



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Márcia Danieli Schmitt

Gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

Florianópolis
2021

Márcia Danieli Schmitt

Gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.
Orientador: Dr. José Luís Guedes dos Santos

Florianópolis
2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Schmitt, Márcia Danieli

Gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente
hospitalar / Márcia Danieli Schmitt ; orientador, José
Luis Guedes dos Santos, 2021.

176 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Gestão de Riscos. 3. Segurança do
Paciente. 4. Qualidade da Assistência à Saúde. 5. Técnica
Delphi. I. Santos, José Luis Guedes dos . II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

Márcia Danieli Schmitt

Gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Dra

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a Andrea Bernardes, Dra

Universidade de São Paulo

Prof.^a Diovane Ghignatti da Costa, Dra

Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutor em Enfermagem.

Prof^a. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dra

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. José Luís Guedes dos Santos, Dr

Orientador

Florianópolis, 2021.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por todo o amparo, guia e direcionamento, pelo cuidado especial para com todos os detalhes da minha jornada. Por me desafiar e me fazer crescer, amparar e me sacudir, para assim fortalecer a minha fé...na vida! Por oportunizar experimentar sentir *Tua* presença em todos os momentos.

Aos meus pais, **Ocelio Schmitt** e **Ilaine Margarida Justen**, por compreender minha ausência e sempre acreditar, apoiar e incentivar a busca pelos meus objetivos.

Aos meus incentivadores: meus irmãos **Marcos Rafael Schmitt** e **Marcieli Liliane Schmitt**, minha Vó **Arci Gerlach** e minha madrinha **Liane Justen**.

Aos laços de amizade (que ficaram e me fortalecem): **Viviane Inês Mallmann**, **Joice Vidori**, **Francine Barbara de Paula**, **Laura Maria Jardim Ferreira** e **Kamylla Santos da Kunha**.

Ao meu orientador, Professor Dr. **José Luís Guedes dos Santos**, por me acolher e compartilhar seus conhecimentos. Por me direcionar com leveza em momentos tão intensos. Por ter empatia e aceitar minhas escolhas. Por me inspirar e ser exemplo de pesquisador.

À **Universidade Federal de Santa Catarina** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pela oportunidade de formação e por proporcionarem um ambiente de aprendizagem.

À minha **turma de doutorado**, pelos momentos de trocas, de risadas, de amparo e apoio. Em especial a **Indiara Sartori Dalmolin**, por sua doçura e companheirismo.

Aos membros do **Laboratório de Pesquisa Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde** (GEPADES) pelos momentos compartilhados nessa trajetória acadêmica e por contribuírem com o meu crescimento.

Aos membros da **Banca Examinadora**, Professoras Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Professora Dra. Andrea Bernardes e Professora Dra. Diovane Ghignatti da Costa por aceitarem participar da banca examinadora da Tese e disponibilizarem o seu tempo para contribuir com o estudo. Agradeço também a Professora Dra. Aline Massaroli por suas contribuições na pesquisa.

Agradecimento especial aos **especialistas**, que, mesmo diante de um momento turbulento, de incertezas e inúmeras demandas, sendo desafiados a encarar na linha de frente uma pandemia, gentilmente aceitaram participar da pesquisa.

Minha mais *profunda e sincera gratidão...*

RESUMO

Introdução: Gestão de riscos é um processo que engloba diferentes etapas voltadas para gerenciar os riscos que podem acometer a segurança e integridade da saúde humana, dos profissionais, do meio ambiente e da imagem institucional. Há abordagens reativas, como as notificações, em que se tomam decisões a partir da ocorrência de incidentes, e há modelos para uma gestão de riscos proativa, na qual ações são realizadas para prevenir a ocorrência desses incidentes. **Objetivos:** Estudo teve como objetivos (1) descrever as concepções e práticas de gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar e (2) elaborar um guia de estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar. **Método:** Trata-se de um estudo transversal descritivo, que utilizou a técnica Delphi, com coleta de dados quantitativos e qualitativos. A pesquisa foi realizada em duas rodadas sequenciais, no período de outubro de 2020 a abril de 2021. Na primeira rodada, participaram 72 especialistas, e a análise de dados qualitativos foi realizada por meio da análise de conteúdo, com o auxílio do *software* IRaMuTeQ®. Os 48 tópicos de pesquisa foram encaminhados para os especialistas na segunda rodada da pesquisa, promovendo um *feedback* controlado das respostas da primeira rodada. Na segunda rodada, participaram 56 especialistas, sendo utilizada uma escala *Likert* de cinco pontos. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva para estabelecer o grau de concordância dos especialistas, utilizando o SPSS®. O estudo seguiu as recomendações éticas e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 33769220.1.0000.0121). **Resultados:** Participaram do estudo especialistas de todas as regiões brasileiras, com destaque para a região Sul (16, 28,57%) e Nordeste (16, 28,57%), seguidos das regiões Sudeste (15, 26,78%), Norte (5, 8,92%) e Centro-oeste (4, 7,14%). Houve manutenção de 77,77% (56/72) dos especialistas entre as rodadas da pesquisa, sendo 16 (28,57%) gerentes de risco, 22 (39,28%) profissionais que atuam no setor de gerência de riscos e 18 (32,14%) especialistas acadêmicos. Dos especialistas, 42 (75%) eram do sexo feminino, em sua maioria enfermeiros (36, 64,28%), seguidos de farmacêuticos (6, 10,71%) e fisioterapeutas (3, 5,35%), sendo 17 mestres (30,35%) e 15 doutores (26,78%). A análise dos dados da primeira rodada resultou em 36 tópicos de pesquisa, que foram organizados em 23 estratégias para uma gestão proativa dos riscos assistenciais, organizados segundo o modelo COSO como fundamentação teórica. Também emergiram duas categorias: concepções sobre gestão de riscos assistenciais em hospitais e práticas de gestão de riscos assistenciais em hospitais, cada qual com seis classes semânticas. Dos 48 tópicos de pesquisa encaminhados na segunda rodada, 43 obtiveram concordância acima de 80% dentre os especialistas. **Considerações finais:** O estudo resultou em um guia com estratégias para a gestão proativa dos riscos assistenciais, que pode servir como suporte para os hospitais visualizarem e organizarem a gestão de riscos, seja em instituição pública ou privada. Adequações podem ser realizadas considerando a realidade de cada hospital. Os resultados permitiram explorar, também, as concepções e práticas de gestão de riscos assistenciais nos hospitais sob as perspectivas de especialistas na temática.

Palavras-chave: Gestão de Riscos; Segurança do Paciente; Serviços de Saúde; Serviço Hospitalar de Admissão de Pacientes; Qualidade da Assistência à Saúde; Pesquisa em Administração de Enfermagem; Técnica Delphi.

ABSTRACT

Introduction: Risk management is a process that encompasses different steps aimed at managing the risks that can affect the safety and integrity of human health in general, as well as of healthcare professionals, the environment and the institutional image. There are reactive approaches to risk management such as the use of notifications, in which decisions are made after occurrences, and there are models for proactive risk management, in which actions are taken to prevent the occurrence of these incidents. **Objectives:** This study aimed (1) to describe the concepts and practices of healthcare risk management in the hospital environment and (2) to develop a guide for strategies in the proactive management of healthcare risks in the hospital environment. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study conceived using the Delphi technique, with quantitative and qualitative data collection. This research was carried out in two sequential rounds, from October 2020 to April 2021. 72 experts participated in the first round, and the qualitative data were subjected to content analysis using the IRaMuTeQ® software. The 48 survey topics were forwarded to the experts in the second round of the survey, providing controlled feedback from the responses obtained in the first round. 56 experts participated in the second round using a five-point Likert scale. These quantitative data were analyzed with descriptive statistics to establish the degree of agreement between experts, through the use of SPSS®. The study followed the proper ethical recommendations and was approved by the Research Ethics Committee (CAAE nº 33769220.10000.0121). **Results:** Experts from every region in Brazil participated in the study, most notably from the South (16, 28.57%) and Northeast (16, 28.57%), followed by the Southeast (15, 26.78%), North (5, 8.92%) and Midwest (4, 7.14%). 77.77% (56/72) of experts continued on to the second round of the survey, 16 (28.57%) of which were risk managers, 22 (39.28%) were professionals working in the risk management sector and 18 (32.14%) were academic experts. 42 (75%) of the specialists were female, most of whom were nurses (36, 64.28%), followed by pharmacists (6, 10.71%) and physiotherapists (3, 5.35%); 17 (30.35%) experts had a master's degree and 15 (26.78%) were PhDs. Data analysis from the first round resulted in 36 research topics, which were laid out into 23 strategies for a proactive management of risks in patient care, organized according to the COSO model. Two categories emerged: conceptions of healthcare risk management in hospitals and healthcare risk management practices in hospitals, each with six semantic classes. Of the 48 research topics submitted in the second round, 43 obtained agreement above 80% among experts. **Final considerations:** This study resulted in a strategy guide for a proactive management of healthcare risks, which can support hospitals in visualizing and organizing risk management, whether they be public or private institutions. Adjustments can be made considering the circumstances of each hospital. These results also allowed us to explore the conceptions and practices of healthcare risk management in hospitals as perceived by specialists in the area.

Keywords: Risk Management; Patient safety; Health services; Hospital Admission Service for Patients; Quality of Health Care; Nursing Administration Research; Delphi technique.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo – versões do COSO.	39
Figura 2 - Modelo representativo COSO I.	42
Figura 3 - Modelo de gestão de riscos previsto no COSO II.....	44
Figura 4 - Componentes do Gerenciamento de Riscos Corporativos – Integrado com estratégias e Performance.	45
Figura 5 - Etapas realizadas para o desenvolvimento da pesquisa.	48
Figura 6 - CHD gerada pelo software IRaMuTeQ® da categoria concepções sobre gestão de riscos assistenciais em hospitais.	65
Figura 7 - CHD gerada pelo software IRaMuTeQ® da categoria práticas de gestão de riscos assistenciais em hospitais.	71
Figura 8 - Etapas realizadas para o desenvolvimento da pesquisa.	88
Figura 9 - Guia de estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar.	102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Versões do COSO.	40
Quadro 2 - Componentes, descrição do componente e princípios do Gerenciamento de Riscos Corporativos – Integrado com estratégias e Performance.	45
Quadro 3- Estratégias para uma gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar com base no modelo COSO.	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise estatística das classes gerada pelo software IRaMuTeQ®.....	76
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos especialistas.	91
Tabela 3 - Componentes e tópicos de pesquisa (estratégias de gestão de riscos assistenciais) com descrição, frequência e percentual, média, mediana, intervalo interquartilico, coeficiente de variação, mínima e máxima desvio padrão (n=56). Florianópolis, SC, Brasil.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
COSO	<i>Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission</i>
CCHSA	<i>Canadian Council for Health Services Accreditation</i>
FMEA	Análise do Modo e Efeito da Falha
GEPADES	Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
NIAHO	<i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations</i>
NOTIVISA	Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PEN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UDESC	Universidade Estadual de Santa Catarina
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
VIGIPOS	Vigilância Sanitária Pós-Comercialização

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	21
2. OBJETIVOS	29
3. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	31
3.1 GESTÃO DE RISCOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	31
3.1.1 Notificação de incidentes – metodologia reativa para a gestão de riscos	34
3.2. MANUSCRITO 1 - ANÁLISE DE TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE GESTÃO DE RISCOS NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL.....	37
3.3 GESTÃO DE RISCOS CORPORATIVOS.....	37
3.3.1 COSO I – Controle interno	41
3.3.2 COSO II – Gerenciamento de riscos corporativos	42
4. DESENHO METODOLÓGICO	47
4.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA	47
4.1.1 Técnica Delphi	48
4.1.2 Local do estudo	50
4.1.3 Participantes do estudo	51
4.1.4 Contato com os especialistas e convite para a participação na pesquisa	52
4.1.5 Elaboração dos instrumentos de pesquisa, coleta, organização e análise dos dados	53
4.2 ASPECTOS ÉTICOS	56
5. RESULTADOS	59
5.1 MANUSCRITO 2 - CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DA GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS NOS HOSPITAIS	61
5.2 MANUSCRITO 3 - GUIA DE ESTRATÉGIAS PARA GESTÃO PROATIVA DE RISCOS ASSISTENCIAIS NO AMBIENTE HOSPITALAR	85
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS.....	117
APÊNDICE	127
APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO	129
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E INSTRUMENTO PRIMEIRA RODADA.....	131

APÊNDICE C – INSTRUMENTO SEGUNDA RODADA	145
APÊNDICE D – CARTA DE APRESENTAÇÃO SEGUNDA RODADA	159
ANEXO	161
ANEXO A - ARTIGO 1: ANÁLISE DE TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE GESTÃO DE RISCOS NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL	163
ANEXO B – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	171

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa visa à produção de novos conhecimentos teóricos na área da gestão em serviços hospitalares, tendo como objeto de estudo a gestão de riscos. Meu interesse pela gestão surgiu no decorrer da graduação em enfermagem, realizada na Universidade Estadual de Santa Catarina (UDESC), no período entre 2009 e 2013, em que atuei como bolsista voluntária de iniciação científica no grupo de pesquisa Enfermagem, Cuidado Humano e Processo Saúde-adoecimento.

Com meu ingresso na residência em Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem (2014 – 2016), no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (UEL), foi possível aprofundar meus conhecimentos na área da gestão e me aproximar da temática gestão de riscos. No decorrer da residência, entre as vivências teóricas e práticas, na assistência direta ao paciente e em setores gerenciais, obtive uma aproximação com a gerência de risco, podendo observar as relações estabelecidas pelo setor com a assistência e com a administração do hospital. Ademais, no trabalho de conclusão da residência, analisei as notificações de queixas técnicas, na área de tecnovigilância, recebidas pelo setor e submetidas ao Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA).

Seguindo a mesma temática, como mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) (2016 – 2017), a minha dissertação teve por objetivo evidenciar as ações da gerência de risco hospitalar e suas contribuições para a vigilância sanitária pós-comercialização de produtos para a saúde. Como resultado, constatou-se que as ações realizadas pela gerência de risco iam além de ser apenas um observatório da ANVISA na pós-comercialização de produtos para a saúde dentro dos hospitais: evidenciou-se que o setor contribuía para a qualidade e segurança do atendimento prestado pelos hospitais.

Os resultados da dissertação impulsionaram-me a continuar estudando essa temática no meu ingresso no doutorado, porque, além das vivências na prática e nas pesquisas supracitadas, percebo que há necessidade de novos enfoques que visem à redução de incidentes ocasionados à saúde do paciente, uma vez que a literatura ainda evidencia um alto índice de danos gerados a esses pacientes pelos serviços de saúde. Minhas inquietações me levaram a buscar novas perspectivas capazes de diminuir os riscos a que os pacientes estão expostos quando necessitam de atendimento na atenção terciária à saúde.

Na busca pela construção do projeto de tese, tendo como objeto de estudo a gestão de riscos, observei que os hospitais careciam de estratégias para gerenciar os riscos de maneira

proativa, ou seja, careciam de estratégias para identificar e prevenir a ocorrência de incidentes. Entre a leitura de pesquisas científicas, livros, normativas e demais literaturas sobre o tema, como também os incessantes diálogos com diferentes profissionais da área da saúde, transformei minhas inquietações em um objetivo a ser explorado em forma de tese: elaborar um guia de estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar.

Acredita-se que as estratégias proativas para a gestão de riscos assistenciais constituem, nesse contexto, um avanço, pois buscam antecipar, prevenir e estabelecer mecanismos para realizar uma gestão antecipatória. Isso representa uma nova perspectiva cujo objetivo é minimizar os riscos inerentes aos serviços prestados por essas instituições.

Vale ressaltar que a presente pesquisa está vinculada ao Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde (GEPADES), do PEN/UFSC. O GEPADES desenvolve pesquisas em diferentes temáticas, entre elas a administração e gerência do cuidado (UFSC, 2020).

Considerando o supracitado, a presente tese está estruturada em sete capítulos:

1. Introdução, com problematização do objeto de pesquisa, justificativa do estudo, pergunta norteadora e tese a ser defendida.
2. Objetivos do estudo.
3. Sustentação teórica do estudo, com a apresentação de um manuscrito.
4. Delineamento metodológico do estudo.
5. Resultados da pesquisa, em forma de dois manuscritos.
6. Considerações finais.
7. Referências bibliográficas, apêndices e anexos.

1. INTRODUÇÃO

Já é notório que, por vezes, os serviços que prestam assistência à saúde podem gerar agravos nas condições clínicas do paciente (QUADROS; SELOW, 2017). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no mundo, os eventos adversos devidos à falta de segurança do atendimento prestado estão possivelmente entre as dez principais causas de invalidez e morte (OMS, 2019); neste cenário, evento adverso é definido como “um incidente que resultou em dano a um paciente” (ICPS, p. 23). Estima-se, também, que um a cada dez pacientes sofre dano ao receber atendimento em hospitais de países de alta renda. Esses danos podem ser ocasionados por eventos adversos, 50% dos quais podem ser evitados. Em países de baixa e média renda, anualmente, 134 milhões de eventos adversos ocorrem devido à falta de segurança no atendimento prestado pelos hospitais, 2,6 milhões dos quais levam o paciente a óbito (OMS, 2019). Isso tudo demonstra as deficiências na segurança do atendimento prestado aos pacientes internados (BARRAGÁN; COSTANZO; ETCHEGOYEN, 2019).

No Brasil, estima-se que, no ano de 2016, dos 19.128.382 brasileiros que precisaram de internações hospitalares, 1.377.243 sofreram ao menos um evento adverso. Ainda foi estimado que entre 170.778 e 432.301 óbitos ocorridos nesse período estão relacionados a condições adquiridas dentro dos hospitais (COUTO *et al.*, 2018). Outro estudo no país, que avaliou os incidentes notificados em um hospital-geral, localizado em Minas Gerais, de 2011 a 2014, constatou a prevalência de 33,8 ocorrências de incidentes por 1.000 internações. A principal causa dos incidentes foi o não cumprimento de rotinas e protocolos da instituição (FIGUEIREDO *et al.*, 2018). Ressalta-se que incidente é “um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário a um paciente” (ICPS, p. 22).

Os eventos adversos podem resultar em aumento da morbimortalidade, maior tempo de internação e aumento de custos com internação, fatores que geram despesas para o paciente, para o serviço público de saúde ou para ambos (GUTIÉRREZ-MENDOZA *et al.*, 2015). Segundo a OMS, “pelo menos 1 em cada 7 dólares canadense é gasto no tratamento de danos sofridos por pacientes em atendimentos hospitalares” (OMS, 2019, S/N). Já no México, um estudo constatou que o custo médio de 34 eventos adversos graves, ocorridos no ano de 2012, em um hospital de ensino, foi de 117.440,89 pesos mexicanos (GUTIÉRREZ-MENDOZA *et al.*, 2015).

Um estudo de revisão sobre o custo dos eventos adversos evitáveis em 30 estados da União Europeia estimou que, em 2015, entre 17 a 38 bilhões de euros foram gastos em eventos

adversos passíveis de serem evitados; os autores destacam que o ônus econômico envolvendo eventos adversos são consideráveis (AGBABIAKA *et al.*, 2017). No Brasil, a estimativa do custo por erros na assistência nos hospitais na saúde suplementar, em 2016, foi de R\$ 15,57 bilhões, R\$ 10,9 bilhões dos quais se referem a custos de situações que também poderiam ser prevenidas (COUTO *et al.*, 2018).

Vale destacar que todas essas fragilidades sensibilizaram os sistemas de saúde em âmbito mundial a desenvolverem ações voltadas para melhorar a segurança do paciente, com foco na redução de riscos de danos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; WHO, 2004; BRASIL, 2017a). Segurança do paciente pode ser definida como “a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável” (ICPS, p. 22).

Nesse contexto, a gestão de riscos, como estratégia de gestão, possibilita identificar oportunidades de melhoria, implementar ações para reduzir/evitar falhas e condições inseguras e assim melhorar o desempenho dos serviços de saúde (CARDOSO, 2009). Além do mais, a gestão de riscos estabelece, descreve e fornece uma estrutura teórica que oportuniza estabelecer um sistema de monitoramento, canais de comunicação, consultas e *feedback*, que ajudem a impedir que acidentes/incidentes de maior gravidade aconteçam (GUO, 2015).

A gestão de riscos também busca identificar e tratar os riscos a que os pacientes, profissionais e a organização estão expostos; sendo assim, está diretamente relacionada à cultura de segurança, que procura aprender com as falhas e prevenir a ocorrência de novos incidentes. Dessa forma, apresenta-se como um fator essencial para a segurança do paciente nos serviços de saúde (BRASIL, 2017b; GAMA; HERNÁNDEZ, 2017).

De acordo com a Agência Nacional de Segurança do Paciente, do Reino Unido, integrar as atividades de gestão de riscos está em terceiro lugar entre os sete passos para a segurança do paciente (NPSA, 2004). Ainda, consta entre as 34 boas práticas para uma melhor assistência à saúde, do *National Quality Forum*, dos Estados Unidos, com o objetivo de identificar e reduzir riscos nos serviços de saúde (NQF, 2010). Mais precisamente no ambiente hospitalar, autores referem que a gestão de riscos tem se mostrado relevante para promover a segurança e a qualidade da assistência prestada (CEDRAZ *et al.*, 2018).

No contexto brasileiro, entre os objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), implantado no ano de 2013, está “promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde” (BRASIL, 2013a, S/N). Entre as referidas iniciativas está a implantação da gestão de riscos.

Na busca pela conceituação da gestão de riscos, observa-se que há diferentes nomenclaturas, como gestão de riscos e gerenciamento de riscos. Segundo Feldman (2009, p. 27), “a gestão de riscos ou o gerenciamento de riscos são as traduções habituais da Administração de riscos. Ainda que se possa definir de muitas formas, sempre é considerada como processo”.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), por meio da ISO 3100:2009, que apresenta os princípios e diretrizes para a gestão de riscos, conceitua gestão de riscos como “atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no que se refere a riscos” (ABNT 2009, p. 2). A ISO 31:000:2009, por sua vez, utiliza as expressões gestão de riscos e gerenciamento de riscos. De maneira geral, gestão de riscos está relacionada à arquitetura, que engloba princípios, processos e resultados, direcionados para gerenciar riscos de maneira eficaz. Gerenciar riscos, por sua vez, é a aplicação da referida arquitetura para riscos específicos (ABNT, 2009). Nessa norma, a gestão de riscos compreende a “sistemática de políticas, procedimentos e práticas de gestão para as atividades de comunicação, consulta, estabelecimento do contexto, e na identificação, análise, avaliação, tratamento, monitoramento e análise crítica dos riscos” (ABNT, 2009, p. 2).

A Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o PNSP, define gestão de riscos como: “aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional” (BRASIL, 2013a, S/N).

Já a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, apresenta de maneira especificada os processos-chave da gestão de riscos, incluindo os termos identificação, análise, avaliação, comunicação e controle (BRASIL, 2013b, S/N; GAMA; HERNÁNDEZ, 2017). Ademais, a gestão de risco, nessa resolução, é descrita de maneira semelhante ao PNSP, sendo conceituada como:

Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (BRASIL, 2013b, S/N).

Dessa forma, adotou-se no presente estudo o conceito de gestão de riscos apresentado pela RDC nº 36 de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013b). Ressalta-se que o PNSP e a RDC nº 36 de 2013 são regulamentações relativamente recentes no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS), que complementam ações de gestão de riscos já realizadas em nível nacional. Tais ações são direcionadas principalmente para os riscos relacionados aos produtos utilizados na assistência à saúde e notificados para a Vigilância Sanitária Pós-Comercialização (VIGIPOS) (GAMA; HERNÁNDEZ, 2017).

Nesse cenário, destaca-se a iniciativa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em estruturar a Rede Sentinela, que integrou diferentes hospitais no país, capacitados para atuarem como observatório das ações de VIGIPOS. Nos hospitais credenciados, a Rede Sentinela formalizou a implantação de um setor de gerência de risco e denominou um profissional como gerente de riscos, responsável por coordenar as ações a nível local. Esse profissional atua na notificação de eventos adversos e queixas técnicas nas áreas de tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância para o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIVISA) e é um elo entre a instituição hospitalar e a ANVISA (BRASIL, 2014). Mais recentemente, com a implantação da nova versão do NOTIVISA (NOTIVISA 2.0), houve a inclusão das notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde (GAMA; HERNÁNDEZ, 2017).

Em suma, a gestão de risco, como objeto da ANVISA, é incumbida de fomentar nos hospitais a vigilância sanitária pós-comercialização. Sua finalidade é proporcionar a segurança e qualidade do atendimento prestado mediante à identificação dos incidentes e à execução de mecanismos que amenizem suas consequências (SOUSA *et al.*, 2017); sendo assim, a notificação se torna uma etapa essencial (SIQUEIRA *et al.*, 2015).

Ao realizar a pesquisa no decorrer do Mestrado em Enfermagem no PEN/UFSC, os resultados da dissertação evidenciaram que as notificações são realizadas pelos profissionais que atuam nos hospitais, que, após identificarem algum evento adverso, queixa técnica e/ou *near miss*, sinalizam formalmente o setor de gerência de risco por meio dessas notificações. Esse é o principal instrumento de trabalho do gerente de risco, que utiliza a notificação para realizar a investigação; se necessário, são previstas medidas e ações de prevenção e/ou mudanças de processos internos (SCHMITT, 2017).

Além do mais, ao longo dos estudos sobre gestão de riscos, observou-se, na literatura, que há uma gama de estudos realizados sobre a temática no país, voltados para as notificações nas áreas de tecnovigilância, hemovigilância e farmacovigilância recebidas pela gerência de risco, dentro de instituições credenciadas à Rede Sentinela (GÖTTEMS *et al.*, 2016; FRANCELINO *et al.*, 2017; GRANDI *et al.*, 2018; NETO *et al.*, 2019; BELINCANTA *et al.*, 2018). Ou seja, as pesquisas têm como objeto de estudo a notificação, parte importante na comunicação dos incidentes identificados. Entretanto, vale destacar que as notificações são um

método reativo para identificar os incidentes e necessitam que os profissionais estejam engajados na causa para que os hospitais tenham conhecimento dos eventos que estão ocorrendo (GÖTTEMS *et al.*, 2016), sendo a subnotificação um problema a ser enfrentado (FEREZIN *et al.*, 2017; SENDLHOFER *et al.*, 2019).

A literatura demonstra, ainda, lacunas em relação à existência de estruturas e recursos proativos voltados para identificar e avaliar riscos e metodologias cuja finalidade é melhorar a segurança do paciente nos serviços de saúde. A maioria das estruturas utilizadas nesses espaços tem como foco a identificação de riscos por meio de ferramentas retrospectivas e não proativas. Nesse contexto, criar estruturas proativas colabora para prever, antecipar e prevenir falhas e erros nos sistemas (TABIBZADEH; JAHANGIRI, 2018). Assim, o estabelecimento de estratégias proativas para a gestão de riscos nos hospitais poderá contribuir para instituir medidas voltadas à identificação e prevenção da ocorrência de incidentes, evitando danos ao paciente e aos profissionais, assim como as consequências (jurídicas, financeiras etc.) para a instituição.

Ademais, realizou-se uma pesquisa no *site* de Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em abril de 2020, com os termos “Gerência de risco” OR “Gestão de Riscos” OR “Gerenciamento de Riscos”, sem delimitação do período de tempo e utilizando como refinamento da busca a grande área de conhecimento das ciências da saúde e adotando como critérios de inclusão as teses e dissertações que tinham como objeto de estudo a gestão de riscos na área da saúde, estudos com foco na gestão de riscos e estudos cuja coleta de dados foi realizada na gerência de risco dos serviços de saúde. Foram identificados 21 trabalhos que abordavam a temática, compostos de uma tese (4,8%) e de vinte dissertações (95,2%). Observou-se que tais estudos foram realizados com enfoque nas notificações de incidentes, na segurança do paciente, na qualidade do atendimento prestado pelos serviços de saúde e nas ações de vigilância sanitária pós-comercialização de produtos para a saúde desenvolvidas pela gerência de risco dos hospitais credenciados a Rede Sentinela, da ANVISA.

Com base na contextualização apresentada, percebe-se que a gestão de riscos é uma temática relativamente recente, abordada com maior ênfase no país desde a implantação do PNSP, o que demonstra a necessidade de estudos que explorem estratégias proativas de gestão de riscos em hospitais. É necessário ampliar a discussão sobre o tema, com o objetivo de pesquisar estratégias voltadas para identificar, analisar, avaliar, tratar e monitorar de forma crítica os riscos, conforme apresentado na ISO 31000:2009 da ABNT (ABNT, 2009) e na

conceituação sobre gestão de riscos apresentadas pelas normatizações brasileiras (BRASIL 2013a; BRASIL 2013b).

As reflexões que desencadearam o presente estudo partem de algumas considerações, apresentadas a seguir:

1. A notificação é uma ferramenta reativa de identificação de riscos e incidentes nos hospitais;

2. Os hospitais têm utilizado as notificações para conhecer suas fragilidades e assim desenvolver ações de melhoria; entretanto, carecem de estratégias para identificar os riscos antes da ocorrência do incidente que só então será sinalizado por meio da notificação;

3. O objeto de estudo das pesquisas sobre essa temática no país tende a focar de maneira mais expressiva na análise das notificações;

4. Parte-se das medidas que já vêm sendo realizadas para a gestão de riscos assistenciais relacionadas à assistência em saúde (erros de identificação do paciente; erros de procedimentos cirúrgicos; flebite; exteriorização não intencional de cateter, sonda, dreno, tubo, etc.; queda; úlcera de pressão) e à tecnologia (tecnovigilância, hemovigilância e farmacovigilância) desenvolvidas pelos hospitais credenciados à Rede Sentinela no País (a exemplo da estruturação do setor de gerência de risco, designação formal de um gerente de risco e notificações), foco das ações da VIGIPOS. É possível inferir, então, que a maneira como está estruturada a gestão de riscos realizada pela VIGIPOS nos hospitais que integram a Rede Sentinela no País é reativa; ou seja, espera-se que os incidentes sejam notificados para se realizarem ações de melhorias nos serviços de saúde;

5. Parte-se, também, do pressuposto de que as ações realizadas em prol da segurança do paciente nos hospitais, com o objetivo de reduzir o número de incidentes e danos, não estão sendo suficientes para evitar que ocorram agravos nas condições clínicas dos pacientes, o que é evidenciado pelo alto número de incidentes notificados. É necessário explorar novas perspectivas que venham a diminuir os riscos a que os pacientes estão expostos quando necessitam de atendimento na atenção terciária à saúde.

Considerando essa situação, a presente pesquisa buscou evidências empíricas com o intuito de identificar estratégias proativas para a gestão de riscos assistenciais em hospitais. A **pergunta norteadora** do presente estudo foi: quais estratégias podem ser utilizadas para uma gestão de risco proativa no ambiente hospitalar?

Apresenta-se, assim, a Tese a ser desenvolvida:

Estratégias proativas para a gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar contribuem para a consolidação da qualidade da assistência prestada e segurança dos pacientes e profissionais de saúde. Envolvem diferentes atores (gestores, profissionais, pacientes, acompanhantes) e setores (gerenciais e assistenciais), além de uma rede complexa de ações, com a definição de políticas institucionais, protocolos assistenciais e incorporação da gestão de riscos nos processos organizacionais.

2. OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivos:

- Descrever as concepções e práticas de gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar.
- Elaborar um guia de estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar.

3. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

O presente capítulo apresenta conceitos que dão sustentação teórica para a problemática investigada. Para contextualizar a temática, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, organizada em três sessões.

Na primeira, é discorrido sobre a gestão de riscos nos serviços de saúde e suas ligações com a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestadas pelos hospitais. Também é explanada a notificação de incidentes como metodologia reativa para a gestão de riscos.

Na segunda, é apresentado um estudo bibliométrico, realizado no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com o objetivo de analisar a tendência de investigação sobre gestão de riscos por parte de teses e dissertações produzidas em programas de pós-graduação da área da saúde no Brasil.

Na terceira, é descrita a gestão de riscos corporativos.

3.1 GESTÃO DE RISCOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Todas as organizações enfrentam fatores e influências internas e externas, que geram incertezas sobre quando e se atingirão seus objetivos. O efeito dessa incerteza é denominado risco e abrange todas as atividades de uma organização (ABNT, 2009).

Risco é qualquer evento que possa causar perdas reais e mensuráveis, sendo inerente a todas as ações realizadas, sejam elas simples ou complexas. É a relação que existe entre a vulnerabilidade do sistema e a probabilidade de se concretizar uma ameaça de evento adverso ou acidente (CARDOSO, 2009).

Desse modo, é possível dizer que

uma gestão dos riscos é, justamente, o exercício de se identificar as incertezas e, principalmente, as possíveis ameaças ao processo e tomar providências no sentido de dar a resposta mais adequada ao evento de risco, considerando a realidade da organização e, até mesmo, fatores externos (BRASIL, 2018, p. 6).

Em outras palavras, as organizações gerenciam os riscos, comunicam e consultam os elementos interessados, além de monitorar e analisar de maneira crítica os riscos encontrados (ABNT, 2009).

O conceito de gestão de riscos surgiu nos anos 1950, nos Estados Unidos, devido à crescente complexidade dos riscos a que as empresas estavam expostas (FELDMAN, 2009).

Outros autores, além de referirem que a gestão de riscos é uma prática conhecida e utilizada pelas empresas, a trazem como uma prática utilizada no meio militar, na aeronáutica, setores financeiros e automobilísticos (GAMA; HERNÁNDEZ, 2017).

Nos hospitais, o conceito de gestão de riscos foi incorporado no início da década de 1970, também nos Estados Unidos. Isso ocorreu devido a decisões judiciais que determinaram a responsabilidade corporativa dos hospitais pela qualidade da assistência e responsabilizaram a equipe médica pela qualidade do cuidado prestado. Nesse contexto, gerenciar os riscos é uma função proativa, que busca estabelecer medidas que visem a reduzir a frequência e a gravidade de incidentes e o impacto de possíveis prejuízos financeiros para o hospital sob a forma de reivindicações legais (SINGH; GHATALA, 2012).

Nos serviços de saúde, especialmente nas instituições hospitalares, não há como abordar a gestão de riscos sem considerar sua importância para a segurança do atendimento prestado e para a qualidade da assistência (CEDRAZ *et al.*, 2018), visto que a gestão de riscos “compreende a necessária revisão frequente dos processos de trabalho e o seu alinhamento aos padrões considerados seguros” (ANVISA, 2017, p. 16). “A gestão do risco está intimamente relacionada ao estabelecimento de uma cultura de segurança, que pressupõe o aprendizado com as falhas e a prevenção de novos incidentes relacionados à assistência à saúde” (ANVISA, 2017, p. 9). Dessa maneira, destacam-se os movimentos mundiais, com iniciativas a favor da segurança do paciente.

Um marco sobre essa temática foi a publicação, em 1999, do documento *Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro (To err is Human: building a safer health system)*, pelo Comitê para a Qualidade do Cuidado à Saúde na América (*Committee on Quality of Health Care in America*) do *Institute of Medicine* (IOM). O documento objetiva a redução rápida dos erros cometidos na área da saúde nos Estados Unidos, uma vez que estudos constataram que, a cada ano, entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam em decorrência de danos causados na assistência prestada pelos hospitais do país (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). A publicação ganhou notoriedade nacional e internacional, mobilizando governos e organizações, que iniciaram trabalhos para apoiar as estratégias voltadas para a prevenção e redução das falhas no cuidado prestado na assistência à saúde (BRASIL, 2017). Entretanto, mesmo com os progressos que ocorreram, as questões relacionadas à segurança do paciente continuam, 15 anos após o relatório *Errar é humano*, como um problema de saúde pública, em que os danos evitáveis permanecem frequentes nos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde, em todo o mundo (NPSF, 2015).

Em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), responsável por coordenar e disseminar, em âmbito internacional, ações de melhorias voltadas para a segurança do paciente, e estabelecer como prioridade a redução de danos ao paciente (OMS, 2004; BONO; NEVES; VASCONCELOS, 2016). Entre os objetivos da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, destacam-se a promoção da cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde e o desenvolvimento de formas de aprimorar a segurança do paciente, colocando o paciente como centro de todo o movimento. Além disso, objetiva desenvolver normas, orientações e protocolos, assim como produzir evidências, conceitos, definições e melhores práticas que orientem os serviços para reduzir riscos aos usuários (WHO, 2004).

Em 2019, foi realizada a 72ª Assembleia Mundial de Saúde, que atualizou o problema mundial de segurança do paciente e trouxe como tema “Segurança do paciente: uma prioridade global de saúde”. Na assembleia, foi definido o dia 17 de setembro como o Dia Mundial da Segurança do Paciente, com o propósito de “mobilizar pacientes, profissionais de saúde, formuladores de políticas, pesquisadores, redes profissionais e o setor de saúde para defender a segurança do paciente” (BVS, 2021, SN).

No Brasil, o PNSP, publicado no ano de 2013, busca contribuir para que os serviços de saúde no país qualifiquem seus cuidados; para isso, incentiva a implementação de ações como a gestão de riscos, com o propósito de melhorar a segurança do paciente. Segundo o referido programa, a gestão de riscos envolve princípios e diretrizes voltadas para a segurança do paciente e para a qualidade da assistência, com a execução de processos de gerenciamento de riscos, realizada de maneira sistemática e estruturada (BRASIL, 2013a). A RDC nº 36/2013, que institui ações voltadas para a segurança do paciente no país, reforça as ações de gestão de riscos nas instituições de saúde e traz como competência do Núcleo de Segurança do Paciente desenvolver as ações de gestão de riscos nas instituições (BRASIL, 2013b), o que colabora com a revisão dos processos internos e com a prática assistencial segura.

Outra iniciativa voltada à gestão de riscos em âmbito nacional foi idealizada e implementada pela ANVISA por meio da Rede Sentinela. A Rede integrou hospitais de diferentes regiões do país, com ações voltadas principalmente para a VIGIPOS e para a notificação de incidentes (BRASIL, 2014; GAMA; HERNÁNDEZ, 2017).

Já para as instituições hospitalares que buscam a acreditação dos seus processos por meio de organizações como a Organização Nacional de Acreditação (ONA), a *Joint Commission International* (JCI), a *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (NIAHO), *Canadian Council for Health Services Accreditation* (CCHSA)

(BONO; NEVES; VASCONCELOS, 2016), ter um programa formal de gestão de riscos é uma premissa básica e norteadora para os processos assistenciais e para a obtenção da certificação de qualidade (SINGH; GHATALA, 2012).

Em outros cenários, as pesquisas demonstram que os hospitais têm desenvolvido diferentes estratégias para realizar a gestão de riscos. Em países como o Irã, a Alemanha, a Suíça, a Áustria, a Itália e a Espanha, estudos demonstram que os hospitais têm realizado a gestão de riscos clínicos com foco nos processos clínicos relacionados de maneira direta ou indiretamente com o atendimento ao paciente (MANSER *et al.*, 2016; FAROKHZADIAN; NAYERI; BORHANI, 2015; CREMA; VERBANO, 2015; SENDLHOFER *et al.*, 2014; BRINER; MANSER; KESSLER, 2012; BOLCATO; FASSINA, RODRIGUES *et al.*, 2019). Na Alemanha, por exemplo, um estudo realizado em 572 hospitais constatou que, desses 572, 72% tinham como estratégia formal, a gestão de riscos clínicos (MANSER *et al.*, 2016).

Os autores Bastos e Feldman (2009, p. 279) referem que “a gestão de risco ainda é compartimentada”. Por mais que em todo o mundo as instituições tenham aderido à gestão de riscos, a compartimentação das ações se torna um dilema a ser enfrentado por todos (BATOS; FELDMAN, 2009). Além disso, um estudo demonstra que a maioria dos hospitais não dispõe de um sistema integrado de gestão de riscos que abranja toda a estrutura operacional e organizacional da instituição (SIMEONE *et al.*, 2015).

Vale destacar que gerenciar riscos em hospitais é um processo complexo que envolve diferentes áreas do conhecimento como medicina, enfermagem, farmácia, engenharias, além das partes social e jurídica. Seu propósito é a prevenção de eventos adversos provenientes de procedimentos e produtos utilizados na assistência à saúde para assegurar a segurança do paciente, dos profissionais e do ambiente (HARADA, 2009). Todavia, atualmente o maior desafio é despertar nas instituições de saúde a compreensão de que a qualidade e a segurança fornecem uma ligação permanente para sustentar um padrão de excelência, mantendo a vigilância dos riscos e a competitividade financeira (FELDMAN, 2009).

3.1.1 Notificação de incidentes – metodologia reativa para a gestão de riscos

A notificação de incidentes é o instrumento mais utilizado para a comunicação dos riscos nos hospitais e permite a identificação dos erros e dos potenciais riscos da assistência prestada (MIRA *et al.*, 2013). É um aspecto positivo e relevante para a gestão de riscos que os hospitais tenham implantado um sistema de notificação, uma vez que isso facilita identificar

suas fragilidades (FRANCOLIN *et al.*, 2015) e priorizar áreas de riscos que necessitem de uma avaliação mais detalhada (MACRAE, 2016).

As notificações são relatadas de maneira anônima e voluntária pelos profissionais de saúde (FEREZIN *et al.*, 2017; SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017; SENDLHOFFER *et al.*, 2019), sendo uma obrigatoriedade dos serviços de saúde (com algumas exceções), conforme estabelecido pela RDC nº 36 (BRASIL, 2013b; HARADA *et al.*, 2021).

Todavia, alguns autores referem que as notificações voluntárias são um método reativo de identificar os incidentes (GÖTTEMS *et al.*, 2016; SCHMITT *et al.*, 2020; MARTINS, TEIXEIRA, 2019), havendo uma tendência do desconhecimento dos números verídicos dos incidentes que ocorrem nas instituições, uma vez que é necessário que um profissional comunique o ocorrido por meio da notificação (GÖTTEMS *et al.*, 2016). A subnotificação, portanto, constitui mais um desafio.

Um estudo demonstra que entre os motivos relatados pelos profissionais de saúde para a subnotificação está a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo para realizar a notificação. Também há o receio de uma possível punição, o que demonstra uma baixa cultura de segurança do paciente nas instituições (SENDLHOFFER *et al.*, 2019). Frente a esse cenário, a cultura justa é importante, uma vez que não foca somente no que se refere à prática do profissional, mas sim procura reconhecer quais foram as falhas e fragilidades do sistema como um todo (ALVES; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2019).

A notificação é uma ferramenta de suporte na gestão de riscos e colabora na aprendizagem organizacional (SENDLHOFFER *et al.*, 2019) por possibilitar que os hospitais identifiquem os principais incidentes a que estão expostos e, conseqüentemente, desenvolvam estratégias de melhorias (MACRAE, 2016; FERZIN *et al.*, 2017; SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017; SENDLHOFFER *et al.*, 2019). Os incidentes notificados geram gatilhos e alertas de pontos que necessitam ser aprimorados e contribui na formulação de novas políticas e recomendações (MACRAE, 2016).

Contudo, somente analisar os incidentes notificados não produz por si só um aprendizado. É necessário organizar atividades de investigação detalhada dos riscos para que o aprendizado organizacional seja impulsionado, e, assim, ocorra uma real melhoria (MACRAE, 2016). Dessa forma, a identificação e o monitoramento dos incidentes notificados deve ser contínua, a fim de aprimorar os processos de trabalho e promover a segurança e a qualidade do atendimento prestado (FEREZIN *et al.*, 2017). Nesse contexto, um estudo buscou explorar a experiência de gerentes e coordenadores após dez anos desde a implantação das notificações em três hospitais localizados na Suécia, identificando entre as vantagens da utilização da

notificação a identificação de áreas problemáticas, colocando o tema segurança do paciente em pauta nas reuniões de equipe e avaliando a qualidade dos serviços (CARLFJORD; ÖHRN; GUNNARSSON, 2018).

Observa-se nos estudos publicados que a notificação é uma estratégia utilizada por diferentes países, como o Brasil (FEREZIN *et al.*, 2017), a Suécia (CARLFJORD; ÖHRN; GUNNARSSON, 2018), Taiwan (YANG *et al.*, 2017), a Coreia do Sul (LEE, 2017), a Áustria (SENDLHOFER *et al.*, 2019) e os Estados Unidos (SCHAEFER; PERKINS; PERZ, 2020). Também é possível observar que o número de notificações realizadas nos serviços de saúde vem aumentando gradativamente com o passar dos anos (FIGUEIREDO *et al.*, 2018; BELINCANTA *et al.*, 2018; SENDLHOFER *et al.*, 2019).

Por mais que a notificação seja de responsabilidade de todos os profissionais da saúde, a literatura demonstra que, nas instituições hospitalares, o enfermeiro se destaca como o responsável por realizar o maior número de notificações (REIS *et al.*, 2016; FERZIN *et al.*, 2017; SENDLHOFER *et al.*, 2019). Com isso, observa-se o seu comprometimento com as ações de gestão de riscos, por meio da identificação e notificação dos eventos adversos e queixas técnicas nos setores em que atua (REIS *et al.*, 2016).

Dentro da equipe de saúde, estima-se que a enfermagem constitua 50% da força de trabalho, e que enfermeiros realizam, orientam e monitoram a maior parte do cuidado prestado ao paciente. O enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem, pode ser o agente facilitador e multiplicador das ações de gestão de riscos. Isso é justificado por sua atuação na instituição hospitalar no decorrer das 24 horas do dia e por seu conhecimento das normas e rotinas da organização. Além do mais, é um dos profissionais que relata, acompanha, averigua e analisa os incidentes que ocorrem na instituição (FELDMAN, 2009), além de capacitar a equipe para reconhecer, prevenir e diminuir os riscos e realizar notificações (FELDMAN, 2009; FERZIN *et al.*, 2017).

Assim, destaca-se que o papel primordial do enfermeiro na gestão de riscos, na segurança do paciente e na qualidade da assistência, pois direciona e avalia ações, revisa e faz adequações nas práticas e protocolos, além de elaborar novos instrumentos que colaborem para aprimorar, auxiliar e otimizar o processo de trabalho da equipe de enfermagem (CEDRAZ *et al.*, 2018). Sua formação é voltada para uma assistência segura, e o enfermeiro possui conhecimento sobre temas voltados à gerência de riscos e da sua aplicação na prática assistencial (MILAGRES, 2015).

3.2. MANUSCRITO 1 - ANÁLISE DE TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE GESTÃO DE RISCOS NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL

Este tópico é composto pelo artigo intitulado “Análise de teses e dissertações sobre gestão de riscos na área da saúde no Brasil”, que está publicado na Revista Mineira de Enfermagem – REME. Trata-se de um estudo bibliométrico, realizado no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com o objetivo de analisar a tendência de investigação de teses e dissertações sobre gestão de riscos produzidas em programas de pós-graduação da área da saúde no Brasil.

Nos resultados, observou-se predominância de dissertações (95,2%) e (57,1%) de abordagem metodológica qualitativa. Foram identificadas três classes semânticas, com destaque para a classe 1 (36,2%), que aborda a gestão de riscos como essencial para a qualidade da assistência e segurança do paciente. A classe 2 (29,3%) apresentou os profissionais como agentes da gestão de riscos e a classe 3 (34,4%) indica a notificação de incidentes como ferramenta para a gestão de riscos. Dessa forma, concluiu-se que a tendência de investigações está na notificação de incidentes, na segurança do paciente, na qualidade do atendimento dos serviços de saúde e na percepção dos profissionais sobre a temática.

O texto na íntegra está disponível como Anexo A. Ressalta-se que a Instrução Normativa nº 1, de 17 de agosto de 2016, do PEN/UFSC permite que o artigo de revisão esteja publicado em periódico científico no formato final da Tese.

3.3 GESTÃO DE RISCOS CORPORATIVOS

Ações voltadas para o gerenciamento de riscos vêm sendo desenvolvidas há algumas décadas; contudo, em âmbito internacional, a padronização de conceitos e métodos de gestão de riscos é recente (GAMA; HERNÁNDEZ, 2017). Entre as padronizações disponíveis, está a gestão de riscos corporativos, apresentada por autores como uma perspectiva de antecipar o que está por vir (ALVES *et al.*, 2020), ou seja, uma abordagem proativa.

A gestão de riscos corporativos é conhecida na literatura internacional como *Enterprise Risk Management* e avalia os diferentes riscos que afetam uma organização, otimiza soluções e potencializa benefícios com uma gestão realizada de forma integrada (SILVA; FERNANDES, 2019). Na literatura, há diferentes estruturas para o gerenciamento de riscos corporativos (OJEKA *et al.*, 2019; TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2018), entre elas a do *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO) (em

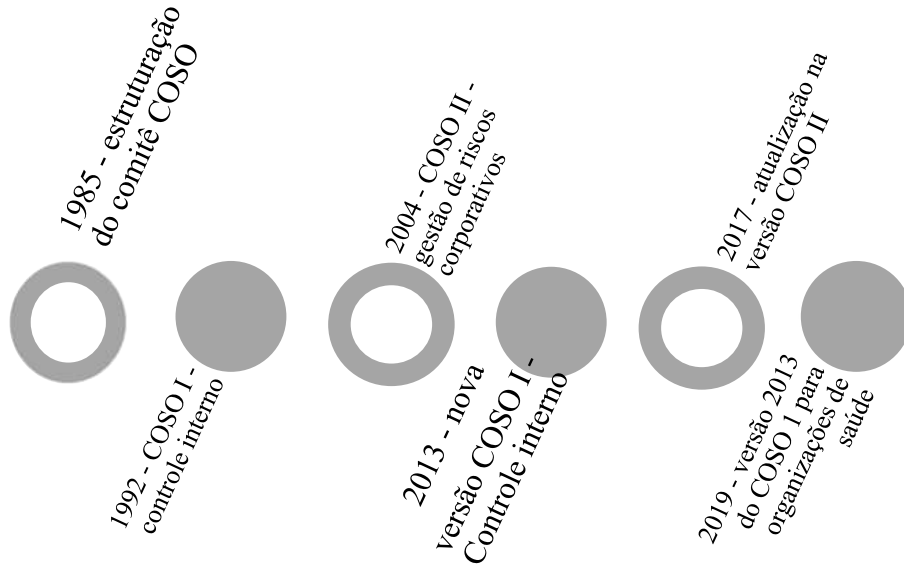
português, Comitê de Organizações Patrocinadoras da Comissão Treadway). Os documentos trazidos pelo COSO são modelos de gestão de riscos de referência e aceitos em âmbito internacional (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2018) e apresentam como definição para gerenciamento de riscos corporativos:

[...] um processo conduzido em uma organização pelo conselho de administração, diretoria e demais empregados, aplicado no estabelecimento de estratégias, formuladas para identificar em toda a organização eventos em potencial, capazes de afetá-la, e administrar os riscos de modo a mantê-los compatível com o apetite a risco da organização e possibilitar garantia razoável do cumprimento dos seus objetivos (COSO, 2007, p. 10).

O COSO foi estruturado em 1985, nos Estados Unidos, para amparar a Comissão Nacional de Relatórios Financeiros Fraudulentos, iniciativa do âmbito privado, que investigou possíveis causas de fraudes em relatórios financeiros. O Comitê é uma iniciativa de cinco organizações profissionais: a *American Accounting Association*, a *American Institute of Certified Public Accountants*, a *Financial Executives International*, a *Institute of Internal Auditors* e a *Institute of Management Accountants* (COSO, 2021, SP). Seu objetivo é “fornecer liderança inovadora lidando com três assuntos inter-relacionados: gerenciamento de risco corporativo, controle interno e prevenção de fraude” (COSO, 2021, SP).

No ano de 1992, o comitê publicou a versão do COSO voltada ao controle interno, que foi reestruturada em 2004 (COSO, 2013). No ano de 2019, também houve uma publicação do *framework* voltado ao controle interno para as organizações de saúde (COSO, 2019). As versões voltadas ao controle interno são conhecidas como COSO I. O enfoque no gerenciamento de riscos corporativos, conhecido como COSO II, teve sua primeira publicação em 2004, sendo reestruturada em 2017 (COSO, 2017). Na Figura 1, as diferentes atualizações do COSO estão dispostas em uma linha do tempo.

Figura 1 - Linha do tempo – versões do COSO.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Os *frameworks* do controle interno e do gerenciamento de riscos corporativos são complementares. O enfoque do COSO I é no controle interno, ou seja, em processos estruturados para operações, relatórios e conformidades de uma organização (COSO, 2013). O COSO II não foi estruturado com o intuito de substituir o COSO I, mas sim para incorporar o controle interno dentro de uma perspectiva de gerenciamento de risco em nível organizacional. Ambos apresentam estruturas aplicáveis a organizações de diferentes tipos e tamanhos (COSO, 2017). As diferentes versões do COSO estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Versões do COSO.

COSO I – Controle Interno
<p>Controle interno – estrutura integrada (1992)</p> <p>Cinco componentes</p> <p>Foco no controle interno</p>
<p>Controle interno – estrutura integrada (2013)</p> <p>Substitui o <i>framework</i> de 1992</p> <p>Cinco componentes e 17 princípios para o controle interno</p>
<p>Controle interno – estrutura integrada: um guia para a implantação em organizações provedoras de saúde (2019)</p> <p>Versão do <i>framework</i> de 2013 voltado para as instituições de saúde</p>
COSO II – Gestão de riscos corporativos
<p>Gerenciamento de Riscos Corporativos – Estrutura Integrada (2004)</p> <p>Foco na gestão de riscos corporativos</p> <p>Não substitui o COSO I – são complementares</p> <p>Composto por 8 componentes</p>
<p>Gerenciamento de Riscos Corporativos – Integrado com estratégias e Performance (2017)</p> <p>Atualização do <i>framework</i> de 2004 – com alinhamento da gestão de riscos com o desempenho e estratégias da organização</p> <p>Composto por 5 componentes e 20 princípios</p>

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

A seguir, as diferentes versões do COSO I e COSO II serão descritas com maior detalhamento.

3.3.1 COSO I – Controle interno

O Controle Interno – Estrutura Integrada (*Internal Control – Integrated Framework*), lançado em 1992 pelo comitê COSO, tem reconhecimento mundial como principal *framework* para projetar, implementar, conduzir e avaliar a eficácia do controle interno em organizações. Também conhecido como COSO I, foi reestruturado no ano de 2013, mantendo os cinco componentes de controle interno da versão original (COSO, 2013).

Nesse contexto, controle interno se refere a processos estruturados para proporcionar às organizações garantias aceitáveis na execução de objetivos relacionados a operações (procedimentos eficientes e eficazes), relatórios (referentes aos aspectos financeiros, internos e externos a organização) e conformidades (cumprimento de leis e regulamentos). Os referidos processos são executados pelos conselhos de administração, gestores e demais profissionais de uma organização (COSO, 2013).

Para que os objetivos do controle interno sejam alcançados, o *framework* é estruturado em cinco componentes (ações necessárias para atingir os objetivos): ambiente de controle; avaliação de risco; atividades de controle; informação e comunicação; atividades de monitoramento e 17 princípios (conceitos importantes relacionados a cada componente). A representação gráfica dos objetivos e componentes se dá por meio de um cubo cujas colunas representam os objetivos e cujas linhas representam os componentes, sendo sua terceira dimensão uma representação da estrutura organizacional, conforme apresentado na Figura 2 (COSO, 2013).

Figura 2 - Modelo representativo COSO I.



Fonte: COSO, 2013.

No ano de 2019, foi lançado o Controle Interno – Estrutura Integrada: um guia para a implantação para o setor de provedoras de saúde (*Internal Control – Integrated Framework: An Implementation Guide for the Healthcare Provider Industry*), que contém orientações para a implantação (em cinco fases) do *framework* de 2013 em instituições de saúde. Esse *framework* tem a finalidade de apresentar uma metodologia para a área da saúde e auxiliar a consolidação de sua governança e de seu controle interno (COSO, 2019).

O *framework* para as instituições de saúde contempla os cinco componentes e 17 princípios do COSO I (COSO, 2013) que, por sua flexibilidade, podem ser empregados em organizações de diferentes tipos e tamanhos. Entre os benefícios de sua utilização, pode-se citar a priorização da gestão de processos com maior possibilidade de gerar impacto nas metas e objetivos (COSO, 2019).

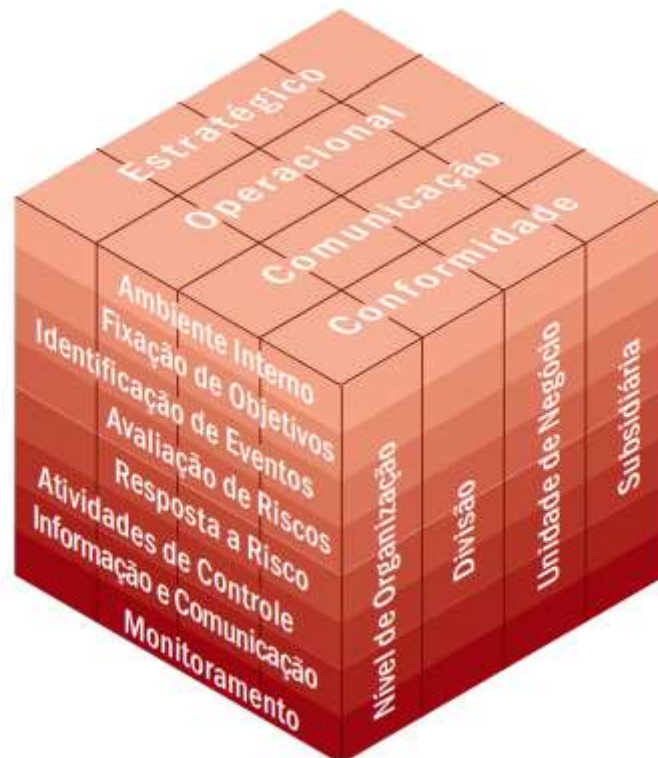
3.3.2 COSO II – Gerenciamento de riscos corporativos

Em 2004, foi lançado o Gerenciamento de Riscos Corporativos – Estrutura Integrada (*Enterprise Risk Management - Integrated Framework*), também conhecido como COSO ERM ou COSO II, elaborado pela *Pricewaterhouse Coopers LLP*, encomendado pela COSO, e tem a finalidade de viabilizar estratégias para avaliar e aperfeiçoar a gestão de riscos nas

organizações, com ênfase na gestão de riscos corporativos. O COSO II ampliou o COSO I, destacando-se como um modelo de gestão de riscos prevalente no cenário corporativo mundial, em especial na América do Norte (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2018). Trata-se de um “modelo conceitual para o gerenciamento de riscos corporativos, proporcionando as diretrizes para a evolução e aprimoramento do gerenciamento de riscos e dos procedimentos para sua análise” (COSO, 2017, p. 6).

O modelo COSO ERM ou COSO II também é representado por um cubo (Figura 3), que demonstra uma percepção integrada dos componentes necessários aos objetivos e à estrutura organizacional para gerenciar riscos de forma eficaz. Na parte superior do cubo, estão expostas categorias de objetivos básicos (estratégico, operacional, comunicação e conformidade) para todas as organizações, às quais a gestão de riscos necessita proporcionar garantias para seja alcançada. Na lateral esquerda, estão os oito componentes (ambiente interno, fixação de objetivos, identificação de eventos, avaliação de riscos, resposta a risco, atividades de controle, informação e comunicação e monitoramento) que precisam estar funcionando de maneira integrada na rotina da organização para que ocorra uma gestão de riscos eficaz. Já no lado direito do cubo, está a estrutura organizacional (nível de organização, divisão, unidade de negócio, subsidiária). Essa estrutura representa os diferentes níveis e funções de uma organização, que envolvem todas as atividades para que a organização alcance os seus objetivos, a exemplo de processos e projetos (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2018).

Figura 3 - Modelo de gestão de riscos previsto no COSO II.



Fonte: Tribunal de Contas da União, 2018.

No ano de 2017, após consulta pública, foi lançada uma nova versão intitulada Gerenciamento de Riscos Corporativos – Integrado com Estratégias e Performance (*Enterprise Risk Management – Integrating with Strategy and Performance*) (COSO, 2017). Essa versão, além de revisar e atualizar os componentes do COSO II, ressalta a relevância da gestão de riscos na definição e realização das estratégias e na gestão da performance da organização. A gestão de riscos é incorporada nas dimensões: 1) missão, visão e valores centrais; 2) objetivos estratégicos e de negócios; 3) desempenho organizacional – três dimensões primordiais na gestão de uma organização (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2018). Ademais, incentiva que o gerenciamento de riscos corporativos seja engajado no planejamento estratégico e em todos os setores da organização (COSO, 2017). Tais aspectos o diferenciam das demais versões do COSO, indo além dos riscos corporativos, com foco em aprimorar resultados organizacionais. Também se observa que a representação em forma de cubo deixa de ser utilizada, e uma nova figura é apresentada para o Gerenciamento de Riscos Corporativos – Integrado com Estratégias e Performance (Figura 4) que representa os passos do gerenciamento de risco de uma organização.

Figura 4 - Componentes do Gerenciamento de Riscos Corporativos – Integrado com estratégias e Performance.



Fonte: COSO, 2017.

Nessa versão, o *framework* é constituído por cinco componentes que visam a aprimorar as estratégias e a tomada de decisão, sendo eles: governança e cultura; estratégia e definição de objetivos; performance, análise e revisão; e informação, comunicação e divulgação (COSO, 2017). Relacionados aos componentes, foram estabelecidos 20 princípios de gestão de riscos, que caracterizam os procedimentos práticos para sejam aplicáveis de variadas formas nas organizações, independentemente do seu setor de atuação (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2018). Os componentes, sua descrição e os princípios do Gerenciamento de Riscos Corporativos – Integrado com Estratégias e Performance estão apresentados no Quadro 2:

Quadro 2 - Componentes, descrição do componente e princípios do Gerenciamento de Riscos Corporativos – Integrado com estratégias e Performance.

Componente	Descrição do componente	Princípios
Governança e cultura	“A governança dá o tom da organização, reforçando a importância e instituindo responsabilidades de supervisão sobre o gerenciamento de riscos corporativos. A cultura diz respeito a valores éticos, a comportamentos esperados e ao entendimento do risco em toda a entidade” (COSO, p. 6, 2017).	exerce supervisão de risco do conselho
		estabelece estruturas operacionais
		define a cultura desejada
		demonstra compromisso com os valores essenciais
		atrai, desenvolve e retém indivíduos capazes
Estratégia e definição de objetivos	“O apetite de risco é estabelecido e alinhado com as estratégias; os objetivos de negócio colocam a estratégia em prática e, ao mesmo tempo, servem como base para	analisa o contexto de negócios – uso de indicadores para conhecer a realidade

	identificar e responder aos riscos” (COSO, p. 6, 2017).	define o apetite de risco
		avalia estratégias alternativas
		formula objetivos de negócios
Performance	Identificação, avaliação e priorização (considerando a gravidade) dos riscos que podem impactar nos objetivos de negócios. A organização compila os riscos assumidos e a eles delibera respostas (COSO, 2017).	identifica risco
		avalia a gravidade do risco
		prioriza riscos
		implementa respostas de risco
		desenvolve visão de portfólio
Análise e revisão	Análise do desempenho da organização, considerando o êxito que os componentes da gestão de riscos corporativos tiveram e, no caso de adequações substanciais, quais aprimoramentos são necessários (COSO, 2017).	avalia mudanças substanciais
		analisa risco e desempenho
		busca a melhoria na gestão de riscos corporativos
Informação, comunicação e divulgação	Obtém e compartilha informações, de fontes interna e externa da organização, de forma contínua (COSO, 2017).	Alavanca/potencializa a informação e a tecnologia
		comunica informações de risco
		relatórios sobre risco, cultura e desempenho

Fonte: Elaborado pela autora com base em COSO, 2017 (traduzido).

O Gerenciamento de Riscos Corporativos – Integrado com Estratégias e Performance fornece uma estrutura que pode ser utilizada por organizações de todos os tamanhos. Entre os benefícios de sua utilização, está a identificação dos riscos em toda a organização, propondo respostas apropriadas aos mesmos, reduzindo prejuízos e custos (COSO, 2017).

4. DESENHO METODOLÓGICO

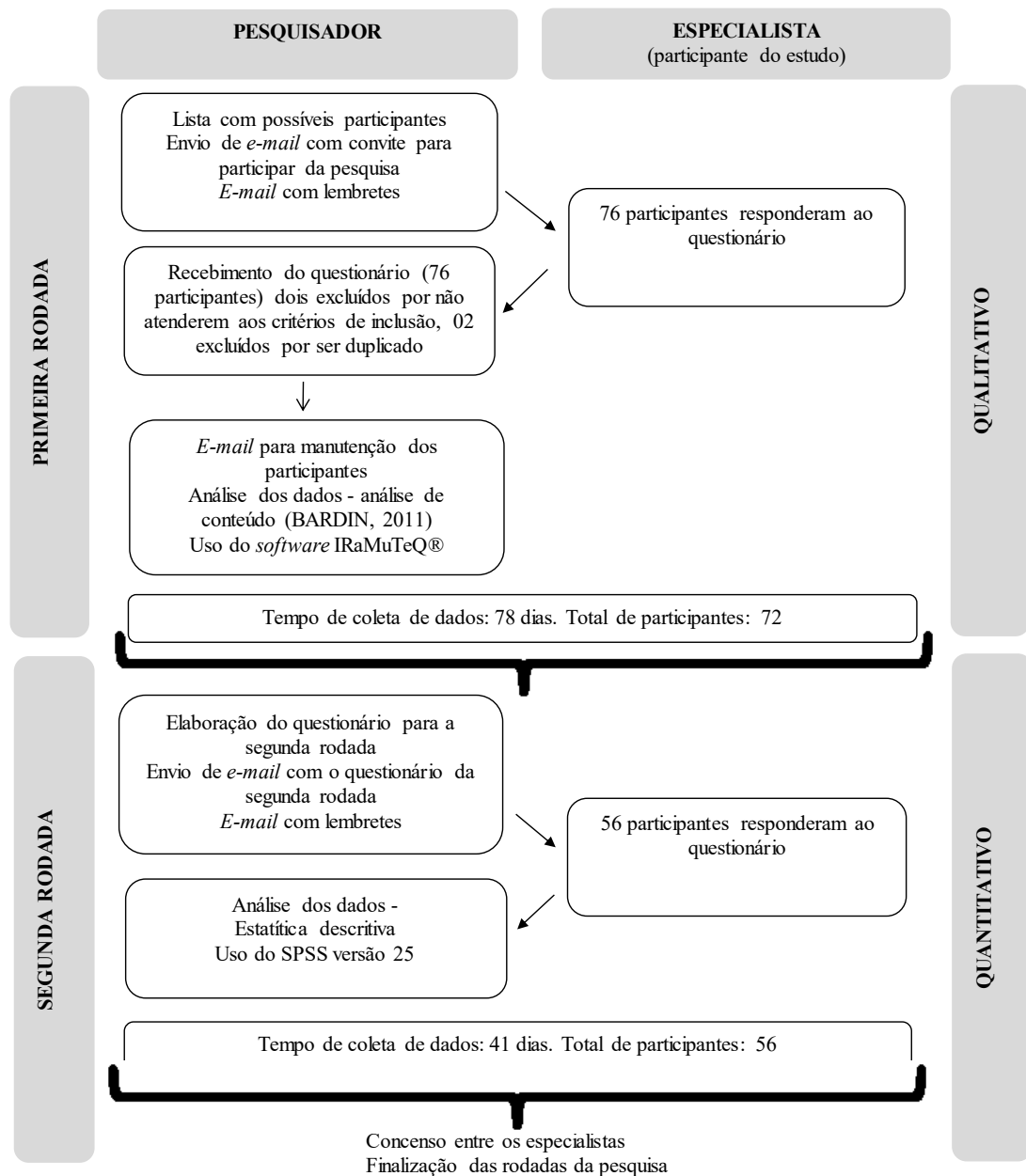
No presente capítulo, é descrito o percurso metodológico percorrido. Assim, o desenho metodológico está estruturado da seguinte forma: delineamento da pesquisa; a técnica Delphi; local do estudo; participantes do estudo; contato com os especialistas e convite para a participação na pesquisa; elaboração dos instrumentos de pesquisa, coleta, organização e análise dos dados e os aspectos éticos da pesquisa.

4.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal descritivo que utilizou a técnica Delphi. Nos estudos transversais, todos os fenômenos estudados são contemplados na coleta de dados, em que os dados são coletados em um período determinado (POLIT; BECK, 2011). A técnica Delphi é definida como um tipo de pesquisa que, por meio de questionários aplicados em uma ou mais rodadas, consulta a opinião e busca o consenso de especialistas sobre determinada área do conhecimento (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011).

Esse método de pesquisa coleta dados qualitativos e quantitativos. Os dados qualitativos são gerados na primeira rodada da pesquisa, na qual os especialistas respondem ao questionário elaborado pela pesquisadora, expressando livremente suas opiniões sobre o assunto. Os dados quantitativos são gerados a partir dos questionários das demais rodadas do estudo (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011; MARQUES; FREITAS, 2018; FINK-HAFNER *et al.*, 2019). A Figura 5 apresenta as etapas realizadas para o desenvolvimento da pesquisa.

Figura 5 - Etapas realizadas para o desenvolvimento da pesquisa.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

4.1.1 Técnica Delphi

A origem da técnica Delphi faz alusão ao desejo humano de prever situações futuras por meio da consulta aos oráculos, sendo Oráculo de Delfos (Delphi na língua inglesa) um dos mais importantes da Grécia Antiga. Há milhares de anos, os oráculos eram consultados por gregos e romanos para prever diferentes situações, como na política e nas guerras. Dessa forma, o termo

Delphi está fortemente associado à obtenção de uma opinião adequada sobre determinado assunto (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011).

Como técnica de pesquisa, a técnica Delphi foi desenvolvida no início da Guerra Fria, quando o general Henry Arnold solicitou para a Força Aérea dos Estados Unidos um relatório que previsse os possíveis impactos das tecnologias na guerra. Após a tentativa de aplicação de diferentes métodos tradicionais, como grupos focais e abordagens quantitativas, essa técnica foi desenvolvida, alicerçada na premissa de que previsões estatísticas individuais são mais robustas. Entre os anos de 1950 e 1960, a técnica Delphi começou a ser desenvolvida por Olaf Helmer, Norman Dalkey e Nicolas Rescher, no projeto intitulado RAND. A aplicação do método requeria a consulta da opinião de especialistas sobre a intensidade, frequência e probabilidade dos possíveis ataques dos inimigos, como também da quantidade de bombas atômicas que eram necessárias para combater um alvo específico. Os especialistas foram questionados repetidas vezes, até entrarem em um consenso sobre o assunto abordado (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011).

Enquanto os referidos autores se dedicaram à elaboração do método, um filósofo, funcionário da RAND *Corporation*, o denominou Delphi. Essa denominação gerou críticas por partes dos autores, por conta de suas conotações ocultistas e oraculares (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011).

Desde a sua elaboração, a técnica Delphi vem sofrendo modificações que resultaram em diferentes tipos de Delphi, como: o Delphi clássico, Delphi modificado, Decisão Delphi, *Policy* Delphi, Delphi em tempo real, e-Delphi, Delphi tecnológico, Delphi *On-line*, argumento Delphi e Delphi desagregador. As novas adaptações são possíveis devido à flexibilidade do método e a inexistência de diretrizes universais e formais sobre seu uso (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011).

Entre os diferentes tipos de Delphi, no presente estudo foram utilizados o Delphi clássico e o e-Delphi. No Delphi clássico, os especialistas foram consultados em uma primeira rodada, com questões abertas, permitindo aos participantes expressarem livremente suas opiniões sobre o assunto estudado; o consenso entre os participantes foi obtido na segunda rodada, e a pesquisa foi realizada por *e-mail*. O e-Delphi possui um processo que se assemelha ao clássico, permitindo que a pesquisa seja gerenciada por *e-mail* ou outras ferramentas da *web* (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011).

A técnica possui características chaves, descritas a seguir (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011; ROZADOS, 2015; FINK-HAFNER *et al.*, 2019):

1. Anonimato dos especialistas, que oportuniza a cada participante expressar sua opinião de maneira aberta e sincera nas diferentes rodadas do estudo;
2. Permite que os especialistas modifiquem suas opiniões sobre o tema nas rodadas subsequentes do estudo;
3. O *feedback* das respostas aos especialistas é realizado de maneira controlada;
4. As respostas dos especialistas são analisadas estatisticamente, visando a um consenso do grupo.

A técnica Delphi possui terminologias específicas do método, que determinam os procedimentos que serão realizados em cada uma de suas etapas e com as pessoas envolvidas (ROZADOS, 2015, p. 68):

- a) rodada (ou circulação) é cada um dos sucessivos questionários apresentados ao grupo;
- b) questionário é o documento (instrumento) que se envia aos especialistas. Não é só um documento que contém uma lista de perguntas, mas um documento com o qual se consegue que os participantes da pesquisa interatuem, já que nele se apresentam os resultados das circulações anteriores;
- c) painel é o conjunto de especialistas que farão parte do Delphi;
- d) moderador é a pessoa responsável por recolher as respostas do painel e preparar os questionários.

Ressalta-se que a técnica Delphi parte do pressuposto de que a opinião de um grupo é mais importante do que a individual e busca o consenso de uma questão importante, gerando uma opinião válida de especialistas de determinada área (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011). Assim,

permite a prospecção de opiniões, o fomento de consensos e a identificação de temas de desacordo. Possibilita utilizar o potencial de diferentes áreas de especialidade na busca de soluções, previsões ou caracterização de problemas complexos e multidimensionais (MARQUES; FREITAS, 2018, p. 441).

Entre as vantagens de sua utilização está a possibilidade de coletar opiniões de especialistas de diferentes localidades geográficas (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011; FINK-HAFNER *et al.*, 2019).

4.1.2 Local do estudo

Por se tratar de uma pesquisa que utiliza a técnica Delphi, na qual a coleta dos dados foi realizada por meio de ferramentas *on-line*, o estudo não se limitou a uma instituição ou a um serviço de saúde específico. A investigação foi realizada envolvendo profissionais que atuam como gerentes de riscos, profissionais que atuam juntamente com o gerente de risco nas atividades desenvolvidas pelo setor de gerência de riscos e profissionais que pesquisam sobre a temática, de diferentes regiões do Brasil.

4.1.3 Participantes do estudo

Na técnica Delphi, os participantes da pesquisa são denominados especialistas, porque se pressupõe que esses sejam os portadores de maiores conhecimentos sobre a temática estudada. Assim, é necessário estabelecer critérios para determinar quem será considerado especialista no estudo (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011; ROZADOS, 2015; FINK-HAFNER *et al.*, 2019).

A presente pesquisa teve início com a seleção dos especialistas a serem contatados para participar do estudo e, posteriormente, receberem os questionários. Foram delimitadas duas categorias de especialistas para participação na pesquisa, descritas a seguir:

a) Especialistas da prática profissional: foi elaborada uma lista de possíveis participantes do estudo, incluindo gerentes de riscos de hospitais universitários federais, credenciados à Rede Sentinela, com setor de gerência de risco implantado; gerentes de riscos de hospitais com acreditação hospitalar pela JCI e/ou pela ONA; e profissionais que atuam juntamente com o gerente de risco nas atividades desenvolvidas pelo setor de gerência de riscos.

Foram critérios de inclusão: gerentes de risco de hospitais universitários federais, com setor de gerência de risco implantado, credenciados à Rede Sentinela; gerentes de risco de hospitais com acreditação hospitalar pela JCI e/ou pela ONA; e profissionais que atuam juntamente com o gerente de risco nas atividades desenvolvidas pelo setor de gerência de riscos, com no mínimo seis meses de experiência no cargo.

Critérios de exclusão: gerente de risco e profissionais que atuam juntamente com o gerente de risco nas atividades desenvolvidas pelo setor de gerência de riscos com menos de seis meses de experiência no cargo.

Optou-se por estudar os gerentes de risco de hospitais universitários federais que integram a Rede Sentinela, uma vez que o credenciamento à Rede requer a implantação de um setor de gerência de risco e, conseqüentemente, o desenvolvimento de estratégias de

identificação, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos (BRASIL, 2014). E os hospitais com acreditação hospitalar pela qualidade e segurança nos atendimentos prestados (ONA, 2021; JCI, 2021), sendo que o pressuposto para a obtenção da certificação é a formalização de um programa de gestão de riscos (SINGH; GHATALA, 2012).

b) Especialistas acadêmicos: foi realizada uma lista de possíveis participantes do estudo que inclui autores de artigos científicos, livros e/ou manuais sobre gestão/gerenciamento de riscos no contexto hospitalar. Foram critérios para a seleção dos participantes: ter publicado sobre o tema (gestão de riscos, gerenciamento de riscos) nos últimos cinco anos em periódicos científicos no país, e/ou publicados livros e manuais sobre o tema.

Critérios de exclusão: ter publicado sobre o tema há mais de cinco anos.

Para a composição dos especialistas, também foi utilizada a técnica bola de neve. Trata-se de uma estratégia de amostragem de rede, em que é solicitado aos primeiros participantes do estudo que indiquem outros participantes, com características semelhantes, para fazerem parte da pesquisa (POLIT, 2019). A técnica bola de neve foi utilizada somente na primeira rodada da pesquisa. Após a primeira rodada, não foram incluídos novos participantes no estudo.

Vale destacar que a literatura não delimita o tamanho ideal da amostra de especialistas para participar do estudo (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011; MARQUES; FREITAS, 2018; FINK-HAFNER *et al.*, 2019). Alguns autores referem que a amostra não deve ser menor do que dez especialistas, uma vez que abaixo desse número o consenso entre o grupo é comprometido (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011).

4.1.4 Contato com os especialistas e convite para a participação na pesquisa

Inicialmente, foi realizado um levantamento dos hospitais universitários federais integrantes da Rede Sentinela e dos hospitais com acreditação hospitalar pela JCI e ONA, sendo elaborada uma tabela com o nome e os contatos desses hospitais. Após, foi feito o contato via telefone, explicando a pesquisa e convidando os especialistas para participar do estudo; em seguida, foi solicitado o *e-mail* do profissional. Uma tabela com os materiais publicados pelos especialistas acadêmicos também foi estruturada. Então, foi realizada uma busca pelos *e-mails* dos especialistas acadêmicos nos materiais publicados e em pesquisa por informações disponibilizadas na internet (Currículo Lattes, *sites* institucionais, LinkedIn). Com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma lista de 175 especialistas sobre a temática.

O convite formal e a coleta de dados foram realizados por meio do *e-mail* institucional da pesquisadora. No primeiro *e-mail*, foi encaminhada uma carta de apresentação, explicando os objetivos da pesquisa e convidando-o para participar do estudo (APÊNDICE A), juntamente com o *link* do *Google forms*®, com acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) *on-line* e o instrumento da primeira rodada (APÊNDICE B).

Os participantes foram informados do tempo aproximado para a realização da pesquisa e das rodadas do estudo preconizadas pelo método. Foi solicitado que os participantes sinalizassem o interesse em participar do estudo por meio do aceite do TCLE *on-line*, clicando em “aceito participar da pesquisa”, pelo qual se possibilitou o acesso ao primeiro instrumento de coleta de dados. Assim, os participantes tiveram acesso ao TCLE, concordando com os termos antes de acessar o questionário da primeira rodada. A pesquisa foi realizada em duas rodadas sequenciais, no período de outubro de 2020 a abril de 2021.

4.1.5 Elaboração dos instrumentos de pesquisa, coleta, organização e análise dos dados

Primeira rodada

A primeira rodada teve o propósito de extrair dos especialistas as suas opiniões sobre o tema por meio de um questionário com perguntas abertas (APÊNDICE B), sendo esta etapa de abordagem qualitativa (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011; MARQUES; FREITAS, 2018; FINK-HAFNER *et al.*, 2019).

Antes da aplicação do questionário, foi realizado um teste piloto com cinco pesquisadores, os quais fizeram sugestões, seguindo assim as recomendações do método (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011; MARQUES; FREITAS, 2018). Após os ajustes, o primeiro instrumento foi elaborado no *Google forms*®, disponível no site <https://www.google.com/forms/about/>.

O instrumento de coleta de dados foi constituído pela caracterização sociodemográfica dos especialistas e por nove questões abertas:

- ✓ O que você entende por gestão de riscos assistenciais em hospitais?
- ✓ Como você percebe que os hospitais realizam a gestão de riscos assistenciais?
- ✓ Cite todos os profissionais que contribuem para a gestão de riscos hospitalar.

- ✓ Quais estratégias proativas para a gestão de riscos assistenciais que os hospitais utilizam?
- ✓ Quais estratégias proativas para a gestão de riscos assistenciais que os hospitais poderiam utilizar?
- ✓ Na sua opinião, quais processos teriam que ser modificados nos hospitais para evitar incidentes na assistência à saúde?
- ✓ Quem pode contribuir para evitar a ocorrência de incidentes na assistência à saúde ao paciente hospitalizado?
- ✓ Quais as perspectivas futuras você visualiza para uma gestão proativa de riscos assistenciais em hospitais?
- ✓ Você gostaria de contribuir com mais alguma questão sobre as estratégias proativas para a gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar?

Para os especialistas acadêmicos, foram realizados pequenos ajustes na forma de redigir as questões; entretanto, nenhum ajuste alterou o sentido dos questionamentos.

Os dados da primeira rodada da pesquisa foram coletados de outubro a dezembro de 2020, com 78 dias de coleta de dados. Nessa rodada, 76 participantes responderam ao questionário, sendo que dois foram excluídos por serem repetidos e dois por não atenderem aos critérios de inclusão, ou seja, por serem especialistas da prática profissional que não faziam parte de hospitais universitários federais credenciados à rede sentinela ou de hospitais com acreditação hospitalar pela JCI e/ou ONA. Assim, 72 especialistas participaram da primeira rodada.

Os dados qualitativos foram analisados segundo a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), realizada em três fases: (1) pré-análise; (2) exploração do material; e (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira fase, denominada pré-análise, consiste em organizar, selecionar e preparar os documentos para a pesquisa. Nesse momento foi realizada a leitura flutuante, com o objetivo de estabelecer uma proximidade e familiaridade com o material (*corpus* analítico). A partir da leitura inicial, são formulados hipóteses e objetivos, além da elaboração de indicadores cujo propósito é auxiliar na interpretação dos documentos (BARDIN, 2011).

Para a seleção do *corpus* analítico, algumas regras devem ser observadas: exaustividade (evitar que documentos considerados importantes sejam deixados de fora da análise); representatividade (quando há um número elevado de material, a amostra do *corpus* pode ser representativa); homogeneidade (critérios precisos devem ser estabelecidos para selecionar

quais documentos serão analisados) e pertinência (verificar se os documentos são adequados para responder ao objetivo proposto) (BARDIN, 2011).

Na segunda fase, foi realizada a exploração do material com a finalidade de codificar e categorizar. Codificar consiste no “processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” (BARDIN, 2011, p. 134). “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia)” (BARDIN, 2011, p. 147). Nessa fase, os documentos analisados foram recortados em unidades de registro (palavras, frase, parágrafos), sendo identificadas palavras-chaves que, agrupadas tematicamente, originaram as categorias iniciais, categorias intermediárias e categorias finais (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Na terceira fase da análise de conteúdo, foi realizado o tratamento dos resultados, no qual a pesquisadora realizou inferências e interpretações. Os resultados buscam responder os objetivos previamente definidos, como também gerar novas descobertas e lacunas do conhecimento (BARDIN, 2011). Na técnica Delphi, o objetivo é agrupar informações gerais em grandes áreas e, posteriormente, identificar respostas semelhantes que podem ser agrupadas em instruções (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011; MARQUES; FREITAS, 2018).

Os dados foram analisados com auxílio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ), versão 07 alpha 2. Foi realizada a análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), com 100% dos Segmentos de Textos (STs) analisados, e todas as ocorrências apresentaram valores estatisticamente significantes ($p < 0,05$). Para a análise da CHD, foram incluídos verbos, adjetivos, substantivos e formas não reconhecidas, que incluem termos específicos da temática em questão que não são reconhecidas pelo dicionário do *software*.

A análise resultou em 36 tópicos de pesquisa, com suas respectivas descrições, organizados dentro de cinco categorias definidas *a priori* (cinco componentes do modelo COSO), resultando em 23 estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais em hospitais. Os dados gerados pelo *software* foram organizados em duas categorias, cada qual com seis classes semânticas geradas pela CHD.

Segunda rodada

A partir das respostas da primeira rodada, foi elaborado um novo questionário no *Google forms*® contendo os 36 tópicos, organizados dentro dos cinco componentes do modelo

COSO, e as 12 classes geradas pela CHD, totalizando 48 tópicos de pesquisa e suas respectivas descrições (APÊNDICE C). Essa rodada promoveu o *feedback* controlado das respostas da primeira rodada.

O *link* do questionário via *Google forms*®, juntamente com a carta (APÊNDICE D) contendo instruções detalhadas de como responder os questionários, foram enviados por *e-mail* aos especialistas. Os dados da segunda rodada foram coletados de março a abril de 2021, totalizando 41 dias de coleta de dados. Participaram dessa rodada 56 especialistas.

Nessa etapa, os especialistas assinalaram cada item do instrumento utilizando uma escala *Likert* de cinco pontos, com as opções: 0 – Sem importância; 1 – Pequena importância; 2 – Razoável importância; 3 – Importante; e 4 – Muito importante. Os dados quantitativos gerados nessa rodada foram analisados por meio de tratamento estatístico descritivo para estabelecer o grau de concordância dos especialistas. Os escores foram recodificados (soma do percentual das opções 0 – Sem importância, 1 – Pequena importância e 2 – Razoável importância; e soma do percentual das opções 3 – Importante e 4 – Muito importante).

As variáveis categóricas foram representadas por frequência absoluta e relativa. O mesmo se deu com as variáveis da escala *Likert*, também representadas por frequência absoluta e relativa. Também foram calculadas as medidas de média e desvio-padrão, coeficiente de variação, mediana (P50) e intervalo interquartil [P25; P75] e mínimo e máximo. As análises foram realizadas no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 25 (IBM 2017).

Para o presente estudo, o objetivo foi estabelecer, entre os especialistas, um consenso de 70% em cada tópico do instrumento da segunda rodada. Vale ressaltar que não há na literatura uma indicação clara da porcentagem que deve ser utilizada para considerar que determinado item foi considerado consenso entre os especialistas, ficando essa decisão, portanto, a cargo de cada pesquisador (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011).

Em cada rodada de coleta de dados, foram enviados *e-mails* periodicamente como uma estratégia de manutenção dos participantes e maximização das taxas de respostas, com lembretes estimulando a participação na pesquisa e com prazos para a devolutiva dos instrumentos (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011).

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por meio da Plataforma Brasil, sendo aprovado mediante o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 33769220.1.0000.0121 (ANEXO B), e respeitou as

recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo os seres humanos. A resolução tem por objetivo assegurar os direitos e os deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado, por meio da incorporação dos referenciais da bioética voltados à autonomia, à equidade, à justiça e à não maleficência (BRASIL, 2012).

Os participantes do estudo foram orientados acerca dos objetivos, método e potenciais riscos ou incômodos que sua participação pudesse lhes acarretar. A concordância em participar do estudo ocorreu por meio do aceite do TCLE *on-line*, clicando em “aceito participar da pesquisa”, disponibilizado por meio da ferramenta do *Google forms*®, seguindo assim, a Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que apresenta as recomendações para as pesquisas em saúde realizadas *on-line* (BRASIL, 2016).

Foram assegurados a autonomia, o sigilo e a confidencialidade dos participantes do estudo. Para garantir o sigilo, os especialistas foram identificados com códigos de acordo com a tipologia; os códigos estão numerados conforme a ordem de participação dos especialistas na pesquisa. Os dados coletados serão armazenados pela pesquisadora por um período de cinco anos.

5. RESULTADOS

Neste capítulo, os resultados da pesquisa estão apresentados no formato de dois artigos científicos, conforme estabelece a Instrução Normativa nº 10, de 17 de agosto de 2016, do PEN/UFSC. Ressalta-se que o primeiro artigo, que atende a normativa, intitulado “Análise de teses e dissertações sobre gestão de riscos na área da saúde no Brasil” consta no capítulo destinado a sustentação teórica da tese. A seguir estão descritos o título e objetivo específico de cada artigo:

Manuscrito 2 – Concepções e práticas da gestão de riscos assistenciais nos hospitais.

Objetivo: descrever as concepções e práticas de gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar.

Manuscrito 3 – Guia de estratégias para gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar.

Objetivo: elaborar um guia de estratégias para gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar.

5.1 MANUSCRITO 2 - CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DA GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS NOS HOSPITAIS

Concepções e práticas da gestão de riscos assistenciais nos hospitais

Resumo:

Objetivo: Descrever as concepções e práticas de gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar. **Método:** Trata-se de um estudo que utilizou a técnica Delphi, realizada em duas rodadas sequenciais, no período de outubro de 2020 a abril de 2021 e coletou dados qualitativos e quantitativos, a partir de questionários elaborados no *Google forms*®, cujo *link* foi enviado por *e-mail* aos especialistas. Na primeira rodada, participaram do estudo 72 especialistas e a análise dos dados foi realizada pela análise de conteúdo e Classificação Hierárquica Descendente, utilizando o *software* IRaMuTeQ®. Na segunda rodada, 56 especialistas participaram do estudo e os dados foram analisados através de estatística descritiva, utilizando o SPSS. **Resultados:** Na primeira rodada, emergiram duas categorias: concepções sobre gestão de riscos assistenciais em hospitais e práticas de gestão de riscos assistenciais em hospitais, cada qual com seis classes semânticas. Na segunda rodada da pesquisa, buscou-se o consenso dos especialistas sobre as classes geradas nas duas categorias da primeira rodada; houve consenso entre os especialistas em todas as classes semânticas. **Considerações finais:** O estudo permitiu explorar, sob as perspectivas de especialistas, concepções e práticas de gestão de riscos assistenciais nos hospitais. Em ambas as categorias, todas as classes estão interligadas, havendo consenso entre os especialistas em todas as classes semânticas.

Descritores: Gestão de Riscos; Qualidade da Assistência à Saúde; Serviço de Saúde; Hospitais; Técnica Delphi.

Introdução

A complexidade dos hospitais exige boas práticas de gestão para aperfeiçoar o serviço prestado, que vão além dos procedimentos técnicos voltados ao tratamento e prevenção de doenças (FARIAS; ARAUJO, 2017). Nesse cenário, a gestão de riscos tem se mostrado cada vez mais importante para promoção da segurança e da qualidade da assistência prestada (CEDRAZ *et al.*, 2018).

Os processos-chave da gestão de riscos são voltados a identificar, analisar, avaliar, comunicar e controlar os riscos (BRASIL, 2013b). Trata-se de um processo sistemático e dinâmico, que deve ser integrado a nível organizacional, com o objetivo de contribuir à tomada de decisões, mitigar a ocorrência de incidentes e consolidar as estratégias de gestão (SCHMITT *et al.*, 2020), sendo primordial para a segurança do paciente (CEDRAZ *et al.*, 2018) e indispensável no contexto atual de emergência pública (TOLENTINO *et al.*, 2021).

Nos hospitais estadunidenses, a gestão de riscos foi incorporada há aproximadamente cinco décadas, em decorrência de deliberações judiciais que incumbiram aos hospitais a qualidade da assistência (SINGH; GHATALA, 2012). No Brasil, essa temática passou a ter maior notoriedade a partir da publicação de políticas e normativas (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b), como também com a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (PRATES *et al.*, 2019) e com as ações de gestão de riscos realizadas nos hospitais pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na vigilância pós-comercialização (SOUSA *et al.*, 2017).

Observa-se que, no país, as pesquisas na área de gestão de riscos em hospitais têm direcionado sua atenção às notificações de incidentes (DIAS; CARREIRA, 2020; MASCARELLO *et al.*, 2021). Vale ressaltar, no entanto, a importância de se realizarem estudos com novos enfoques acerca dessa temática, explorando, por exemplo, a percepção de gestores e profissionais sobre a gestão de riscos (SCHMITT *et al.*, 2020).

Com base nessa lacuna do conhecimento, o presente estudo tem como objetivo descrever as concepções e práticas de gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar, buscando evidências empíricas sobre o tema sob a ótica de especialistas na área de gestão de riscos no contexto hospitalar. Sua **pergunta norteadora** é a seguinte: qual é a visão de profissionais especialistas sobre as concepções e práticas de gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar?

Método

Trata-se de um estudo transversal descritivo, utilizando a técnica Delphi (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011). Dois grupos de especialistas foram delimitados, sendo estes os critérios de inclusão no estudo: 01) especialistas profissionais – gerentes de risco de Hospitais Universitários Federais credenciados à Rede Sentinela, gerentes de risco de hospitais com acreditação hospitalar pela *Joint Commission International* e/ou pela Organização Nacional de Acreditação e profissionais que atuam juntamente com o gerente de risco nas atividades desenvolvidas pelo setor de gerência de riscos; 02) especialistas acadêmicos – pesquisadores com artigos publicados sobre o tema (gestão de riscos, gerenciamento de riscos) nos últimos cinco anos em periódicos científicos no país e/ou livros e manuais. Também foi utilizada a técnica bola de neve (POLIT, 2019), de acordo com a qual os especialistas indicaram potenciais participantes – essa técnica foi utilizada apenas na primeira rodada de coleta de dados. Não foram incluídos novos participantes após o término da primeira rodada.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2020 a abril de 2021 e foi desenvolvida por contato eletrônico, via *e-mail*, por meio do qual foi encaminhada, a cada rodada, uma carta de apresentação contendo orientações sobre a pesquisa e com o *link* do questionário estruturado no *Google forms*®. A coleta foi realizada em duas rodadas sequenciais.

Na primeira rodada, o questionário foi elaborado com questões voltadas à caracterização sociodemográfica dos especialistas e duas perguntas norteadoras: 01) o que você entende por gestão de riscos assistenciais em hospitais?; 02) como você percebe que os hospitais realizam a gestão de riscos assistenciais?

Esse questionamento possibilitou aos participantes expressarem, por meio de respostas discursivas, suas opiniões sobre o tema. Ao fim dessa rodada, duas respostas foram excluídas por serem idênticas e duas por não se enquadrar aos critérios de inclusão, totalizando, assim, 72 participantes.

A análise dos dados da primeira rodada foi qualitativa, utilizando a análise de conteúdo proposto por Bardin (2011) em três fases: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Os dados foram analisados com o auxílio do software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ®). Foi realizada a análise Classificação Hierárquica Descendente (CHD), com 100% dos Segmentos de Textos (STs), e todas as ocorrências apresentaram valores estatisticamente significantes ($p < 0,05$). Para a análise da CHD foram incluídos verbos, adjetivos, substantivos e formas não reconhecidas, que incluem termos não reconhecidos pelo dicionário do *software* específicos da temática em questão.

Os resultados da primeira rodada foram organizados em categorias e em classes semânticas geradas pela CHD, sendo encaminhados aos participantes na segunda rodada do estudo na forma de um novo questionário do *Google forms*®, novamente via *e-mail*. Nesta etapa, os especialistas assinalaram cada item do instrumento por meio de uma escala *Likert* de cinco pontos, com as opções: 0 – Sem importância; 1 – Pequena importância; 2 – Razoável importância; 3 – Importante; 4 – Muito importante.

Na segunda rodada, 56 especialistas participaram da pesquisa, e os dados foram analisados através de estatística descritiva para estabelecer o grau de concordância entre as classes semânticas. Como consenso entre os especialistas, foi considerada a concordância superior a 70% em cada classe entre as respostas. Para a análise, os escores foram recodificados, com soma do percentual das opções 0 – Sem importância, 1 – Pequena importância e 2 – Razoável importância; e soma do percentual das opções 3 – Importante e 4 – Muito importante.

As variáveis categóricas foram representadas por frequência absoluta e relativa. O mesmo se deu com as variáveis de escala *Likert*. Também foram calculadas as medidas de média e desvio-padrão, coeficiente de variação, mediana (P50) e intervalo interquartil [P25; P75] e mínimo e máximo. A análise dos dados foi realizada no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 25 (IBM 2017).

As recomendações éticas foram seguidas, e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com CAAE nº 33769220.1.0000.0121. A concordância em participar do estudo ocorreu por meio do aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido *on-line*, clicando em “aceito participar da pesquisa”, disponibilizado por meio da ferramenta do *Google forms*®. Após a concordância, os especialistas obtiveram acesso ao questionário e foram identificados com códigos de acordo com a tipologia, numerados conforme a ordem de participação desses especialistas na pesquisa.

Resultados

Na primeira rodada da pesquisa, 72 especialistas responderam ao questionário, sendo 22 (30,55%) gerentes de risco, 29 (40,27%) profissionais que atuam no setor de gerência de riscos e 21 (29,16%) especialistas acadêmicos. Na segunda rodada, 56 (77,77%) especialistas responderam ao questionário, sendo 16 (28,57%) gerentes de risco, 22 (39,28%) profissionais que atuam no setor de gerência de riscos e 18 (32,14%) especialistas acadêmicos.

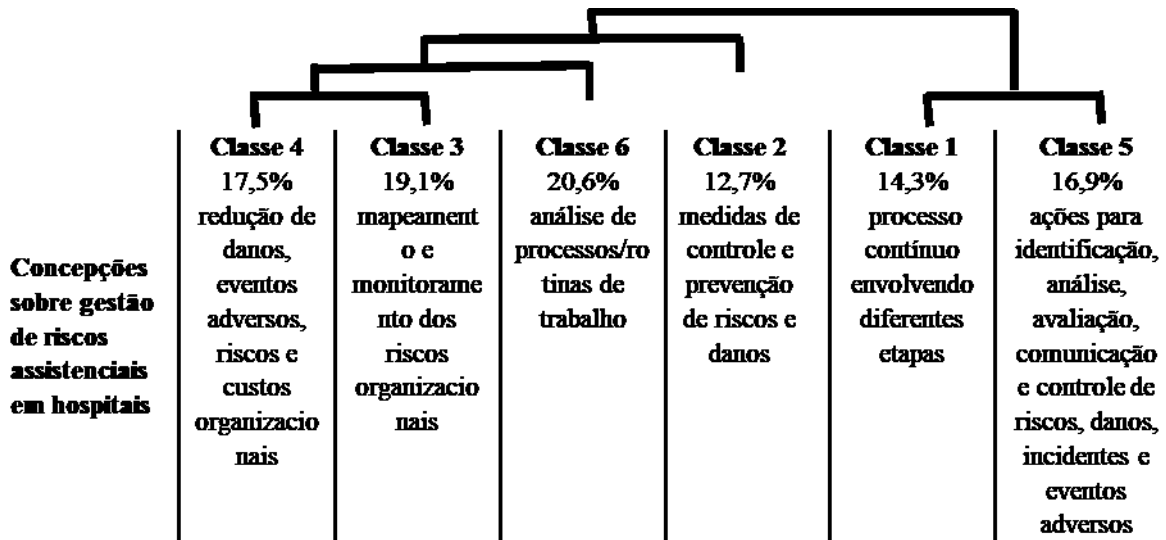
Com relação à caracterização sociodemográfica dos especialistas que participaram das duas rodadas da pesquisa, 42 (75%) eram do sexo feminino, com predominância de profissionais enfermeiros (36, 64,28%), farmacêuticos (6, 10,71%) e fisioterapeutas (3, 5,35%). Sobre a titulação mais elevada, 20 profissionais tinham especialização (35,71%), 17 tinham mestrado (30,35%) e 15 tinham doutorado (26,78%). Entre os locais de atuação profissional, 28 (50%) eram de hospitais universitários credenciados à Rede Sentinela, cinco (8,92%) de hospitais com acreditação hospitalar pela JCI, quatro (7,14%) de hospitais com acreditação hospitalar pela ONA e um (1,78%) profissional atuava em hospital com acreditação hospitalar pela JCI e ONA. Dos especialistas acadêmicos, 10 (17,85%) atuavam em cargos assistenciais/gerenciais em hospitais, seis (10,71%) atuavam como docente e dois (3,57%) eram estudantes de pós-graduação. Houve domínio de especialistas das regiões Sul (16, 28,57%) e Nordeste (16, 28,57%), seguidos das regiões Sudeste (15, 26,78%), Norte (5, 8,92%) e Centro-oeste (4, 7,14%).

Na primeira rodada da pesquisa, emergiram duas categorias, que serão descritas a seguir junto com o detalhamento de cada classe e o nível de consenso entre os especialistas.

Concepções sobre gestão de riscos assistenciais em hospitais

A primeira categoria, concepções sobre gestão de riscos assistenciais em hospitais, gerou seis classes semânticas. É possível observar uma forte ligação entre a classe 1 e a classe 5, ambas ligadas às demais classes (Figura 6). Na análise qualitativa, emergiram 2119 ocorrências, com 560 palavras distintas. Na análise quantitativa, houve consenso entre os especialistas em todas as classes, com média variando entre 3,7 e 3,9.

Figura 6 - CHD gerada pelo software IRaMuTeQ® da categoria concepções sobre gestão de riscos assistenciais em hospitais.



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2021.

A Classe 1 (14,3% STs) foi denominada **Processo contínuo envolvendo diferentes etapas**. Os termos identificação, tratamento e análise foram os mais significativos. Nessa classe, a gestão de riscos assistenciais foi destacada como um conjunto de políticas/ações/estratégias/procedimentos sistêmicos e contínuos, voltados para a identificação, análise, avaliação, tratamento, comunicação, mapeamento e monitoramento dos riscos relacionados à assistência à saúde. Também se sobressaíram ações preventivas e corretivas para mitigá-los, conforme observado abaixo:

Conjunto de atividades voltadas para a identificação, análise, avaliação, tratamento dos riscos, considerando o objetivo da assistência à saúde (ACADÊMICO 4).

Conjunto de ações, políticas, procedimentos e condutas aplicadas de forma sistêmica e contínua para a identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e incidentes relacionados à assistência (GERENTE DE RISCO 11).

A gestão de riscos é uma estratégia que visa à identificação de riscos no âmbito assistencial, o desenvolvimento de ações voltadas ao tratamento dos riscos identificados e ainda a implementação do monitoramento e da comunicação desses riscos (GERENTE DE RISCO 49).

É uma atividade sistemática que vai desde a identificação do risco, análise e avaliação, sendo que até o tratamento, o monitoramento e a comunicação perpassam todas essas etapas (GERENTE DE RISCO 66).

Identificação, análise, mapeamento de ações preventivas e corretivas para mitigar incidentes (PROFISSIONAL 57).

Na Classe 2 (12,7% STs), **Medidas de controle e prevenção de riscos e danos**, os termos medida e perigo foram os mais significativos. A classe destaca que a gestão de riscos assistenciais corresponde a medidas de controle e prevenção com o objetivo de minimizar a probabilidade de riscos e ocorrência de danos.

A gestão de riscos em hospitais consiste em medidas de controle e prevenção para reduzir a probabilidade de uma situação de perigo ou erro acontecer, podendo esta culminar inclusive com a morte do paciente (PROFISSIONAL 48).

A implantação de um sistema por meio do qual é possível resgatar e/ou coletar informações relacionadas a riscos e perigos, analisando-as e classificando-as quanto à sua potencialidade em causar danos aos pacientes e à operação como um todo (GERENTE DE RISCO 27).

É o gerenciamento de medidas de controle e prevenção para evitar a ocorrência de dano ou perigos ao paciente e equipes assistenciais (PROFISSIONAL 20).

Avaliar proativamente e relativamente as situações que geram perigo e risco, a fim de minimizar e mitigar os danos (PROFISSIONAL 65).

O gerenciamento de riscos em hospitais é o setor responsável por promover medidas de prevenção e educação relacionadas à segurança do paciente, com o intuito de evitar e ou minimizar situações que possam gerar risco ou danos aos pacientes (PROFISSIONAL 63).

Consiste na sistematização e na análise crítica e reflexiva sobre os riscos de um determinado local; implica a identificação dos pacientes, condições materiais e humanas da unidade e estrutura da instituição – tudo isso em prol de melhorar e prevenir a ocorrência de danos aos pacientes em decorrência de algum risco (ACADÊMICO 34).

Na Classe 3 (19,1% STs), **Mapeamento e monitoramento dos riscos organizacionais**, destacaram-se as palavras expor, assistencial e colaborador. Nessa classe, foi recorrente a abordagem da gestão de riscos assistenciais como responsável pelo mapeamento e monitoramento dos riscos aos quais os pacientes, profissionais, familiares/acompanhantes, visitantes e a instituição estão expostos.

Gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar engloba o mapeamento dos riscos aos quais os pacientes estão expostos e o conjunto de ações para minimizar esses riscos ou reduzir a gravidade do dano que pode ser causado aos pacientes (GERENTE DE RISCOS 64).

Para a gestão, entendo como o monitoramento contínuo de um processo que necessita de uma coordenação central, e riscos assistenciais são situações com potencial para dano a que pacientes, colaboradores, acompanhantes e visitantes estão expostos dentro das instituições de saúde, como queda, infecção, perda de dispositivos, agressão, etc. (GERENTE DE RISCO 5).

Gerenciamento de riscos é o monitoramento de todo e qualquer risco a que o cliente, paciente, colaborador e instituição possam estar expostos. Atualmente a instituição trabalha com o gerenciamento de riscos assistencial, operacional e riscos organizacionais (GERENTE DE RISCO 22).

Gestão plena, visando orientar os colaboradores com relação aos riscos a que estão expostos (PROFISSIONAL 13).

É um conjunto de ações com o objetivo de evitar danos aos pacientes nesses ambientes, utilizando técnicas de gestão para gerenciá-lo (PROFISSIONAL 45).

A Classe 4 (17,5% STs) foi denominada **Redução de danos, eventos adversos, riscos e custos organizacionais**, com destaque para os termos redução, hospital e ação. A gestão de riscos assistenciais tem como finalidade a redução de danos, eventos adversos, riscos e custos desnecessários relacionados à assistência ao paciente hospitalizado, por meio de estruturas e processos organizacionais, uso de ferramentas e planejamento de ações voltadas à melhoria contínua da qualidade, segurança e satisfação do paciente e família.

A gestão de riscos assistenciais em hospitais está relacionada ao monitoramento e acompanhamento de riscos para pacientes e profissionais através de ferramentas como o ciclo PDCA, o diagrama de Ishikawa, as matrizes e os indicadores (PROFISSIONAL 28).

Entendo que são ações desenvolvidas pelo hospital para atingir as metas na redução da ocorrência de eventos adversos em pacientes hospitalizados (ACADÊMICO 35).

Cujo propósito é apresentar e promover a redução de riscos a partir de um planejamento e ações direcionadas para a melhoria dos processos, impactando na redução de riscos e no aumento da segurança (PROFISSIONAL 28).

Gerenciar processos de trabalho com vistas à prevenção de incidentes, eventos adversos e redução de danos e mitigação de riscos (PROFISSIONAL 15).

A gestão de riscos assistenciais em hospitais é o conjunto de estruturas e processos organizacionais que têm a finalidade de reduzir a um mínimo possível o risco de danos relacionados ao cuidado de saúde, trazendo segurança para os pacientes, redução de custos desnecessários e satisfação aos pacientes e suas famílias (ACADÊMICO 31).

Ações programadas e gerenciadas visando a prestação de uma assistência segura e livre de danos (GERENTE DE RISCOS 32).

Implementação e implantação de estratégias direcionadas para a melhoria da segurança do paciente nas organizações de saúde. A segurança do paciente passa a ser uma qualidade do cuidado de saúde tão importante quanto a efetividade. Os eventos adversos envolvem custos sociais e econômicos, podendo implicar danos aos pacientes e seus familiares (ACADÊMICO 56).

A Classe 5 (16,9% STs), **Ações para identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos, danos, incidentes e eventos adversos**, tem como mais significativos os termos ocorrências, adverso, afetar e saúde. É importante destacar que a gestão de riscos assistenciais desenvolve ações voltadas para a identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos, danos, incidentes e eventos adversos, com repasse, por meio das notificações aos órgãos competentes, das informações geradas.

O gerenciamento das atividades para evitar, controlar e minimizar os eventos adversos e os danos em saúde (ACADÊMICO 9).

Procedimentos e recursos para avaliar, identificar, mitigar e controlar riscos, danos, incidentes e eventos adversos que afetam a segurança dos clientes e profissionais na instituição e serviços de saúde (ACADÊMICO 6).

Gerenciamento de riscos em saúde é a avaliação dos riscos e eventos adversos que afetam a segurança do paciente e profissionais (PROFISSIONAL 75).

Todas as atividades desenvolvidas com visão para a prevenção de eventos adversos, qualificação de atendimento e segurança do paciente e profissionais (ACADÊMICO 12).

Gestão de riscos assistenciais é a aplicação de procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos que afetam a segurança do paciente e profissionais (PROFISSIONAL 75).

Processo de avaliação contínua e sistemática dos riscos e eventos adversos que afetam a segurança do paciente, a saúde do trabalhador, a imagem da organização e o ambiente (PROFISSIONAL 46).

Gerenciamento de riscos em saúde é a aplicação de procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana e a integridade profissional (GERENTE DE RISCO 76).

Responsabilidade junto à ANVISA em manter as normas de segurança e risco, mudando a cultura institucional e notificando os eventos adversos internamente e para o Ministério da Saúde, ANVISA, divulgando os indicadores de segurança internamente assim exercendo o papel de multiplicador e atuando sempre (PROFISSIONAL 60).

Procedimento de avaliação contínua e sistemática dos riscos e eventos adversos que afetam a segurança do paciente, a saúde do trabalhador, a imagem da organização e o ambiente (PROFISSIONAL 46).

A Classe 6, **Análise de processos/rotinas de trabalho**, obteve a maior frequência de STs, com 20,6%. As palavras analisar, processo e falha tiveram maior destaque. Essa classe enfatiza que a gestão de riscos assistenciais busca analisar os processos/rotinas de trabalho e identificar falhas que envolvam a assistência (a exemplo de: falha diagnóstica, de prescrição ou administração de medicamentos, de procedimentos, de comunicação, de lesão por pressão, de risco de queda, etc.), a segurança do paciente, do profissional e da instituição, propondo soluções e barreiras preventivas para diminuir a possibilidade de ocorrência de erros.

Gestão de riscos é a forma de analisar os potenciais riscos que envolvem a segurança do paciente, a segurança profissional e a segurança da instituição. É verificar proativamente todas as circunstâncias de riscos e estudar barreiras preventivas para evitar que esses riscos impactem a assistência prestada (GERENTE DE RISCO 7).

Gestão de riscos para mim é antecipar os riscos inerentes ao cuidado, criando barreiras para se evitar que o dano ocorra. Também é trabalhar de forma reativa, analisando o processo e determinando ações para minimizar que o erro ocorra (GERENTE DE RISCO 29).

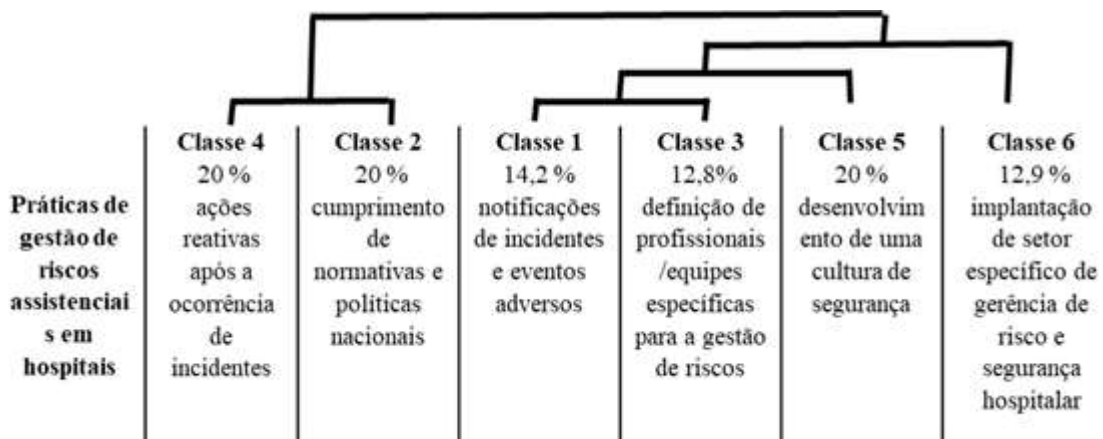
Envolve o mapeamento dos riscos em toda a sua cadeia assistencial, o que envolve diversos processos interligados, assim como trabalhar os modos de falhas e as falhas latentes em toda a assistência, implementando propostas de mitigação dos riscos junto à equipe assistencial (PROFISSIONAL 23).

Busca conhecer profundamente os processos de trabalho relacionados ao cuidado do paciente, com a equipe que realiza cada processo identificando possíveis falhas e eliminando a possibilidade de sua ocorrência (PROFISSIONAL 33).

Práticas de gestão de riscos assistenciais em hospitais

Na segunda categoria, práticas de gestão de riscos assistenciais em hospitais, também foram geradas seis classes semânticas, com destaque para as classes 2, 4 e 5, cada uma das quais reteve 20% dos STs, havendo forte ligação entre as classes 2 e 4. A Figura 7 demonstra a relação entre as classes em cada categoria, por meio da CHD gerada pelo *software* IRaMuTeQ®. Essa categoria aborda as práticas de gestão de riscos assistenciais em hospitais na perspectiva dos especialistas. A CHD gerou seis classes semânticas, com 2008 ocorrências e 693 palavras diferentes. O consenso foi estabelecido entre os especialistas para todas as classes, com média variando entre 3,1 e 3,9.

Figura 7 - CHD gerada pelo software IRaMuTeQ® da categoria práticas de gestão de riscos assistenciais em hospitais.



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2021.

A Classe 1 (14,29 % STs), **Notificações de incidentes e eventos adversos**, teve como principais palavras: notificações, adverso e análise. Nessa classe, destaca-se que a gestão de risco é realizada nos hospitais por meio de um sistema de notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde que constituem um banco de dados para que as instituições identifiquem suas fragilidades. Constitui-se de método reativo, uma vez que se esperam as notificações para posteriormente tomar decisões.

Essencialmente de forma reativa, por meio da análise e tratamento de notificações de incidentes e eventos adversos relacionados a assistência (PROFISSIONAL 68).

Habitualmente utilizam somente o sistema de notificações de eventos adversos como fonte de dados e têm grande dificuldade para implantar melhorias e monitorar a longo prazo (GERENTE DE RISCO 27).

Muitos aguardam as notificações para tomar as decisões (PROFISSIONAL 45).

Na Classe 2 (20 % STs), **Cumprimento de normativas e políticas nacionais**, o termo em destaque foi hospital. Essa classe tem como abordagem a implementação, por parte dos hospitais, de uma gestão de risco para o cumprimento de normativas e políticas nacionais, a exemplo da Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, segundo a qual a prática de gestão de riscos é requisito para a qualidade da assistência à saúde. Entretanto, essa classe ressalta que ainda é preciso padronizar as metodologias voltadas à gestão de riscos.

Os hospitais têm a obrigação de realizar a gestão de riscos assistenciais principalmente após a regulamentação sanitária da Anvisa/RDC 36, que foi elaborada após o programa nacional de segurança do paciente (ACADÊMICO 31).

Percebo que falta padronização, capacitação sobre as práticas e metodologias a serem usadas na temática (PROFISSIONAL 39).

É preciso reforçar as políticas e programas que visam consolidar essa estratégia de melhoria de qualidade dos hospitais (ACADÊMICO 31).

A Classe 3 (12,86% STs), **Definição de profissionais/equipes específicas para a gestão de riscos**, teve como principais palavras equipes, protocolo e ação e destacou que a gestão de riscos é realizada por profissionais designados para essa função (nem sempre com dedicação exclusiva) e pela equipe assistencial, que contribui com as notificações de incidentes, com a elaboração de planos de ação e com a implementação de metas de segurança. A classe ressalta a importância de estimular a notificação de incidentes, capacitar os profissionais sobre a temática e estabelecer protocolos assistenciais para a segurança dos processos de trabalho.

Destacam-se a importância do *feedback* ao profissional envolvido na notificação do incidente e de designar profissionais exclusivos para desenvolver as ações de gestão de riscos, sendo essa uma realidade não acessível para algumas instituições.

No uso de protocolos assistenciais, na implementação de melhorias de segurança nos processos de trabalho, através do número de notificações de não conformidade, near miss e eventos adversos, com plano de correção elaborados em conjunto com a equipe assistencial (GERENTE DE RISCO 67).

Definindo equipe encarregada para essas atividades (PROFISSIONAL 19).

Quando há utilização de protocolos nas unidades, quando há comunicação aos responsáveis envolvidos em caso de eventos adversos para que haja construção de planos de ação visando melhorar os processos e prevenir a ocorrência de novos incidentes (ACADÊMICO 35).

Usualmente pelo Núcleo de Segurança do Paciente, composto por equipe multiprofissional; todavia, nem sempre na melhor amplitude de equipe e não exclusiva para tratar as ações. As conquistas são exitosas quando os gestores estão envolvidos e percebem a importância em discutir melhorias voltadas para a prevenção dos incidentes e gestão de riscos (PROFISSIONAL 78).

Poucos são os hospitais que dispõem de um serviço especializado, com profissionais exclusivos para desempenhar ações de gestão de riscos e segurança do paciente. A maioria tem o Núcleo de Segurança do Paciente constituído com foco na implementação das metas de segurança, protocolos e notificação e investigação de incidentes (GERENTE DE RISCO 11).

A Classe 4 (20 % STs), denominada **Ações após ocorrência de incidentes ou evento adverso**, teve como principais palavras forma, reativo e proativo. Evidenciou-se que as instituições hospitalares têm realizado a gestão de riscos de maneira mais reativa (ao desenvolver ações após a ocorrência de incidente e/ou eventos adversos) do que proativa (antes da ocorrência dos mesmos). Isso ocorre devido à alta demanda de atendimentos nos hospitais e à fragilidade da cultura de segurança.

Percebo que em razão da demanda muitos hospitais têm focado a gestão de riscos assistenciais acima das notificações de incidentes, ou seja, de forma reativa e ainda também focadas apenas nas metas de segurança do paciente (GERENTE DE RISCO 5).

Percebo que os hospitais tratam o risco muito mais de forma reativa do que proativa (PROFISSIONAL 8).

Em geral, ainda de forma muito reativa; ou seja, investigam os incidentes após sua ocorrência. Uma gestão proativa de riscos ainda é incipiente, no meu ponto de vista (GERENTE DE RISCO 11).

Utilizam normalmente de forma reativa, pouco utilizam prospectiva de riscos (ACADÊMICO 30).

A Classe 5 (20% STs), **Desenvolvimento de uma cultura de segurança**, tem como principais palavras segurança, cultura e indicador. A gestão de riscos em hospitais é realizada quando se fortalece e se promove a cultura de segurança da instituição, com melhoria e monitoramento dos indicadores de qualidade e segurança, implantação e adesão a protocolos de segurança, auditoria clínica, aplicação de medidas de segurança e avaliações periódicas, sistemas de identificação e avaliação dos riscos e notificações de incidentes e utilização de metodologias para a gestão de riscos. Destaca-se que houve uma evolução desde a publicação do relatório “Errar é Humano” e do PNSP. Além do mais, no Brasil há diferenças no engajamento dos envolvidos nas instituições, com poucos recursos e metodologias adequadas para a gestão de riscos. Assim, a consolidação de uma cultura de segurança ainda tem um longo caminho a percorrer, por conta da complexidade do sistema de saúde.

Percebe-se principalmente pelo desenvolvimento de uma cultura de segurança dentro da instituição (GERENTE DE RISCO 62).

Quando são utilizadas metodologias que fortalecem a cultura de segurança da instituição, quando há sistemas de relato de incidentes, quando há utilização e monitorização de indicadores de segurança do paciente, quando há auditoria clínica, quando há sistemas de identificação e avaliação do risco (PROFISSIONAL 55).

Na melhoria dos indicadores de qualidade e segurança (PROFISSIONAL 60).

Creio que já evoluímos desde a publicação do relatório “Errar é Humano” e do Programa Nacional de Segurança do Paciente, porém o caminho para a consolidação de uma cultura de segurança ainda é longo, em função da complexidade do sistema de saúde (GERENTE DE RISCO 11).

No Brasil, há situações bem distintas entre instituições que possuem esse processo bem consolidado e com o engajamento de todos os envolvidos e instituições que ainda enfrentam desafios, resistência, cultura de segurança frágil (ACADÊMICO 14).

A Classe 6 (12,9 % STs), **Implantação de setor específico de gerência de risco e segurança hospitalar**, tem como principais palavras gerência de risco e saúde. Segundo a classe, as ações são realizadas pelo setor de gerência de risco, que coordena as atividades de gestão de riscos assistenciais e de tecnologias em saúde, em parceria com Núcleo de Segurança do Paciente, com ações voltadas para a segurança do paciente, como na elaboração, atualização e divulgação do plano de segurança do paciente do hospital. Entretanto, a gestão de riscos ainda está em desenvolvimento na prevenção e controle de danos, sendo necessária maior aderência por parte dos níveis hierárquicos superiores da gestão hospitalar e mudança de cultura organizacional.

Iniciativas correlacionadas do Núcleo de Segurança do Paciente com a gerência de risco (PROFISSIONAL 36).

Com a implantação da gerência de risco, mas também quando trabalham a questão de segurança do paciente (ACADÊMICO 70).

Em nossa instituição, a Gerência de Risco coordena as atividades de gestão de risco relacionadas à assistência e ao uso de tecnologias em saúde, participa ativamente de diversas comissões multidisciplinares relacionadas ao serviço de compra de insumos hospitalar e grupos de trabalho que dão subsídios na assistência aos pacientes internados e ambulatoriais (GERENTE DE RISCO 40).

Ainda de forma incipiente, pois há a necessidade de envolvimento da alta gestão para a promoção de ações nos serviços de saúde (GERENTE DE RISCO 61).

Ainda em desenvolvimento de uma cultura de prevenção de danos (PROFISSIONAL 15).

Pouco direcionadas a prevenção e controle, os processos somente são melhorados depois de ocorrências evitáveis (PROFISSIONAL 41).

Na segunda rodada da pesquisa, buscou-se o consenso dos especialistas sobre as classes geradas nas duas categorias da primeira rodada. Na primeira categoria, houve consenso entre os especialistas em todas as classes, com destaque para as classes 1, 3, 4 e 5, com 100% concordância. Na segunda categoria, apenas a classe 1 obteve concordância de 75% entre os participantes, enquanto nas demais classes o nível de consenso foi acima de 91%. A Tabela 1 apresenta as análises estatísticas descritivas das categorias.

Tabela 1 - Análise estatística das classes gerada pelo *software* IRaMuTeQ®.

	Recodificação dos escores				Medidas resumos			
	0+1+2		3+4		média (DP)	CV	P50 [P25; P75]	min-máx
	n	%	n	%				
Concepções sobre gestão de riscos assistenciais								
Classe 1	0	0,0%	56	100,0%	3,9 (0,2)	0,06	4,0 [4,0; 4,0]	3,0 - 4,0
Classe 2	2	3,6%	54	96,4%	3,6 (0,6)	0,17	4,0 [3,0; 4,0]	1,0 - 4,0
Classe 3	0	0,0%	56	100,0%	3,9 (0,3)	0,09	4,0 [4,0; 4,0]	3,0 - 4,0
Classe 4	0	0,0%	56	100,0%	3,9 (0,3)	0,07	4,0 [4,0; 4,0]	3,0 - 4,0
Classe 5	0	0,0%	56	100,0%	3,7 (0,5)	0,12	4,0 [3,0; 4,0]	3,0 - 4,0
Classe 6	1	1,8%	55	98,2%	3,9 (0,4)	0,09	4,0 [4,0; 4,0]	2,0 - 4,0
Práticas sobre gestão de riscos assistenciais em hospitais								

Classe 1	14	25,0%	42	75,0%	3,1 (1,1)	0,35	3,0 [2,3; 4,0]	0,0 - 4,0
Classe 2	5	8,9%	51	91,1%	3,5 (0,7)	0,19	4,0 [3,0; 4,0]	2,0 - 4,0
Classe 3	3	5,4%	53	94,6%	3,5 (0,6)	0,17	4,0 [3,0; 4,0]	2,0 - 4,0
Classe 4	0	0,0%	56	100,0%	3,9 (0,2)	0,06	4,0 [4,0; 4,0]	3,0 - 4,0
Classe 5	3	5,4%	53	94,6%	3,7 (0,6)	0,16	4,0 [3,0; 4,0]	2,0 - 4,0
Classe 6	0	0,0%	56	100,0%	3,8 (0,4)	0,10	4,0 [4,0; 4,0]	3,0 - 4,0

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2021.

Discussões

Os resultados do estudo possibilitaram descrever as concepções e as práticas de gestão de riscos assistenciais em hospitais na perspectiva de especialistas na temática, oriundos das diferentes regiões do país. É possível observar nos resultados que há relação entre as concepções e práticas de gestão de riscos no contexto hospitalar. Essa relação pode ser observada, entre a Classe 1 e a Classe 2, da Categoria 1 e Categoria 2, respectivamente, onde os conceitos de gestão de riscos vêm ao encontro do cumprimento das políticas e normativas pelos hospitais.

Na Categoria 1, que versa acerca das concepções sobre gestão de riscos assistenciais em hospitais, a Classe 1 apresentou forte ligação com a Classe 5, que vê o processo de gestão de riscos em suas diferentes etapas voltadas para a identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos. Com isso, observa-se que os especialistas possuem conhecimento dos conceitos de gestão de riscos descritos na literatura sobre a temática, como a ISO 31000, a Política Nacional de Segurança do Paciente e a RDC nº 36 (ABNT, 2009; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

A Classe 2 demonstra que, na concepção dos especialistas, a gestão de riscos em hospitais é realizada por medidas de controle e prevenção de riscos. Na Espanha, Itália, França e Alemanha, estudos destacam que em momentos de incertezas, como o caso da atual pandemia de Covid-19, a gestão de riscos foi realizada seguindo o princípio de precaução, com o intuito de gerenciar os riscos (ENRÍQUEZ-FERNÁNDEZ; DEL CASTILLO-RODRÍGUEZ, 2021).

Observa-se, ainda, que a Classe 2 está ligada diretamente às Classes 3, 4 e 6. Uma possível interpretação é que, na gestão de riscos, as medidas de controle e prevenção estão relacionadas ao mapeamento e monitoramento dos riscos organizacionais, com análise dos processos e rotinas de trabalho e foco na redução de danos, eventos adversos, queixas técnicas, riscos e custos organizacionais.

Nessa categoria, a Classe 6, análise de processos e rotinas de trabalho, destacou-se com a maior retenção de STs (20,6%). Tal resultado corrobora com outros estudos, cujos autores afirmam que a implementação do gerenciamento de riscos resulta em reflexões sobre os processos de trabalho de diferentes setores do hospital (GASPARY; MORGADO; SANTOS, 2017; KERN; FELDMAN; D'INNOCENZO, 2018).

Na segunda categoria, práticas de gestão de riscos assistenciais em hospitais, a Classe 1 apresenta que os hospitais realizam a gestão de riscos por meio das notificações. Essa é uma ferramenta fundamental na gestão de riscos e na identificação e comunicação de incidentes e queixas técnicas (SCHMITT *et al.*, 2020), sendo um indicador para gerenciar a qualidade nos serviços de saúde (MASCARELLO *et al.*, 2021). Nesse contexto, os mesmos erros que geram agravos são capazes de constituir dispositivos que colaborem para a aprendizagem organizacional (SENDLHOFFER *et al.*, 2019; MASCARELLO *et al.*, 2021).

A Classe 2 apresenta que a gestão de riscos é realizada com vista a cumprir normativas e políticas, sendo um requisito para a qualidade. Vale ressaltar que, após a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente e da publicação da RDC nº 36, os hospitais passaram a rever seus processos e aprimorar a segurança e qualidade do atendimento, com vistas a cumprir as exigências das normativas nacionais (BRASIL, 2013a BRASIL, 2013b; GASPARY; MORGADO; SANTOS, 2017).

Na Classe 3, os resultados do estudo destacam que a gestão de riscos é realizada por profissionais designados para essa função, que nem sempre têm dedicação exclusiva para o cargo. Diferentemente dessa realidade, ser gerente de riscos nos Estados Unidos é considerado uma profissão, que se destaca como primordial frente às emergências atuais de saúde pública (TOLENTINO *et al.*, 2021).

Observa-se, também, que a Classe 3 tem ligação com a Classe 1 e demonstra que a equipe assistencial colabora com a notificação de incidentes. Ressalta-se que o envolvimento dos profissionais é essencial para a gestão de riscos. Para isso, é importante sensibilizá-los e capacitá-los sobre a temática, além de fornecer *feedback* das ações desencadeadas a partir do evento notificado (SCHMITT *et al.*, 2020).

A Classe 4 evidencia que a gestão de riscos está sendo realizada de maneira reativa, ao desenvolver ações após a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos. Isso ocorre por meio das notificações, método reativo que, ao esperar que o profissional comunique o incidente ocorrido, pode, por vezes, não representar a quantidade fidedigna de incidentes que ocorrem na instituição (GÖTTEMS *et al.*, 2016), gerado pela subnotificação. As diferentes causas relacionadas à subnotificação (SENDLHOFER *et al.*, 2019; SCHMITT *et al.*, 2020) demonstram uma fragilidade na cultura de segurança (SENDLHOFER *et al.*, 2019). Frente a isso, a cultura justa vai além da prática do profissional e busca reconhecer as fragilidades de todo o sistema (ALVES; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2019).

A Classe 4 está ligada diretamente à Classe 2 (cumprimento de normativas e políticas nacionais), o que reflete a necessidade de reajustes na maneira com que a gestão de riscos está sendo proposta pelas normativas e políticas nacionais. Outro estudo também sugere rever a maneira que está sendo realizada a vigilância pós-comercialização (MARTINS; GALATO, 2018), uma vez que essa vigilância é ancorada nas notificações encaminhadas pelos serviços de saúde ao Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) (SCHMITT *et al.*, 2020). Dessa maneira, a utilização de modelos que apresentem ações proativas, ou seja, que são realizadas com antecedência, a fim de evitar a ocorrência de riscos e eventos (ALVES *et al.*, 2020), poderiam ser idealizadas para os serviços de saúde.

A Classe 5 destaca que a gestão de riscos em hospitais é realizada quando se fortalece a cultura de segurança na instituição. A cultura de segurança do paciente auxilia na prevenção de eventos adversos e, quando utilizados instrumentos para mensurá-la, colabora para identificar as fragilidades do serviço de saúde, diminuir custos e potencializar a qualidade dos atendimentos prestados (LABORDE; VELÁZQUEZ; ANDRÉS, 2020). Ademais, a aderência dos níveis hierárquicos superiores da gestão dos hospitais é fundamental para o fortalecimento da cultura organizacional de segurança do paciente e gestão de riscos.

A Classe 5 está ligada diretamente com a classe 1, 3 e 6. Dessa maneira, pode-se inferir que, para fortalecer a cultura de segurança nos hospitais, é necessário notificar incidentes e eventos adversos, e a instituição deve implantar um setor específico para a gestão de riscos e segurança hospitalar, com equipes e profissionais específicos para atuarem na área. Gaspary, Morgado e Santos (2017) evidenciaram a importância de se disseminar a cultura de segurança em todos os níveis organizacionais na implantação da gestão de riscos em um hospital do país. Ao incentivar a adesão de todos para práticas seguras, obtiveram-se resultados positivos, corroborados pelo aumento do número de notificações na instituição.

A Classe 6, implantação de setor específico para a gerência de risco e segurança hospitalar, relata que as ações de gestão de riscos são realizadas pelo setor de gerência de risco, que coordena as atividades em parceria com o Núcleo de Segurança do Paciente. A implantação de um setor específico de gerência de riscos nos hospitais também é demonstrada em um estudo (GASPARY; MORGADO; SANTOS, 2017).

Ainda nessa categoria, observou-se que as Classes 2, 4 e 5 obtiveram a retenção de 20% dos STs. Assim, percebe-se um equilíbrio entre o cumprimento de normativas e políticas nacionais (Classe 2), ações após a ocorrência de incidentes e eventos adversos (Classe 4) e desenvolvimento de uma cultura de segurança (Classe 5). Essas classes estão interligadas, com relação de interdependência entre todas as ações, o que pode contribuir para que a gestão de riscos seja realizada nos serviços hospitalares. Vale ressaltar que as normativas nacionais evidenciam a obrigatoriedade de os serviços de saúde realizarem a notificação de incidentes (HARADA *et al.*, 2021; BRASIL, 2013b). No entanto, a consolidação da cultura de segurança nas instituições ainda constitui um desafio para a efetivação do sistema de notificação no Brasil (HARADA *et al.*, 2021).

Considerando o contexto atual de saúde pública, a gestão de riscos se faz mais evidente, precisando ser cada vez mais fortalecida nos serviços de saúde não somente com o objetivo de atender as exigências e normativas dos órgãos competentes, mas sim incorporada em todos os níveis hierárquicos da instituição, nos processos de trabalho, na cultura organizacional, na formação e educação permanente e continuada dos profissionais, a fim de mitigar erros e promover a segurança do paciente. Os hospitais precisam estar instrumentalizados para gerenciar seus próprios riscos, o que faz parte de uma boa gestão do serviço, potencializando a segurança e a qualidade da assistência prestada e, conseqüentemente, reduzindo custos desnecessários com erros que poderiam ser evitados, além de possíveis complicações legais.

Como limitação deste estudo, considera-se o fato de a coleta de dados ter sido realizada no decorrer de uma emergência de saúde pública, ocasionada pela pandemia de covid-19, uma vez que os especialistas, em sua maioria da área da saúde, poderiam estar sofrendo pressões psicológicas por estarem na linha de frente de atendimento, questões essas que podem ter alguma influência sobre as respostas, como no número de participantes da pesquisa.

Sugere-se que futuros estudos busquem novas perspectivas para gerenciar o risco do ambiente hospitalar que assumam mais do que uma postura reativa, com decisões direcionadas após a ocorrência de incidentes e proponham ações proativas, enfatizando a prevenção e aquelas medidas que direcionem uma gestão baseada em decisões e posicionamentos antecipatórios e

gerenciem os riscos presentes nas rotinas e práticas gerenciais e assistenciais no ambiente hospitalar.

Considerações finais

Este estudo permitiu explorar, sob as perspectivas de especialistas, concepções e práticas de gestão de riscos assistenciais nos hospitais. Em ambas as categorias, todas as classes estão interligadas, havendo consenso entre os especialistas em todas as classes semânticas. Para os participantes da pesquisa, a gestão de riscos é um processo envolvendo diferentes etapas voltadas à identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos nos hospitais que as realizam, com o objetivo de cumprir normativas e políticas estabelecidas pelos órgãos competentes.

Ademais, a gestão de riscos é realizada por ações reativas, por meio das notificações de incidentes e eventos adversos; uma equipe é direcionada para realizar formalmente a gestão de riscos, em setor específico, sendo responsável por desenvolver ações, medidas de controle e prevenção de riscos, análise de processos e rotinas de trabalho, além do mapeamento e monitoramento dos riscos organizacionais. A redução de danos, riscos e custos organizacionais são potencializados na prática através do fortalecimento da cultura de segurança.

Referências

ALVES, Gustavo de Freitas *et al.* Enterprise Risk Management Agile Canvas: A Framework for Risk Management on Public Administration. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 3, n. 71, p. 438-459, dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.21874/rsp.v71.i0.4363>. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/5997>. Acesso em: 28 maio 2021.

ALVES, Michelle de Fatima Tavares; CARVALHO, Denise Siqueira de; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 8, p. 2895-2908, ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VZJRXcjhPfY5vqCs4BMmFc/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2021.

ABNT. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 31000: Gestão de riscos: Princípios e diretrizes. 1 ed. Rio de Janeiro: Petrobras, 2009. p. 2. 29 p. Disponível em: <https://gestravp.files.wordpress.com/2013/06/iso31000-gestc3a3o-de-riscos.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2021

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: 1ª ed., Edições 70, 2011. 281 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (2013a). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 19 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (2013b). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 19 maio 2021.

DIAS, Cláudia Novais; CARREIRO, Mônica de Almeida. Profile of health incidents notifications at a university hospital. **Revista Enfermagem Uerj**, [S.L.], v. 28, p. 43213, 20 ago. 2020. Universidade de Estado do Rio de Janeiro.

<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.43213>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/43213>. Acesso em: 28 jul. 2021.

CEDRAZ, Rayane Oliveira *et al.* Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de riscos associados à queda e lesão por pressão em unidade clínica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, mar. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100220&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. 2021.

ENRÍQUEZ-FERNÁNDEZ, Silvia; DEL CASTILLO-RODRÍGUEZ, Carlos. Gerenciamento de risco de saúde durante a pandemia do vírus SARS-CoV-2 na União Europeia: o acesso garantido aos medicamentos. 2021: 77-86. **International Journal of Risk & Safety in Medicine**, v. 32. DOI: 10.3233 / JRS-200076. Disponível em:

<https://content.iospress.com/articles/international-journal-of-risk-and-safety-in-medicine/jrs200076>. Acesso em: 12 jul. 2021.

FARIAS, Diego Carlos; ARAUJO, Fernando Oliveira de. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 6, p. 1895-1904, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.26432016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/m8TqBZKsRc3PTzjQYwKvdSN/?lang=pt>. Acesso em: 19 jul. 2021.

GASPARY, Lisiane Valdez; MORGADO, Gisele de Oliveira; SANTOS, Adriana Pires. Implantação da gestão de risco e disseminação da cultura de segurança do paciente: desafios de um hospital público. **Revista ACRED**, 2017, v. 7, n. 13. Disponível em:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6130785>. Acesso em: 15 jul 2021.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato *et al.* A study of cases reported as incidents in a public hospital from 2011 to 2014. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n.5, p. 861-867, set/out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0863.pdf. Acesso em: 14 jul. 2021.

HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa *et al.* Reflections on patient safety incident reporting systems. **Rev. bras. enferm.**, v.74 (Suppl 1), p.1-6, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CvntWZSdnnzxwxhc87cj8n/?lang=en>
Acesso em: 26 agost. 2021.

KERN, Allan Egon; FELDMAN, Liliane Bauer; D'INNOCENZO, Maria. Implantação do gerenciamento de riscos num hospital público. **Rev Paul Enferm**, 2018; 29(1-2-3):127-35. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970776#fulltext_urls_biblio-970776. Acesso em: 19 Jul. 2021.

KEENEY, Sinead; HASSON, Felicity; MCKENNA, Hugh. **The Delphi technique in nursing and health research**. New Delhi, India Palatino by Aptara Inc., 2011. p.210.

LABORDE, Mario Mella; VELÁZQUEZ, M. Teresa Gea; ANDRÉS, Jesús M. Aranaz; FORNER, Gemma Ramos; ROSIQUE, Antonio F. Compañ. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. **Gaceta Sanitaria**, [S.L.], v. 34, n. 5, p. 500-513, set. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.004>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118302395#!>. Acesso em: 19 jul. 2021.

MARTINS, Mary Anne Fontenele; GALATO, Dayani. Irregularidades dos medicamentos comercializados no Brasil: uma análise das notificações e das medidas sanitárias de 2012 a 2017. **Vigilância Sanitária em Debate**, [S.L.], v. 6, n. 4, p. 23, 30 nov. 2018. *Vigilancia Sanitaria em Debate: Sociedade, Ciencia y Tecnologia*. DOI: <http://dx.doi.org/10.22239/2317-269x.01165>. Disponível em: <http://www.visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1165/544>. Acesso em: 20 jun. 2021.

MASCARELLO, Andreia; MASSAROLI, Aline; PITILIN, Erica de Brito; ARAđJO, Jeferson Santos; RODRIGUES, Maria Eduarda; SOUZA, Jeane Barros de. Incidents and adverse events notified at hospital level. **Rev Rene**, [S.L.], v. 22, p. 1-8, 14 jan. 2021. *Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste*. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20212260001>. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/60001>. Acesso em: 20 jul. 2021.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: 9ª ed., Artmed, 2019. 431 p.

PRATES, Cassiana Gil et al. Patient safety nucleus: the pathway in a general hospital. **Rev Gaúcha Enferm**. 2019;40(esp): e20180150. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180150>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/D56fnMg49q9vyFGXRxKVPqz/> Acesso em: 20 Jul. 2021.

SINGH, Balbir; GHATALA, Habeeb. Risk Management in Hospitals. **International Journal Of Innovation, Management And Technology**, India, v. 3, n. 4, p.417-421, ago. 2012. Disponível em: <http://www.ijimt.org/show-38-493-1.html>. Acesso em: 20 jul. 2021.

SENDLHOFER, Gerald; SCHWEPPE, Peter; SPRINCNIK, Ursula; GOMBOTZ, Veronika; LEITGEB, Karina; TIEFENBACHER, Peter; KAMOLZ, Lars-Peter; BRUNNER, Gernot. Deployment of Critical Incident Reporting System (CIRS) in public Styrian hospitals: a five

year perspective. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 18, 24 jun. 2019. Springer Science and Business Media LLC. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4265-0>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4265-0>. Acesso em: 30 mai 2021.

SOUSA, Renata Sodré *et al.* Gerenciamento de risco em tecnovigilância: análises das notifica es em um hospital. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, p. e22730, mar. 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/22730>. Acesso em: 25 jan. 2021

SCHMITT, Márcia Danieli; COSTA, Diovane Ghignatti da; MASSAROLI, Aline; LORENZINI, Elisiane; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; SANTOS, José Luís Guedes dos. Análise de teses e disserta es sobre gestão de riscos na área da saúde no Brasil. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 24, p. 1-7, 25 nov. 2020. GN1 Genesis Network. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20200089>. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remee.org.br/pdf/e1352.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2021.

TOLENTINO, Victorio R.; DEREVLANY, Louise; DELAMOTHE, Cassandra; VICK, Suzanne; CHALYAVSKI, Luba. The effects of the COVID-19 pandemic on risk management practice: a report from the epicenter of the epicenter in New York City. **Journal Of Healthcare Risk Management**, [S.L.], v. 40, n. 4, p. 46-57, 25 jan. 2021. Wiley. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jhrm.21461>. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6130785>. Acesso em: 20 jul. 2021.

5.2 MANUSCRITO 3 - GUIA DE ESTRATÉGIAS PARA GESTÃO PROATIVA DE RISCOS ASSISTENCIAIS NO AMBIENTE HOSPITALAR

Guia de estratégias para gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

Resumo

Objetivo: Elaborar um guia de estratégias para uma gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar. **Método:** Trata-se de uma pesquisa que utilizou a técnica Delphi realizada em duas rodadas. Os participantes do estudo foram especialistas na temática gestão de riscos, sendo 72 na primeira rodada e 56 participantes na segunda rodada do estudo. A etapa qualitativa foi realizada por meio da análise de conteúdo, com auxílio do *software* IRaMuTeQ®. Os dados quantitativos foram analisados por meio estatística descritiva, utilizando o SPSS. **Resultados:** A análise dos dados da primeira rodada resultou em 36 tópicos de pesquisa e suas respectivas descrições, que foram organizadas em 23 estratégias para uma gestão proativa dos riscos assistenciais, categorizadas segundo os componentes do modelo COSO. Os 36 tópicos de pesquisa foram encaminhados na segunda rodada, onde 32 obtiveram acima de 80% de concordância entre os especialistas. **Considerações finais:** Este estudo resultou um guia com estratégias para uma gestão proativa dos riscos assistenciais com base no modelo COSO, que pode servir como suporte para os hospitais visualizarem e organizarem a gestão de riscos na instituição.

Descritores: Programa de Vigilância dos Perigos para a Saúde; Hospitais Gerais; Gestão de Riscos; Serviço de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Técnica Delphi.

Introdução

Já é sabido que o trabalho na área da saúde é complexo e envolve expressivos riscos; tais aspectos são demonstrados pelos relatos constantes de danos não intencionais ocasionados aos pacientes e profissionais de saúde (STEVENS; WILLCOX; BOROVVOY, 2019). Em 2016, foi estimado que, dos 19.128.382 brasileiros que necessitaram de internações, 1.377.243 vivenciaram, no mínimo, um evento adverso. Além disso, dos óbitos que ocorreram nesse período, estima-se que entre 170.778 a 432.301 estão associados a condições adquiridas dentro dos hospitais (COUTO *et al.*, 2018). Outro estudo no país, que avaliou os incidentes notificados em um hospital de 2011 a 2014, constatou que, a cada 100 internações, houve a prevalência de 33,8 ocorrências de incidentes (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

Os eventos adversos podem resultar em aumento da morbimortalidade, maior tempo e aumento de custos com internação, o que gera despesas para o paciente, para o serviço público de saúde ou para ambos (GUTIÉRREZ-MENDOZA *et al.*, 2015). No Brasil, a estimativa do custo por erros na assistência nos hospitais na saúde suplementar, em 2016, foi de R\$ 15,57

bilhões, sendo que R\$ 10,9 bilhões constituem custos de situações que poderiam ter sido prevenidas (COUTO *et al.*, 2018).

Considerando a alta complexidade dos hospitais, a gestão de riscos corporativos, embora que incipiente, tem sido utilizada por novos sistemas na tentativa de melhorar seu desempenho e obter informações mais precisas como base nas estratégias voltadas aos riscos nas organizações (ETGES *et al.*, 2018a; ETGES *et al.*, 2018c). A gestão de riscos corporativos se apresenta, então, como uma perspectiva de antecipar o futuro, antes de ocorrer eventos relacionados ao risco (ALVES *et al.*, 2020).

Esse modelo de gestão é conhecido na literatura internacional como *Enterprise Risk Management* e tem como função avaliar os diferentes riscos que afetam uma organização, otimizando soluções e potencializando benefícios, com uma gestão realizada de forma integrada (SILVA; FERNANDES, 2019). No Brasil, discussões sobre essa temática são pouco frequentes, diferentemente de outros locais como, por exemplo, a América do Norte (ETGES *et al.*, 2018b). Um estudo realizado no Canadá também relata a forma como a gestão de riscos corporativos tem sido utilizada em organizações de saúde (STEVENS; WILLCOX; BOROVOY, 2019).

No presente estudo, será utilizado como referencial teórico o modelo desenvolvido pelo Comitê de Organizações Patrocinadoras (COSO), que apresenta um conjunto de princípios organizados em cinco componentes: 01) cultura e governança; 02) estratégia e definição de objetivos; 03) performance; 04) análise e revisão; e 05) informação, comunicação, divulgação (COSO, 2017).

A literatura relevante (ETGES *et al.*, 2018a; Etges *et al.*, 2018b) indica que também no Brasil foram propostos modelos com base no gerenciamento de riscos corporativos para as organizações de saúde. Os autores desses estudos apontam a necessidade de novos estudos sobre a temática, com o intuito de compreender sua aplicação e aprimorar sua execução em organizações de saúde (ETGES *et al.*, 2018b).

Considerando, assim, que estudos evidenciam como as organizações de saúde têm ocasionado danos preveníveis aos pacientes e gerado custos desnecessários (GUTIÉRREZ-MENDOZA *et al.*, 2015; COUTO *et al.*, 2017; FIGUEIREDO *et al.*, 2018), e que o gerenciamento de riscos corporativos possibilita a gestão de riscos de maneira proativa (ALVES *et al.*, 2020), este estudo se justifica por buscar estratégias para gerenciar proativamente os riscos no ambiente hospitalar. A pergunta norteadora do presente estudo, portanto, foi: quais estratégias podem ser utilizadas para uma gestão proativa de riscos no ambiente hospitalar? O

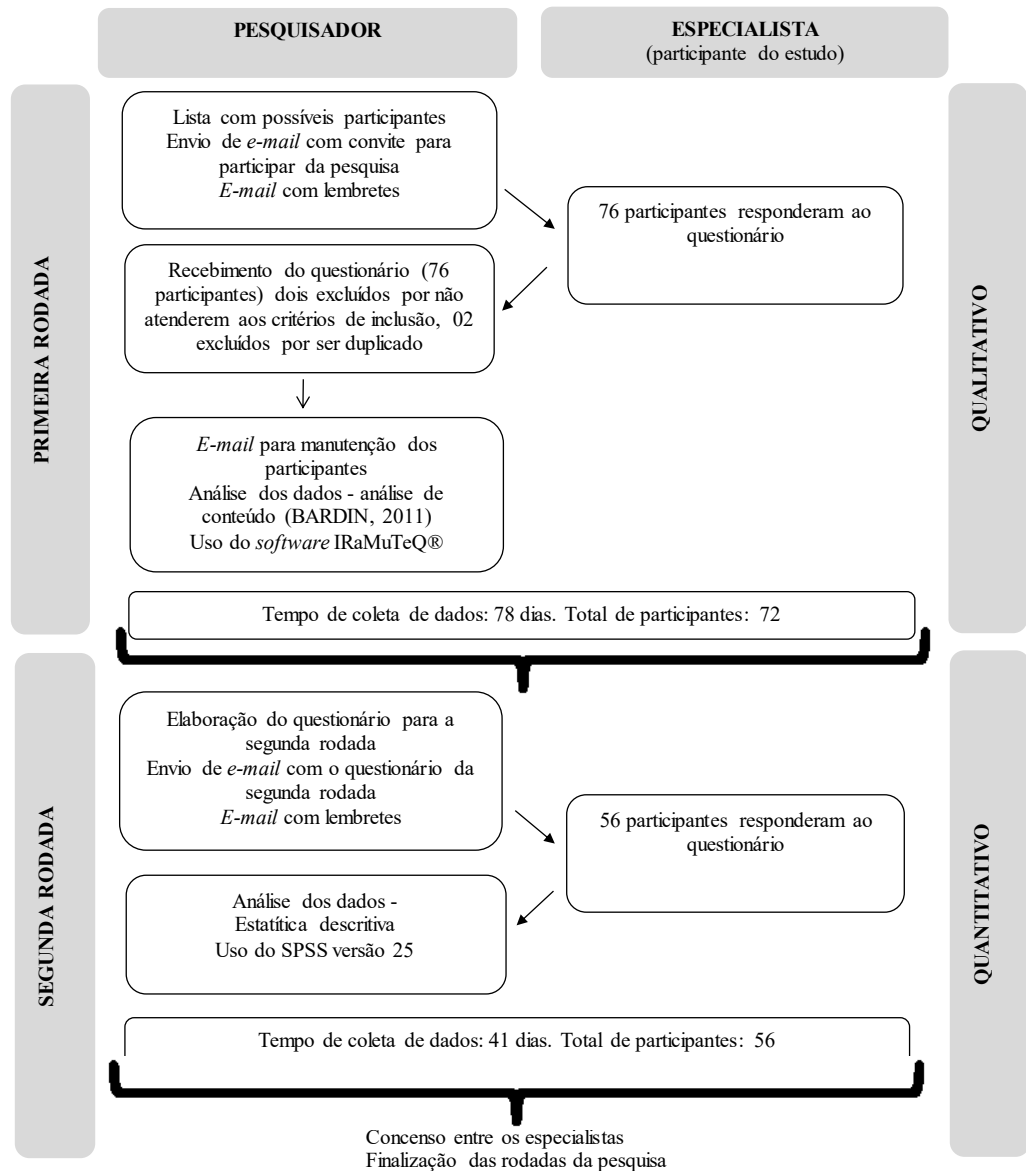
presente estudo teve como objetivo elaborar um guia de estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar.

Método

Trata-se de um estudo transversal descritivo, que utilizou a técnica Delphi. A técnica Delphi é definida como uma pesquisa que, por meio de questionários aplicados em uma ou mais rodadas, consulta a opinião e busca o consenso de especialistas sobre determinada área do conhecimento (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011).

Foram coletados dados qualitativos e quantitativos. Os dados qualitativos foram gerados na primeira rodada da pesquisa, onde os especialistas responderam ao questionário, expressando livremente suas opiniões sobre o assunto. Os dados quantitativos foram gerados na segunda rodada do estudo (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011). A Figura 8 apresenta as etapas do desenvolvimento da pesquisa.

Figura 8 - Etapas realizadas para o desenvolvimento da pesquisa.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Foram delimitadas duas categorias de participantes do estudo, denominados na técnica Delphi como especialistas (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011), descritas a seguir.

01) Especialistas da prática profissional (gerentes de riscos de hospitais universitários federais, credenciados à Rede Sentinela, com setor de gerência de risco implantado; gerentes de riscos de hospitais com acreditação hospitalar pela JCI e/ou pela ONA e profissionais que atuam juntamente com o gerente de risco nas atividades desenvolvidas pelo setor de gerência de riscos), sendo esses os critérios de inclusão. Foi delimitado como critério de exclusão dos profissionais o não cumprimento mínimo de seis meses de experiência no cargo.

02) Especialistas acadêmicos (autores de artigos científicos, livros ou manuais sobre gestão de riscos no contexto hospitalar). Os critérios para a seleção dos participantes deste estudo foram: ter publicado sobre o tema (gestão de riscos, gerenciamento de riscos) nos últimos cinco anos em periódicos científicos no país e/ou publicados livros e manuais sobre o tema. Delimitou-se como critério de exclusão ter publicado sobre o tema há mais de cinco anos. Para a composição dos especialistas, também foi utilizada a técnica bola de neve (POLIT, 2019). Não foram incluídos novos participantes após a primeira rodada da pesquisa.

Primeiramente, foi elaborada uma lista com potenciais participantes. O contato com os especialistas foi realizado via *e-mail*. A pesquisa foi realizada em duas rodadas sequenciais, no período de outubro de 2020 a abril de 2021. Uma carta com orientações foi encaminhada em cada rodada de coleta de dados, juntamente com o *link* direcionado ao questionário do *Google forms*®. Para a manutenção dos participantes, foram encaminhados *e-mails* com lembretes sobre a pesquisa.

Na primeira rodada, o instrumento de coleta de dados foi elaborado com perguntas para a caracterização sociodemográfica dos especialistas e por seis questões abertas: 01) quais estratégias proativas para a gestão de riscos assistenciais são utilizadas pelos hospitais utilizam? 02) Quais são as estratégias proativas para a gestão de riscos assistenciais que os hospitais poderiam utilizar? 03) Na sua opinião, quais processos teriam que ser modificados nos hospitais para evitar incidentes na assistência à saúde? 04) Quem pode contribuir para evitar a ocorrência de incidentes na assistência à saúde ao paciente hospitalizado? 05) Quais são as perspectivas futuras que você visualiza para uma gestão proativa de riscos assistenciais em hospitais? 06) Você gostaria de contribuir com mais alguma questão sobre as estratégias proativas para a gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar? Para os especialistas acadêmicos, foram realizados pequenos ajustes na forma de redigir as questões, embora sem modificações no sentido dos questionamentos.

Nessa etapa, os dados foram analisados através da análise de conteúdo proposto por Bardin (2011), utilizando o IRaMuTeQ® como *software* de apoio. A partir dos dados gerados na primeira rodada da pesquisa, foi realizada uma síntese interpretativa à luz do referencial teórico utilizado, 36 tópicos de pesquisa foram estruturados, com suas respectivas descrições, organizados em 23 estratégias para a gestão proativa de riscos no ambiente hospitalar, organizados segundo o referencial teórico utilizado.

A partir das respostas da primeira rodada, foi elaborado para a segunda rodada um novo questionário no *Google forms*®, com perguntas fechadas, a fim de obter o consenso entre os especialistas. Nessa etapa, foi utilizada uma escala *Likert* de cinco pontos, onde os especialistas

foram convidados a assinalar em cada tópico do instrumento uma das seguintes opções: 0 – Sem importância; 1 – Pequena importância; 2 – Razoável importância; 3 – Importante; 4 – Muito importante.

Os dados foram analisados por meio de tratamento estatístico descritivo para estabelecer o grau de concordância. O presente estudo buscou estabelecer um consenso de 70% em cada tópico do instrumento da segunda rodada entre os especialistas. Nessa etapa, os escores foram recodificados, com uma soma do percentual das opções: 0 – Sem importância, 1 – Pequena importância e 2 – Razoável importância e uma soma do percentual das opções: 3 – Importante e 4 – Muito importante.

As variáveis categóricas foram representadas por frequência absoluta e relativa. O mesmo se deu com as variáveis de escala *Likert*, além de serem calculadas as medidas de média e desvio-padrão, coeficiente de variação, mediana (P50) e intervalo interquartil [P25; P75] e mínimo e máximo. As análises foram realizadas no SPSS versão 25 (IBM 2017).

Os preceitos éticos foram seguidos e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 33769220.1.0000.0121. A concordância em participar do estudo ocorreu por meio do aceite do TCLE *on-line*. Para a anuência e participação no estudo, o participante precisava clicar em “aceito participar da pesquisa”, disponibilizado por meio da ferramenta do *Google forms*®, para posteriormente ter acesso ao questionário da primeira rodada.

Resultados

Participaram na pesquisa 72 especialistas na primeira rodada e 56 especialistas na segunda rodada. Houve manutenção de 77,77% dos especialistas entre as rodadas. A caracterização sociodemográfica dos especialistas está descrita na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos especialistas.

	Gerente de risco		Profissional do setor de gerência de risco		Publicação sobre a temática gestão/gerenciamento de risco	
	1ª Rodada	2ª Rodada	1ª Rodada	2ª Rodada	1ª Rodada	2ª Rodada
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
O hospital que você atua é:						
Hospital Universitário credenciado à Rede Sentinela	11 (50)	8 (50)	23 (79,3)	20 (90,9)		
Hospital com acreditação hospitalar pela JCI	4 (18,2)	4 (25)	2 (6,9)	1 (4,5)		
Hospital com acreditação hospitalar pela ONA	5 (22,7)	3 (18,8)	3 (10,3)	1 (4,5)		
Hospital com acreditação hospitalar pela JCI e ONA	2 (9,1)	1 (6,3)	1 (3,4)	0 (0)		
Ainda sobre o hospital que você atua:						
Instituição pública	12 (54,5)	10 (62,5)	23 (79,3)	18 (81,8)		
Instituição privada	6 (27,3)	5 (31,3)	3 (10,3)	2 (9,1)		
Instituição público-privada	1 (4,5)	0 (0)	2 (6,9)	1 (4,5)		
Instituição filantrópica	3 (13,6)	1 (6,3)	1 (3,4)	1 (4,5)		
Idade (anos)						
menor/igual a 30	0 (0)	0 (0)	1 (3,4)	1 (4,5)	3 (14,3)	3 (16,7)
31 a 40 anos	6 (27,3)	3 (18,8)	10 (34,5)	9 (40,9)	8 (38,1)	5 (27,8)
41 a 50 anos	8 (36,4)	7 (43,8)	13 (44,8)	8 (36,4)	4 (19)	4 (22,2)
51 a 60 anos	8 (36,4)	6 (37,5)	5 (17,2)	4 (18,2)	4 (19)	4 (22,2)
maior que 60 anos					2 (9,5)	2 (11,1)
Sexo						
Feminino	17 (77,3)	13 (81,3)	23 (79,3)	17 (77,3)	14 (66,7)	12 (66,7)
Masculino	5 (22,7)	3 (18,8)	6 (20,7)	5 (22,7)	7 (33,3)	6 (33,3)
Área de formação						
Enfermagem	14 (66,7)	9 (56,3)	19 (65,5)	14 (63,6)	14 (66,7)	13 (72,2)
Farmácia	2 (9,5)	2 (12,5)	4 (13,8)	3 (13,6)	2 (9,5)	1 (5,6)
Fisioterapia	2 (9,5)	2 (12,5)	0 (0)	0 (0)	1 (4,8)	1 (5,6)
Medicina	1 (4,8)	1 (6,3)	1 (3,4)	1 (4,5)	2 (9,5)	1 (5,6)
Nutrição					1 (4,8)	1 (5,6)
Psicologia	1 (4,8)	1 (6,3)	1 (3,4)	1 (4,5)	1 (4,8)	1 (5,6)
Outros*	1 (4,8)	1 (6,3)	4 (13,8)	3 (13,6)		
Titulação (mais elevada)						
Graduação	1 (4,8)	1 (6,3)	3 (10,3)	2 (9,1)	1 (4,8)	1 (5,6)
Especialista	10 (47,6)	7 (43,8)	12 (41,4)	9 (40,9)	5 (23,8)	4 (22,2)
Mestre	6 (28,6)	5 (31,3)	10 (34,5)	8 (36,4)	5 (23,8)	4 (22,2)
Doutor	4 (19,1)	3 (18,8)	4 (13,8)	3 (13,6)	10 (47,6)	9 (50)
Tempo de experiência profissional (anos)						
menor/igual a 5 anos					3 (14,3)	3 (16,7)
6 a 15 anos	5 (23,8)	3 (18,8)	12 (41,4)	10 (45,5)	7 (33,3)	4 (22,2)
16 a 25 anos	10 (47,6)	9 (56,3)	15 (51,7)	10 (45,5)	6 (28,6)	6 (33,3)

26 a 35 anos	5 (23,8)	4 (25)	2 (6,9)	2 (9,1)	2 (9,5)	2 (11,1)
acima de 35 anos	1 (4,8)		0 (0)		3 (14,3)	3 (16,7)
Tempo de atuação no cargo atual						
menor/igual a 5 anos	8 (38,1)	5 (31,3)	17 (58,6)	15 (68,2)	9 (42,9)	8 (44,4)
6 a 15 anos	11 (52,4)	11 (68,8)	11 (37,9)	6 (27,3)	10 (47,6)	8 (44,4)
16 a 25 anos	2 (9,5)	0 (0)	1 (3,4)	1 (4,5)	2 (9,5)	2 (11,1)
Estado						
Amazonas	0 (0)	0 (0)	5 (17,2)	4 (18,2)		
Bahia	1 (4,8)	1 (6,3)	3 (10,3)	3 (13,6)		
Ceará	0 (0)	0 (0)	2 (6,9)	2 (9,1)	3 (14,3)	2 (11,1)
Espírito Santo	0 (0)		1 (3,4)		1 (4,8)	1 (5,6)
Goiás	0 (0)	0 (0)	1 (3,4)	1 (4,5)		
Maranhão	1 (4,8)	1 (6,3)	0 (0)	0 (0)		
Mato Grosso do Sul	1 (4,8)	1 (6,3)	1 (3,4)	0 (0)		
Minas Gerais	1 (4,8)	1 (6,3)	2 (6,9)	2 (9,1)	1 (4,8)	1 (5,6)
Pará					1 (4,8)	1 (5,6)
Paraíba	1 (4,8)	1 (6,3)	0 (0)	0 (0)		
Paraná	1 (4,8)	0 (0)	2 (6,9)	2 (9,1)	3 (14,3)	3 (16,7)
Pernambuco	1 (4,8)	1 (6,3)	1 (3,4)	1 (4,5)		
Rio de Janeiro	0 (0)	0 (0)	3 (10,3)	1 (4,5)	1 (4,8)	1 (5,6)
Rio Grande do Norte	2 (9,5)	1 (6,3)	1 (3,4)	1 (4,5)	1 (4,8)	1 (5,6)
Rio Grande do Sul	3 (14,3)	3 (18,8)	1 (3,4)	0 (0)	2 (9,5)	2 (11,1)
Santa Catarina	1 (4,8)	1 (6,3)	2 (6,9)	2 (9,1)	3 (14,3)	3 (16,7)
São Paulo	7 (33,3)	4 (25)	4 (13,8)	3 (13,6)	3 (14,3)	1 (5,6)
Sergipe	1 (4,8)	1 (6,3)	0 (0)	0 (0)		
Distrito Federal					2 (9,5)	2 (11,1)
Regiões						
Sul	5 (23,8)	4 (25,0)	5 (17,2)	4 (18,2)	8 (38,1)	8 (44,4)
Norte	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (17,2)	4 (18,2)	1 (4,8)	1 (5,6)
Nordeste	7 (33,3)	6 (37,5)	7 (24,1)	7 (31,8)	4 (19,0)	3 (16,7)
Centro-Oeste	1 (4,8)	1 (6,3)	2 (6,9)	1 (4,5)	2 (9,5)	2 (11,1)
Sudeste	8 (38,1)	5 (31,3)	10 (34,5)	6 (27,3)	6 (28,6)	4 (22,2)
Qual seu vínculo institucional/empregatício						
Docente					6 (28,6)	6 (33,3)
Atuam em cargo assistencial/gerencial					13 (61,9)	10 (55,6)
Estudante de pós-graduação					2 (9,5)	2 (11,1)

*Áreas afins da gestão de riscos: engenharia, segurança do trabalho, biomedicina, biologia.

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2021.

A partir das respostas (72 respondentes) da primeira rodada, foram analisados com o auxílio do *software* IRaMuTeQ® os dados qualitativos da pesquisa dos quais emergiram 8307 ocorrências e 1765 palavras distintas. Os termos em destaque foram: segurança do paciente, dever, hospital, melhoria, equipe, processo, adesão, busca, qualidade, institucional, implementação e trabalhar. Na análise de conteúdo, emergiram 36 tópicos de pesquisa, com suas respectivas descrições, sendo categorizados dentro de cinco componentes, segundo o referencial teórico utilizado (cinco componentes do modelo COSO), resultando em 23 estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais em hospitais. No tópico visualizar riscos, erros e realidades futuras, foram agrupadas 13 ferramentas utilizadas para a identificação de riscos, eventos adversos e melhoria de processos.

No Quadro 3 estão dispostas as 23 estratégias, suas categorias definidas *a priori* (componentes), com base no modelo COSO, contendo os tópicos, denominados estratégias para uma gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar.

Quadro 3- Estratégias para uma gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar com base no modelo COSO.

Componente	Estratégias
<p>Cultura e governança: “a governança dá o tom, e infiltra em todo o nível de gestão, reforçando a importância do ERM. A cultura está relacionada aos valores éticos desejados, comportamentos e compreensão dos riscos na entidade (COSO, 2017, p. 6).</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Cultura organizacional *Envolvimento da gestão *Gestão de materiais e equipamentos *Dimensionamento adequado de profissionais *Definição de boas práticas assistenciais *Busca ativa *Zelo ambiental *Imagem institucional *Capacitação dos profissionais
<p>Estratégias e definição de objetivos: “o apetite de risco é estabelecido e alinhado com as estratégias; os objetivos de negócio colocam a estratégia em prática e, ao mesmo tempo, servem como base para identificar e responder aos riscos” (COSO, p. 6, 2017).</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Descentralização das ações *Empoderamento do paciente, da família e de cuidadores *Definição de indicadores *Plano de segurança do paciente
<p>Performance: visa a identificação, avaliação e priorização (considerando a gravidade) dos riscos que podem impactar nos objetivos de negócios. A organização compila os riscos assumidos e delibera respostas aos mesmos (COSO, 2017).</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Visualização de riscos, erros e realidades futuras. *Priorização de riscos *Desenvolvimento de Plano de ação
<p>Análise e revisão: busca analisar o desempenho da organização, considerando o êxito que os componentes da gestão de riscos corporativos tiveram e, no caso de adequações substanciais, quais</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Notificação voluntária *Aprendizado por meio das notificações *Revisão de procedimentos

aprimoramentos são necessários (COSO, 2017).	
Informação, comunicação, divulgação: obtém e compartilha informações, de fontes interna e externa da organização, de forma contínua (COSO, 2017).	<ul style="list-style-type: none"> *Adoção de ferramentas informatizadas *Divulgação de relatórios com os dados das notificações *<i>Feedback</i> ao notificador *Comunicação aos órgãos competentes

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Os 36 tópicos de pesquisa e suas respectivas descrições, organizados dentro dos cinco componentes, foram enviados aos especialistas na segunda rodada da pesquisa, promovendo um *feedback* controlado das respostas da primeira rodada. Os dados quantitativos gerados nessa rodada foram analisados por meio de tratamento estatístico descritivo para estabelecer o grau de concordância dos especialistas (por meio da recodificação dos escores).

Na análise da frequência e percentual, 13 tópicos obtiveram 100% de concordância (soma de 3 – Importante e 4 – Muito importante); 12 tiveram acima de 90% de concordância; sete alcançaram concordância acima de 80%. Os quatro tópicos que tiveram concordância acima de 70% são referentes às ferramentas utilizadas para identificar riscos, eventos adversos e melhorar processos. Esses dados demonstram uma lista de ferramentas, elencadas conforme grau de importância, utilização na prática e/ou conhecimento dos especialistas sobre as ferramentas.

Dos nove tópicos do componente 1, Cultura e governança, cinco tiveram 100% de consenso (estratégias de 1.1 a 1.5), sendo a estratégia imagem institucional com o menor percentual (87,5%) de concordância entre os especialistas. No componente 2, Estratégia e definição de objetivos, houve um consenso entre todos os tópicos, com concordância acima de 98,2% e média de 3,9.

Referente ao componente 3, Performance, obteve-se 98,2% de concordância, com média de 3,9 no tópico Visão de riscos, erros e realidades futuras. A ferramenta com maior destaque foi o Protocolo de Londres (92,9%), seguido de Matriz de riscos (91,1%), Diagrama de Ishikawa (91,1%) e *Safety Huddle* (87,5%).

No componente 4, Análise e revisão, os tópicos com 100% de concordância (4.1 e 4.2) estão relacionadas à notificação voluntária e ao aprendizado por meio das notificações. Nesse componente, o tópico (4.3), revisão de procedimentos, obteve mínima de 2 e máxima de 4, com

média de 3,9. No componente 5, Informação, comunicação, divulgação, o tópico com 100% de concordância é referente ao *feedback* ao notificado (5.3) – os demais tiveram um consenso acima de 94,6% (5.1, 5.2, 5.4), com média variando entre 3,7 e 3,9.

Em todos os tópicos, o coeficiente de variação foi entre 0,00% e 0,36%. Isso demonstra a homogeneidade dos dados e reforça o alto consenso entre os especialistas, pois houve pouca variação entre os escores, que ficaram em sua maioria, nas opções 3 – Importante e 4 – Muito importante. A Tabela 3 demonstra as categorias (componentes) estruturadas com base no modelo COSO, os tópicos de pesquisa (estratégias de gestão de riscos assistenciais) e as análises estatísticas descritivas realizadas para verificar o consenso entre os especialistas sobre a temática em questão.

Tabela 3 - Componentes e tópicos de pesquisa (estratégias de gestão de riscos assistenciais) com descrição, frequência e percentual, média, mediana, intervalo interquartilico, coeficiente de variação, mínima e máxima desvio padrão (n=56). Florianópolis, SC, Brasil

	Recodificação dos escores				Medidas resumos			
	0+1+2		3+4		média (DP)	C V	P50 [P25; P75]	min-máx
	N	%	n	%				
Componente 1 – Cultura e governança								
1.1 Cultura organizacional: voltada à gestão de riscos, com foco no desenvolvimento de uma cultura de segurança e justa, para que os profissionais sintam segurança para notificar eventos adversos, queixas técnicas, incidentes e <i>near miss</i> , corroborando para o aprendizado coletivo.	0	0,0 %	5 6	100,0 %	4,0 (0,0)	0,0 0	4,0 [4,0; 4,0]	4,0 - 4,0
1.2 Envolvimento da gestão: é imprescindível que os gestores compreendam a importância e incentivem as ações de gestão de riscos.	0	0,0 %	5 6	100,0 %	4,0 (0,2)	0,0 5	4,0 [4,0; 4,0]	3,0 - 4,0
1.3 Gestão de materiais e equipamentos: aquisição de insumos e equipamentos de boa qualidade, gestão de estoques dos insumos hospitalares, manutenção preventiva de equipamentos.	0	0,0 %	5 6	100,0 %	4,0 (0,2)	0,0 5	4,0 [4,0; 4,0]	3,0 - 4,0
1.4 Dimensionamento adequado de profissionais: disponibilização de profissionais em quantidade e qualidade suficientes para realização do trabalho.	0	0,0 %	5 6	100,0 %	4,0 (0,2)	0,0 5	4,0 [4,0; 4,0]	3,0 - 4,0
1.5 Definição de boas práticas assistenciais: adesão às boas práticas assistenciais e a legislação sanitária vigentes, atendendo às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e outras diretrizes e políticas nacionais. Envolve também elaboração de protocolos e/ou Procedimentos Operacionais Padrão (POP), estímulo ao uso de bundle de passagem de procedimentos invasivos e escalas (Braden, Morse, Risco de flebite, etc) preditivas de risco.	0	0,0 %	5 6	100,0 %	3,9 (0,3)	0,0 7	4,0 [4,0; 4,0]	3,0 - 4,0
1.6 Busca ativa: realização de visitas técnicas às unidades assistenciais, para auditoria de processos operacionais e identificação da necessidade de implantação de barreiras preventivas.	1	1,8 %	5 5	98,2 %	3,8 (0,4)	0,1 1	4,0 [4,0; 4,0]	2,0 - 4,0
1.7 Zelo ambiental: desenvolvimento de medidas para evitar proliferação de animais vetores de doenças, gerenciamento (da segregação ao destino adequado) dos resíduos dos serviços de saúde.	2	3,6 %	5 4	96,4 %	3,6 (0,6)	0,1 7	4,0 [3,0; 4,0]	1,0 - 4,0
1.8 Imagem institucional: aderência a programas de acreditação hospitalar, fortalecendo a imagem interna e externa do hospital.	7	12,5 %	4 9	87,5 %	3,3 (0,7)	0,2 2	3,0 [3,0; 4,0]	1,0 - 4,0
1.9 Capacitação dos profissionais: instrumentalizando-os para desempenhar as atividades laborais com foco na gestão de riscos.	1	1,8 %	5 5	98,2 %	3,9 (0,3)	0,0 9	4,0 [4,0; 4,0]	2,0 - 4,0
Componente 2 – Estratégia e definição de objetivos								
2.1 Descentralização das ações: as ações de gestão de riscos devem estar presente em todos os setores do hospital, tornando os profissionais corresponsáveis na identificação, prevenção e mitigação de riscos.	1	1,8 %	5 5	98,2 %	3,9 (0,4)	0,1 0	4,0 [4,0; 4,0]	2,0 - 4,0
2.2 Empoderamento do paciente, da família e de cuidadores: deixando-os cientes do plano terapêutico e realizando educação em saúde a fim de instrumentalizá-los para que estes sejam mais uma barreira na prevenção de incidentes.	0	0,0 %	5 6	100,0 %	3,9 (0,3)	0,0 8	4,0 [4,0; 4,0]	3,0 - 4,0
2.3 Definição de indicadores: utilizando-os como parâmetro no estabelecimento de estratégias e objetivos.	0	0,0 %	5 6	100,0 %	3,9 (0,4)	0,0 9	4,0 [4,0; 4,0]	3,0 - 4,0
2.4 Plano de Segurança do Paciente: com definição de objetivos, estratégias e ações para a gestão de riscos, elaborado com a participação de representantes da equipe multiprofissional.	0	0,0 %	5 6	100,0 %	3,9 (0,3)	0,0 8	4,0 [4,0; 4,0]	3,0 - 4,0
Componente 3 – Performance								

3.1 Visão de riscos, erros e realidades futuras: por meio da utilização de ferramentas para identificar riscos, eventos adversos e melhorar processos. Sugere-se utilizar as ferramentas (descritas a seguir) que melhor se adaptem à realidade do hospital.	1	1,8 %	5 5	98,2 %	3,8 (0,5)	0,1 3	4,0 [4,0; 4,0]	2,0 - 4,0
3.1.1 Ferramentas listadas pelo grau de importância para a gestão de riscos assistenciais								
Protocolo de Londres	4	7,1 %	5 2	92,9 %	3,5 (0,8)	0,2 3	4,0 [3,0; 4,0]	1,0 - 4,0
Matriz de riscos	5	8,9 %	5 1	91,1 %	3,5 (0,8)	0,2 2	4,0 [3,0; 4,0]	1,0 - 4,0
Diagrama Ishikawa	5	8,9 %	5 1	91,1 %	3,6 (0,8)	0,2 2	4,0 [3,0; 4,0]	0,0 - 4,0
Safety Huddle	7	12,5 %	4 9	87,5 %	3,3 (1,0)	0,2 9	4,0 [3,0; 4,0]	0,0 - 4,0
Ciclos PDCA	7	12,5 %	4 9	87,5 %	3,5 (0,9)	0,2 6	4,0 [3,0; 4,0]	1,0 - 4,0
Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)	8	14,3 %	4 8	85,7 %	3,3 (0,9)	0,2 7	4,0 [3,0; 4,0]	1,0 - 4,0
Brainstormings	9	16,1 %	4 7	83,9 %	3,4 (0,8)	0,2 5	4,0 [3,0; 4,0]	1,0 - 4,0
Huddles	9	16,1 %	4 7	83,9 %	3,2 (1,1)	0,3 5	3,0 [3,0; 4,0]	0,0 - 4,0
Trigger tool	1	19,6 %	4 5	80,4 %	3,1 (1,0)	0,3 2	3,0 [3,0; 4,0]	0,0 - 4,0
Bow Tie	1	21,4 %	4 4	78,6 %	3,1 (1,0)	0,3 2	3,0 [3,0; 4,0]	0,0 - 4,0
Estudo de perigos e operabilidade (HAZOP)	1	25,0 %	4 2	75,0 %	2,9 (1,0)	0,3 3	3,0 [2,3; 4,0]	0,0 - 4,0
Depose	1	25,0 %	4 2	75,0 %	2,9 (0,9)	0,3 1	3,0 [2,3; 4,0]	1,0 - 4,0
What if	1	26,8 %	4 1	73,2 %	2,9 (1,0)	0,3 5	3,0 [2,0; 4,0]	0,0 - 4,0
3.2 Priorização de riscos: considerando os de maior gravidade, frequência e dano ao paciente, profissional e instituição.	0	0,0 %	5 6	100,0 %	3,9 (0,3)	0,0 9	4,0 [4,0; 4,0]	3,0 - 4,0
3.3 Desenvolvimento de Plano de ação: com definição de ações frente aos riscos priorizados. Sugere-se o uso do 5W2H, que consiste em um conjunto de perguntas: 5W (what – why – who – where – when) e 2H (how – how much).	0	0,0 %	5 6	100,0 %	3,9 (0,3)	0,0 9	4,0 [4,0; 4,0]	3,0 - 4,0
Componente 4 – Análise e revisão								
4.1 Notificação voluntária: estímulo da notificação voluntária de eventos adversos, queixas técnicas, incidentes e <i>near miss</i> .	0	0,0 %	5 6	100,0 %	3,9 (0,3)	0,0 7	4,0 [4,0; 4,0]	3,0 - 4,0
4.2 Aprendizado por meio das notificações: utilização dos dados gerados pelas notificações como forma de aprendizado organizacional.	0	0,0 %	5 6	100,0 %	3,9 (0,3)	0,0 7	4,0 [4,0; 4,0]	3,0 - 4,0
4.3 Revisão de procedimentos: procedimentos que resultaram em incidentes são revistos, no intuito de verificar a necessidade de mudanças e estabelecimento de barreiras de prevenção.	1	1,8 %	5 5	98,2 %	3,9 (0,4)	0,0 9	4,0 [4,0; 4,0]	2,0 - 4,0
Componente 5 – Informação, comunicação, divulgação								

5.1 Ferramentas informatizadas: adoção de ferramentas informatizadas contribuem para diminuição de erros e orientam o profissional para uma prática segura. Como exemplo, a utilização de sistemas eletrônicos de prescrição e de notificação.	3	5,4 %	5 3	94,6 %	3,7 (0,6)	0,1 6	4,0 [3,0; 4,0]	2,0 - 4,0
5.2 Divulgação dos dados gerados das notificações: promovendo a transparência das informações acerca dos riscos organizacionais.	1	1,8 %	5 5	98,2 %	3,8 (0,4)	0,1 1	4,0 [4,0; 4,0]	2,0 - 4,0
5.3 Feedback ao notificador: retorno das ações decorrentes da notificação, reforçando a importância da sua participação na gestão de riscos.	0	0,0 %	5 6	100,0 %	3,9 (0,3)	0,0 7	4,0 [4,0; 4,0]	3,0 - 4,0
5.4 Comunicação aos órgãos competentes: as informações geradas a partir das notificados são repassados aos órgãos competentes, a fim de promover a gestão de riscos nos serviços de saúde.	1	1,8 %	5 5	98,2 %	3,7 (0,5)	0,1 4	4,0 [3,0; 4,0]	2,0 - 4,0

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2021.

Assim, com base nos resultados obtidos e do alto consenso entre os especialistas, obteve-se o guia de estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar (Figura 9).

Figura 9 - Guia de estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar.

COMPONENTE 1 – CULTURA E GOVERNANÇA	
1.1 Cultura organizacional: voltada à gestão de riscos, com foco no desenvolvimento de uma cultura de segurança e justa, para que os profissionais sintam segurança para notificar eventos adversos, queixas técnicas, incidentes e <i>near miss</i> , corroborando para o aprendizado coletivo.	
1.2 Envolvimento da gestão: é imprescindível que os gestores compreendam a importância e incentivem as ações de gestão de riscos.	
1.3 Gestão de materiais e equipamentos: aquisição de insumos e equipamentos de boa qualidade, gestão de estoques dos insumos hospitalares, manutenção preventiva de equipamentos.	
1.4 Dimensionamento adequado de profissionais: disponibilização de profissionais em quantidade e qualidade suficientes para realização do trabalho.	
1.5 Definição de boas práticas assistenciais: adesão às boas práticas assistenciais e a legislação sanitária vigentes, atendendo às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e outras diretrizes e políticas nacionais. Envolve também elaboração de protocolos e/ou Procedimentos Operacionais Padrão (POP), estímulo ao uso de bundle de passagem de procedimentos invasivos e escalas (Braden, Morse, Risco de flebite, etc) preditivas de risco.	
1.6 Busca ativa: realização de visitas técnicas às unidades assistenciais, para auditoria de processos operacionais e identificação da necessidade de implantação de barreiras preventivas.	
1.7 Zelo ambiental: desenvolvimento de medidas para evitar proliferação de animais vetores de doenças, gerenciamento (da segregação ao destino adequado) dos resíduos dos serviços de saúde.	
1.8 Imagem institucional: aderência a programas de acreditação hospitalar, fortalecendo a imagem interna e externa do hospital.	
1.9 Capacitação dos profissionais: instrumentalizando-os para desempenhar as atividades laborais com foco na gestão de riscos.	
COMPONENTE 2 – ESTRATÉGIA E DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	
2.1 Descentralização das ações: as ações de gestão de riscos devem estar presente em todos os setores do hospital, tornando os profissionais corresponsáveis na identificação, prevenção e mitigação de riscos.	
2.2 Empoderamento do paciente, da família e de cuidadores: deixando-os cientes do plano terapêutico e realizando educação em saúde a fim de instrumentalizá-los para que estes sejam mais uma barreira na prevenção de incidentes.	
2.3 Definição de indicadores: utilizando-os como parâmetro no estabelecimento de estratégias e objetivos.	
2.4 Plano de Segurança do Paciente: com definição de objetivos, estratégias e ações para a gestão de riscos, elaborado com a participação de representantes da equipe multiprofissional.	
COMPONENTE 3 – PERFORMANCE	
3.1 Visão de riscos, erros e realidades futuras: por meio da utilização de ferramentas para identificar riscos, eventos adversos e melhorar processos. Sugere-se utilizar ferramentas que melhor se adaptem à realidade do hospital:	
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de Londres • Matriz de riscos • Diagrama Ishikawa • Safety Huddle • Ciclos PDCA • Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) • Brainstormings 	<ul style="list-style-type: none"> • Huddles • Trigger tool • Bow Tie • Estudo de perigos e operabilidade (HAZOP) • Depose • What if
3.2 Priorização de riscos: considerando os de maior gravidade, frequência e dano ao paciente, profissional e instituição.	
3.3 Desenvolvimento de Plano de ação: com definição de ações frente aos riscos priorizados. Sugere-se o uso do 5W2H, que consiste em um conjunto de perguntas: 5W (what – why – who – where – when) e 2H (how – how much).	
COMPONENTE 4 – ANÁLISE E REVISÃO	
4.1 Notificação voluntária: estímulo da notificação voluntária de eventos adversos, queixas técnicas, incidentes e <i>near miss</i> .	
4.2 Aprendizado por meio das notificações: utilização dos dados gerados pelas notificações como forma de aprendizado organizacional.	
4.3 Revisão de procedimentos: procedimentos que resultaram em incidentes são revistos, no intuito de verificar a necessidade de mudanças e estabelecimento de barreiras de prevenção.	
COMPONENTE 5 – INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO, DIVULGAÇÃO	
5.1 Ferramentas informatizadas: adoção de ferramentas informatizadas contribuem para diminuição de erros e orientam o profissional para uma prática segura. Como exemplo, a utilização de sistemas eletrônicos de prescrição e de notificação.	
5.2 Divulgação dos dados gerados das notificações: promovendo a transparência das informações acerca dos riscos organizacionais.	
5.3 Feedback ao notificador: retorno das ações decorrentes da notificação, reforçando a importância da sua participação na gestão de riscos.	
5.4 Comunicação aos órgãos competentes: as informações geradas a partir das notificados são repassados aos órgãos competentes, a fim de promover a gestão de riscos nos serviços de saúde.	

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2021.

Discussão

Neste estudo, houve 77,77% de manutenção dos participantes entre as rodadas da pesquisa. Isso pode ser associado às estratégias utilizadas na busca e manutenção dos especialistas no desenvolvimento do estudo, como também pelo interesse desses especialistas sobre a temática investigada (MASSAROLI *et al.*, 2018).

Os resultados da pesquisa fornecem estratégias para realizar uma gestão de riscos de maneira proativa, construídas por especialistas na temática de diferentes regiões do Brasil, considerando suas experiências e conhecimento tácito. Entre os especialistas, obteve-se maior participação dos enfermeiros, cuja relevância na gestão de riscos é atestada por estudos: independentemente da sua posição hierárquica, esse profissional é fundamental para tornar viáveis as ações diárias da gestão de riscos no contexto hospitalar (FUSARI *et al.*, 2021).

O guia para uma gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar desenvolvida com base no modelo COSO estabelece estratégias para auxiliar os hospitais a gerenciarem seus riscos. Tais estratégias englobam até mesmo a alta gestão, passando por questões gerenciais e assistenciais, com o objetivo de fornecer uma estrutura padronizada para que os hospitais tenham uma percepção adequada do problema e sejam capazes de aprimorar suas condutas frente à gestão de riscos. Cultura e governança é a base para os demais componentes do gerenciamento de riscos corporativos (JAYANTHA, 2018).

Salienta-se que o gerenciamento de riscos corporativos deve ser disseminado por toda a cultura hospitalar (ETGES *et al.*, 2018a). Nesse sentido, os resultados da pesquisa incorporaram como estratégia a cultura organizacional, com ênfase na gestão de riscos e no desenvolvimento de uma cultura de segurança, cultura essa que vem sendo incorporada no Brasil com maior ênfase desde a implantação da Política Nacional de Segurança do Paciente e da Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Entre os fatores que fortalecem a cultura de segurança no hospital estão as condições de trabalho, a satisfação e valorização dos profissionais, o trabalho em equipe, a implantação de protocolos e o apoio da gestão (HEIDMANN *et al.*, 2020). Tais aspectos foram sugeridos pelos especialistas e incorporados nas estratégias (a gestão de recursos humanos voltados ao dimensionamento adequado de profissionais, gestão de materiais e equipamentos, zelo ambiental e definição de boas práticas assistenciais), sendo pontos primordiais que, quando adequadamente gerenciados, contribuem para a segurança e qualidade na assistência prestada. A gestão de riscos está inserida de diferentes maneiras nos serviços de saúde, envolvendo conhecimentos, ferramentas e práticas (SCHMITT *et al.*, 2020).

Outra estratégia apresentada pelos especialistas é o envolvimento da alta gestão na gestão de riscos. O engajamento e o relacionamento próximo com a alta gestão são essenciais para que a relevância do gerenciamento de riscos corporativos não desapareça (ETGES, 2018a). Também se faz necessário que os profissionais tenham conhecimento e estejam engajados no gerenciamento de riscos corporativos. Eis a importância de treinamento, documentação e divulgação dos resultados (ETGES *et al.*, 2018a). A capacitação dos profissionais sobre segurança do paciente, qualidade e gestão de riscos é primordial para que desenvolvam uma visão ampliada das temáticas e incorporem em suas práticas laborais ações voltadas para a redução de danos e erros.

A descentralização das ações, estratégia proposta pelos especialistas, se assemelha à aplicação do gerenciamento de riscos corporativos em outros cenários, nos quais a responsabilidade de identificar, avaliar, tratar e monitorar riscos foi compartilhada em todos os âmbitos de gestão da organização (MARTINS *et al.*, 2018).

A estratégia imagem institucional obteve concordância de 87,5% entre os participantes, sendo o menor percentual no componente Cultura e governança. Isso pode estar relacionado com a descrição da classe, que traz a aderência dos hospitais a programas de acreditação hospitalar. Segundo estudo, a acreditação hospitalar contribui para que a assistência prestada seja mais segura (OLIVEIRA *et al.*, 2020); contudo, aderir a programas de acreditação hospitalar deve ser consequência de um bom trabalho, com segurança e qualidade, e não o meio de realizá-lo. Dessa maneira, ao pensar na imagem institucional, deve-se considerar a segurança em primeiro plano, tendo o reconhecimento como consequência, que pode então ocorrer por meio de programas de acreditação hospitalar.

Quanto ao componente 2, Estratégia e definição de objetivos, vale ressaltar que, na área da saúde, não é apropriado ou sequer ético estabelecer o apetite ao risco, ou seja, estabelecer quais riscos serão tolerados, como, por exemplo, quantos casos de danos aos pacientes serão aceitos pela instituição antes que uma ação seja tomada. Entretanto, na prática o grau de tolerância ocorre de diferentes maneiras, como na utilização de escalas para avaliar riscos, nos termos de consentimento para assumir ou não a probabilidade e/ou consequências de determinado risco e ao instituir metas para os indicadores, a exemplo de indicadores de taxa de infecção (STEVENS; WILLCOX; BOROVOY, 2019). Os valores mensurados pelos indicadores de qualidade evidenciam como está a assistência, verificam o alcance de objetivos, contribuem para conhecer o perfil dos pacientes, demonstram pontos a serem melhorados, auxiliam na tomada de decisão e no planejamento, o que faz com que sejam imprescindíveis para o gerenciamento de práticas do cuidado no hospital (BÁO *et al.*, 2019).

Na estratégia empoderamento do paciente, da família e de cuidadores, vale destacar a importância de que sejam incluídos e participem ativamente do plano terapêutico e que estejam cientes e de acordo sobre as decisões referentes ao seu cuidado conforme definido pela equipe multiprofissional. Um estudo realizado no país identificou que, dos hospitais pesquisados, 58,3% descrevem ações específicas em seus planos de segurança do paciente, voltadas ao incentivo e participação do paciente e de seus familiares na assistência prestada (COSTA *et al.*, 2020a). Outro estudo demonstrou que é necessário um comportamento proativo dos pacientes-famílias para sua participação no processo assistencial voltada para sua segurança (COSTA *et al.*, 2020b).

O plano de segurança do paciente deve seguir as especificidades e necessidades de cada serviço e ser elaborado pelo Núcleo de Segurança do Paciente, que passou a ser obrigatório em todos os serviços de saúde do Brasil por meio da Portaria nº 529/2013 (BRASIL, 2013a). A estruturação do plano de segurança do paciente pode impulsionar a gestão de riscos, sendo uma das estratégias propostas pelos especialistas. Entretanto, a incorporação da gestão de riscos no planejamento estratégico da instituição é condição *sine qua non* para sua eficácia e efetividade nos serviços de saúde.

Em relação ao componente 3, Performance, autores referem que a etapa inicial para a gestão de riscos corporativos é a identificação dos riscos (ETGES *et al.*, 2018a; ETGES *et al.*, 2018c), sendo essa etapa primordial para sua eficácia e proatividade. Dessa forma, cabe a cada organização de saúde a elaboração de processos voltados à identificação de riscos (ETGES *et al.*, 2018c).

Estudos demonstram a utilização de ferramentas para identificar os riscos na aplicação do gerenciamento de riscos corporativos (MARTISNS *et al.*, 2018; SHAREEF *et al.*, 2019; ALVES *et al.*, 2020). É preciso incorporá-las nos princípios da organização como representação de boas práticas de gestão (LIMA *et al.*, 2021). É de suma importância optar pela ferramenta que melhor se adapte à realidade do hospital, levando em consideração se a ferramenta é destinada para identificar riscos de maneira reativa ou proativa, uma vez que muitas delas têm objetivos semelhantes. Também é importante capacitar os profissionais para a utilização dessas ferramentas e suas finalidades, com o intuito de obter resultados mais significativos com sua utilização.

Na presente pesquisa, além da identificação de riscos por meio de ferramentas, a priorização dos riscos e a estruturação de um plano de ação frente a esses riscos também foram elencadas pelos especialistas como estratégias para a gestão proativa de riscos. Etges *et al.* (2018c) apresentam um inventário para riscos específicos em organizações de saúde, que

podem colaborar na etapa de identificação de risco e, conseqüentemente, na estruturação de uma cultura de risco.

Todavia, é imprescindível compreender a subjetividade dos riscos, como também determinar critérios, priorizar processos e programas de maior criticidade para a organização e determinar qual estratégia será utilizada para sua efetivação. Ao planejar ações, torna-se a subjetividade do risco em algo concreto (ALVES *et al.*, 2020). Mais importante do que estabelecer planos de ações, no entanto, é colocá-los em prática, uma vez que, com o passar do tempo, muitas das ações podem deixar de ser realizadas.

No componente 4, Análise e revisão, o presente estudo evidenciou que as notificações de eventos adversos, queixas técnicas, incidentes e *near miss* são estratégias utilizadas pelos hospitais para realizar a gestão de riscos, o que, conseqüentemente, proporciona um *feedback* da qualidade do atendimento prestado e dos produtos utilizados na assistência à saúde. Os dados gerados por meio das notificações são utilizados para aprendizado organizacional e subsidiar a mudança de processos, se necessário.

Nos hospitais, as notificações são realizadas de maneira voluntária e permitem conhecer o cenário organizacional, pois possibilita identificar falhas e o perfil dos incidentes notificados, oferecendo subsídios para avaliar e aperfeiçoar a qualidade do atendimento e a segurança do paciente, assim como para estruturar intervenções. A obtenção de resultados positivos depende do fomento da notificação, afastado de uma cultura punitiva, com estímulo à aprendizagem e comprometimento dos envolvidos para evitar danos (DIAS; CARREIRO, 2020). Entretanto, os hospitais não devem realizar a gestão de seus riscos somente com base nas notificações realizadas; é preciso, também, dar voz aos profissionais, considerando seu conhecimento tácito e suas experiências frente aos riscos encontrados, que podem auxiliar na solução de problemas da assistência prestada.

No presente estudo, uma estratégia proposta pelos especialistas foi a revisão de procedimentos que resultaram em incidentes. Em um estudo que aplicou o gerenciamento de riscos corporativos em todo o processo de manuseio e armazenamento do leite materno em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, com o intuito de prevenir erros, os autores destacam o sucesso da implementação do gerenciamento de riscos corporativos nesse cenário e incentivam sua utilização em outras UTI (SHAREEF *et al.*, 2019).

O componente 5, Informação, comunicação e divulgação, ressalta que, para as organizações que procuram implementar o gerenciamento de riscos corporativos, um desafio significativo é a habilidade de registrar os riscos, transformando-os em painéis, relatórios e informações tangíveis de utilização (STEVENS; WILLCOX; BOROVOY, 2019).

No presente estudo, uma das estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais foi a utilização de ferramentas informatizadas, a exemplo de sistemas eletrônicos para a prescrição e notificação. No Canadá, foi padronizado em todo o país um sistema para identificar, relatar e gerenciar riscos corporativos em organizações de saúde. Após sua implementação, houve relato de aperfeiçoamento das organizações na sua maturidade frente aos riscos, por conta da qual esses riscos foram identificados, medidos, gerenciados e relatados. As informações geradas são utilizadas para embasar, quando cabível, a tomada de decisão (STEVENS; WILLCOX; BOROVOY, 2019).

Enfatiza-se que, o gerenciamento de riscos corporativos viabiliza o engajamento entre as melhores práticas utilizadas para gerenciar e mensurar riscos e as informações geradas por diversas organizações de saúde (STEVENS; WILLCOX; BOROVOY, 2019). Entretanto, não ter implantado na instituição um sistema informatizado não pode ser um impeditivo para que os hospitais incentivem e realizem as notificações.

Entre estratégias para a gestão de riscos no componente informação, comunicação e divulgação estão: divulgar os dados gerados pelas notificações e fornecer *feedback* ao notificador. Tais estratégias estão relacionadas ao compartilhamento de informações internas e externas à organização. Alves *et al.* (2020) relatam a aplicação da gestão de riscos corporativos em um órgão regulador, estabelecendo um plano de comunicação para a organização que contém orientações sobre de que forma as informações serão repassadas da alta gestão até os níveis operacionais, além das estratégias que serão utilizadas para a comunicação e sua frequência.

Destaca-se que, muitas vezes, há limitação por partes dos profissionais e da própria organização em serem transparentes em sua comunicação e divulgação das informações, ainda mais quando se trata de erros que, por vezes, ainda podem ser encarados com medo e receio. A transparência pode motivar o tratamento do erro com maior naturalidade, uma vez que é por meio da identificação dos erros que ações são desenvolvidas, promovendo o aperfeiçoamento e a excelência da assistência prestada.

A comunicação para os órgãos competentes, estratégia elencada pelos especialistas, pode estar relacionada a compartilhar as informações com fontes externas à organização. No Brasil, os hospitais que fazem parte da Rede Sentinela compartilham informações com fontes externas da organização, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio no NOTIVISA (SCHMITT *et al.*, 2020). Nesse caso, a comunicação aos órgãos competentes contribui para as decisões regulatórias no país (MELO *et al.*, 2021).

A implantação do gerenciamento de riscos corporativos é abrangente e complexa (ALVES *et al.*, 2020). Existem muitos desafios; dentre eles, a utilização de processos e métodos demasiadamente dificultosos (STEVENS; WILLCOX; BOROVOY, 2019). Dessa maneira, o presente estudo apresenta estratégias para sua implantação para uma organização específica, com alto grau de complexidade, que, quando transcendida pelos riscos, podem colocar a vida do paciente em risco.

Como limitação deste estudo, considera-se o fato de a coleta de dados ter sido realizada no decorrer de uma emergência de saúde pública, ocasionada pela pandemia de covid-19, uma vez que os especialistas, em sua maioria da área da saúde, poderiam estar sofrendo pressões psicológicas por estar na linha de frente. É possível que houvesse alguma alteração na coleta caso a situação fosse distinta; particularmente, acredita-se que o estudo poderia ter alcançado um maior número de participantes da pesquisa na coleta de dados.

Outra limitação do estudo é a não generalização dos resultados da pesquisa, incluindo a aplicação do guia em outros países, uma vez que foi estruturado com base na experiência de especialistas inseridos em realidades de hospitais ou ambientes de ensino no contexto brasileiro. Também, seguindo os preceitos da pesquisa metodológica, não houve por ora a validação das estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais. Dessa forma, sugere-se que novos estudos sejam feitos com o intuito de validar ou refutá-las. Ademais, incentiva-se a aplicação do guia em hospitais de diferentes portes e realidades, para avaliar a aplicabilidade, eficiência e eficácia das estratégias apresentadas, além de estudos que foquem nas ferramentas direcionadas à gestão de riscos, para identificar as mais utilizadas, de fácil aplicação e que possam ser recomendadas para a gestão de riscos e melhorar processos em hospitais.

Considerações finais

O presente estudo resultou em um guia com estratégias para uma gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar, estruturado a partir de dados coletados com especialistas sobre o assunto. As estratégias, organizadas em cada componente do modelo COSO, permitem uma visão geral de ações que contribuam para gerenciar riscos e possam ser utilizadas como base para os hospitais visualizarem e organizarem a gestão de riscos, de maneira a pensar ações antecipatórias na instituição. O guia pode ser utilizado por instituições hospitalares públicas ou privadas, sendo que adequações podem ser realizadas considerando a realidade de cada hospital.

Referências

- ALVES, Gustavo de Freitas *et al.* Enterprise Risk Management Agile Canvas: A Framework for Risk Management on Public Administration. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 3, n. 71, p. 438-459, dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.21874/rsp.v71.i0.4363>. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/5997>. Acesso em: 28 maio 2021.
- BÁO, Ana Cristina Pretto; AMESTOY, Simone Coelho; MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de; TRINDADE, Letícia de Lima. Quality indicators: tools for the management of best practices in health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 72, n. 2, p. 360-366, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/T89wNCjgBwCKCYs9whxjSsm/?lang=pt>. Acesso em: 07 jun. 2021.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: 1ª ed., Edições 70, 2011. 281 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (2013a). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 19 maio 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (2013b). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 19 maio 2021.
- COSTA, Eliana Auxiliadora Magalhães; LOBÃO, William Mendes; RIBAS, Camila Lapa Matos; PASSOS, Nathália Muraiviechi. Segurança do paciente em serviços de saúde: uma análise na cidade de Salvador, Bahia. **Revista Sobecc**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 17-24, 3 abr. 2020 (2020a). Zeppelini Editorial e Comunicação. 2019. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000010004>. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/536/0>. Acesso em: 08 jun. 2021.
- COSTA, Diovane Ghignatti da *et al.* Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, 2020 (2020b). Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rlae/a/n773ypFVK4kS99w7fTGRH6y/?lang=en> > Acesso em: 24 agost. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3352.3272>
- COUTO, Renato Camargos *et al.* **II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil**. Observatório do Cuidado, IESS – Instituto de Estudos da Saúde Suplementar, Belo Horizonte, 2018. 64 pg. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/1646>. Acesso em: 15 dez. 2019.
- COSO. Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission. Gerenciamento de Riscos Corporativos Integrado com Estratégia e Performance, 2017. Disponível em:

<https://www.coso.org/documents/coso-erm-executive-summary-portuguese.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

DIAS, Cláudia Novais; CARREIRO, Mônica de Almeida. Perfil das notificações de incidentes em saúde em um hospital universitário. **Revista Enfermagem Uerj**, [S.L.], v. 28, p. 1-7, 20 ago. 2020. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.43213>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/43213>. Acesso em: 06 Jun. 2021.

ETGES, Ana Paula Beck da Silva; *et al.* A proposed enterprise risk management model for health organizations. **Journal Of Risk Research**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 513-531, 9 jan. 2018a. Informa UK Limited. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13669877.2017.1422780>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13669877.2017.1422780>. Acesso em: 25 maio 2021.

ETGES, Ana Paula Beck da Silva, *et al.* ERM for Health Care Organizations: an economic enterprise risk management innovation program (e2rmhealth care). **Value In Health Regional Issues**, [S.L.], v. 17, p. 102-108, dez. 2018b. Elsevier BV. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vhri.2018.03.008>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/325226598_ERM_for_Health_Care_Organizations_An_Economic_Enterprise_Risk_Management_Innovation_Program_E2RMhealth_care. Acesso em: 11 jun. 2021.

ETGES, Ana Paula Beck da Silva *et al.* Development of an enterprise risk inventory for healthcare. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-16, 24 jul. 2018c. Springer Science and Business Media LLC. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3400-7>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3400-7>. Acesso em: 21 jul. 2021.

FIGUEIREDO, Mirela Lopes de et al. Análise da ocorrência de incidentes notificados em hospital-geral. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 111-119, fev. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000100111&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 jul 2021.

FINK-HAFNER, Danica. Delphi Method: Strengths and Weaknesses. **Metodoloski zvezki**, v. 16, n. 2, p. 1–19, 2019. Disponível em: <http://ibmi.mf.uni-lj.si/mz/2019/no-2/Fink2019.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2020.

FUSARI, Mônica Emanuele Köpsel; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; COSTA, Veridiana Tavares. Best leadership practices of nurses in hospital risk management: case study. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 42, p. 1-10, 21 jan. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200194>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/hkvxGDSgHpKJXRMS8zFm6CM/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 25 mar. 2021.

GUTIÉRREZ-MENDOZA, Luis Meave; TORRES-MONTES, Abraham; SORIA-OROZCO, Manuel; PADRÓN-SALAS, Aldanely; RAMÍREZ-HERNÁNDEZ, María Elizabeth. Costos de eventos adversos graves en un Hospital Comunitario de Enseñanza en México. **Cirugía y Cirujanos**, [S.L.], v. 83, n. 3, p. 211-216, maio 2015. Elsevier BV.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2015.05.013>. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741115000717?via%3Dihub>. Acesso em: 11 nov. 2019.

HEIDMANN, Andréia *et al.* Contributive factors for the consolidation of patient safety culture in the hospital environment. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 1-8, 21 jan. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0153>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/7yVPCnBjTG66pLxn7xfPjzN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.

JAYANTHA, Chethan. COSO Enterprise Risk Management (ERM) Framework and a Study of ERM in Indian Context. 67. 82-90, 2018. **CA Journal**. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/328686591_COSO_Enterprise_Risk_Management_ERM_Framework_and_a_Study_of_ERM_in_Indian_Context. Acesso em: 20 Jul. 2021.

KEENEY, Sinead; HASSON, Felicity; MCKENNA, Hugh. **The Delphi technique in nursing and health research**. New Delhi, India Palatino by Aptara Inc., 2011. p.210.

LIMA, Shirley Barbosa Ortiz et al. Ferramentas da qualidade aplicadas à conferência do carro de emergência: pesquisa de métodos mistos. **Escola Anna Nery** [online]. 2021, v. 25, n. 2, e20200274. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0274>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/jSPp3VWGBWdk9NVjSrQcyQN/?lang=pt>. Acesso em: 06 jun 2021.

MARQUES, Joana Brás Varanda; FREITAS, Denise de. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em educação. **Pro-Posições**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 389-415, ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pp/a/MGG8gKTQGhrH7czngNFQ5ZL/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2020.

MARTINS, Mary Anne Fontenele; SANTOS, Wildenildo Oliveira dos; BRITO, Rodrigo Lino de; ALVES, Gustavo de Freitas. Política de gestão de riscos corporativos: o caso de uma agência reguladora da saúde. **Revista do Serviço Público**, [S.L.], v. 69, n. 1, p. 7-32, 29 mar. 2018. Escola Nacional de Administração Pública (ENAP).

<http://dx.doi.org/10.21874/rsp.v69i1.3159>. Disponível em:

<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/3159>. Acesso em: 12 Jun 2021.

MASSAROLI, A. et al. The Delphi Method as a Methodological Framework For Research in Nursing. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 4:e 1110017, jan. 2018.

<https://doi.org/10.1590/0104-07072017001110017>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/7Q7Xg6BBXBtXgmvxyYtjNTG/?lang=pt>. Acesso em: 27 maio 2021.

MELO, José Romério Rabelo; DUARTE, Elisabeth Carmen; MORAES, Marcelo Vogler de; FLECK, Karen; SILVA, Amanda Soares do Nascimento e; ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado. Reações adversas a medicamentos em pacientes com COVID-19 no Brasil: análise das

notificações espontâneas do sistema de farmacovigilância brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 37, n. 1, p. 1-17, 21 jan. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00245820>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DQHfJwbLrnjCQFZLsYtNZfN/?lang=en>. Acesso em: 25 maio 2021.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de; CERVILHERI, Andressa Hirata; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; MAGALHÃES, Ana Maria Müller de; RIBEIRO, Mara Regina Rosa; MATSUDA, Laura Misue. Interface entre acreditação e segurança do paciente: perspectivas da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 54, p. 1-7, 01 jan. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018053703604>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/Z8jZdDGTKCcxTNfLy9cBkfS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2021.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: 9ª ed., Artmed, 2019. 431 p.

SCHMITT, Márcia Danieli; COSTA, Diovane Ghignatti da; MASSAROLI, Aline; LORENZINI, Elisiane; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; SANTOS, José Luís Guedes dos. Análise de teses e dissertações sobre gestão de riscos na área da saúde no Brasil. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 24, p. 1-7, 25 nov. 2020. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20200089>. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/e1352.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2021.

STEVENS, Polly; WILLCOX, Jordan; BOROVOY, Lori. Integrated (Enterprise) Risk Management in Canadian Healthcare Organizations – Common Barriers and a Shared Solution for Effective and Efficient Implementation in Canada. **Healthcare Quarterly**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 48-53, 30 abr. 2019. Longwoods Publishing. <http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2019.25836>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31244468/>. Acesso em: 11 Jun. 2021.

SHAREEF, Maliha; YOUNGBERG, Barbara J. Introduction of enterprise risk management in neonatal intensive care unit to reduce breast milk errors. **Journal Of Healthcare Risk Management**, [S.L.], v. 39, n. 3, p. 37-42, 29 out. 2019. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/jhrm.21394>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jhrm.21394>. Acesso em: 18 Jun. 2021.

SILVA, Marcia Zanievicz; FERNANDES, Francisco Carlos. The influence of contingencies factors strategy and structure in the enterprise risk management in a hospital. **Gestão & Produção**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 1-16, 25 nov. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-530x2315-19>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/gp/a/brv69DgHYKMD77DFQkGgYgh/?format=pdf>. Acesso em: 07 mai. 2021.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa visou à elaboração de um guia de estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar e descrição das concepções e práticas de gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar. Para alcançar os objetivos, foi desenvolvido um estudo utilizando a técnica Delphi, com coleta de dados quantitativos e qualitativos. Os objetivos elencados foram atingidos em virtude do referencial metodológico adotado, que possibilitou, por meio de questionários aplicados em duas rodadas sequenciais, consultar a opinião de especialistas sobre a temática e promover *feedback* controlado das respostas da primeira rodada, alcançando o consenso das respostas entre os especialistas, na segunda rodada da pesquisa.

O artigo dois buscou descrever as concepções e práticas de gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar na perspectiva de especialistas sobre a temática. Na primeira rodada da pesquisa, a partir da análise dos dados qualitativos, emergiram duas categorias: concepções sobre gestão de riscos assistenciais em hospitais e práticas de gestão de riscos assistenciais em hospitais, cada qual com seis classes semânticas. Na segunda rodada, buscou-se o consenso dos especialistas sobre as classes geradas nas duas categorias da primeira rodada.

O estudo permitiu observar a relação existente entre a teoria e a prática, nos conceitos e nas ações de gestão de riscos dos hospitais, em que os conceitos de gestão de riscos vêm ao encontro do cumprimento das políticas e normativas nacionais. Além do mais, para os especialistas, a gestão de riscos, processo envolvendo diferentes etapas voltadas para a identificar, analisar, avaliar, comunicar e controlar os riscos nos hospitais, é realizada por meio das notificações e ações voltadas para a análise de processos e rotinas de trabalho, mapeamento e monitoramento de riscos organizacionais, que são conduzidas por uma equipe destinada a esse fim, em setor específico dentro do hospital.

O artigo três apresenta os resultados principais da tese, cujo objetivo foi elaborar um guia de estratégias para uma gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar. Com base nas respostas da primeira rodada e nível de consenso entre os especialistas, alcançados na segunda rodada da pesquisa, obtiveram-se como resultado 23 estratégias proativas para a gestão de riscos em hospitais, que estão organizadas dentro de categorias definidas *a priori*, com base nos cinco componentes do modelo COSO. As estratégias abrangem desde a alta gestão, passando por questões gerenciais e assistenciais, comunicação interna e externa, envolvimento do paciente, família e/ou cuidadores, além dos profissionais da saúde, com o objetivo de

fornecer uma estrutura padronizada para que os hospitais tenham uma percepção adequada e possam aprimorar suas condutas na gestão de riscos. O guia pode ser utilizado por instituições hospitalares públicas ou privadas, sendo que adequações podem ser realizadas considerando a realidade de cada hospital.

Vale destacar que o modelo COSO apresenta o gerenciamento de riscos corporativos, com uma estrutura composta por cinco componentes, que pode ser empregada em organizações de diferentes portes e setores de atuação. Trata-se de um modelo que é internacionalmente aceito como referência para a gestão de riscos. Enfatiza-se como vantagem da sua aplicação a identificação dos riscos em nível organizacional, com *feedback* apropriado para os riscos identificados, o que pode resultar na redução de prejuízos e custos desnecessários. As estratégias para uma gestão proativa de riscos assistenciais, organizadas em cada um dos componentes do modelo COSO, possibilitam uma perspectiva ampliada para os hospitais visualizarem e organizarem a gestão de riscos, de maneira a pensar ações antecipatórias na instituição.

O guia incorpora, também, no componente Performance, 13 ferramentas para a gestão de riscos, utilizadas para a identificação de riscos, eventos adversos e melhoria de processos. Essas ferramentas foram listadas conforme grau de importância, utilização na prática e/ou conhecimento dos especialistas. Dessa maneira, o guia fornece diferentes instrumentos que podem ser utilizados na gestão de riscos nos hospitais, dentre os quais se deve optar pelo que melhor se adapte a cada realidade e finalidade esperada.

Os resultados da presente pesquisa fornecem um guia de estratégias para uma gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar, com base em um modelo internacional de gestão de riscos, construído por especialistas de diferentes regiões do Brasil, considerando suas experiências e conhecimento tácito. O guia contribui com mecanismos para identificar riscos, antecipar e prevenir erros. Tais achados correspondem a uma nova perspectiva para mitigar os riscos inerentes à atividade-fim dos hospitais, o que representa uma nova perspectiva sobre a temática e acréscimo para as demais pesquisas publicadas sobre gestão de riscos na atenção terciária à saúde. Espera-se, também, que a utilização do guia contribua para a segurança do paciente e para a qualidade do atendimento prestado.

Com base nos resultados do estudo, sustenta-se a tese: **estratégias proativas para a gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar contribuem para a consolidação da qualidade da assistência prestada e para a segurança dos pacientes e profissionais de saúde. Envolvem diferentes atores (gestores, profissionais, pacientes, acompanhantes) e setores (gerenciais e assistenciais), além de uma rede complexa de ações, com a definição**

de políticas institucionais, protocolos assistenciais e incorporação da gestão de riscos nos processos organizacionais.

Na presente pesquisa, os desafios para a coleta de dados a distância estão relacionados a: identificar os principais especialistas na temática em questão; conseguir contactá-los; instigar a sua participação na pesquisa; e, principalmente, mantê-los entre as diferentes rodadas do estudo, uma vez que não há contato presencial com o especialista, o que dificulta o vínculo entre pesquisador e participante. A utilização de um *software* como instrumento de auxílio na análise dos dados contribuiu de maneira significativa na organização e análise do grande volume de dados coletados.

Como limitação do estudo, considera-se o fato de a coleta de dados ter sido realizada no decorrer de uma emergência de saúde pública, ocasionada pela pandemia de covid-19, em virtude da qual os especialistas, em sua maioria da área da saúde, poderiam estar sofrendo pressões psicológicas por estar na linha de frente. Os resultados podem ter sofrido alguma alteração por conta de tal situação. Além disso, acredita-se que, em outras condições, a coleta de dados poderia ter alcançado um maior número de participantes da pesquisa.

Outra limitação do estudo é a não generalização dos resultados da pesquisa, uma vez que o guia foi estruturado com base na experiência de especialistas inseridos em realidades de hospitais ou ambientes de ensino no contexto brasileiro, o que pode limitar a sua utilização em outros países. Além do mais, houve a inclusão apenas de especialistas que atuam em hospitais universitários federais credenciados pela Rede Sentinela e com acreditação hospitalar pela JCI e ONA; caso fossem incluídos profissionais inseridos em outros hospitais, os resultados poderiam ter sido diferentes.

Também não foi realizada a validação das estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais em hospitais, seguindo os preceitos da pesquisa metodológica. Dessa forma, sugere-se que sejam feitos novos estudos acerca da aplicação do guia, com o intuito de refutar ou validá-lo. Ademais, incentiva-se a aplicação do guia em hospitais de diferentes portes e realidades, para identificar a aplicabilidade, eficiência e eficácia das estratégias apresentadas.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Michelle de Fatima Tavares; CARVALHO, Denise Siqueira de; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 8, p. 2895-2908, ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VZJRXcjhPfY5vqCs4BMmFc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 fev. 2021.
- ABNT. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 31000: Gestão de riscos: Princípios e diretrizes**. 1 ed. Rio de Janeiro: Petrobras, 2009. p. 2. 29 p. Disponível em: <https://gestravp.files.wordpress.com/2013/06/iso31000-gestc3a3o-de-riscos.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.
- AGBABIKA, Taofikat B.; LIETZ, Martina; MIRA, José J.; WARNER, Bruce. A literature-based economic evaluation of healthcare preventable adverse events in Europe. **International Journal For Quality In Health Care**, [S.L.], p. 1-10, 20 dez. 2016. Oxford University Press (OUP). DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzw143>. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/29/1/9/2726760>. Acesso em: 28 abr. 2021.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 20: Incidentes relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: ANVISA; 2019. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3074203/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n+20+-+Incidentes+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde+-+2018/094a8d6a-d6eb-4d90-9bc2-49047f4c2fe3>. Acesso em: 02 maio 2021.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: 1ª ed., Edições 70, 2011. 281 p.
- BARRAGÁN, Santiago; COSTANZO, Fernanda Arrondo; ETCHEGOYEN, Graciela. Detección de eventos adversos en la sala de clínica de un hospital a través de metodología activa. **Rev Argent Salud Pública**, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 40, p.14-18, jul/set. 2019. Disponível em: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen40/14-18.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2021
- BASTOS, Alberto; FELDMAN, Liliane Bauer. Comitê brasileiro da Iso – Gestão de risco – Grupos Formados na ABNT. In: FELDMAN, Liliane Bauer (org.). **Gestão de risco e segurança hospitalar**. São Paulo: 2ª ed. Martinari, 2009. p. 27. 392 p.
- BELINCANTA, Mariana. *et al.* Queixas técnicas submetidas ao Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 20, dez. 2018. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/49337>. Acesso em: 01 mar. 2021.
- BOLCATO, M., FASSINA, G., RODRIGUEZ, D. *et al.* The contribution of legal medicine in clinical risk management. **BMC Health Serv Res.**, [s.l.], v. 19, n. 85, 2019. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3846-7>. Acesso: 05 jan. 2021.

BONO, Bruno; NEVES, Jorge Tadeu de Ramos; VASCONCELOS, Maria Celeste Reis Lobo de. A contribuição da gestão do conhecimento para a gestão de riscos no hospital do câncer de Muriaé: um estudo de caso. **Revista JHMReview**, São Paulo, v.2, n.1, pp.48-71, Jan/Jun. 2016. Disponível em: <http://portaltutor.com/index.php/ijhmreview/article/view/338>. Acesso em: 20 mar. 2021

BRASIL. **Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde, 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 19 mar 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n° 529, de 1° de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (2013a). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 19 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC n° 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (2013b). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 21 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Experiências da rede sentinela para a Vigilância Sanitária. Uma referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 1ª edição, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 510, de 07 de abril de 2016**. Brasília: MS; 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 17 maio 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2017. 168 p. (2017a). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%Aancia+Segura++Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>. Acesso em: 03 mai. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. 92 p. (2017b). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7++Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Instituto Nacional da Propriedade Industrial. **Manual de gestão de riscos do INPI**. Presidência. Coordenação-Geral de Qualidade – CQUAL, Divisão de Gestão de Riscos – DIGER. Rio de Janeiro: INPI, 2018. p. 6. Disponível em: <http://www.inpi.gov.br/sobre/estrutura/manual-gestao-de-riscos-inpi.pdf>. Acesso em 19 mar. 2021.

BRINER, Matthias; MANSER, Tanja; KESSLER, Oliver. Clinical risk management in hospitals: strategy, central coordination and dialogue as key enablers. **Journal Of Evaluation In Clinical Practice**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.363-369, 13 mar. 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2753.2012.01836.x/abstract;jsessionid=DE2F7223F3844958C12429FC5C229362.f04t03>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. 2021. Disponível em: <https://bvsm.saude.gov.br/17-9-dia-mundial-da-seguranca-do-paciente-seguranca-do-paciente-uma-prioridade-global-de-saude/>. Acesso em: 18 abr. 2021.

CARDOSO, Maria Lúcia Alves Pereira. Gerenciamento de risco no Hospital e Maternidade de São Luiz – HMSL. In: FELDMAN, Liliane Bauer (org.). **Gestão de risco e segurança hospitalar**. São Paulo: 2ª ed. Martinari, 2009. p. 27.

CARLFJORD, Siw; ÖHRN, Annica; GUNNARSSON, Anna. Experiences from ten years of incident reporting in health care: a qualitative study among department managers and coordinators. **Health Services Research**. [s.l.], v. 18, n.113, 2018. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-2876-5>. Acesso em: 14 jul. 2021.

CEDRAZ, Rayane Oliveira *et al.* Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de riscos associados à queda e lesão por pressão em unidade clínica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100220&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. 2021.

COUTO, Renato Camargos *et al.* **II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil**. Observatório do Cuidado, IESS – Instituto de Estudos da Saúde Suplementar, Belo Horizonte, 2018. 64 pg. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/1646>. Acesso em: 15 jan. 2021.

CREMA, Maria; VERBANO, Chiara. How to combine lean and safety management in health care processes: A case from Spain. **Safety Science**, [s.l.], v. 79, p.63-71, nov. 2015. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753515001289>. Acesso em: 19 jul. 2021.

COSO. **Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission**. 2021. Disponível em: <https://www.coso.org/Pages/default.aspx>. Acesso em: 21 jun. 2021.

COSO. Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission. **Internal Control - Integrated Framework**, 2013. Disponível em:

<https://www.coso.org/documents/990025p-executive-summary-final-may20.pdf>. Acesso em: 06 maio 2021.

COSO. Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission. **Gerenciamento de Riscos Corporativos Integrado com Estratégia e Performance**, 2017. Disponível em: <https://www.coso.org/documents/coso-erm-executive-summary-portuguese.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

COSO. Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission. **Internal Control - Integrated Framework**, 2019. Disponível em: <https://www.coso.org/documents/coso-crowe-coso-internal-control-integrated-framework.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2021.

FAROKHZADIAN, Jamileh; NAYERI, Nahid Dehghan; BORHANI, Fariba. Farokhzadian J, Nayeri ND, Borhani F, Zare MR. Nurse leaders' Attitudes, Self-Efficacy and training Needs for Implementing Evidence-Based Practice: Is It Time for a Change toward Safe Care? **Br J Med Med Res**. 2015, p. 662-671. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26877975/>. Acesso em: 20 abr. 2021.

FELDMAN, Liliane Bauer. Panorama da gestão de risco no mundo In: FELDMAN, Liliane Bauer (org.). **Gestão de risco e segurança hospitalar**. São Paulo: 2ª ed. Martinari, 2009. 392 p.

FEREZIN, Tatiana Paula Miguelaci *et al.* Análise da Notificação de Eventos Adversos em Hospitais Acreditados. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 2, maio 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49644>. Acesso em: 25 jan. 2021.

FIGUEIREDO, Mirela Lopes de *et al.* Análise da ocorrência de incidentes notificados em hospital-geral. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 111-119, fev. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000100111&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 jul. 2021.

FINK-HAFNER, Danica. Delphi Method: Strengths and Weaknesses. **Metodoloski zvezki**, v. 16, n. 2, p. 1–19, 2019. Disponível em: <http://ibmi.mf.uni-lj.si/mz/2019/no-2/Fink2019.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2021.

FRANCELINO, Eudiana Vale *et al.* Ações de Farmacovigilância no Nordeste do Brasil: uma análise de 10 anos de trabalho em prol da segurança no uso de medicamentos. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 19, n.4, p. 117-125, out/dez. 2017. Disponível em: <http://ojs2.ufes.br/RBPS/article/viewFile/19811/13232>. Acesso em: 07 jun. 2021.

FRANCOLIN, Lucilena *et al.* Patient safety management from the perspective of nurses. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 0277-0283, abr., 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200277&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2021.

GAMA; Zenewton André da Silva; HERNÁNDEZ, Pedro Jesus Saturno. **Inspeção de boas práticas de gestão de riscos em serviços de saúde**. Natal, SEDIS - Editora da UFRN, 2017. 264 p. Disponível em:

https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/25138/3/EBOOK_AGRASS.pdf. Acesso em: 10 jun. 2021.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato *et al.* A study of cases reported as incidents in a public hospital from 2011 to 2014. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 50, n. 5, p. 861-867, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000600021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/nxMtjZYrhdCYvjfmJGPKFWh/?lang=en>. Acesso em: 14 maio 2021.

GRANDI, João Luiz *et al.* Hemovigilância: a experiência da notificação de reações transfusionais em Hospital Universitário. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100431&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 maio 2021.

GUO, Li. Implementation of a risk management plan in a hospital operating room. **International Journal Of Nursing Sciences**, China, v. 2, n. 4, p.348-354, dez. 2015. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013215000940>. Acesso em: 18 maio 2021.

GUTIÉRREZ-MENDOZA, Luis Meave *et al.* Costos de eventos adversos graves en un Hospital Comunitario de Enseñanza en México. **Cirugía y Cirujanos**, México, v. 83, n.3, p. 211-216, mai/jun. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741115000717?via%3Dihub>. Acesso em: 11 jul. 2021.

HARADA, Maria de Jesus C.S. Prefácio. In: FELDMAN, Liliane Bauer (org.). **Gestão de risco e segurança hospitalar**. São Paulo: 2ª ed. Martinari, 2009. 392 p.

HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa *et al.* Reflections on patient safety incident reporting systems. **Rev. bras. enferm.**, v.74 (Suppl 1), p.1-6, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CvntWZSdnnzxwzxhc87cj8n/?lang=en>. Acesso em: 26 agost. 2021.

HERNÁNDEZ, Alberto Pardo et al. Barreras y retos de las unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud. **Revista de Calidad Asistencial**, Madrid, v. 29, n. 2, p.84-91, mar. 2014. Disponível em: file:///C:/Users/user/Downloads/S1134282X1300153X_S300_es.pdf. Acesso em: 15 mar. 2021.

IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.

JCI. *Joint Commission International. Accreditation*. 2021. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/accreditation/> Acesso em: 01 Set. 2021.

KEENEY, Sinead; HASSON, Felicity; MCKENNA, Hugh. **The Delphi technique in nursing and health research**. New Delhi, India Palatino by Aptara Inc., 2011. p.210.

KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M.; DONALDSON, Molla S. Committee on Quality of Health Care in America. **To err is human: Building a Safer Health System**. Washington DC: National Academy Press; 332 p. 2000. Disponível em: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14460_recurso_1.pdf. Acesso em: 20 maio 2021.

LEE, Eunjoo. Reporting of medication administration errors by nurses in South Korean hospitals. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 29, n. 5, p. 728–734, out. 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/29/5/728/4054193>. Acesso em: 14 jan 2021.

MACRAE, Carl. The problem with incident reporting. **BMJ Quality & Safety**, v. 25, n. 2, p. 71-75, 2016. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/25/2/71>. Acesso em: 28 abr. 2021.

MANSER, Tanja et al. The German clinical risk management survey for hospitals: Implementation levels and areas for improvement in 2015. **Zefq Journal**, Alemanha, v. 1, n. 114, p.28-38, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.06.017>. Disponível em: [http://zefq-journal.com/article/S1865-9217\(16\)30133-7/fulltext](http://zefq-journal.com/article/S1865-9217(16)30133-7/fulltext). Acesso em: 20 jun. 2021.

MARQUES, Joana Brás Varanda; FREITAS, Denise de. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições**, Campinas, v. 29, n. 2, p. 389-415, ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072018000200389&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2021.

MARTINS, M. A. F.; TEIXEIRA, A. P. C. P. Desafios e perspectivas na vigilância sanitária pós-comercialização/uso. **Vigilância Sanitária Em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia – Visa Em Debate**, 7(4), 3-9 p, 2019. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1425>. Acesso em: 20 abr. 2021.

MARTINS, Mary Anne Fontenele, *et al.* Política de gestão de riscos corporativos: o caso de uma agência reguladora da saúde. **Revista do Serviço Público**, [S.L.], v. 69, n. 1, p. 7-32, 29 mar. 2018. Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). DOI: <http://dx.doi.org/10.21874/rsp.v69i1.3159>. Disponível em: <https://revista.ena.gov.br/index.php/RSP/issue/view/184/217>. Acesso em: 23 mar. 2021.

MILAGRES, L. M. **Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos**. Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-graduação. 2015. 100 f. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. 2015. Disponível em: <http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Lidiane-Miranda-Milagres.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

MIRA, José Joaquín et al. Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, [s.i.], v. 1, n. 33, p.1-7, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n1/a01v33n1.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2021.

NPSF. National Patient Safety Foundation. Livre de danos: acelerar a melhoria da segurança do paciente - quinze anos depois de To Err Is Human. Boston (US): The National Patient Safety Foundation. 2015. Disponível em: https://c.ymcdn.com/sites/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/PDF/Free_from_Harm_portugues-br.pdf. Acesso em: 15 jan. 2021.

NPSA. National patient safety agency. **Seven steps to patient safety: the full reference guide**. London, 2004. Disponível em: <https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/directorates/files/Seven%20steps%20to%20safety.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2021.

NQF. National Quality Forum. **Safe practices for better healthcare – 2010 update: a consensus report**. Washington, abr. 2010. Disponível em: https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%93_2010_Update.aspx. Acesso em: 19 abr. 2021.

NETO, Alcides Viana de Lima *et al.* Análisis de las notificaciones de eventos adversos en un hospital privado. **Enfermería Global**, Murcia, v. 18, n. 3, p. 314-343, jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325571>. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/325571>. Acesso em: 24 abr. 2021.

OJEKA, Stephen A; *et al.* Chief financial officer roles and enterprise risk management: an empirical based study. **Heliyon**, [S.L.], v. 5, n. 6, p. 1-10, jun. 2019. Elsevier BV. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01934>. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405844019322728>. Acesso em: 21 maio 2021.

ONA. Organização Nacional de Acreditação. **O que é acreditação**. 2021. Disponível em: <https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao#> Acesso em: 01 Set. 2021.

OMS. Organización Mundial de la Salud **10 datos sobre la seguridad del paciente**. ago. 2019. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/. Acesso em: 19 fev. 2021.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: 9ª ed., Artmed, 2019. 431 p.

QUADROS, Wilson Sergio de; SELOW. Gestão dos Riscos Assistenciais em Saúde. **Revista Dom Acadêmico**, Curitiba, v.2, n.1, p.53-314, jan/jun. 2017. Disponível em: <https://domacademico.unidombosco.edu.br/index.php/domacademico/article/viewFile/46/45>. Acesso em: 15 jan. 2021.

REIS, Gislene Aparecida Xavier dos *et al.* Análise das notificações de queixa técnica de material médico-hospitalar em um hospital sentinela. **Vigil. sanit. Debate**, v.4, n.1, 2016. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/588>. Acesso em: 19 jul. 2021.

ROZADOS, Helen Beatriz Frota. O uso da técnica Delphi como alternativa metodológica para a área da Ciência da Informação. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 64-86, set/dez. 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/EmQuestao/article/viewFile/58422/36043>. Acesso em: 28 mar. 2021.

SCHAEFER, Melissa K.; PERKINS, Kiran M.; PERZ, Joseph F. Patient Notification Events Due to Syringe Reuse and Mishandling of Injectable Medications by Health Care Personnel—United States, 2012–2018. **Mayo Clinic Proceedings**, [S.L.], v. 95, n. 2, p. 243-254, fev. 2020. Elsevier BV. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.08.024>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31883694/>. Acesso em: 23 jul. 2021.

SCHMITT, Márcia Danieli, *et al.* Análise de teses e dissertações sobre gestão de riscos na área da saúde no Brasil. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 24, p. 1-7, 25 nov. 2020. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20200089>. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/e1352.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2021.

SCHMITT, Marcia Danieli. **Gerência de risco hospitalar: análise da pós-comercialização de produtos para a saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/188759/PNFR1025-D.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 06 jun. 2021.

SENDLHOFER, Gerald *et al.* Systematic implementation of clinical risk management in a large university hospital: the impact of risk managers. **Wiener Klinische Wochenschrift**, [s.l.], v. 127, n. 1-2, p.1-11, 13 nov. 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00508-014-0620-7>. Acesso em: 20 fev. 2021.

SENDLHOFER, Gerald *et al.* Deployment of Critical Incident Reporting System (CIRS) in public Styrian hospitals: a five year perspective. **BMC Health Serv Res.**, [s.l.], v. 19, n. 412, jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4265-0>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4265-0>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v.17; n. 1. 2015. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113>. Acesso em: 29 abr. 2021.

SILVA, Andreia Cristina Araújo *et al.* A Segurança do Paciente em Âmbito Hospitalar: Revisão Integrativa da Literatura. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 21, n. esp: 01-09, jun. 2016. Disponível em: www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/09/37763-184991-1-PB.pdf. Acesso em: 17 jul. 2021.

SIMAN, Andréia Guerra; CUNHA, Simone Grazielle Silva; BRITO, Maria José Menezes. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100445&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2021.

SIMEONE, Cynthia L. *et al.* Business resilience: Reframing healthcare risk management. **American Society for Healthcare Risk Management**. [s.l.], v. 35, n. 2, p. 31–37, set. 2015.

Disponível em:

http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhrm.21199/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.com.br&purchase_site_license=LICENSE_DENIED. Acesso em: 21 fev. 2021.

SINGH, Balbir; GHATALA, Habeeb. Risk Management in Hospitals. **International Journal Of Innovation, Management And Technology**, India, v. 3, n. 4, p.417-421, ago. 2012.

Disponível em: <http://www.ijimt.org/show-38-493-1.html>. Acesso em: 20 jul. 2021.

SIQUEIRA, Cibele Leite *et al.* Management: perception of nurses of two hospitals in the south of the state of Minas Gerais, Brazil. **Rev Min Enferm.**, Minas Gerais, v. 19, n4, p.919-926, out/dez. 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1050>. Acesso em: 21 jul. 2021.

SILVA, Marcia Zanievicz; FERNANDES, Francisco Carlos. The influence of contingencies factors strategy and structure in the enterprise risk management in a hospital. **Gestão & Produção**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 1-16, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-530X2315-19>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/gp/a/brv69DgHYKmd77DFQkGgYgh/?lang=en>. Acesso em: 06 maio 2021.

SOUSA, Renata Sodr e *et al.* Gerenciamento de risco em tecnovigilância: análises das notifica es em um hospital. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, p. e22730, mar. 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/22730>. Acesso em: 25 jun. 2021.

TABIBZADEH, Maryam; JAHANGIRI, Gelareh. A Proactive Risk Assessment Framework to Enhance Patient Safety in Operating Rooms. Springer International Publishing AG 2018 V. Duffy and N. Lightner (eds.), *Advances in Human Factors and Ergonomics in Healthcare and Medical Devices, Advances in Intelligent Systems and Computing* 590, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318175547_A_Proactive_Risk_Assessment_Framework_to_Enhance_Patient_Safety_in_Operating_Rooms. Acesso em: 28 mar. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). **Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inova o em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educa o de Enfermagem e Saúde (GEPADES)**. 2020. Disponível em: <http://www.gepades.ufsc.br/bem-vindo/>. Acesso em: 01 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety: forward programme**. World Health Organization, [s.l.], out. 2004. 33 p. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf. Acesso em: 20 abr. 2021.

YANG, Shu-Hui *et al.* Incidence of patient safety events and process-related human failures during intra-hospital transportation of patients: retrospective exploration from the institutional incident reporting system. **Bmj Open**, [S.L.], v. 7, n. 11, p. 1-10, nov. 2017. BMJ. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017932>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5695373/pdf/bmjopen-2017-017932.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2021.

APÊNDICE

APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

Caro Sr / Sra,

Vimos por meio desse convidá-lo (a) para participar da pesquisa de doutorado intitulada **gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar**. A pesquisa está sendo desenvolvida por Márcia Danieli Schmitt, sob orientação do Dr. José Luís Guedes dos Santos, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina e tem o objetivo geral **elaborar um guia de estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar**. O presente estudo será realizado utilizando a técnica Delphi, sendo composta por três questionários, aplicados em três rodadas (a quarta rodada será realizada somente se não houver consenso nas rodadas anteriores), e tem o objetivo de obter consenso entre os especialistas sobre a temática. O tempo necessário para o preenchimento de cada questionário é de aproximadamente 30 minutos. Destaca-se que este estudo buscará o consenso de especialistas e as possíveis divergências sobre o tema, assim, não há respostas certas ou erradas. Além do mais, considerando sua expertise na área, acredito que achará o processo interessante e os resultados serão encaminhados a você após a conclusão da pesquisa. Contamos com sua participação no estudo e seremos gratos por você realizar a leitura e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido *on-line* e responder ao primeiro questionário da pesquisa.

Esperamos sinceramente que você concorde em participar. Se você tiver alguma dúvida, por gentileza, entre em contato.

Agradecemos pelo seu tempo e auxílio na presente pesquisa.

Com os melhores cumprimentos

Márcia Danieli Schmitt – Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Dr. José Luís Guedes dos Santos – Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E INSTRUMENTO PRIMEIRA RODADA

30/07/2021

Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar. Trata-se de uma pesquisa de doutorado, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, que tem como objetivo geral elaborar um guia de estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar.

Agradecemos sua colaboração.

*Obrigatório

1. E-mail *

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Prof. José Luis Guedes dos Santos, juntamente com a pesquisadora Márcia Danieli Schmitt, doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar”, que tem como objetivo elaborar um guia de estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar. Trata-se de uma pesquisa que utiliza a técnica Delphi.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC). O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Art. 17º., Inc. IX da Res. 510/16). Os pesquisadores cumprirão os termos da Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e suas complementares. O presente TCLE foi desenvolvido conforme determina tais normativas. Por esse tipo de registro não ser de forma escrita, você poderá ter acesso ao mesmo, solicitando por meio do e-mail: marcia.danieli.schmitt@posgrad.ufsc.br.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo por meio deste termo de consentimento. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio das respostas de questionários aplicados três ou mais rodadas, com duração de aproximadamente 30 minutos para responder cada questionário. Em cada rodada, os questionários serão analisados, mas sem que você seja identificado (a) em qualquer tempo do estudo. Com relação aos benefícios, a você, esta pesquisa poderá contribuir com reflexões a respeito das estratégias que os hospitais podem desenvolver para gerenciar de maneira proativa os riscos inerentes a assistência prestada, podendo variar de curto a longo prazo tais reflexões. Com os resultados do estudo, pretende-se colaborar para que os hospitais realizem uma gestão dos riscos de maneira proativa, com o objetivo de antecipar e prevenir incidentes na assistência ao paciente. Este estudo pretende contribuir, também, para a melhoria da qualidade da assistência, segurança no atendimento prestado e fomento de uma cultura de segurança.

Quanto aos possíveis riscos, esses estão associados a incompreensões das questões de pesquisa por parte dos participantes do estudo. O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre a teoria e prática durante o exercício de sua atividade. Contudo, os pesquisadores, compreendendo esse potencial risco, estão dispostos a ouvi-los (as), retornando a coletar os dados sob a sua anuência, tão logo você esteja à vontade para continuá-la ou desistir.

O material coletado durante as respostas aos questionários, poderão ser consultados sempre que você desejar, mediante solicitação. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional.

Os resultados deste trabalho mostrarão apenas os resultados como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade, e poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para este estudo você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação, mas você será ressarcido caso alguma despesa extraordinária venha ocorrer, que serão cobertas pelos pesquisadores, mediante apresentação de comprovante. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada. Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto.

Estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo. Você poderá entrar em contato com a pesquisador Dr. José Luis Guedes dos Santos pelo telefone (48) 3721-2205, e-mail

joseenfermagem@gmail.com ou pessoalmente no endereço Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4º andar, sala 404. Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900. Poderá entrar em contato com a pesquisadora Márcia Danieli Schmitt pelo telefone (49) 991420445, e-mail

marcia.danieli.schmitt@posgrad.ufsc.br ou pessoalmente no endereço Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4º andar, sala 402. Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 37216094, e-mail cep_propesq@contato.ufsc.br ou pelo endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II, Rua Des. Vitor Lima, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-400.

Pesquisadora principal: Márcia Danieli Schmitt – marcia.danieli.schmitt@posgrad.ufsc.br – GEPADES/PEN/UFSC

Professor responsável: Dr. José Luis Guedes dos Santos - jose.santos@ufsc.br – GEPADES/PEN/UFSC

30/07/2021

Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

2. Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido o anonimato. *

Marcar apenas uma oval.

Aceito participar da pesquisa

Em qual categoria de especialista sobre a temática você se enquadra?

3. Escolha uma opção: *

Marcar apenas uma oval.

- Gerente de risco *Pular para a pergunta 4*
- Profissional do setor de gerência de risco *Pular para a pergunta 4*
- Publicou sobre a temática gestão/gerenciamento de riscos
Pular para a pergunta 24

Considerando sua experiência profissional, por gentileza, responda os questionamentos a seguir:

4. 1. O que você entende por gestão de riscos assistenciais em hospitais? *

30/07/2021

Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

5. 2. Como você percebe que os hospitais realizam a gestão de riscos assistenciais? *

6. 3. Cite todos os profissionais que contribuem para a gestão de riscos hospitalar: *

7. 4. Quais estratégias proativas para a gestão de riscos assistenciais que os hospitais utilizam? *

8. 5. Quais estratégias proativas para a gestão de riscos assistenciais que os hospitais poderiam utilizar? *

30/07/2021

Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

- 9. 6. Na sua opinião, quais processos teriam que ser modificados nos hospitais para evitar incidentes na assistência à saúde? *

- 10. 7. Quem pode contribuir para evitar a ocorrência de incidentes na assistência ao paciente hospitalizado? *

- 11. 8. Quais as perspectivas futuras você visualiza para uma gestão proativa de riscos assistenciais em hospitais? *

- 12. Você gostaria de contribuir com mais alguma questão sobre as estratégias proativas para a gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar?

30/07/2021

Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

13. O hospital que você atua é: *

Marque todas que se aplicam.

- Hospital Universitário Federal credenciado a Rede Sentinela
- Hospital com acreditação hospitalar pela JCI
- Hospital com acreditação hospitalar pela ONA

Outro: _____

14. Ainda sobre o hospital que você atua: *

Marcar apenas uma oval.

- É instituição pública
- É instituição privada
- É instituição público-privada
- É instituição filantrópica

15. Qual sua idade (anos): *

16. Sexo: *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino

30/07/2021

Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

17. Área de formação *

Marcar apenas uma oval.

- Enfermagem
- Farmácia
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Medicina
- Nutrição
- Psicologia
- Outro: _____

18. Titulação (mais elevada): *

Marcar apenas uma oval.

- Graduação
- Especialista
- Mestre
- Doutor
- Pós-doutorado

19. Qual seu vínculo institucional/empregaticio *

20. Tempo de experiência profissional (anos): *

21. Tempo de atuação no cargo atual: *

30/07/2021

Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

22. Estado: *

Marcar apenas uma oval.

- Acre
- Alagoas
- Amapá
- Amazonas
- Bahia
- Ceará
- Espírito Santo
- Goiás
- Maranhão
- Mato Grosso
- Mato Grosso do Sul
- Minas Gerais
- Pará
- Paraíba
- Paraná
- Pernambuco
- Piauí
- Rio de Janeiro
- Rio Grande do Norte
- Rio Grande do Sul
- Rondônia
- Roraima
- Santa Catarina
- São Paulo
- Sergipe
- Tocantins
- Distrito Federal

30/07/2021

Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

23. Cidade:

Pular para a pergunta 42

Considerando sua experiência sobre a temática, por gentileza, responda os questionamentos a seguir:

24. 1. O que você entende por gestão de riscos assistenciais em hospitais? *

25. 2. Como você percebe que os hospitais realizam a gestão de riscos assistenciais? *

26. 3. Cite todos os profissionais que contribuem para a gestão de riscos hospitalar: *

30/07/2021

Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

27. 4. Quais estratégias proativas para a gestão de riscos assistenciais que você conhece? *

28. 5. Quais estratégias proativas para a gestão de riscos assistenciais que os hospitais poderiam utilizar? *

29. 6. Na sua opinião, quais processos teriam que ser modificados nos hospitais para evitar incidentes na assistência à saúde? *

30. 7. Quem pode contribuir para evitar a ocorrência de incidentes na assistência ao paciente hospitalizado? *

30/07/2021

Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

31. 8. Quais as perspectivas futuras você visualiza para uma gestão proativa de riscos assistenciais em hospitais? *

32. Você gostaria de contribuir com mais alguma questão sobre as estratégias proativas para a gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar?

33. Qual a sua idade (anos): *

34. Sexo: *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino

30/07/2021

Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

35. Área de formação *

Marcar apenas uma oval.

- Enfermagem
- Farmácia
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Medicina
- Nutrição
- Psicologia
- Outro: _____

36. Titulação (mais elevada): *

Marcar apenas uma oval.

- Graduação
- Especialista
- Mestre
- Doutor
- Pós-doutorado

37. Qual seu vínculo institucional/empregaticio *

38. Tempo de experiência profissional (anos): *

30/07/2021

Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

39. Tempo de atuação no cargo atual: *

40. Estado: *

Marcar apenas uma oval.

- Acre
- Alagoas
- Amapá
- Amazonas
- Bahia
- Ceará
- Espírito Santo
- Goiás
- Maranhão
- Mato Grosso
- Mato Grosso do Sul
- Minas Gerais
- Pará
- Paraíba
- Paraná
- Pernambuco
- Piauí
- Rio de Janeiro
- Rio Grande do Norte
- Rio Grande do Sul
- Rondônia
- Roraima
- Santa Catarina
- São Paulo
- Sergipe
- Tocantins
- Distrito Federal

30/07/2021

Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

41. Cidade:

Pular para a pergunta 42

Obrigada por dedicar um tempo para preencher o questionário da primeira rodada.

Em breve entraremos em contato para as demais etapas da pesquisa.

42. Gostaria de indicar alguém para participar da pesquisa (gerente de risco, profissional que atua juntamente com o setor de gerência de risco e/ou pesquisador que publicou sobre a temática)? Por gentileza, informe nome completo e/ou e-mail.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

APÊNDICE C – INSTRUMENTO SEGUNDA RODADA

27/07/2021

Segunda rodada - Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

Segunda rodada - Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

Prezado (a) especialista

Abaixo estão listados princípios para uma gestão proativa de riscos assistenciais, extraídos dos dados coletados na primeira rodada e organizados segundo a Enterprise Risk Management – Integrated Framework.

Os princípios são dispostos dentro de cinco componentes: Governança e cultura; Estratégia e definição de objetivos; Performance; Análise e revisão; Informação, comunicação e divulgação.

Na presente rodada de coleta de dados, o objetivo é a avaliação, visando o consenso dos especialista, sobre o grau de importância de cada princípio, por meio da atribuição de nota, que resultará na permanência, adequação ou remoção do princípio das estratégias de gestão proativa de riscos assistenciais.

Para avaliação, considere a escala a seguir:

- 0 - Sem importância
- 1 - Pequena importância
- 2 - Razoável importância
- 3 - Importante
- 4 - Muito importante

Após os princípios listados em cada componente, você poderá incluir comentários, sugestões, se assim julgar necessário.

****Orientamos que, se possível, utilize o mesmo e-mail da rodada anterior****

***Obrigatório**

1. E-mail *

Cultura e governança

"A governança dá o tom da organização, reforçando a importância e instituindo responsabilidades de supervisão sobre o gerenciamento de riscos corporativos. A cultura diz respeito a valores éticos, a comportamentos esperados e ao entendimento do risco em toda a entidade" (MILES et al., 2017, p.6). Sobre os princípios a seguir, qual a sua importância como estratégia para uma gestão proativa de riscos assistenciais?

27/07/2021

Segunda rodada - Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

2. Cultura organizacional: voltada à gestão de riscos, com foco no desenvolvimento de uma cultura de segurança e justa, para que os profissionais sintam segurança para notificar eventos adversos, queixas técnicas, incidentes e near miss, corroborando para o aprendizado coletivo. *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

3. Envolvimento da gestão: é imprescindível que os gestores compreendam a importância e incentivem as ações de gestão de riscos. *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

4. Gestão de materiais e equipamentos: aquisição de insumos e equipamentos de boa qualidade, gestão de estoques dos insumos hospitalares, manutenção preventiva de equipamentos. *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

5. Dimensionamento adequado de profissionais: disponibilização de profissionais em quantidade e qualidade suficientes para realização do trabalho. *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

27/07/2021

Segunda rodada - Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

6. Definição de boas práticas assistenciais: adesão às boas práticas assistenciais e a legislação sanitária vigentes, atendendo às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e outras diretrizes e políticas nacionais. Envolve também elaboração de protocolos e/ou Procedimentos Operacionais Padrão (POP), estímulo ao uso de bundle de passagem de procedimentos invasivos e escalas (Braden, Morse, Risco de flebite, etc) preditivas de risco. *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

7. Busca ativa: realização de visitas técnicas às unidades assistenciais, para auditoria de processos operacionais e identificação da necessidade de implantação de barreiras preventivas. *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

8. Zelo ambiental: desenvolvimento de medidas para evitar proliferação de animais vetores de doenças, gerenciamento (da segregação ao destino adequado) dos resíduos dos serviços de saúde. *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

27/07/2021

Segunda rodada - Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

9. Imagem institucional: aderência a programas de acreditação hospitalar, fortalecendo a imagem interna e externa do hospital. *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4		
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

10. Capacitação dos profissionais: instrumentalizando-os para desempenhar as atividades laborais com foco na gestão de riscos. *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4		
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

11. Gostaria de deixar comentários/sugestões sobre os princípios acima?

**Estratégias
e definição
de
objetivos**

"O apetite a risco é estabelecido e alinhado com a estratégias; os objetivos de negócio colocam a estratégia em prática e, ao mesmo tempo, servem como base para identificar e responder aos riscos" (MILES et al., 2017, p.6). Sobre os princípios a seguir, qual a sua importância como estratégia para uma gestão proativa de riscos assistenciais?

27/07/2021

Segunda rodada - Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

12. Descentralização das ações: as ações de gestão de riscos devem estar presente em todos os setores do hospital, tornando os profissionais corresponsáveis na identificação, prevenção e mitigação de riscos. *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

13. Empoderamento do paciente, da família e de cuidadores: deixando-os cientes do plano terapêutico e realizando educação em saúde a fim de instrumentalizá-los para que estes sejam mais uma barreira na prevenção de incidentes. *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

14. Definição de indicadores: utilizando-os como parâmetro no estabelecimento de estratégias e objetivos. *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

15. Plano de Segurança do Paciente: com definição de objetivos, estratégias e ações para a gestão de riscos, elaborado com a participação de representantes da equipe multiprofissional. *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

27/07/2021

Segunda rodada - Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

16. Gostaria de deixar comentários/sugestões sobre os princípios acima?

Performance

Identificação, avaliação e priorização (considerando a gravidade) dos riscos que podem impactar nos objetivos de negócios. A organização compila os riscos assumidos e delibera respostas aos mesmos (MILES et al., 2017). Sobre os princípios a seguir, qual a sua importância como estratégia para uma gestão proativa de riscos assistenciais?

17. Visão de riscos, erros e realidades futuras: por meio da utilização de ferramentas para identificar riscos, eventos adversos e melhorar processos. Sugere-se utilizar as ferramentas (descritas a seguir) que melhor se adaptem à realidade do hospital. *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

27/07/2021

Segunda rodada - Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

18. Das ferramentas listadas a seguir, qual sua importância para a gestão de riscos assistenciais? Obs. abaixo da questão, você encontra uma figura contendo descrições das ferramentas . *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sem importância	Pequena importância	Razoável importância	Importante	Muito importante
Management of Risk (M_o_R)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudo de perigos e operabilidade (HAZOP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ciclos PDCA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagrama Ishikawa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Safety Huddle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trigger tool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matriz de riscos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bow Tie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Protocolo de Londres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
What if	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brainstormings	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Safety Huddles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huddles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A seguir, você encontra uma breve descrição de cada ferramenta.

Protocolo de Londres - "investigação sistematizada para organizar as etapas, melhorar a qualidade da coleta de dados e auxiliar na reflexão de todas as dimensões dos fatores contribuintes. As análises devem ter uma compreensão muito ampla da causa do incidente, com menos foco no indivíduo que comete o erro, e mais em fatores organizacionais preexistentes que fornecem as condições a até induzem a ocorrência de erros" (BRASIL, 2017, p.44).	Safety Huddle - "visa à identificação de possíveis erros de forma precoce, debatê-los com a equipe e investir em ações de melhoria" (IBSP, 2020, p. 5N).
Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) - tem o objetivo de identificar as situações de risco e as consequências que podem ocasionar, com foco nos processos institucionais (BRASIL, 2017; GAMA; HERNÁNDEZ, 2017).	Trigger tool - revisão retrospectiva de processos clínicos, que possibilita a identificação de palavras-sentinelas (triggers), contribuindo para a identificação de possíveis eventos adversos (RESAR; ROZICH; CLASSEN, 2003).
Estudo de perigos e operabilidade (HAZOP) - auxilia na identificação de riscos, por meio de tópicos de análise: causa; consequência; providências e detecção (LOGUQUE, 2016).	Matriz de riscos - "permite de forma visual identificar quais são os riscos que devem receber priorizados, mediante o cálculo da probabilidade e impacto" (ARAÚJO, 2021, p. 5N).
Ciclo PDCA - Objetiva o controle e melhoria contínua de processos e produtos, através de quatro fases: Plan (Planejar), Do (Executar), Check (Verificar), Act (Agir) (VOITTO, 2021, p. 5N).	Bow Tie - possibilita descrever e analisar os riscos, levantar ameaças, com enfoque no acompanhamento e monitoramento das barreiras de segurança sugeridas (BRASIL, 2017).
Diagrama Ishikawa - também conhecido como diagrama de Causa-Efeito ou Espinha de Peixe. Auxilia o levantamento de causas dos incidentes ao analisar fatores envolvidos, contribuindo para tomada de decisões (BRASIL, 2017).	Safety Huddles - "permite rastrear as informações importantes acerca da gestão de incidentes, como por exemplo, as notificações geradas pelas equipes, com objetivo de identificar precocemente a quase falha, promover discussões com as equipes e alinhar as ações de melhorias para os incidentes/eventos adversos" (EPIMED, 2021, p. 5N).
Management of Risk (M_o_R) - Agrupa "princípios, uma abordagem, um conjunto de processos inter-relacionados e indicadores para fontes mais detalhadas de aconselhamento sobre técnicas e especialidades de gerenciamento de risco" (AXELOS, 2021, p. 5N).	Brainstormings - tempestade de ideias - dinâmica utilizada para estimular a criatividade de um grupo com o intuito de discutir sobre determinado tema e, assim, alcançar um objetivo (BRASIL, 2017).
Depose - constituído por seis fatores (desenho, equipamento, procedimento, operadores, suprimentos, ambiente) que permite a identificação de falhas e as causas que contribuíram para a sua ocorrência (BRASIL, 2017).	Huddles - reuniões de curta duração, com o objetivo de melhorar a comunicação, colaboração e/ou a coordenação da equipe (PIMENTEL et al., 2021).
What if - utilizada em reuniões de equipe (fazendo a pergunta: e se?) para nortear a identificação de potenciais riscos na situação em análise (QUALYTEAM, 2020).	

19. Priorização de riscos: considerando os de maior gravidade, frequência e dano ao paciente, profissional e instituição. *

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Sem importância Muito importante

20. Plano de ação: com definição de ações frente aos riscos priorizados. Sugere-se o uso do 5W2H, que consiste em um conjunto de perguntas: 5W (what - why - who - where - when) e 2H (how - how much). *

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Sem importância Muito importante

27/07/2021

Segunda rodada - Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

21. Gostaria de deixar comentários/sugestões sobre os princípios acima?

**Análise
e
revisão**

Análise do desempenho da organização, considerando o êxito que os componentes da gestão de riscos corporativos tiveram e, no caso de adequações substanciais, quais aprimoramentos são necessários (MILES et al., 2017). Sobre os princípios a seguir, qual a sua importância como estratégia para uma gestão proativa de riscos assistenciais?

22. Notificação voluntária: estímulo da notificação voluntária de eventos adversos, queixas técnicas, incidentes e near miss. *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4		
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

23. Aprendizado por meio das notificações: utilização dos dados gerados pelas notificações como forma de aprendizado organizacional. *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4		
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

27/07/2021

Segunda rodada - Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

24. Revisão de procedimentos: procedimentos que resultaram em incidentes são revistos, no intuito de verificar a necessidade de mudanças e estabelecimento de barreiras de prevenção. *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

25. Gostaria de deixar comentários/sugestões sobre os princípios acima?

**Informação,
comunicação,
divulgação**

Obtém e compartilha informações, de fontes interna e externa da organização, de forma contínua (MILES et al., 2017). Sobre os princípios a seguir, qual a sua importância como estratégia para uma gestão proativa de riscos assistenciais?

26. Ferramentas informatizadas: adoção de ferramentas informatizadas contribuem para diminuição de erros e orientam o profissional para uma prática segura. Como exemplo, a utilização de sistemas eletrônicos de prescrição e de notificação. *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

27/07/2021

Segunda rodada - Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

27. Divulgação dos dados gerados das notificações: promovendo a transparência das informações acerca dos riscos organizacionais. *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

28. Feedback ao notificador: retorno das ações decorrentes da notificação, reforçando a importância da sua participação na gestão de riscos. *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

29. Comunicação aos órgãos competentes: as informações geradas a partir das notificados são repassados aos órgãos competentes, a fim de promover a gestão de riscos nos serviços de saúde. *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

30. Gostaria de deixar comentários/sugestões sobre os princípios acima?

27/07/2021

Segunda rodada - Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

Concepções e práticas da gestão de riscos assistenciais em hospitais

A seguir, estão descritos concepções e práticas da gestão de riscos assistenciais em hospitais. Solicitamos sua opinião sobre a importância de cada tópico.

31. A gestão de riscos assistenciais em hospitais é? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sem importância	Pequena importância	Razoável importância	Importante	Muito importante
Processo envolvendo diferentes etapas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medidas de controle e prevenção de riscos e danos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mapeamento e monitoramento dos riscos organizacionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redução de danos, eventos adversos, riscos e custos organizacionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ações para identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos, danos, incidentes e eventos adversos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Análise de processos/rotinas de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27/07/2021

Segunda rodada - Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

32. Gostaria de deixar comentários/sugestões sobre a questão acima?

33. Os hospitais realizam a gestão de riscos assistenciais por meio de: *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sem importância	Pequena importância	Razoável importância	Importante	Muito importante
Notificações de incidentes e eventos adversos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprimento de normativas e políticas nacionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definição de profissionais/equipes específicas para a gestão de riscos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ações reativas após a ocorrência de incidentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desenvolvimento de uma cultura de segurança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implantação de setor específico de gerência de risco e segurança hospitalar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27/07/2021

Segunda rodada - Pesquisa gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar

34. Gostaria de deixar comentários/sugestões sobre a questão acima?

Obrigada por dedicar seu tempo para participar da segunda rodada da pesquisa.

Em breve, entraremos em contato com novas orientações.

35. Gostaria de deixar comentários/sugestões?

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

APÊNDICE D – CARTA DE APRESENTAÇÃO SEGUNDA RODADA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

Prezado (a) especialista

Gostaríamos de agradecer a sua participação na primeira rodada da pesquisa, que tem como objetivo elaborar um guia de estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar.

Ressaltamos que foi estruturado um painel de 75 especialistas, de diferentes estados, englobando todas as regiões do País, e sua colaboração foi essencial para a elaboração do segundo instrumento de coleta de dados.

Os dados coletados na primeira rodada foram analisados seguindo a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), que resultou em princípios, dispostos dentro dos cinco componentes do *Enterprise Risk Management — Integrated Framework* do *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO)*.

Neste momento, vamos iniciar a segunda rodada de coleta de dados, onde o objetivo será determinar o grau de importância dos princípios elencados como estratégia para a gestão proativa de riscos assistenciais. Abaixo dos princípios listados em cada componente, você poderá incluir comentários, sugestões, se assim julgar necessário.

O tempo necessário para o preenchimento do formulário é de aproximadamente 15 minutos. Contamos muito com a sua participação e com o seu retorno até 25/03 para que possamos dar andamento na pesquisa.

Ficamos à disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente

Márcia Danieli Schmitt – Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Dr. José Luís Guedes dos Santos – Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

ANEXO

ANEXO A - ARTIGO 1: ANÁLISE DE TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE GESTÃO DE RISCOS NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL

REME • Rev. Min. Enferm. 2020;34:e-1352
DOI: 10.5935/1415-2762.20200089

PESQUISA

ANÁLISE DE TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE GESTÃO DE RISCOS NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL

ANALYSIS OF THESES AND DISSERTATIONS ON RISK MANAGEMENT IN THE HEALTH AREA IN BRAZIL

ANÁLISIS DE TESIS Y DISERTACIONES SOBRE LA GESTIÓN DE RIESGOS EN EL ÁREA DE SALUD EN BRASIL

- Márcia Danielli Schmitt¹
- Diviane Ghignatti da Costa²
- Aline Massaroli³
- Eliane Lorenzini³
- Gabriela Marcolino de Melo Lantoni⁴
- José Luis Mendes dos Santos⁵

¹ Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, SC - Brasil.

² Universidade Federal da Fronteira Sul - UFES, Departamento de Enfermagem, Chaparral, SC - Brasil.

Autor Correspondente: Márcia Danielli Schmitt
E-mail: marciaschmitt@ufsc.br

Contribuições dos autores:

Conceito de Direção: Márcia D. Schmitt, José L. G. Santos;
Constituição: Márcia D. Schmitt, José L. G. Santos;
Gestão de Recursos: Márcia D. Schmitt, José L. G. Santos;
Gestão de Projeto: Márcia D. Schmitt, José L. G. Santos;
Investigação: Márcia D. Schmitt, José L. G. Santos;
Metodologia: Márcia D. Schmitt, José L. G. Santos;
Redação - Preparação do Original: Márcia D. Schmitt;
Redação - Revisão e Edição: Márcia D. Schmitt, Diviane C. Costa, Aline Massaroli, Eliane Lorenzini, Gabriela M. Lantoni, José L. G. Santos;
Software: Márcia D. Schmitt, José L. G. Santos;
Supervisão: José L. G. Santos;
Validação: Diviane C. Costa, Aline Massaroli, Eliane Lorenzini, Gabriela M. Lantoni, José L. G. Santos;
Visualização: Márcia D. Schmitt, Diviane C. Costa, Aline Massaroli, Eliane Lorenzini, Gabriela M. Lantoni, José L. G. Santos.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 31/08/2020

Aprovado em: 14/11/2020

Editores Responsáveis:

- Kênia Lara Silva
- Tânia Couto Machado Chancia

RESUMO

Objetivo: analisar a tendência de investigação de teses e dissertações sobre gestão de riscos produzidas em programas de pós-graduação da área da saúde no Brasil. **Método:** estudo descritivo e documental realizado em abril de 2020 no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, com os termos "Gestão de risco" OR "Gestão de Riscos" OR "Gerenciamento de Riscos", sem recorte temporal. Os 21 trabalhos selecionados foram analisados com o auxílio do programa Microsoft Excel® e software IRAMUTEQ®. **Resultados:** houve predominância de dissertações (95,2%) e (57,1%) de abordagem metodológica qualitativa. Foram identificadas três classes semânticas, com destaque para a classe 1 (36,2%), que aborda a gestão de riscos como essencial para a qualidade da assistência e segurança do paciente. A classe 2 (29,3%) apresentou os profissionais como agentes da gestão de riscos e a classe 3 (34,4%) indica a notificação de incidentes como ferramenta para a gestão de riscos. **Conclusão:** a tendência de investigações está na notificação de incidentes, na segurança do paciente, na qualidade do atendimento dos serviços de saúde e na percepção dos profissionais sobre a temática.

Palavras-chave: Gestão de Riscos; Serviço de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Segurança do Paciente; Bibliometria.

ABSTRACT

Objective: to analyze the trend of investigating theses and dissertations on risk management produced in graduate programs in the health area in Brazil. **Method:** descriptive and documentary study carried out in April 2020 in the Catalog of Theses and Dissertations of the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, with the terms "Risk Administration" OR "Risk Management" without temporal clipping. The 21 selected works were analyzed with the Microsoft Excel® program and IRAMUTEQ® software. **Results:** there was a predominance of dissertations (95.2%) and (57.1%) of qualitative methodological approach. Three semantic classes were identified, with emphasis on class 1 (36.2%), which addresses risk management as essential for the quality of care and patient safety. Class 2 (29.3%) presented professionals as risk management agents and class 3 (34.4%) indicates the notification of incidents as a tool for risk management. **Conclusion:** the trend of investigations is the notification of incidents, patient safety, the quality of care provided by health services, and the perception of professionals on the topic.

Keywords: Risk Management; Health Services; Quality of Health Care; Patient Safety; Bibliometrics.

Como citar este artigo:

Schmitt, M.D., Costa, D.C., Massaroli, A., Lorenzini, E., Lantoni, G.M., Santos, J.L.G. Análise de teses e dissertações sobre gestão de riscos na área da saúde no Brasil. REME - Rev. Min. Enferm. 2020;(34):e-1352. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200089>

RESUMEN

Objetivo: analizar la tendencia de investigación de tesis y disertaciones sobre gestión de riesgos producidas en programas de posgrado en el área de salud en Brasil. **Método:** estudio descriptivo y documental llevado a cabo en abril de 2020 en el Catálogo de Tesis y Disertaciones de la Coordinación para el Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior, con los términos "Gerencia de Riesgos" ó "Gestión de Riesgos" ó "Gerenciamento de Riesgos", sin recorte temporal. Los 21 trabajos seleccionados fueron analizados con la ayuda del programa Microsoft Excel® y el software RAMUTEQ®. **Resultados:** hubo un predominio de disertaciones (95,29%) y (52,19%) con enfoque metodológico cualitativo. Se identificaron tres clases semánticas, con énfasis en la clase 1 (36,29%), que enfoca la gestión de riesgos como fundamental para la calidad de la atención y la seguridad del paciente. La clase 2 (29,38%) presentó a los profesionales como agentes de gestión de riesgos y la clase 3 (34,48%) indica la notificación de incidentes como herramienta para la gestión de riesgos. **Conclusiones:** la tendencia de las investigaciones es la notificación de incidentes, la seguridad del paciente, la calidad de la atención brindada por los servicios de salud y la percepción de los profesionales sobre el tema. **Palabras clave:** Gestión de Riesgos; Servicios de Salud; Calidad de la Atención de Salud; Seguridad del Paciente; Bibliometría.

INTRODUÇÃO

O conceito de gestão de riscos surgiu nos anos de 1950, nos Estados Unidos, devido à crescente complexidade dos riscos aos quais empresas estavam expostas.¹ Desde então, esse tema vem se evidenciando na área de saúde nacional e internacional, por meio de creditações e campanhas em nível mundial realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).²

Na área da saúde, gerenciar os riscos envolve um complexo conjunto de estruturas administrativas e clínicas, procedimentos, processos e sistemas³, que vem sendo inserida nas organizações para auxiliar na tomada de decisão e como um mecanismo para análise, investigação, normatização e prevenção. O objetivo é melhorar a segurança dos serviços prestados, tanto para o paciente como para o profissional da área da saúde.⁴ Essa temática passou a ser discutida e os serviços de gestão de riscos implantados no Brasil, sobretudo a partir da exigência de criação do Núcleo de Segurança do Paciente nas instituições de saúde.^{5,6}

A gestão de riscos engloba processos-chave voltados para a identificação, avaliação, análise, tratamento e comunicação de riscos,^{7,8} e é considerada imprescindível para melhorar a qualidade da assistência.⁹ Durante a prestação de serviços de saúde, as possibilidades de ocorrência de erros, danos ou até mesmo perda pessoal, moral, de recursos materiais e os impactos quanti-qualitativamente para as instituições são inúmeras e variadas.¹⁰ Pesquisas recentes no cenário brasileiro mostram que a ocorrência de incidentes de segurança preveníveis persiste nos serviços de saúde.^{11,12}

Portanto, a gestão de risco debruça-se na lacuna entre o conhecimento disponível sobre os incidentes de segurança considerados passíveis de prevenção e a atuação para mitigá-los. Também fornece uma estrutura teórica que visa à identificação, análise, avaliação e comunicação de riscos e eventos adversos¹³ nos serviços de saúde. Assim, justifica-se a importância desta pesquisa para explorar como a temática gestão de riscos tem sido abordada nas teses e dissertações no país, a fim de aprofundar o conhecimento sobre o tema, indicar lacunas para futuras investigações e subsidiar estratégias para implementação nos serviços de saúde. A questão norteadora do presente estudo foi como se caracterizam os estudos sobre gestão de riscos na área da saúde nas teses e dissertações produzidas pelos programas de pós-graduação no Brasil?

Assim, este estudo teve por objetivo analisar a tendência de investigação de teses e dissertações sobre gestão de riscos produzidas em programas de pós-graduação da área da saúde no Brasil.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo e documental, por meio de um levantamento bibliométrico para caracterização da produção científica dos programas de pós-graduação no Brasil sobre gestão de riscos. A análise bibliométrica baseia-se na leitura, na seleção, no fichamento e no arquivo de pontos relevantes para um estudo, identificando as contribuições científicas realizadas sobre determinado tema. Assim, busca demonstrar como determinada área do conhecimento tem desenvolvido e conduzido a sua produção científica.¹⁴

Para fundamentação metodológica deste estudo, adotaram-se as Leis de Lotka e Zipf. A Lei de Lotka pressupõe que uma pequena fração de autores é responsável por elaborar grande quantidade da literatura científica, pretendendo, desse modo, determinar a produtividade destes. A Lei de Zipf estabelece que as palavras mais utilizadas em um estudo demonstram o assunto central da obra, pois o valor que uma palavra tem na redação científica é compreendida pela regularidade com que ela aparece.¹⁵

Um protocolo de pesquisa foi utilizado para direcionar a coleta de dados, interpretação e apresentação dos resultados. Os dados foram coletados em abril de 2020, no site do Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), disponível em <http://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#/>, que é vinculado ao Ministério da Educação. Não houve delimitação de tempo para seleção das teses e dissertações. As estratégias de buscas foram realizadas com base nos termos "Gerência de risco" OR "Gestão de Riscos" OR "Gerenciamento de Riscos".

Foram incluídas teses e dissertações disponíveis na íntegra no Banco de Teses da CAPES que tinham como objeto de estudo e/ou foco do estudo a gestão de riscos na área da saúde e estudos em que a coleta de dados foi realizada na gerência de risco dos

serviços de saúde. Foram excluídas teses e dissertações que não contemplavam o escopo deste estudo.

A estratégia aplicada resultou em 1.471 trabalhos. Após refinamento pela grande área de conhecimento - ciências da saúde -, resultou em 123 trabalhos. Desse, 102 foram excluídos após a leitura do título e resumo. Restaram 21 pesquisas para leitura completa, que foram incluídas para extração de dados e análise. Foi realizada dupla checagem da tese e dissertações incluídas no estudo.

Os trabalhos selecionados foram organizados com o auxílio de uma planilha no programa Microsoft Excel® contendo os seguintes tópicos: ano de defesa; estado; instituição de ensino superior; programa de pós-graduação; abordagem metodológica; tipo de estudo; e contexto do estudo. Para a análise ancorada na Lei de Zipf, utilizou-se como ferramenta de apoio o software interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ®).

O material textual analisado foi processado com o auxílio do IRAMUTEQ®. Foi preparado o corpus, que corresponde ao agrupamento de todos os textos, ou seja, unidades de análise, incluídos no estudo.¹¹ Nesta pesquisa, os textos utilizados foram os resultados e conclusões dos trabalhos selecionados. O corpus foi revisado para evitar possíveis erros de ortografia e digitação e organizados com o auxílio do programa Open Office®. Além disso, com o objetivo de identificar como ocorrência única, os termos compostos demais de uma palavra foram reescritos e separados com traços subscritos, a exemplo de: gestão de riscos; gerenciamento de riscos; segurança do paciente; eventos adversos; queixas técnicas e Rede Sentinela.

Entre os tipos de análise possibilitados pelo software, foi utilizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), em

que 100% dos segmentos de texto (STs) foram aproveitados para análise. Vale destacar que os STs correspondem a fragmentos de textos de três linhas aproximadamente, que são delimitados por similaridade semântica pelo próprio software.¹² Para a análise das classes, incluíram-se adjetivos, substantivos, verbos e formas não reconhecidas, ou seja, siglas e termos específicos da área de estudo não reconhecidos pelo dicionário do IRAMUTEQ®. Todas as ocorrências consideradas na análise por CHD apresentaram valores estatisticamente significantes ($p < 0,05$). Posteriormente, realizaram-se a análise e interpretação dos dados, síntese e discussão dos resultados.

RESULTADOS

Dos 21 trabalhos selecionados, 20 (95,2%) eram dissertações e uma (4,8%) tese. Em relação aos orientadores, um pesquisador destacou-se com dois trabalhos (9,5%), os demais foram responsáveis pela orientação de um.

O ano de 2016 concentrou o maior número de defesas (N=6; 28,6%), seguido de 2012 e 2017, com três defesas em cada ano (N=3; 14,3%); os anos de 2013 e 2015 tiveram duas defesas cada ano (N=2; 9,5%) e os anos de 2008, 2009, 2011, 2014 e 2018 tiveram uma defesa cada ano (N=1; 4,8%).

Rio de Janeiro e São Paulo foram os estados com maior número de instituições de ensino superior que desenvolveram pesquisas que abordavam a temática, conforme Tabela 1.

Quanto ao nível do curso, 11 (52,4%) eram mestrado acadêmico, nove (42,9%) mestrado profissional e um (4,8%) doutorado. A área de Enfermagem desenvolveu o maior número de trabalhos (N=11; 52,4%), seguido de programas de pós-graduação em gestão,

Tabela 1 - Estado e instituição de ensino superior responsáveis pela produção das teses e dissertações brasileiras da área da saúde com a temática gestão de riscos (N=21)

Estado	N	%	Instituição de Ensino Superior	N	%
Rio de Janeiro	7	33,3%	Fundação Oswaldo Cruz	5	23,8%
			Universidade Federal Fluminense	2	9,5%
São Paulo	4	19%	Universidade de São Paulo	2	9,5%
			Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho	1	4,8%
			Centro Universitário São Camilo	1	4,8%
Minas Gerais	2	9,5%	Universidade Federal de Juiz de Fora	2	9,5%
Goiás	2	9,5%	Universidade Estadual de Goiás	1	4,8%
			Universidade Federal de Goiás	1	4,8%
Ceará	1	4,8%	Universidade Estadual do Ceará	1	4,8%
Espírito Santo	1	4,8%	Universidade Federal do Espírito Santo	1	4,8%
Paraná	1	4,8%	Universidade Federal do Paraná	1	4,8%
Recife	1	4,8%	Fundação Oswaldo Cruz	1	4,8%
Rio Grande do Norte	1	4,8%	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	1	4,8%
Santa Catarina	1	4,8%	Universidade Federal de Santa Catarina	1	4,8%

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Análise de teses e dissertações sobre gestão de riscos na área da saúde no Brasil

pesquisa e desenvolvimento na indústria farmacêutica, (N=4; 19%). Já o programa de pós-graduação em saúde pública desenvolveu três trabalhos (N=3; 14,3%). Os programas de pós-graduação em gestão de qualidade em serviços de saúde; cuidados clínicos em Enfermagem e saúde; gestão de políticas, ciência, tecnologia e inovação em saúde desenvolveram um trabalho cada (N=1; 4,8%).

A maioria dos estudos utilizou a abordagem metodológica qualitativa e o método de pesquisa mais utilizado foi o estudo descritivo, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Abordagem metodológica e tipo de estudo utilizados nas teses e dissertações brasileiras da área da saúde com a temática gestão de riscos (N=21)

Abordagem Metodológica*	N	%
Qualitativa	12	57,1%
Qualitativa-quantitativa ou mista	5	23,8%
Quantitativa	3	14,3%
Pesquisa aplicada e de produção tecnológica	1	4,8%
Tipo de estudo*	N	%
Estudo descritivo	9	42,8%
Estudo de caso	5	23,8%
Pesquisa ação	1	4,8%
Estudo exploratório	1	4,8%
Desenho de protótipo	1	4,8%
Pesquisa de avaliação	1	4,8%
Pesquisa participante	1	4,8%
Estudo de revisão de literatura	1	4,8%
Análise retrospectiva	1	4,8%

*Foram mantidas as terminologias utilizadas pelos autores das pesquisas fonte dados da pesquisa, 2020.

Destacou-se como contexto de realização dos estudos o ambiente hospitalar (N=15; 71,4%), envolvendo diferentes hospitais. Um (4,8%) estudo foi realizado em um Instituto de

Imunobiológicosoutro no Instituto de Tecnologias em Fármacos (4,8%);outro (4,8%) desenvolveu um desenho protótipoutro foi desenvolvido voltado para uma empresa do setor produtivo farmacêutico (4,8%); e, por fim, outros dois foram realizados em laboratórios - no Laboratório do Instituto Nacional de Infectologia (4,8%) e no Laboratório de Febre Amarela (LAFAM) do Departamento de Vacinas Virais (DEVIR) (4,8%).

Na análise dos resultados e conclusões, a partir dos resumos dos trabalhos selecionados, identificaram-se três classes semânticas, conforme Classificação Hierárquica Descendente gerada no software IRAMUTEQ², apresentadas na Figura 1.

A classe 1, denominada **Gestão de riscos para a segurança do paciente e qualidade da assistência**, obteve a maior frequência de STs, com 36,2%. O termo qualidade foi o mais significativo nessa classe, seguido de serviço, saúde, segurança do paciente, processo, gestão e gerenciamento de riscos. Os estudos abordam a gestão de riscos como essencial para a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde e para promover a segurança do paciente. A gestão de riscos é descrita como um processo dinâmico e sistemático para avaliar, controlar, comunicar e rever os riscos, que precisa estar integrado a todas as atividades da organização a fim de fortalecer as estratégias de gestão, auxiliar na tomada de decisão e diminuir a probabilidade de ocorrer eventos adversos para o paciente. Por meio da notificação, as instituições conhecem suas fragilidades e, assim, melhoram seus processos, previnem a ocorrência de incidentes e minimizam riscos na assistência prestada.

A classe 2, **Profissionais como agentes da gestão de riscos**, teve como principais palavras gente, aconteceu, ficar e achar retendo 29,32% dos STs, e apresentou forte ligação com a classe 1. Nessa classe, os STs reiteram as percepções dos profissionais sobre a notificação de incidentes, os erros e riscos encontrados na assistência prestada pelos serviços de saúde e sua relação com a qualidade e segurança do paciente. Observou-se nos relatos que alguns profissionais desconhecem como proceder para realizar a notificação. Os estudos destacaram a importância de envolver as pessoas na gestão de riscos e na notificação de incidentes, como



Figura 1 - Classificação Hierárquica Descendente com base no software IRAMUTEQ² sobre a temática gestão de riscos em teses e dissertações brasileiras da área da saúde. Fonte: dados da pesquisa, 2020.

também a necessidade de desenvolver estratégias educativas de sensibilização e capacitação. Os profissionais referiram que a subnotificação ocorre por diferentes motivos, entre eles a falta de tempo, número reduzido de recursos humanos, sobrecarga de trabalho, não ver a notificação como oportunidade de melhorar os processos de trabalho, falta de cultura organizacional para notificar, receio de denegrir a imagem institucional e do profissional, sentimento de impotência frente ao erro e medo de punição. Também ressaltaram a importância de receber *feedback* sobre as providências e ações geradas a partir da notificação.

A classe 3, **Notificação de incidentes como ferramenta para gestão de riscos**, destacou-se como a segunda classe com maior número de STs, correspondendo a 34,4%. E apresentou forte ligação com a classe 1 e a classe 2. Nessa classe, a palavra de maior destaque foi medicamento, seguido de manuscrito, informatizado, sistema, tabela e incidente. As pesquisas tiveram como objeto de estudo a notificação de incidentes, realizada por meio de um sistema informatizado ou manual, com destaque para a área de farmacovigilância, sendo recorrentes a abordagem da gestão de riscos na prescrição (eletrônica ou manual), dispensação, erros no preparo e administração de medicamentos. A notificação de incidentes é uma ferramenta viável e necessária para a gestão de riscos nos serviços de saúde, pois possibilita identificar e comunicar incidentes e erros a que os pacientes estão expostos e as queixas técnicas de artigos médico-hospitalares que podem ocasionar agravos à saúde do paciente ao receberem atendimento nos serviços de saúde. Ademais, após a notificação ser enviada para a gerência de riscos da instituição, as informações são encaminhadas para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio do Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTVISA).

DISCUSSÃO

O ano de 2016 concentrou o maior número de pesquisas sobre a temática (28,6%), seguido de 2014 e 2015, com 14,3% cada ano. Isso pode ser reflexo da tradução da Iso 31000:2009 para a língua portuguesa, difundindo os princípios e diretrizes da gestão de riscos no país.⁷ Como também da descrição do termo gestão de riscos no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)⁵ e na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36.⁶ Ressalta-se que, em 2002, houve a estruturação da gerência de risco em hospitais credenciados à Rede Sentinela, pela ANVISA,⁷¹ que desencadeou diversos estudos sobre a temática em nível nacional.¹⁴⁻¹⁶

Os estados de Rio de Janeiro e São Paulo foram os responsáveis pelo maior percentual (33,3% e 19%, respectivamente) de instituições de ensino superior que desenvolveram pesquisas sobre o tema. Tal resultado reforça o destaque da região Sudeste na produção do conhecimento científico, a qual reúne o maior quantitativo de programas de pós-graduação do país.⁸

Observou-se, também, que a Enfermagem tem se sobressaído no desenvolvimento de pesquisas sobre a temática, pois os programas de pós-graduação dessa área foram os responsáveis pelo maior número de investigações sobre gestão de riscos. A Enfermagem tem contribuído com a ciência, produzindo trabalhos em diferentes âmbitos do conhecimento na área da saúde. Observa-se que nos últimos anos houve significativo aumento de novos saberes e inovações tecnológicas voltadas para o cuidado, o que também pode ser resultado do aumento do número de mestros e doutorados na área.³⁰

No presente estudo foi possível observar uma relação entre todas as classes semânticas, uma vez que uma classe está incluída na outra, mantendo relações próximas e interligadas, de interdependência e subordinação ao mesmo tempo. Isso demonstra que a gestão de riscos está inserida de diversas formas no contexto da atenção à saúde e pode abranger todos os serviços de saúde com diversos procedimentos, saberes e ações.

A classe 1 destacou-se com a maior retenção de STs (36,2%) e evidenciou que o enfoque da gestão de riscos é promover a segurança do paciente e qualidade do atendimento prestado pelos serviços de saúde. Considerando que as instituições de saúde têm ocasionado riscos e danos para a integridade e segurança dos pacientes,⁷² é importante enfatizar que no Brasil os órgãos governamentais têm dado alta prioridade e têm se preocupado com a qualidade das práticas, processos e tecnologias utilizadas pelos serviços de saúde. Observa-se que, nos últimos anos, têm sido instituídas, gradativa e ordenadamente, ações com foco na segurança do paciente.³⁵ Nesse sentido, a gestão de riscos atua de forma proativa a partir da institucionalização de programas, políticas e práticas para reduzir a gravidade e periodicidade em que os incidentes ocorrem na organização. Portanto, a gestão de risco não pode ser somente um trabalho normativo.⁷⁷

Na classe 2, houve tendência à realização de pesquisas que buscam evidências empíricas, por meio do conhecimento tácito dos profissionais, utilizando-se de abordagens metodológicas qualitativas (57,1% dos estudos analisados na presente pesquisa). As pesquisas qualitativas exploram a subjetividade, as perspectivas e os significados atribuídos pelos participantes do estudo sobre determinado tema, no contexto em que estão inseridos.⁷³

Desse modo, a classe 2 evidencia, também, a importância do envolvimento dos profissionais na gestão de riscos e notificação de incidentes. Entre as estratégias que podem ser utilizadas para incentivar a notificação voluntária de incidentes está a implantação de políticas voltadas para o gerenciamento de riscos em nível organizacional, descrevendo detalhadamente as responsabilidades, posições e atribuições dos envolvidos; realizar ações educativas sobre a temática e fluxos internos; e fornecer *feedback* aos profissionais sobre os relatórios gerados a partir dos incidentes relatados.⁷⁴ Tais medidas podem contribuir para evitar a subnotificação de incidentes nos serviços de saúde.

A classe 3 teve forte ligação com a classe 1 e a classe 2 e apresenta a notificação de incidentes como uma ferramenta utilizada para realizar a gestão de riscos. Essa relação demonstra que a gestão de riscos nos serviços de saúde tem focado suas ações nas notificações de incidentes realizadas pelos profissionais e que há tendência de pesquisas tendo a notificação como objeto de estudo. Outrossim, na literatura nacional, muitos estudos têm sido realizados analisando as notificações em três grandes áreas: tecnovigilância, hemovigilância e farmacovigilância.¹⁴

O incentivo à notificação, análise e discussão das causas que a geraram são medidas de suma importância e refletem na transformação positiva dos serviços.²¹ Entretanto, a notificação é um método reativo de conhecer os incidentes que ocorrem nos serviços de saúde, onde se espera que os profissionais registrem o ocorrido por meio da notificação. Isso pode resultar em um quantitativo inferior dos números reais de incidentes, pois depende da notificação voluntária e da cultura de segurança presente ou não na instituição.¹⁴

Ainda, na classe 3, os estudos abordaram a comunicação entre a instituição de saúde e a ANVISA, por meio do repasse das informações contidas nas notificações, via NOTIVISA. Podem-se citar aqui as ações realizadas pelos hospitais credenciados à Rede Sentinela, como já elucidado anteriormente. Assim, destaca-se o importante papel da ANVISA nas ações de vigilância realizada com os produtos utilizados na assistência à saúde, desde sua produção, análise, registro, locais de uso e venda e no acompanhamento pós-comercialização, concretizado por meio das parcerias estabelecidas com os profissionais de serviços de saúde, para identificar e comunicar para o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPOS) incorrências com os produtos.²¹

Neste estudo, detectou-se tendência de pesquisas na área de farmacovigilância, conforme apresentado na classe 3, com ênfase na prescrição, dispensação, erros no preparo e administração de medicamentos. Estudo demonstra que é incipiente a adoção de barreiras para a prevenção de incidentes envolvendo fármacos, sendo necessário estruturar procedimentos para gerenciar riscos e incentivar a cultura de segurança nos hospitais.¹⁴

Observa-se na literatura nacional, nas publicações sobre a temática envolvendo tecnovigilância, a hemovigilância e a farmacovigilância,¹⁴⁻¹⁹ na prática profissional e nas três classes geradas pela CHD do IRAMUTEQ⁶, que a gestão de riscos nos serviços de saúde baseia-se nas notificações realizadas pelos profissionais, principalmente de eventos adversos e queixas técnicas dos produtos utilizados, com ênfase na segurança do paciente e na qualidade do atendimento. Contudo, ressalta-se a necessidade de novos enfoques sobre a temática, com estudos que visam explorar a gestão de riscos sobre a ótica dos gestores, profissionais, pacientes e família.

Pesquisa realizada em cenário internacional, por exemplo, explorou a importância do gerente de risco para a gestão de

riscos nos serviços de saúde. O estudo destacou a importância do gerente de risco nas ações intraorganizacionais (otimizando as práticas de gestão de riscos na organização e com a equipe) e extraorganizacionais (estabelecendo redes com outros profissionais, na busca de soluções de problema e troca de conhecimentos).²²

No presente estudo, também é possível perceber que as pesquisas analisadas não apresentaram abordagem proativa para a gestão de riscos envolvendo diferentes etapas voltadas para identificar, analisar, avaliar, tratar e monitorar de forma crítica os riscos, conforme o que é apresentado pela Iso 31000:2009 da ABNT⁷ e na conceituação sobre gestão de riscos apresentadas pelas normatizações brasileiras.¹⁶

Portanto, a gestão proativa de riscos é uma lacuna a ser explorada nos serviços de saúde e pelos programas de pós-graduação brasileiros, principalmente no ambiente hospitalar, em que há mais complexidade clínico-tecnológica e procedimental nos serviços prestados. Considera-se que os resultados obtidos são significativos e apresentam um panorama de tendências e abordagens sobre o tema, oriundas de teses e dissertações produzidas pelos programas de pós-graduação na área da saúde no Brasil.

CONCLUSÕES

As principais tendências de investigação sobre gestão de risco na área da saúde oriundas de teses e dissertações estão voltadas para a notificação de incidentes, segurança do paciente e qualidade da assistência. Há ênfase na realização de estudos com abordagem metodológica qualitativa, que buscam compreender a percepção dos profissionais sobre a temática.

A gestão de riscos envolve áreas distintas do conhecimento e deve fortalecer a integração das diversas áreas da instituição. Sua implicação para a prática está em identificar, analisar, avaliar, tratar e monitorar, de maneira crítica, os riscos provenientes dos diferentes meios de produção, execução e oferta dos serviços, o que resulta na segurança e qualidade da assistência à saúde.

Como limitação do estudo, pontua-se a inclusão de teses e dissertações somente da área de ciências da saúde. Estudos de outras áreas com enfoque no setor saúde podem não ter sido contemplados. Além disso, o uso de operadores booleanos pode ter restringido os resultados ao grupo de palavras selecionadas para a realização da presente pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Feldman LB. Gestão de risco na Enfermagem. In: Feldman LB (org.) Gestão de risco e segurança hospitalar. 2ª ed. São Paulo: Martinart; 2009. 392p.
2. Buno BN, Neves JTR, Vasconcelos MCRL. A contribuição da gestão do conhecimento para a gestão de riscos no hospital do câncer de Marabá: um estudo de caso. Rev JHEM Rev. 2015 jan; citado em 2020 abr. 20;2(1):48-71[24 telas]. Disponível em: <http://www.jhemreview.org/jhemreview/article/view/107/0>

3. McGowan J, Wojahn A, Nicolini JR. Risk Management Event Evaluation and Responsibilities. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan [citado em 2020 jul. 26]; 18 telas. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559326/article/3464546>
4. Vantú FCS, Lima JFA, Figueiredo KC, Portuguesa FB, Sousa AI, Pires CC. Patient safety with mental disorder: developing management technologies for risk management. *Esc Anna Nery*. 2018 nov [citado em 2020 jul. 19]; 22(4): e20170307. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81462018000400288&lng=pt&lng=pt&DOI=10.1590/2177-9465-EAN-2017-0307
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 (BR). Instituto Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 01 abr 2013 [citado em 2020 maio 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pr0529_01_04_2013.html
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 (BR). Instruções para a segurança do paciente em serviços de saúde e de outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 25 jul. 2013 [citado em 2020 maio 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
7. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Gestão de riscos - Princípios e diretrizes. Rio de Janeiro: ABNT; 2010 [citado em 2020 abr. 29]. Disponível em: <https://gestao.rpfiles.wordpress.com/2013/06/iso31000-gestao-de-riscos.pdf>
8. Gama ZAS, Saturno-Hernandez P, Caldas ACSG, Freitas MR, Mendonça AEO, Medeiros CAS, et al. AGRASS Questionnaire Assessment of Risk Management in Health Care. *Rev Saude Pública*. 2020 fev [citado em 2020 jul. 19]; 54(2):1-15. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/artic/veiw/166398>
9. Cedraz RC, Galach CH, Pérez JF, Gomes HE, Rocha RC, Minini VA. Risk management in the hospital environment: indicators and risk factors associated with falls and pressure injuries in a clinical unit. *Esc Anna Nery*. 2018 mar [citado em 2020 jul. 19]; 22(1): e20170252. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81462018000100220&DOI=10.1590/2177-9465-EAN-2017-0252
10. Duarte SCM, Söpp MAC, Cardoso MAMN, Bischer A. Patient safety: understanding human error in intensive nursing care. *Rev Esc Enferm USP*. 2018 dez [citado em 2020 jul. 19]; 52: e03406. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342018000100487&lng=en&lng=en&DOI=http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017042203406
11. Souza AB, Maestri RN, Röhlig VJ, Lorenzi E, Alves BM, Oliveira D, et al. In-hospital fall in a large hospital in the south of Brazil: A 6-year retrospective study. *Appl Nurs Res*. 2019 aug. 1 [citado em 2020 jun. 27]; 48(7 telas). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189718306827?via=ihub&DOI=https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.05.017>
12. Röhlig V, Matias MFR, Maestri RN, de Souza AB, Alves BM, Wondt G, et al. Near-miss analysis in a large hospital in southern Brazil: A 5-year retrospective study. *Int J Risk Saf Med*. 2020 may [citado em 2020 jul. 15]; 21(1) [Preprint]. [12 telas]. Disponível em: <https://concienciospress.com/arquivos/international-journal-of-risk-and-safety-in-medicine/194050> [DOI: 10.3233/JRS-194050]
13. Quedes VLS. A bibliometria e a gestão da informação e do conhecimento científico e tecnológico: uma revisão da literatura. *Ponto de Acesso*. 2012 [citado em 2020 abr. 08]; 6(2): [35 telas]. Disponível em: <https://portal.ufrb.br/index.php/revista/article/view/5695> [DOI: <https://doi.org/10.9771/1981-6760pav625695>]
14. Peter CC, Santos JLC, Lanzoni GMM, Mello ALS, Costa MFBINA, Andrade SR. Healthcare networks trends of knowledge development in Brazil. *Esc Anna Nery*. 2019 [citado em 2020 mai. 01]; 23(1): e20180214. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81462019000100801&DOI=10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214
15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Experiências da rede sentinelas para a Vigilância Sanitária. Uma referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Anvisa; 2014 [citado em 2020 mai. 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
16. Res MAS, Cabral CS, Zanetti ACB, Bernardes A, Lazz AM, Pereira LRL. Potentially hazardous drugs: identification of risks and error prevention barriers in intensive care. *Texto & Contexto Enferm*. 2018 [citado em 2020 ago. 01]; 27(2): e5710016 [9 telas]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-0702018000000030&DOI=https://doi.org/10.1590/0104-0702018005710016
17. Grand JL, Grell MC, Areco KDN, Barbosa DA. Hemovigilância: a experiência da notificação de reações transfusionais em Hospital Universitário. *Rev Esc Enferm USP*. 2018 jun [citado em 2020 maio 15]; 52:e03331. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342018000100431&DOI=http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017010603331
18. Belincanta M, Rossanes M, Matsuda L, Das A, Haddad MC. Queixas técnicas submetidas ao Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária. *Rev Eletrônica Enferm*. 2018 dez [citado em 2020 abr. 01]; 20(10): 12 telas. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/en/article/view/49337> [DOI: <https://doi.org/10.5216/rev.2049337>]
19. Ciani CBS, Campanario MA, Silva FHM. A evolução do ensino da pós-graduação senso estrito no Brasil: análise exploratória e proposições para pesquisa. *Avaliação*. 2015 mar [citado em 2020 abr. 20]; 20(1): 163-87 [24 telas]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-40722015000100163&DOI=http://dx.doi.org/10.5905/1414-40722015000500011
20. Pimenta CIL, Fernandes WAAB, Faício RMM, Freitas SA, Oliveira JS, Costa JNFM. Analysis of the dissertations and theses of the Graduate Nursing Program of Universidade Federal da Paraíba. *REME Rev Min Enferm*. 2018 [citado em 2020 abr. 07]; 22e-1093 [6 telas]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1231> [DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-276220180023>]
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). 10 datos sobre la seguridad del paciente. Ginebra: OMS; 2019 ago [citado em 2020 jun. 15]. Disponível em: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
22. Labelle V, Rouleau L. The institutional work of hospital risk managers: democratizing and professionalizing risk management. *J Risk Res*. 2017 [citado em 2020 jul. 15]; 20(8): [22 telas]. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13669877.2016.1147488> [DOI: <https://doi.org/10.1080/13669877.2016.1147488>]
23. Apies P, Corte U. What is qualitative in qualitative research. *Qualit Sociol*. 2019 fev [citado em 2020 jul. 15]; 42: 139-60 [21 telas]. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s1133-019-9413-7> [DOI: <https://doi.org/10.1007/s1133-019-9413-7>]
24. Varella FR, Passos AC, Nada TR, Meszariani PC. Incidents reporting barriers and strategies to promote safety culture. *Rev Esc Enferm USP* [citado em 2020 jul. 19]; 52:e03346. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342018000100443&DOI=https://doi.org/10.1590/S1980-220X201702640346
25. Pena MM, Mellois MM. The root cause analysis method for the investigation of adverse events: el método de análisis de causa raíz para investigación de eventos adversos. *Rev Enferm UFPE*. 2017 dez [citado em 2020 maio 07]; 11(12): 297-304 [7 telas]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25002> [DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11n12a25002p297-304-2017>]



ANEXO B – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO PROATIVA DE RISCOS ASSISTENCIAIS NO AMBIENTE HOSPITALAR

Pesquisador: José Luís Guedes dos Santos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 33769220.1.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.288.898

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de doutorado intitulado "Gestão Proativa de Riscos Assistenciais no Ambiente Hospitalar", da doutoranda Márcia Danieli Schmitt, sob a orientação do professor José Luís Guedes dos Santos, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da linha de pesquisa Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Este estudo tem como objetivo elaborar um guia de estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar. Gestão de riscos é um processo que engloba diferentes etapas para identificar riscos que podem acometer a segurança e integridade da saúde humana, dos profissionais, do meio ambiente e da imagem da instituição.

A pesquisa utilizará a técnica Delphi, em que, por meio de questionários aplicados em três ou mais rodadas, irá consultar a opinião de especialistas sobre estratégias proativas para a gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar. O método de pesquisa coleta dados qualitativos e quantitativos. Os dados qualitativos são gerados na primeira rodada da pesquisa, na qual os especialistas irão responder a um questionário com questões discursivas, expressando livremente suas opiniões sobre o assunto. Os dados quantitativos são gerados a partir dos questionários das demais rodadas do estudo, com o objetivo de obter consenso dos especialistas sobre o tema em

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.288.898

questão.

Foram delimitadas duas categorias de especialistas para participação na pesquisa: a) especialistas da prática profissional: gerentes de riscos de hospitais universitários federais, credenciados à Rede Sentinela, com setor de gerência de risco implantado, gerentes de riscos de hospitais com acreditação hospitalar pela Joint Commission International e/ou pela Organização Nacional de Acreditação e profissionais que atuam juntamente com o gerente de risco nas atividades desenvolvidas pelo setor de gerência de riscos. b) especialistas acadêmicos: será incluído autores de artigos científicos, livros, manuais sobre gestão de riscos no contexto hospitalar. Para a composição dos especialistas, será utilizada a técnica bola de neve.

O contato com os especialistas será realizado por meio de correio eletrônico institucional e telefonema, convidando o especialista para participar da pesquisa. O contato dos participantes da prática profissional será pesquisado no site dos hospitais, será entrado em contato por telefone explicando sobre a pesquisa e convidando para participar, após, será solicitado o e-mail do profissional. Já o contato dos participantes acadêmicos será através de contatos disponibilizados no currículo lattes ou nos artigos ou livros publicados.

A coleta de dados será realizada a partir de questionários elaborados no Google forms®, cujo link será enviado por e-mail aos especialistas. A análise de dados da primeira rodada será realizada por meio análise de conteúdo de Bardin. As demais rodadas serão analisadas por meio de estatística descritiva. Por se tratar de uma pesquisa que utiliza a técnica Delphi, na qual a coleta dos dados será realizada por meio de ferramentas on-line, o estudo não se limita a um serviço de saúde específico. O mesmo será realizado envolvendo profissionais que atuam como gerentes de riscos, profissionais que atuam juntamente com o gerente de risco nas atividades desenvolvidas pelo setor de gerência de riscos ou que pesquisam sobre a temática, em diferentes regiões do Brasil.

Crítérios de Inclusão:

Especialistas da prática profissional: gerentes de risco de hospitais universitários federais, com setor de gerência de risco implantado, credenciados à Rede Sentinela; gerentes de risco de hospitais com acreditação hospitalar pela Joint Commission International e/ou pela Organização

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.288.898

Nacional de Acreditação (ONA) e profissionais que atuam juntamente com o gerente de risco nas atividades desenvolvidas pelo setor de gerência de riscos, com no mínimo seis meses de experiência no cargo e que aceitem participar do estudo.

Especialistas acadêmicos: ser profissional da área da saúde no Brasil (médico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, etc); ter publicado sobre o tema (gestão de riscos, gerenciamento de riscos) nos últimos 05 anos em periódicos científicos no país, e/ou publicados livros e manuais sobre o tema.

Crêterios de Exclusão:

Especialistas da prática profissional: gerente de risco e profissionais que atuam juntamente com o gerente de risco nas atividades desenvolvidas pelo setor de gerência de riscos com menos de seis meses de experiência no cargo.

Especialistas acadêmicos: ter publicado sobre o tema a mais de cinco anos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Elaborar um guia de estratégias para a gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar.

Objetivos Secundários:

- Descrever a percepção de profissionais especialistas sobre a gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar.
- Evidenciar consenso e possíveis divergências entre os especialistas sobre estratégias proativas para a gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar.
- Identificar tendências atuais e futuras para a gestão proativa de riscos assistenciais no ambiente hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A análise de riscos está adequada no projeto, no formulário da Plataforma Brasil e no TCLE, sendo que o pesquisador informa: "Quanto aos possíveis riscos, esses estão associados a incompreensões das questões de pesquisa por parte dos participantes do estudo. O estudo não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.288.898

apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre a teoria e prática durante o exercício de suas atividades. Contudo, os pesquisadores, compreendendo esse potencial risco, estão dispostos a ouvi-los (as), retornando a coletar os dados sob a sua anuência, tão logo você esteja à vontade para continuá-la ou desistir. Acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional."

Benefícios:

A informação dos benefícios está adequada no projeto, no formulário da Plataforma Brasil e no TCLE, sendo que o pesquisador informa: "Com relação aos benefícios, aos participantes do estudo, esta pesquisa poderá contribuir com reflexões a respeito das estratégias que os hospitais podem desenvolver para gerenciar de maneira proativa os riscos inerentes à assistência prestada, podendo variar de curto a longo prazo tais reflexões. Com os resultados do estudo, pretende-se colaborar para que os hospitais realizem uma gestão dos riscos de maneira proativa, com o objetivo de antecipar e prevenir incidentes na assistência ao paciente. Este estudo pretende contribuir, também, para a melhoria da qualidade da assistência, segurança no atendimento prestado e fomento de uma cultura de segurança."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos, procedimentos, riscos e direitos dos participantes e cumpre todas as exigências da resolução 466/2012 e 510/2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) A redação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as indicações do documento orientações para evitar pendências do CEP/SH/UFSC.
- 2) Folha de Rosto: está assinada pelo pesquisador responsável, José Luís Guedes dos Santos, e pela coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Jussara Gue Martini, em 17/06/2020.
- 3) Carta de anuência: não há.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.288.898

- 4) TCLE: apresenta um TCLE para o participante da pesquisa que contempla as exigências da resolução 466/2012 e/ou 510/2016.
- 5) Consta do processo o questionário a ser aplicado aos participantes.
- 6) Cronograma: O cronograma anexado informa que a coleta de dados da pesquisa acontecerá a partir de 30 de setembro em 2020.
- 7) Orçamento: informa despesas de R\$ 7.433,00 com financiamento próprio.

Recomendações:

É de fundamental importância assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros (Res. 466/12).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto. Pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP aceita documentos assinados escaneados e documentos com assinatura digital sem questionar ou verificar a sua autenticidade. Isso pressupõe que o pesquisador responsável (ou seu delegado), que carregou o documento na Plataforma Brasil ao fazer o acesso com nome de usuário e senha, responsabiliza-se pela sua autenticidade e por eventuais consequências decorrentes dessa situação. Recomendamos aos pesquisadores que, para fins de eventual verificação, guardem em seus arquivos todos os documentos originais assinados manual ou digitalmente.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.288.898

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1576834.pdf	27/08/2020 20:18:29		Aceito
Outros	Carta_resposta2.pdf	26/08/2020 21:44:10	Márcia Danieli Schmitt	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Tese2.pdf	26/08/2020 21:39:02	Márcia Danieli Schmitt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	26/08/2020 21:31:33	Márcia Danieli Schmitt	Aceito
Folha de Rosto	Jose_folhaDeRostoOK_assinado_assinado.pdf	01/08/2020 17:10:10	Márcia Danieli Schmitt	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 21 de Setembro de 2020

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br