscam a segurança do paciente e qualidade do cuidado, ao demonstrar o uso de ferramentas de melhoria da qualidade de fácil aplicabilidade e adaptável para qualquer serviço.

■ REFERÊNCIAS

1. Lessa SRO, Bezerra JNM, Barbosa SMC, Luz GOA, Borba AKOT. Prevalence and factors associated with the occurrence of adverse events in the hemodialysis service. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(3):e3830017. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003830017>
2. Sanchis DZ, Haddad MCFL, Giroto E, Silva AMR. Cultura de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(5):e20190174. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
3. Alves VLS. Gestão da qualidade: ferramentas que contribuem para o gerenciamento da qualidade e de riscos nos serviços de enfermagem. 3. ed. São Paulo: Martinari; 2019.
4. Schmitt MD, Costa DG, Massaroli A, Lorenzini E, Lanzoni GMM, Santos JLG. Analysis of theses and dissertations on risk management in the health area in Brazil. *Rev Min Enferm.* 2020;24:e-1352. doi: <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20200089>
5. Oliveira TC, Silva JMO, Nagliate PC, Veríssimo RCSS, Sales MLH, Lucena TS. Eventos adversos e fatores associados em maternidade de alto risco. *Enferm Foco.* 2020 [citado 2021 ago 14];11(5):179-86. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3200/1042>
6. Borges MD, Correia DMS, Hipólito RL, Christovam BP, Santo FHE, Debona KV, et al. Pesquisa-ação com foco em cardiotônicos e interações para prática segura de enfermagem. *Saúde Colet.* 2019 [citado 2021 ago 14];9(49):1644-50. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/138/126>
7. Moura MES, Maria RC, Araújo MSA, Jansen RCS, França ACS. Patient safety climate in northeastern Brazil. *Int J Dev Res.* 2020 [cited 2021 Aug 14];10(9):40187-91. Available from: <http://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/20006.pdf>
8. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 17. ed. São Paulo: Cortez; 2009.
9. Machado MH. Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final [Internet]. Rio de Janeiro: NERHUS-DAPS-ENSP/Fiocruz; 2017 [citado 2021 ago 14]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>
10. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Incidentes relacionados à assistência à saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [citado 2021 ago 14]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/brasil>
11. Nietsche EA, Cassenote LG, Salbego C, Ramos TK, Perlini NMOG, Böck A, et al. Care facilitator cart: a product technology built with nursing professionals. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 6):e20190741. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0741>
12. Figueiredo WB, Aquino S, Piscopo MR. Gestão de suprimentos de uma unidade de terapia intensiva: percepção dos profissionais de saúde sobre a ocorrência de infecções hospitalares associadas às falhas de abastecimento. *Rev Eletrônica Mestr Prof Adm UnP.* 2016;8(2):66-84. doi: <https://doi.org/10.21714/raunp.v8i2.1242>
13. Mazzoni VG, Bittencourt LP, Ribeiro ML, Gouvêa MV. Challenges of the organizational dimension of care in the daily work of nursing workers. *J Nurs UFPE.* 2018 [cited 2021 Aug 14];12(1):11-8. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230392/25792>
14. Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente [Internet]. Protegendo os trabalhadores de saúde. 2020 [citado 2021 ago 14]. Disponível em: <https://www.segurancaopaciente.com.br/qualidade-assist/protegendo-os-trabalhadores-da-saude/>
15. Fujii Neta A, Girardi C, Santos DTR, Oliveira JLC, Oliveira RP, Maraschin MS, et al. Adesão à identificação do paciente em hospital universitário público. *Rev Adm Saúde.* 2018;18(70):10-23. doi: <http://doi.org/10.23973/ras.70.70>
16. Paula ACR, Tonini NS, Maraschin MS, Lopes D. Adherence to patient safety indicators in health care in a school hospital. *Nursing.* 2021;24(278):5917-21. doi: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i278p5912-5921>
17. Santos PRA, Rocha FLR, Sampaio CSJC. Actions for safety in the prescription, use and administration of medications in emergency care units. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(esp):e20180347. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>
18. Duarte SCM, Stipp MAC, Cardoso MMVN, Büscher A. Patient safety: understanding human error in intensive nursing care. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03406. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017042203406>
19. Chaves LA, Malta DC, Jorge AO, Reis IA, Tofoli GB, Machado LFS, et al. National Program for the Evaluation of Health Services (PNAES) 2015-2016: an analysis on Brazil's hospitals. *Rev Bras Epidemiol.* 2021;24:e210002. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210002>
20. Silva JFM, Carvalho BG, Domingos CM. Health governance and the public-private relationship in small municipalities. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(10):3179-88. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13952018>

■ **Agradecimentos:**

Nós agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão pelo apoio financeiro (Edital Universal-01335/19).

■ **Contribuição de autoria:**

Conceituação: Maria Edileuza Soares Moura.

Curadoria de dados: Rafael Carvalho de Maria, Maria Clara Santana da Silva, Misslane Moraes da Silva.

Análise formal: Maria Edileuza Soares Moura, Rafael Carvalho de Maria.

Aquisição de financiamento: Maria Edileuza Soares Moura.

Investigação: Rafael Carvalho de Maria, Maria Clara Santana da Silva, Misslane Moraes da Silva.

Metodologia: Maria Edileuza Soares Moura, Rafael Carvalho de Maria.

Administração de projeto: Maria Edileuza Soares Moura, Rafael Carvalho de Maria.

Supervisão: Maria Edileuza Soares Moura.

Validação: Maria Edileuza Soares Moura.

Visualização: Maria Edileuza Soares Moura, Rafael Carvalho de Maria.

Escrita – rascunho original: Maria Edileuza Soares Moura, Rafael Carvalho de Maria.

Escrita – revisão e edição: Maria Edileuza Soares Moura, Rafael Carvalho de Maria.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Rafael Carvalho de Maria

E-mail: rafaelrosely@hotmail.com

Recebido: 20.09.2021

Aprovado: 14.03.2022

Editor associado:

Helga Geremias Gouveia

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti