

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública

ALEXSSANDRO DA SILVA

**A GESTÃO DE RISCOS NOS HOSPITAIS DO EXÉRCITO BRASILEIRO NO
NORDESTE DO BRASIL: UMA ANÁLISE DESCRITIVA**

RECIFE
2012

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S624g Silva, Alexssandro da.

A gestão de riscos nos hospitais do Exército Brasileiro no nordeste do Brasil: Uma análise descritiva / Alexssandro da Silva. — Recife: A. da Silva, 2012.

113 p.: il.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

Orientadores: Petrônio José de Lima Martelli, James Anthony Falk.

1. Gerenciamento de Segurança. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3. Acreditação. 4. Risco. 5. Hospitais Militares. I. Martelli, Petrônio José de Lima. II. Falk, James Anthony. III. Título.

CDU 614

ALEXSSANDRO DA SILVA

**A GESTÃO DE RISCOS NOS HOSPITAIS DO EXÉRCITO BRASILEIRO NO
NORDESTE DO BRASIL: UMA ANÁLISE DESCRITIVA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Orientadores: Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli

Prof. Dr. James Anthony Falk

Recife

2012

ALEXSSANDRO DA SILVA

**A GESTÃO DE RISCOS NOS HOSPITAIS DO EXÉRCITO BRASILEIRO NO
NORDESTE DO BRASIL: UMA ANÁLISE DESCRITIVA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Aprovado em: 23 de abril de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. James Anthony Falk
Centro de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração – FBV

Membro Externo/Titular: Prof^o. Dr Rogério Dubosselard Zimmermann
Departamento de Medicina Social – UFPE

Membro Interno/Titular: Prof^a. Dr^a Janaína Campos de Miranda
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Dedico este trabalho a minha família, em especial a Mikelle, minha esposa; e a Keilla, Kaio e ao bebê que está por vir, meus queridos filhos, pois todos estão presentes em todos os momentos da minha vida, nos alegres e também nos de dificuldades.

A minha mãe, Maria Emília (Zezé) que, apesar das dificuldades, sempre lutou, apoiou, e estimulou para que eu tivesse acesso a uma educação de qualidade, orando e torcendo pelo meu sucesso.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo privilégio da salvação em Jesus Cristo, possibilitando minha adoção como filho e pelo muito amor com que nos amou.

A minha esposa Mikelle e filhos Keilla e Kaio, pela dispensação de carinho e incentivo em todos os momentos.

A minha mãe Maria Emília (Zezé), por, independente do projeto que tenho, sempre acreditar.

Ao meu irmão Magno, pela amizade, incentivo e apoio.

Aos demais membros da família, por sempre entenderem e apoiarem nos momentos de concentração e renúncia, em especial a minha tia Mazé, minha sogra Maria dos Prazeres, minhas cunhadas Micheline, Milena e Péricles seu esposo e a Renatinho seu filho.

Aos meus orientadores Prof^o Petrônio José de Lima Martelli e Prof^o James Anthony Falk por terem me aceitado como orientando, pela disponibilidade, simplicidade, paciência e orientação.

Ao Coronel Médico Newton Correa Figueiredo, meu diretor no Hospital Militar de Área do Recife, pelo apoio incondicional em todas as etapas do curso, sem o qual seria impossível completá-lo.

A Prof^a Maria Sandra da Silva, minha amiga, que me apoiou e sempre esteve disponível para ajudar nas etapas da pesquisa e por ter aceitado o convite de ser suplente e parecerista da banca examinadora.

Ao Tenente Coronel Médico Alberto Dias Almeida, meu diretor no Hospital de Guarnição de Marabá, pela indicação ao mestrado e apoio.

As Professoras Tereza Maciel Lyra e Maria Cynthia Braga, coordenadoras, e demais professores pelo ensino, apoio e orientação.

Aos Professores Rogério Dubosselard Zimmermann e Janaína Campos de Miranda por aceitarem nosso convite para participação das bancas de qualificação e de defesa e contribuírem com sugestões que muito enriqueceram esse estudo.

Ao Prof^o Luiz Carlos Alves que ajudou nos momentos de conflito para uma decisão acertada.

A Prof^a Giselle Campozana Gouveia pelo carinho dispensado e por aceitar nosso convite de ser suplente da banca de defesa.

Ao General Médico Túlio pela anuência da Diretoria de Saúde do Exército para realização da pesquisa.

Aos coordenadores da pesquisa nos hospitais militares.

Aos colegas do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, pelo apoio e incentivo.

A minha equipe de trabalho: Darcilo, De Sá, Wilton, Pascoal, Torres, Abel, Rakel, Fabiano, Brito, Tavares, Mendonça, Edson, Nancy, Carlos e ao Major Moura, por apoiarem em todos os momentos.

As equipes dos hospitais que apoiaram a pesquisa, em especial Cássia, Katiúscya, Rafael, Alessandra, Alessandro Porter, Josilma, Salomão, Dr^a Helena, Thereza Cybelle e demais envolvidos, pelo apoio técnico e pessoal.

Aos demais envolvidos, pela confiança e apoio por ocasião da pesquisa.

*Porque Ele vive, posso crer no amanhã
Porque Ele vive, temor não há
Mas hoje eu sei que a minha vida
Está nas mãos de meu Jesus que vivo está.
(William e Gloria Gaither)*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução do Modelo de Atenção à Saúde	24
Figura 2 – Inspeção e acreditação	26
Figura 3 – Processo de avaliação de riscos com identificação das Subseções da NBR ISO 31000:2009	31
Figura 4 – Matriz de risco com base no impacto e na probabilidade	34
Figura 5 – Processo de gestão de riscos - detalhamento	38
Figura 6 – Relacionamentos entre os princípios da gestão de riscos, estrutura e processo com identificação das Seções da NBR ISO 31000:2009	40
Figura 7 – Distribuição Nacional das Organizações Militares de Saúde	50

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos hospitais do exército localizados no nordeste do Brasil por nível de complexidade, 2012.	51
Gráfico 2 – Especialistas envolvidos na tabulação e consolidação do IP2	54
Gráfico 3 – Especialistas entrevistados nos hospitais militares do nordeste	54
Gráfico 4 – Distribuição de hospitais referência do nordeste por formalização/consolidação do instrumento de gestão de riscos, no trimestre de nov.2011 a jan.2012.	58
Gráfico 5 – Distribuição de hospitais referência que responderam a pesquisa por nível de certificação (ONA, 2011).	58
Gráfico 6 – Distribuição geral de riscos	78
Gráfico 7 – Tipos de riscos por hospital	79
Gráfico 8 – Distribuição de riscos por Unidade de Pesquisa (UP)	80
Gráfico 9 – Estratificação de riscos do tipo raro	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de gravidade de risco com base na origem dos eventos	32
Quadro 2 – Classificação de frequência de risco	34
Quadro 3 – Escala de probabilidade de risco	35
Quadro 4 – Categorias de risco por probabilidade	35
Quadro 5 – Hospitais acreditados pela Organização Nacional de Acreditação no nordeste	53
Quadro 6– Principais aspectos do Delphi utilizados tabulação/consolidação do IP2	61
Quadro 7 – Etapas da Pesquisa, objetivo, sujeito e técnicas da pesquisa	62
Quadro 8 – Pontuação da Normas de Controle – Barreiras (NC)	63
Quadro 9 – Parametrização do Indicador de Probabilidade de Risco (IPR)	65
Quadro 10 – Resultado das tabulações/consolidações - Análise Delphi	70
Quadro 11 – Resultado dos riscos consolidados dos IP1s para IP2	71
Quadro 12 – Normas de Controle – Barreiras (NC) da UP - Internação	72
Quadro 13 – Normas de Controle – Barreiras (NC) da UP – Atendimento Cirúrgico	73
Quadro 14 – Normas de Controle – Barreiras (NC) da UP – Tratamento Intensivo	74
Quadro 15 – Normas de Controle – Barreiras (NC) da UP – Assistência Farmacêutica	75
Quadro 16 – Normas de Controle – Barreiras (NC) da UP – Assistência Nutricional	75
Quadro 17 – Matriz de Probabilidade de Indicadores (IPR) Hospitais X Riscos	77
Quadro 18 – Matriz de Resultados de Indicadores (IPR) Hospitais X Unidades	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Matriz de risco com base na frequência e gravidade	33
Tabela 2 – Dados fictícios do IP1 tabulados e consolidados no IP2	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AS/NZS – Australian Standard / New Zealand Standard
CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar
DGP – Departamento-Geral de Pessoa
IBGC – Instituto Brasileiro de Governança Corporativa
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPR – Indicador de Probabilidade de Risco
ISO – International Organization for Standardization
JCAHO – Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations
MA – Manual de Acreditação
MBA – Manual Brasileiro de Acreditação
NC – Norma de Controle
OMS – Organização Militar de Saúde
ONA – Organização Nacional de Acreditação
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PBAH – Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar
PBQP – Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade
PNASH – Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNQ – Prêmio Nacional da Qualidade
R – Risco
SUS – Sistema Único de Saúde
UP – Unidade de Pesquisa

SILVA, Alexssandro da. **A gestão de riscos nos hospitais do Exército Brasileiro no nordeste do Brasil**: Uma análise descritiva. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

A questão da falta de segurança no ambiente hospitalar tornou-se mais evidente desde a década de 90. Surgiram várias práticas voltadas para a gestão, dentre elas o gerenciamento de riscos, que busca diminuir a probabilidade de ocorrência de um evento adverso que, no caso dos serviços de saúde, afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde o serviço está inserido. É uma pesquisa descritiva com tipo de amostragem por conveniência e possui foco exclusivamente quantitativo. Tem como objetivo descrever a gestão de riscos adotada nos hospitais militares do Exército Brasileiro no nordeste do Brasil. O estudo foi dividido em duas etapas: a primeira, com ênfase na preparação dos instrumentos de pesquisas, realizada nos hospitais de referência do nordeste; e a segunda, voltada para aplicação do instrumento propriamente dito, realizada nos hospitais militares no nordeste. Adotaram-se como técnicas de coletas de dados o questionário aberto e a entrevista estruturada e foi delimitada aos processos de internação, tratamento intensivo, assistência cirúrgica, assistência farmacêutica e assistência nutricional. Para um melhor entendimento foi discorrido um marco teórico que permeia a avaliação de desempenho em serviços de saúde, sendo destacados a evolução dos sistemas e o Programa Brasileiro de Acreditação; em seguida, a avaliação por meio de riscos, onde são tratados os principais conceitos, antecedentes históricos, identificação e classificação de riscos; e, por último, o gerenciamento de riscos propriamente dito, onde são apresentadas as diversas formas de mensurar riscos. Como resultado foi apresentado uma matriz de riscos dos hospitais militares pesquisados, onde se observou fragilidade em algumas áreas, em especial a da assistência farmacêutica. Como conclusão, constatou-se que há necessidade de padronização e formalização de instrumentos de gestão, seja por meio de manual e instrução de trabalho, seja por outro tipo de documento; que a ausência de um sistema informatizado tem dificultado e engessado os trabalhos da gestão hospitalar; que os pacientes precisam ser melhor identificados; e que a constituição de uma equipe multiprofissional de gerenciamento de riscos torna-se urgente.

Palavras Chaves: Gerenciamento de Segurança, Qualidade da Assistência à Saúde, Acreditação, Risco, Hospitais Militares.

SILVA, Alexssandro da. **Risk management in the hospitals of the Brazilian Army in northeastern Brazil**: A descriptive analysis. 2012. Dissertation (Professional Master in Public Health) - Center of Research Aggeu Magalhães, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2012.

ABSTRACT

The issue of lack of security in the hospital environment has become more evident since the 90s. There were several practices for managing, among them the risk management that seeks to reduce the likelihood of an adverse event that in the case of health services, affects the integrity of the patient, health team or community where the service is inserted. It is a descriptive type of convenience sampling and has focused exclusively quantitative. Aims to describe the risk management adopted in the hospitals of the Brazilian Army in northeastern Brazil. The study was divided into two stages: the first, with emphasis on the preparation of research instruments held in hospitals of reference of the northeast, and the second focused on application of the instrument itself, held in military hospitals in the northeast. Adopted as the data collection techniques open questionnaire and structured interview and was bounded to the process of hospitalization, intensive care, surgical care, pharmaceutical care and nutritional assistance. For a better understanding was discoursed a theoretical framework that permeates the performance evaluation in health services, and highlighted the development of systems and the Brazilian Program Accreditation, and then through the assessment of risks, which are treated the main concepts, background Historically, identification and classification of risks, and, finally, the risk management itself, which shows the various ways of measuring risk. The result was presented an array of risks of military hospitals surveyed, where there was weakness in some areas, particularly in pharmaceutical care. In conclusion, we found no need for standardization and formalization of management tools, either through manual and work instructions, or by another type of document, the absence of a computer system and plaster has hampered the work of the hospital management; patients need to be better identified, and that the establishment of a multidisciplinary team of risk management becomes urgent.

Key words: Safety Management, Health Care Quality, Accreditation, Risk, Military Hospitals.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Avaliação de Desempenho em Serviços de Saúde	20
1.1.1 Evolução dos Sistemas de Gestão e Avaliação da Qualidade em Saúde.....	22
1.1.2 Acreditação como Programa de Qualidade Específico para Serviços Saúde ..	24
1.2 Avaliação em Serviços de Saúde por meio de Riscos	27
1.2.1 Conceituação de Risco.....	27
1.2.2 Antecedentes Históricos da Gestão de Riscos.....	28
1.2.3 Processo de Avaliação de Riscos	30
1.2.3.1. <i>Identificação de Riscos</i>	31
1.2.3.2. <i>Análise de Riscos</i>	33
1.2.3.3. <i>Avaliação de Riscos</i>	36
1.3 Gestão de Riscos como Programa de Qualidade e Segurança de Serviços de Saúde	36
1.3.1 Principais Elementos do Processo de Gestão de Riscos.....	37
2 JUSTIFICATIVA	43
3 PERGUNTA CONDUTORA	45
4 OBJETIVOS	47
4.1 Objetivo Geral.....	47
4.2 Objetivos Específicos	47
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	49
5.1 Cenário do Estudo	49
5.2 Tipo de Estudo e Abordagem.....	52
5.3 Etapas da Pesquisa.....	52
5.4 Sujeitos da Pesquisa.....	53
5.5 Definição das Variáveis	55
5.5.1 Dependente: Indicador de Probabilidade de Riscos (IPR)	55
5.5.2 Independentes: Normas de Controle – Barreiras de Riscos (NC)	55
5.6 Critérios da Pesquisa.....	55

5.6.1 Critérios de Inclusão:.....	55
5.6.2 Critérios de Exclusão.....	56
5.7 Coleta de Dados, Técnica e Instrumentos de Pesquisa.....	56
5.7.1 Instrumento de Pesquisa 1	57
5.7.2 Instrumento de Pesquisa 2.....	59
5.8 Determinação do Indicador de Probabilidade de Riscos (IPR)	63
5.9 Análise dos Dados:	65
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	68
7 RESULTADOS.....	70
7.1 Resultados da 1ª Etapa: Preparação do Instrumento IP2.....	70
7.2 Resultados da 2ª Etapa – Aplicação do Instrumento IP2.....	76
8 DISCUSSÃO	82
8.1 Padronização e Formalização de Instrumentos de Gestão	82
8.2 Implantação de Sistema de Gestão Hospitalar	83
8.3 Ampliação da Farmácia Clínica.....	84
8.4 Identificação de Pacientes.....	86
8.5 Equipe Multiprofissional de Gerenciamento de Riscos.....	87
9 CONCLUSÃO	90
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICES	98
APÊNDICES	99
Apêndice A – Tutorial 1: Preparação do Instrumento de Pesquisa.....	99
Apêndice B – Tutoria 2: Aplicação do Instrumento de Pesquisa.....	103
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	108
Apêndice D – Instrumento de Pesquisa IP1	109
Apêndice E – IP2 antes da entrevista - Lista de Verificação	110
Apêndice F – IP2 depois da entrevista - Tabulado e Parametrizado	111

ANEXOS	113
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM	113



INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A questão da falta de segurança no ambiente hospitalar tornou-se mais evidente desde a década de 90. Ações voltadas para práticas clínicas seguras predominaram em função de estarem contempladas dentro das campanhas, das metas de segurança, das recomendações e de algumas ações genéricas para criar condições seguras (GOMES, 2008).

A *Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), organização não-governamental americana que avalia a qualidade dos serviços de hospitais dentro dos EUA, recomenda que existam ferramentas para medir e monitorar a performance de uma instituição e propõe a utilização de instrumentos de notificação de riscos. Sugere, ainda, que exista uma análise crítica sobre as causas da ocorrência de riscos e implantação de medidas de qualidade (BOHOMOL; RAMOS, 2007).

Ainda segundo Bohomol e Ramos (2007), tratando especificamente do risco de erro de medicação, o dano ou prejuízo relacionado com o uso de uma droga, mesmo que a relação de causa e efeito não possa ser provada, considera-se como evento adverso à medicação. Eles devem ser monitorados e analisados para que medidas preventivas possam ser instauradas, diminuindo assim a possibilidade de novas ocorrências. Para esses autores, há referência de inúmeros métodos usados para sua detecção, que vão desde o relatório individual anônimo, ficha de notificação formal, técnica do incidente crítico, revisão da prescrição, observação direta e combinação do relatório anônimo e observação. Cada um deles tem suas vantagens e desvantagens, contudo, devem estar adequados aos objetivos das instituições e utilizados como instrumentos gerenciais para a melhoria da qualidade da assistência à saúde.

Neste sentido, Quinto Neto (2006) tece considerações sobre o conceito de segurança e suas implicações para os pacientes, profissionais e organizações e destaca a importância de substituir a cultura da culpa e castigo pela cultura da aprendizagem a partir da identificação e análise das falhas e acidentes. Ele menciona a acreditação de organizações de saúde como uma estratégia global de redução de risco para os clientes/pacientes.

De acordo com a Norma Australiana AS/NZS 4360:2004 (CENTRO DA QUALIDADE, SEGURANÇA E PRODUTIVIDADE PARA O BRASIL E AMÉRICA

LATINA, 2004), a gestão de risco envolve o estabelecimento de uma infra-estrutura e cultura apropriadas e a aplicação de um método lógico e sistemático para estabelecer os contextos, bem como para identificar, analisar, avaliar, tratar, monitorar e comunicar os riscos associados a qualquer atividade, função ou processo, de modo a possibilitar às organizações que minimizem as perdas e maximizem os ganhos. Para que seja mais eficaz, a gestão de riscos deve passar a fazer parte da cultura da organização e deve estar inserida na filosofia, nas práticas e nos processos de negócio da organização, em vez de ser vista ou praticada como uma atividade em separado.

Para Nordocci (2002), além da mudança cultural proposta por Quinto Neto (2006) e apresentada pela Norma Australiana AS/NZS 4360:2004 (CENTRO DA QUALIDADE, SEGURANÇA E PRODUTIVIDADE PARA O BRASIL E AMÉRICA LATINA, 2004), os critérios fundamentais para as políticas de risco deve incluir uma abordagem ética e procedimentos democráticos, e não apenas considerações técnico-científicas. O gerenciamento de risco deve incluir todas as decisões e escolhas sociais, políticas e culturais que se relacionam direta e indiretamente com as questões de risco na nossa sociedade. E é necessário ampliar o debate, no Brasil, não apenas dos critérios e ferramentas, como também das suas implicações sociais, políticas e éticas envolvidas na tomada de decisão sobre a aceitabilidade de riscos.

Neste contexto, falar em gerenciar riscos em saúde pública torna-se fundamental; é questão de sobrevivência. Segundo Feldman (2008), a gestão de riscos representa uma das principais estratégias de gestão para identificar oportunidades e utilizá-las para melhorar o desempenho das organizações de saúde.

Ainda, segundo Feldman (2008), a gestão de riscos deve ser realizada de maneira sistemática e aplicam-se a todos os profissionais, organizações e a todas as funções e atividades da organização. Ainda que se possa definir de muitas formas, a gestão de riscos sempre é considerada como processo, é parte integrante das boas práticas empresariais e possibilita de maneira eficaz aos gestores melhorarem os resultados por meio da identificação e da análise ampla de situações, promovendo uma forma sistemática de tomar decisões eficazes embasadas em informações.

Falar em gerenciamento de riscos como ferramenta utilizada no processo de gestão, remete-nos a tríade organizacional proposta por Donabedian (1980):

estrutura, processos e resultados, sendo este último monitorado através da utilização de taxas, indicadores, parâmetros de saúde e satisfação da clientela.

O Glossário e Termos Técnicos da Organização Nacional de Acreditação define risco como “[...] a probabilidade de ocorrência de um evento adverso que, no caso dos serviços de saúde, afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde o serviço está inserido” (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2006, p.14). E define gerenciamento de risco como a ação de orientação político-administrativa, como processo de ponderar as alternativas de políticas e selecionar a ação regulatória mais apropriada, integrando os resultados da avaliação de risco com as preocupações sociais, econômicas e políticas para chegar a uma decisão; decide o que fazer com risco avaliado e se ele pode ser aceitável ou se deve ser reduzido (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2006).

Para uma melhor clareza e compreensão, a temática foi organizada em três subtópicos: Avaliação de Desempenho em Serviços de Saúde, Avaliação em Serviços de Saúde por meio de Riscos e Gestão de Riscos como Programa de Qualidade e Segurança de Serviços de Saúde.

1.1 Avaliação de Desempenho em Serviços de Saúde

A avaliação de desempenho de sistemas de saúde ganhou destaque no cenário internacional e brasileiro após a divulgação do Relatório Mundial de Saúde publicado pela OMS no ano 2000. Este momento, em que a comunidade científica foi tomada por novo ímpeto, elevou-se o número de estudos na área, gerando interesse de outros segmentos em avaliar os sistemas de saúde, além dos agentes financiadores, ou seja, os próprios gestores destes sistemas (NASCIMENTO, 2008).

A avaliação de políticas e programas é essencial em saúde pública, pois contribui para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável e previne o desperdício de recursos mal empregados (VAUGHAN, 2004), o que demonstra a necessidade de acompanharmos cada vez mais o desempenho dos serviços de saúde que estamos inseridos.

Para Samico (2010, p. 7):

A avaliação pode começar desde a fase de elaboração da intervenção, com o propósito de melhorar o seu desenho e incluir um modelo de acompanhamento e avaliação desde o início. As avaliações de caráter formativo, cuja finalidade é produzir informações que podem ser utilizadas rapidamente pelos envolvidos no programa ainda durante a sua execução, permitem identificar precocemente possíveis problemas e assegurar-se do seu desenvolvimento conforme o planejado.

A mesma autora apresenta os objetivos oficiais da avaliação descritos por Contandriopoulos et al. (2008 apud SAMICO, 2010, p. 7, destaque nosso), diferenciando-os em estratégico, formativo, somativo, transformador e fundamental:

OBJETIVO ESTRATÉGICO - ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção.

OBJETIVO FORMATIVO - fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer.

OBJETIVO SOMATIVO - determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida.

OBJETIVO TRANSFORMADOR - Utilizar os processos de avaliação como um incentivo para transformar uma situação injusta ou problemática, visando o bem-estar coletivo.

OBJETIVO FUNDAMENTAL - Contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica.

Para Contrandriopoulos et al (1997, p. 35), “Uma intervenção é constituída pelo conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”.

“A avaliação da qualidade em serviços de saúde vem se tornando, cada vez mais, um aspecto importante do processo de tomada de decisão por parte de gestores e colaboradores” (RIGHI; SCHMIDT; VENTURINI, 2010, p. 665). Segundo Righi, Schmidt e Venturini (2010), essa avaliação aumenta a probabilidade de obter-se, após a intervenção, resultados melhores do que se teria se não houvesse essa avaliação, pois aumentou a probabilidade de encontrar resultados que nem eram esperados

1.1.1 Evolução dos Sistemas de Gestão e Avaliação da Qualidade em Saúde

Nas últimas décadas observou-se uma mobilização em torno da aplicação de programas de qualidade nas organizações hospitalares, com o objetivo de incrementar seu gerenciamento e melhorar a eficiência destes serviços (CAMACHO, 1998 apud CORREIA; BARBOSA; QUINTILIANO, 2009). Numa perspectiva histórica esse movimento iniciou-se, timidamente nos anos 70, avançando mais fortemente nos anos 80 e apresentou-se como certo modismo nos anos 90. (CORREIA; BARBOSA; QUINTILIANO, 2009)

No Brasil, mesmo antes da década de 90, já se desenvolviam alguns instrumentos oficiais de avaliação de desempenho das organizações hospitalares, utilizando-se um conjunto de critérios que os hospitais deviam preencher, a partir de padrões preestabelecidos, tendo por base a aplicação de conceitos e técnicas da qualidade total (CORREIA; BARBOSA; QUINTILIANO, 2009): **década de 30:** talvez o primeiro estudo no sentido de melhorar a qualidade na organização dos hospitais tenha sido de Odair Pedroso em 1935, ao conceber uma Ficha de Inquérito Hospitalar para a Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, substituída posteriormente pelo Serviço de Medicina Social, hoje extinto (FELDMAN, 215); **década de 40:** surgiu a primeira legislação relativa, a divisão hospitalar em nível de Governo Federal e o primeiro censo hospitalar, com a correspondente classificação das instituições; **década de 50:** foi criada a nova legislação e classificação que busca racionalizar a alocação de subvenções do Governo Federal e maior intervenção/estrutura nos Estados; **década de 60:** foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2007); **década de 70:** desde 1970, o Ministério da Saúde desenvolve o tema Qualidade e Avaliação Hospitalar; **década de 80:** para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir de 1989, a Acreditação passou a ser elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade na América Latina (FELDMAN, 2005).

A **década de 90** ficou marcada como a década da saúde no Brasil, pois foi neste período que as legislações e os parâmetros de qualidade surgiram com maior intensidade na área da saúde: Legislação e implementação do SUS/1988-1990; Lei do consumidor/1990; Programa de Controle de Qualidade Hospitalar – CQH/1991; 9ª Conferência Nacional de Saúde/1992; Normas Operacionais Básicas/1993-1996;

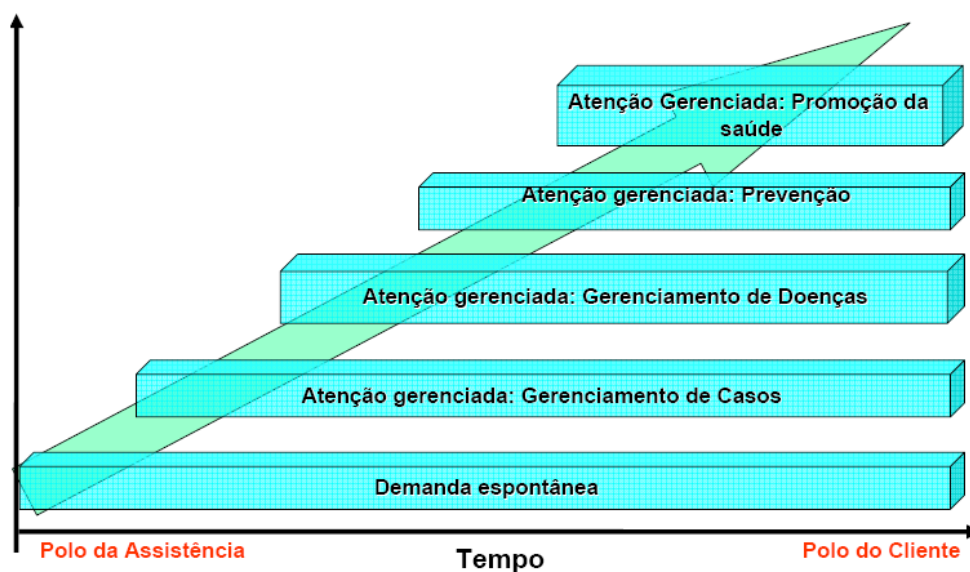
Ações setoriais articuladas com o Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade – PBQP – voltadas para a promoção da Qualidade em Saúde/1995-1997; Prêmio Nacional de Qualidade – PNQ/1991; Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH/1998; ANVISA/1999; Lei dos Planos de Saúde/1999; Organização Nacional de Acreditação/1999; Lei do Financiamento do Sistema/2000 (COUTO, 2009; ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2007, 2010).

Internacionalmente, a preocupação com a busca de soluções para avaliação da qualidade de processos e/ou controles internos nas empresas, em que os gestores e as equipes se responsabilizam pela realização das metas de suas respectivas áreas, também é antiga. Fundada em 1922, a Austrália Standards, é entidade responsável pela emissão e normatização de padrões de controle internos na Austrália, tendo papel análogo ao da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) no Brasil (BRAGA, 2010).

Na mesma direção da Austrália Standards, surge em 1947, nos Estados Unidos, a Organização Internacional de Normatização, International Organization for Standardization (ISO). Desde então, novas abordagens foram desenvolvidas com o objetivo de incorporar novos conceitos nas empresas e adequá-las às exigências do mercado e de órgãos reguladores (BARALDI, 2005; INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA, 2007).

A ISO é uma organização não governamental, responsável por desenvolver e publicar normas tidas como padrões internacionais. A organização é constituída por um instituto de padrões nacionais de cada um dos 162 países membros, incluindo o Brasil, por meio da ABNT (BRAGA, 2010).

Percebe-se que os sistemas de gestão e avaliação da qualidade evoluíram bastante ao longo do tempo. Esta evolução foi acompanhada por vários modelos, principalmente o de atenção à saúde, que sai de um pólo meramente assistencial a um pólo voltado para os usuários, passando de exclusiva **demanda espontânea** para uma **atenção gerenciada**. Em um primeiro momento, esse gerenciamento pautou-se nos casos; em seguida, nas doenças; e, mais recentemente, na prevenção e na promoção da saúde (Figura 1) (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2007).

Figura 1 – Evolução do Modelo de Atenção à Saúde

Fonte: Organização Nacional de Acreditação (2007)

Para Righi, Schmidt e Venturini (2010, p. 649-650) O desenvolvimento da gestão da qualidade ao longo do tempo transpôs o seu domínio industrial, adquirindo proeminência em todos os setores de atividade, principalmente o dos serviços de saúde:

[...] O desenvolvimento da gestão da qualidade ao longo do tempo fez este movimento de gestão transpor o seu domínio industrial e adquirir proeminência em todos os setores de atividade, fazendo parte, cada vez mais, do conjunto de ideias de base que norteiam a administração pública e a vida dos cidadãos. O cenário mundial evidência que a qualidade não pode ser mais considerada como opcional aos serviços e sim requisito fundamental para sobrevivência. E, mais importante do que isso, é uma responsabilidade social e ética. [...]

[...] Os serviços de saúde não se furtam dessa realidade. Ao longo dos anos, a qualidade na saúde foi estabelecida por aqueles que providenciavam o serviço, os profissionais da saúde. Somente na década de 80 é que o setor da saúde voltou-se para a qualidade de uma forma mais gerencial e ativa, como já vinha ocorrendo no campo industrial. Esse cenário é ainda mais recente nos serviços públicos de saúde. [...]

1.1.2 Acreditação como Programa de Qualidade Específico para Serviços de Saúde

A acreditação é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Constitui, essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais, uma

forma de fiscalização (ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO, 2010, p. 13).

Dentre os programas de acreditação existentes, destacam-se no Brasil o da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), organização não-governamental americana representada nacionalmente pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA); a *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA), organização independente que operacionaliza o processo de acreditação hospitalar no Canadá, vinculada no Brasil ao Instituto Qualisa de Gestão (IQG) (COUTO, 2009); e o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH).

Quanto ao ano de criação, a organização acreditadora mais antiga é *The Joint Commission* que foi instituída em 1951, para atuar na avaliação e certificação de hospitais nos Estados Unidos. Ampliou o escopo da sua atuação quando em 1987 passou a avaliar e certificar outros serviços de saúde, e em 1999 passou a ter abrangência internacional através da *Joint Commission International* (JCI) (GOMES, 2008, p. 32).

O Programa Brasileiro de Acreditação é coordenado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), composta por representantes de entidades prestadoras de serviços de saúde e entidades compradoras destes serviços, além de representantes do Ministério da Saúde e dos Conselhos municipais e estaduais de Secretarias de Saúde (BRASIL, 1999).

O Sistema Brasileiro de Acreditação considera que a organização de saúde é um sistema complexo, onde as estruturas e os processos da organização são de tal forma interligados, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final, sendo assim, no processo de avaliação e na lógica do Sistema Brasileiro de Acreditação, não se avalia um setor ou departamento isoladamente (ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO, 2010., p. 30).

O processo de acreditação utiliza como instrumento o Manual Brasileiro de Acreditação (MBA) (ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO, 2010, p. 20):

[...] O instrumento de avaliação é composto de seções e subseções, onde para cada subseção existem padrões interdependentes que devem ser integralmente atendidos. [...] Para cada nível são definidos requisitos com o objetivo de esclarecer o padrão. [...]

[...] Nas seções estão agrupados os serviços (subseções) com características e fundamentos semelhantes e que possuem afinidades entre si. O Manual Brasileiro de Acreditação é composto por seis seções:

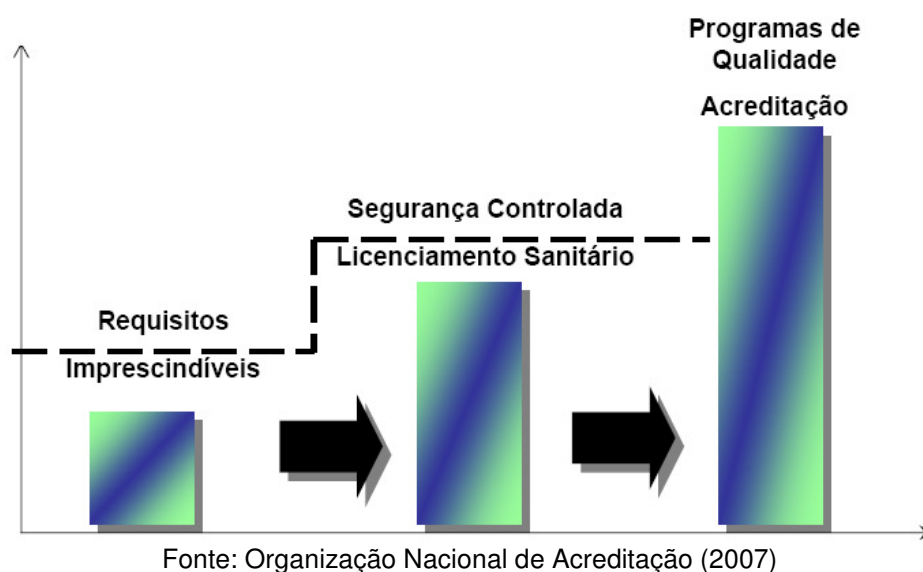
1 – Gestão e Liderança, 2 – Atenção ao Paciente/Cliente, 3 – Diagnóstico, 5 – Apoio Técnico, 6 – Abastecimento e Apoio Logístico e 6 – Infra-Estrutura.[...]

Os padrões de qualidade do Manual Brasileiro de Acreditação são elaborados com base na existência de três níveis, do mais simples ao mais complexo, tendo presente o princípio do ‘tudo ou nada’, ou seja, o padrão deve ser integralmente cumprido. O princípio do Nível 1 é a Segurança; do Nível 2, a Gestão Integrada; e do Nível 3, a Excelência em Gestão. Cada padrão possuem requisitos e itens de verificação (ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO, 2010).

Em nenhum momento os requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação podem ser avaliados como um *check list*, pois sua lógica é que as seções interagem entre si, permitindo que a organização de saúde seja avaliada com consistência sistêmica.

É importante entender que os programas de acreditação não substituem o licenciamento sanitário, mas absorve suas práticas, agregando toda segurança controlada da vigilância sanitária, formando um conjunto multidisciplinar que atende aos requisitos imprescindíveis, sejam eles dos órgãos reguladores e/ou dos conselhos de classe profissional (Figura 2).

Figura 2 – Inspeção e acreditação



A “acreditação, como um programa específico para os serviços de saúde, além de evidenciar as organizações de saúde que são bem sucedidas, as distingue em níveis” (QUINTO NETO; BITTAR, 2004, p. 19).

“A certificação da avaliação hospitalar pelo processo de Acreditação aponta uma direção positiva na melhoria da assistência aos pacientes, bem como estabelece níveis crescentes de Qualidade” [...] (FELDMAN, 2005, p.218).

1.2 Avaliação em Serviços de Saúde por meio de Riscos

A avaliação surge como um “importante instrumento de mudança, que não deve ser visto como uma ameaça, mas como um incentivo para que os serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade, promovam uma renovação da sua cultura de trabalho” (RIGHI, 2010, p. 652) e seja voltado para a gestão de riscos, a fim de garantir a segurança, inicialmente do paciente e, em seguida, do processo, seja ele assistencial, gerencial ou de apoio.

1.2.1 Conceituação de Risco

O termo risco é proveniente da palavra *risicu* ou *riscu*, em latim, que significa ousar (to dare, em inglês). Costuma-se entender risco como possibilidade de ‘algo não dar certo’, mas seu conceito atual envolve a quantificação e qualificação da incerteza, tanto no que diz respeito às ‘perdas’ como aos ‘ganhos’, com relação ao rumo dos acontecimentos planejados, seja por indivíduos, seja por organizações (BERNSTEIN, 1996).

“Os erros levam a gente a questionar o atual e a pensar em algo diferente. Com as lições de ontem, procuramos hoje não cometer as mesmas falhas”. (TARABOULSI, 2004, p. 32)

No mesmo sentido Spink (2001, p. 1287) apresenta:

Risco emerge como conceito quando se torna possível pensar o futuro como passível de controle. Esse é um processo que envolve tanto o desenvolvimento do instrumental necessário (como a teoria da probabilidade) quanto a emergência de um novo objeto de governo (a população).

1.2.2 Antecedentes Históricos da Gestão de Riscos

A administração voltada para riscos iniciou-se em uma época anterior a Cristo, com os seguros de transportes que foi impulsionada pela navegação marítima comercial. Os sucessivos incêndios em Hamburgo (1672 a 1676) coincidem com os primeiros seguros patrimoniais e com a fundação, da ainda existente, Hamburger Feuerkasse, a mais antiga seguradora do mundo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA, 2007).

Como percebe-se, o gerenciamento de riscos é uma prática usual e antiga. Faz parte da rotina de qualquer empresário desde tempos muito remotos. Historicamente, foi elaborada uma vasta literatura para a área de seguros e, apenas nos últimos anos, o tema tem se desenvolvido como uma metodologia estruturada a partir de outras vertentes, dentre as quais se destacam: Finanças, Auditoria e Tecnologia da Informação (INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA, 2007).

A concepção moderna, no dizer de Bernstein (1996, p.3) tem suas raízes no sistema de numeração indo-arábico:

A concepção moderna de risco tem suas raízes no sistema de numeração indo-arábico que alcançou o Ocidente há cerca de setecentos a oitocentos anos. Mas o estudo sério do risco começou no Renascimento, quando as pessoas se libertaram das restrições do passado e desafiaram abertamente as crenças consagradas. Foi uma época em que grande parte do mundo seria descoberto e seus recursos explorados. Uma época de turbulência religiosa, de capitalismo nascente e de uma abordagem vigorosa da ciência e do futuro.

Várias são as iniciativas para tratar os riscos voltados para área da saúde e segurança do paciente, dentre elas a criação em 2004 da *World Alliance for Patient Safety*, aliança vinculada as Nações Unidas composta por organizações internacionais e nacionais de diversos países. Essa Aliança tem como missão coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente em termos mundiais (GOMES, 2008, p. 34), tendo como membros:

ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS: *The Commonwealth Fund, International Alliance of Patients' Organizations, International Council of Nurses, International Federation of Infection Control, International*

Federation for Medical and Biological Engineering, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, International Society for Quality in Health Care Inc. (ISQua), World Health Professional Alliance, World Medical Association, e

ORGANIZAÇÕES NACIONAIS DE DIVERSOS PAÍSES: *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Consumers Advancing Patient Safety, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ireland's Health Information and Quality Authority, The Joint Commission, National Patient Safety Agency, National Patient Safety Foundation.*

Na mesma direção, em 2005 a Organização Mundial da Saúde designou nos Estados Unidos as organizações *The Joint Commission* e *Joint Commission International* (JCI) como o primeiro Centro Colaborador para as Soluções na Segurança do Paciente (*WHO Collaborating Center For Patient Safety Solutions*). A missão do Centro é implementar as soluções bem sucedidas para a grande variedade de problemas relativos à segurança do paciente (GOMES, 2008).

Uma evolução para o gerenciamento de riscos à saúde no Brasil, mais precisamente referente a saúde do trabalhador, foi o advento, em 2005, das primeiras portarias de regulação da Norma Regulamentadora – NR 32, do Ministério do Trabalho e Emprego. Sua finalidade é estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Para fins de aplicação desta norma, entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade (BRASIL, 2005).

Robazzi e Marziale (2004, p. 835-836) enfatizam a importância da NR 32 por ser específica para o setor da saúde:

[...] A NR 32 é considerada de extrema importância no cenário brasileiro, como legislação federal específica que trata das questões de segurança e saúde no trabalho, no setor da saúde, pois as normatizações existentes encontram-se esparsas, reunidas em diversas outras NR e resoluções, que não foram construídas especificamente para tal finalidade. Acredita-se que mudanças benéficas poderão ser alcançadas por meio da referida normatização, uma vez que procedimentos e medidas protetoras deverão ser realizadas com vistas a promover segurança no trabalho e prevenção de acidentes e doenças ocupacionais.

A Organização Brasileira de Acreditação, desde sua criação em 1999, vem aprimorando em seus manuais os padrões referentes a riscos e segurança do paciente. O manual de 2010 estabelece os seguintes requisitos do padrão (ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO, 2010, p. 84):

NÍVEL 1: [...] cumpre as diretrizes de prevenção e controle de infecção. Sistema de notificação e gerenciamento de eventos sentinela. Gerencia os resíduos. Gerencia riscos assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil. [...] Envolve os ciclos de prevenção, detecção e mitigação do risco, visando um sistema seguro. [...]

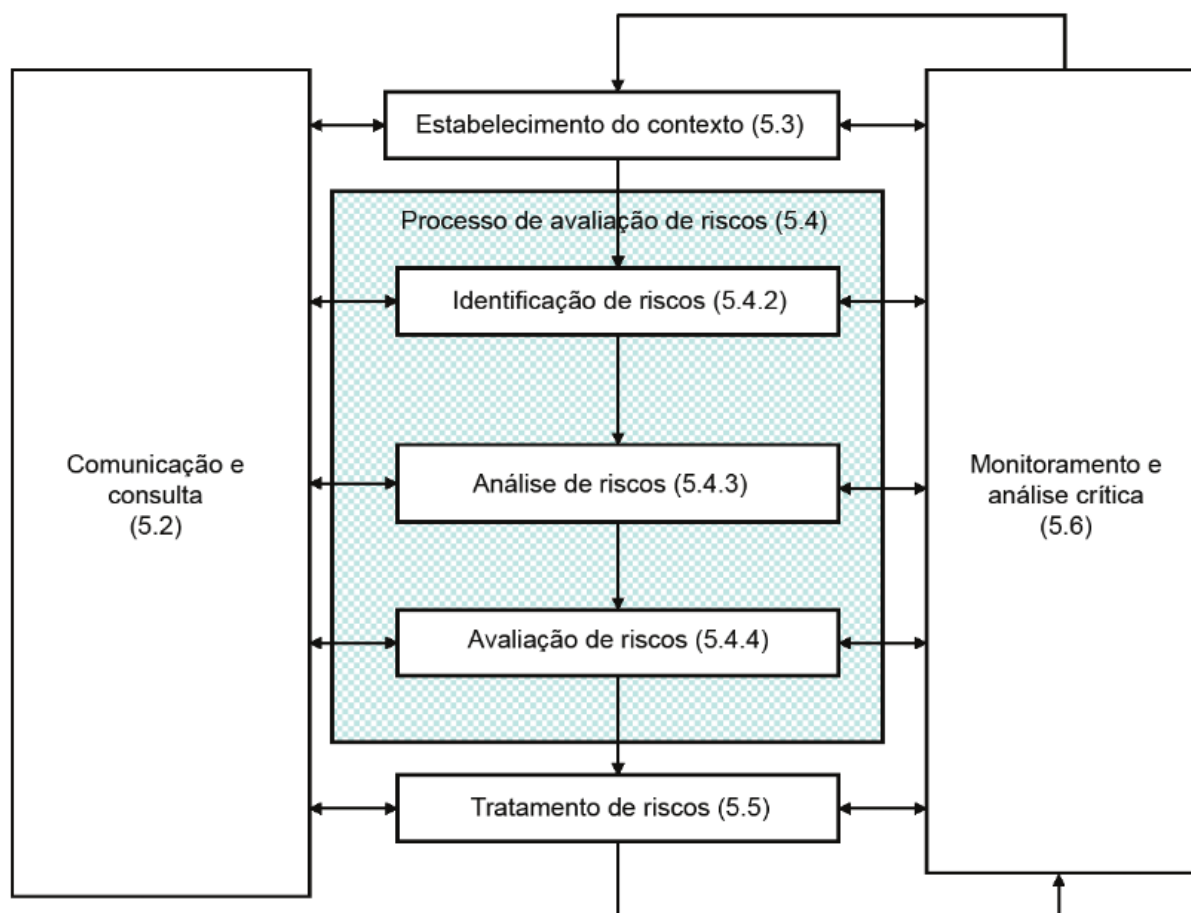
NÍVEL 2: [...] promove ações de melhoria e a minimização de riscos; evidencia o impacto e a efetividade do gerenciamento de riscos. [...]

As duas normas mais atuais que tratam exclusivamente de riscos são: a AS/NZS 4360/2004 (*Australian Standard for Risk Management*), publicada em 1995 pela *Austrália Standards*; e a ISO 31000, publicada no Brasil em 2009 pela Associação Brasileira de Normas Técnicas. A AS/NZS 4360/1995 foi considerada a primeira norma do mundo de gerenciamento de riscos, sendo aprimorada ao longo dos anos até sua última edição em 2004. A estrutura dessa norma foi a base da ISO 31000/2009 (BRAGA, 2010).

1.2.3 Processo de Avaliação de Riscos

O processo de avaliação de riscos é o processo global de identificação, análise e avaliação de riscos, conforme esquematizado na Figura 3 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2009, p. 23-24):

Figura 3 – Processo de avaliação de riscos com identificação das Subseções da NBR ISO 31000:2009



Fonte: Associação Brasileira de Normas Técnicas (2009)

1.2.3.1 Identificação de Riscos

A finalidade desta etapa é gerar uma lista abrangente de riscos baseada nos eventos que podem criar, aumentar, evitar, reduzir, acelerar ou atrasar a realização dos objetivos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2009):

O Glossário e Termos Técnicos da Organização Nacional de Acreditação (2006b, p. 15, destaque nosso), classifica os riscos que são identificados nos serviços de saúde como:

RISCOS AMBIENTAIS - é a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos ao meio ambiente, decorrentes da ação de agentes físicos, químicos ou biológicos, causadores de condições ambientais potencialmente perigosas que favoreçam a persistência, disseminação e modificação destes agentes no meio ambiente.

RISCOS OCUPACIONAIS - probabilidade de agravo à saúde humana advindo de atividade laboral (ou relacionados ao trajeto), tanto sendo de origem, biológica, química, física, ergonômica, como de condição ou ato inseguro.

RISCOS RELACIONADOS À BIOSSEGURANÇA - probabilidade de agravo à saúde humana advindo das atividades com biotecnologia.

RISCOS RELACIONADOS À INFECÇÕES - probabilidade de adquirir infecção a partir de exposição a agentes biológicos.

RISCOS RELACIONADOS À RESPONSABILIDADE CIVIL - probabilidade de ato ilícito ou omissão causar agravo a terceiros e/ou suas propriedades que, estabelecido culpa (tendo sentido amplo, desde culpa stricto sensu até dolo) dano e nexa causal, se traduz na obrigação de reparação indenizatória. Porém esta é uma condição ainda polêmica.

RISCOS SANITÁRIOS - propriedade que tem uma atividade, serviço ou substância, de produzir efeitos nocivos ou prejudiciais na saúde humana.

Feldman (2008) acrescenta os **RISCOS ASSISTENCIAIS**, que são os riscos decorrentes das atividades relacionadas à assistência à saúde prestada aos pacientes pela Organização Prestadora de Serviços de Saúde. Segundo ela, estes riscos podem estar relacionados aos equipamentos médico-hospitalares, aos produtos utilizados ou a prestação dos serviços em si.

Já o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (2007) classifica os riscos de acordo com a origem dos eventos, conforme Quadro 1:

Quadro 1 - Classificação de gravidade de risco com base na origem dos eventos

GRAVIDADE	
EXTERNO	INTERNO
Macroeconômico	Financeiro
Ambiental	Ambiental
Social	Social
Tecnológico	Tecnológico
Legal	Conformidade

Fonte: Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (2007)

Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (2009, p. 16), “[...] antes de iniciar a concepção e a implementação da estrutura para gerenciar riscos, é

importante avaliar e compreender os contextos externo e interno da organização, uma vez que estes podem influenciar significativamente a concepção da estrutura”.

Convém que na etapa de identificação de riscos a organização identifique as fontes de risco, áreas de impactos, eventos (incluindo mudanças nas circunstâncias) e suas causas e consequências potenciais. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2009).

1.2.3.2 *Análise de Riscos*

A finalidade desta etapa é determinar o nível de risco, mediante a combinação das consequências e a probabilidade expressa de modo a desenvolver a compreensão dos riscos e do tipo de risco, as informações disponíveis, e a finalidade para a qual a saída da avaliação de riscos será utilizada (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2009).

A análise qualitativa de riscos pode ser gerada através de uma matriz, em que o nível de risco é definido pela composição das variáveis frequência (probabilidade) e severidade (impacto), associadas aos eventos de perda (fatores de risco) inerentes ao processo avaliado (MARSHALL, 2002; CROUHY; GALAI; MARK, 2004 apud DE PAULO et al., 2007).

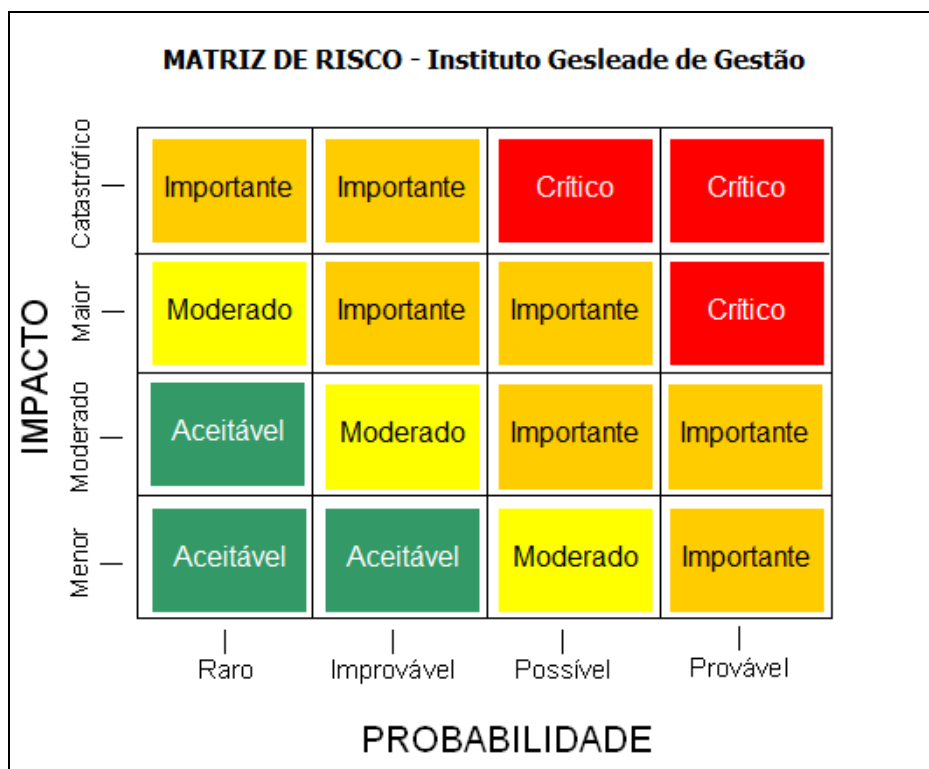
A Tabela 1 e a Figura 4 apresentam matrizes de riscos propostas por Florence e Calil (2005) e Instituto Gesleade de Gestão (2012), respectivamente:

Tabela 1 – Matriz de risco com base na frequência e gravidade

FREQUÊNCIA	GRAVIDADE			
	Catastrófica (peso=4)	Crítica (peso=3)	Marginal (peso=2)	Desprezível (peso=1)
Frequente (peso=4)	16	12	8	4
Ocasional (peso=3)	12	9	6	3
Raro (peso=2)	8	6	4	2
Remoto (peso=1)	4	3	2	1

Fonte: Florence e Calil (2005)

Figura 4 – Matriz de risco com base no impacto e na probabilidade



Fonte: Instituto Gesleade de Gestão (2012)

Os quadros de 2 a 4 apresentam alguns modelos de análise de riscos propostos pelos autores: De Paulo et al (2007); Florence e Calil (2005); Feldman (2008); *Government of Western Australia* (2005).

Quadro 2 – Classificação de freqüência de risco

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	PESO
Raríssimo	Menos de uma vez por ano	1
Raro	Uma vez por ano	2
Eventual	Uma vez por semestre	3
Frequente	Uma vez por semana	4
Muito Frequente	Mais de uma vez por semana	5

Fonte: De Paulo et al (2007)

"A incidência de equívocos e erros na assistência à saúde é muitíssimo maior do que em muitos outros setores, em parte porque nela a mensuração é algo muito recente" (PORTER; TEISBERG, 2007, p. 106).

"A amostragem é essencial para se enfrentar riscos. Constantemente, usamos amostras do presente e do passado para adivinhar o futuro" (BERNSTEIN, 1996, p. 73).

Quadro 3 – Escala de probabilidade de risco

ESCALA	DESCRIÇÃO
1	Remoto: Provavelmente não vai acontecer (pode acontecer alguma vez num prazo de 5 a 30 anos).
2	Incomum: Possivelmente vai ocorrer (pode acontecer alguma vez num prazo de 2 a 5 anos).
3	Ocasional: Provavelmente vai ocorrer (pode acontecer muitas vezes em 1 ou 2 anos).
4	Frequente: Provavelmente vai ocorrer imediatamente ou dentro de um curto período (pode acontecer muitas vezes em 1 ano).

Fonte: Feldman (2008)

"O sentimento rege a medição. [...] E isso é positivo. Se todos avaliassem cada risco exatamente da mesma forma, muitas oportunidades arriscadas seriam perdidas" (BERNSTEIN, 1996, p. 104).

Quadro 4 – Categorias de risco por probabilidade

PROBABILIDADE	CATEGORIA	NÍVEL ESPERADO OU FREQUÊNCIA REAL
1	Raro	Uma vez em mais de 10 anos
2	Improvável	Pelo menos uma vez em 5 a 10 anos
3	Possível	Pelo menos uma vez em 3 a 5 anos
4	Provável	Pelo menos uma vez em 1 a 3 anos
5	Quase Certo	Mais de uma vez por ano

Fonte: Government of Western Australia (2005)

Em síntese, a análise de riscos deve desenvolver a compreensão dos riscos como um todo, fornecendo uma entrada para a avaliação de riscos e para as decisões sobre a necessidade dos riscos serem tratados, e sobre as estratégias e métodos mais adequados de tratamento de riscos, sempre levando em consideração os controles existentes e sua eficácia e eficiência (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2009).

1.2.3.3 Avaliação de Riscos

A finalidade da avaliação de riscos é “auxiliar na tomada de decisões com base nos resultados da análise de riscos, sobre quais riscos necessitam de tratamento e a prioridade para a implementação do tratamento” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2009, p. 24).

A Norma Australiana AS/NZS 4360:2004, sugere que para avaliar riscos deve haver comparação dos níveis de risco estimados na análise de riscos com os critérios estabelecidos previamente, considerando o balanço entre os benefícios potenciais e os resultados adversos (CENTRO DA QUALIDADE, SEGURANÇA E PRODUTIVIDADE PARA O BRASIL E AMÉRICA LATINA, 2004).

Ainda no tocante a comparação de níveis de riscos, a NBR ISO 31000/2009 apresenta a questão do contexto e da necessidade de tratamento como algo que deve ser considerado (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2009, p. 24):

[...] A avaliação de riscos envolve comparar o nível de risco encontrado durante o processo de análise com os critérios de risco estabelecidos quando o contexto foi considerado. Com base nesta comparação, a necessidade do tratamento pode ser considerada. [...]

1.3 Gestão de Riscos como Programa de Qualidade e Segurança de Serviços de Saúde

Quando investidores compram ações, cirurgiões realizam operações, engenheiros projetam pontes, empresários abrem negócios e políticos concorrem a cargos eletivos, o risco é um parceiro inevitável. Contudo, suas ações revelam que o risco não precisa ser hoje tão temido: administrá-lo tornou-se sinônimo de desafio e oportunidade (BERNSTEIN, 1996).

Para Baraldi (2005), o gerenciamento de riscos empresariais são os conhecimentos, os métodos, as técnicas, os processos organizados sistemicamente com suas ações práticas melhoradas continuamente para reduzir os prejuízos e aumentar os benefícios na concretização dos objetivos e metas estratégicos.

O processo de gerenciamento de riscos e de suas causas e consequências e da percepção das oportunidades pode ser resumido como: identificar, quantificar, selecionar, decidir (administrar, evitar ou transferir), informar e comunicar, acompanhar e aperfeiçoar de forma completa, exata, atualizada, oportuna e aprovada. Alguns riscos e suas respectivas causas

e consequências podem interagir entre si, potencializando ou reduzindo seus efeitos na consecução dos objetivos. Mapear essas situações é uma das funções eficientes de gerenciamento de riscos. (BARALDI, 2005, p. 7).

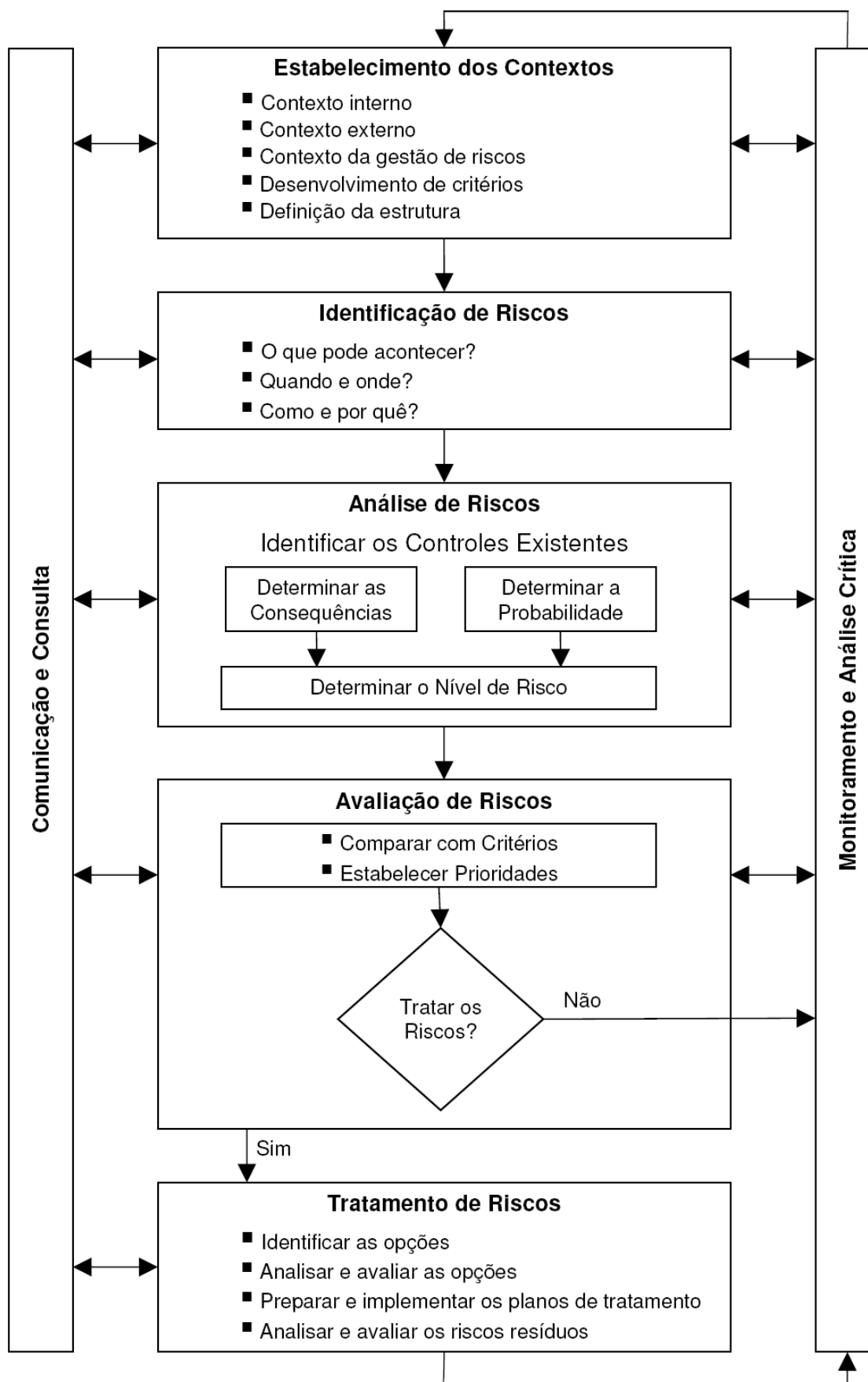
No mesmo sentido, Bernstein (1996) apresenta a administração de risco possibilitando uma ampla gama de tomada de decisões:

A capacidade de definir o que poderá acontecer no futuro e de optar entre várias alternativas é central às sociedades contemporâneas. A administração do risco nos guia por uma ampla gama de tomada de decisões, da alocação da riqueza à salvaguardar da saúde pública, da condução da guerra ao planejamento familiar, do pagamento de prêmios de seguros ao uso do cinto de segurança, da plantação de milho à venda de flocos de milho. (BERNSTEIN, 1996, p. 2).

1.3.1 Principais Elementos do Processo de Gestão de Riscos

Os principais elementos do processo de gestão de riscos está descrito na Subseção 2.2 da Norma Australiana AS/NZS 4360:2004 (CENTRO DA QUALIDADE, SEGURANÇA E PRODUTIVIDADE PARA O BRASIL E AMÉRICA LATINA, 2004, p.12-17, destaque nosso) e estão esquematizados de acordo com a Figura 5:

Figura 5 – Processo de gestão de riscos - detalhamento



COMUNICAÇÃO E CONSULTA

Comunicar e consultar as partes envolvidas internas e externas, conforme apropriado, em cada etapa do processo de gestão de riscos e em relação ao processo como um todo.

ESTABELECIMENTO DOS CONTEXTOS

Estabelecer os contextos externo, interno e da gestão de riscos nos quais se desenvolverá o restante do processo. Devem ser estabelecidos os critérios em relação aos quais os riscos serão avaliados e deve ser definida a estrutura da análise.

IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS

Identificar onde, quando por que e como os eventos podem impedir, atrapalhar, atrasar ou melhorar a consecução dos objetivos.

ANÁLISE DE RISCOS

Identificar e avaliar os controles existentes. Determinar as consequências e a probabilidade e, por conseguinte, o nível de risco. Tal análise deve considerar as diversas consequências potenciais e como elas podem ocorrer.

AValiação DE RISCOS

Comparar os níveis de risco estimados com os critérios estabelecidos previamente e considerar o balanço entre os benefícios potenciais e os resultados adversos. Isso possibilita que sejam tomadas decisões quanto à extensão e à natureza dos tratamentos necessários e quanto às prioridades.

TRATAMENTO DE RISCOS

Desenvolver e implementar estratégias e planos de ação específicos e econômicos, para aumentar os benefícios potenciais e reduzir os custos potenciais.

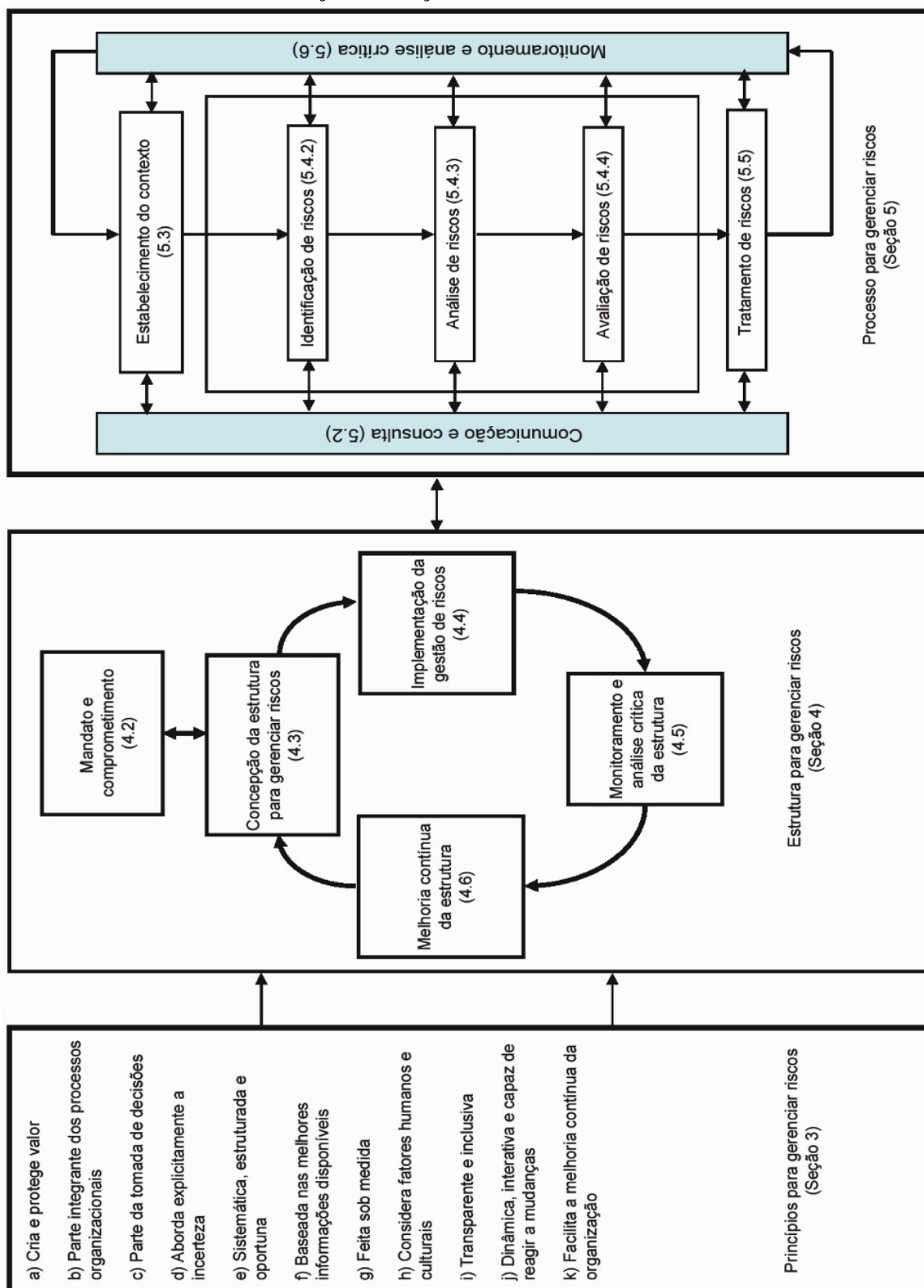
MONITORAMENTO E ANÁLISE CRÍTICA

é necessário monitorar a eficácia de todas as etapas do processo de gestão de riscos. Isso é importante para a melhoria contínua.

Os riscos e a eficácia das medidas de tratamento devem ser monitorados para garantir que mudanças nas circunstâncias não alterem as prioridades.

O relacionamento entre os princípios para gerenciar riscos, a estrutura na qual ocorre e o processo de gestão de riscos descritos na NBR ISO 31000/2009 podem ser observados na Figura 6 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2009, p. 6):

Figura 6 – Relacionamentos entre os princípios da gestão de riscos, estrutura e processo com identificação das Seções da NBR ISO 31000:2009



Fonte: Associação Brasileira de Normas Técnicas (2009)

De forma geral, o processo de gestão de riscos envolve a “aplicação 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” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2009, p. 9)

As aplicações sistemáticas que possuem componentes de gestão de riscos estão atualmente em muitas organizações, as quais já adotaram um processo formal para determinados tipos de risco ou circunstâncias. Nesses casos, uma organização pode decidir conduzir uma análise crítica de suas práticas e processos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2009).

Nesse sentido, o projeto de pesquisa tem por objetivo descrever a gestão de riscos adotada nos hospitais militares do Exército Brasileiro no nordeste do Brasil.

Das dimensões estudadas que determinam o nível de risco institucional (probabilidade e impacto), o objetivo deste trabalho ficou restrito à dimensão do risco voltada para probabilidade, não sendo alvo de estudo a dimensão impacto (gravidade ou severidade), como apresentada por alguns autores.

Para isso, pretende-se apresentar uma matriz de indicadores de probabilidade de riscos, permitindo a esses hospitais uma visão sistêmica do gerenciamento de riscos e, em consequência, contribuir para a qualidade da assistência à saúde nas instituições pesquisadas.



JUSTIFICATIVA

2_JUSTIFICATIVA

Por ser um estudo amplo, o tema foi delimitado aos hospitais militares pertencentes ao Exército Brasileiro no Nordeste do Brasil. Atualmente são cinco hospitais: Hospital Militar de Área do Recife, Hospital Geral de Salvador, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital de Guarnição de João Pessoa e Hospital de Guarnição de Natal, os quais serão melhor detalhados no tópico 5.1 Cenário do Estudo.

A ausência de estudos deste tipo voltados para os hospitais militares do Exército; a possibilidade do tema gestão de riscos ser melhor clarificado, possibilitando uma maior segurança, prioritariamente para os usuários assistidos; a possibilidade dos hospitais militares do Exército alavancarem seus processos de gestão, aumentando sua segurança e qualidade da assistência; e as iniciativas surgidas na última década sobre o tema (Norma Australiana AS/NZS 4360:2004 e ISO 31000/2009) justificam a realização desta pesquisa, evidenciando a importância do tema e a sua viabilidade de estudos para o momento atual.



PERTUNTA CONDUTORA

3 PERGUNTA CONDUTORA

Este trabalho não tem como objetivo gerenciar nem apresentar modelos e/ou métodos, mas descrever a gestão de riscos adotada nos hospitais do Exército Brasileiro do nordeste do Brasil, por meio de indicadores de probabilidade de riscos dispostos em uma matriz que permita priorizar os principais aspectos para tomada de decisão. Diante disso, a fim de facilitar os trabalhos e dar foco a esse estudo, adotou-se a seguinte pergunta condutora:

Como está implantada a gestão de riscos nos hospitais do Exército Brasileiro no nordeste do Brasil?



OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Descrever a gestão de riscos adotada nos hospitais militares do Exército Brasileiro no nordeste do Brasil.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Levantar as principais normas de controle de riscos com base em hospitais de referência;
- b) Elaborar quadros que agrupam as normas de controle de riscos por unidade pesquisada e identificam sua criticidade por pesos;
- c) Descrever os critérios adotados para determinação do nível de risco nos hospitais militares pesquisados;
- d) Elaborar uma matriz de indicadores de probabilidade de riscos dos hospitais militares pesquisados.



PROCEDIMIENTOS
METODOLÓGICOS

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Cenário do Estudo

A história do Serviço de Saúde Militar começou com Afonso Henriques e a fundação da nossa nacionalidade, com as lutas e os vários combates que sucederam. O Serviço de Saúde Militar era entendido apenas como a existência de feridos de guerra e de alguém que os tratou, sem qualquer esboço de serviço organizado (REIS, 2006).

Ainda sem Serviço de Saúde organizado, físicos e cirurgiões foram sempre fazendo o possível para prestarem o melhor socorro que podiam aos feridos de guerra, o que implicava em algumas situações a imobilidade das tropas. É com a guerra da Restauração em 1641 que nasceu uma organização militar regular e com ela um exército permanente que possuía cirurgiões militares profissionais (REIS, 2006).

Pelo Decreto nº 15.230 de 31/12/1921, o Serviço de Saúde do Exército foi regulamentado (BRASIL, 2011a). Desde sua regulamentação, o Serviço de Saúde do Exército Brasileiro tem como objetivo manter a higidez dos efetivos militares e de melhorar o estado de saúde do combatente, além de assegurar o acesso e a humanização do atendimento da saúde (assistência médico-odontológica) mediante a expansão do apoio de saúde à família militar e às populações carentes do nosso país (BRASIL, 2011b).

Pode-se observar no mapa, constante da Figura 7, como está distribuído o Serviço de Saúde do Exército Brasileiro atualmente e como estão estruturados os diversos níveis de complexidade: Organizações Militares de Saúde Especiais, Hospital Central do Exército, Hospitais Militares de Área, Hospitais de Guarnição (Tipo I, II, III e IV), Hospitais Gerais, Policlínicas Militares e Postos Médicos de Guarnição (Tipo I, II, III e IV). Possui subordinação administrativa à Região Militar da sua localidade (da 1ª a 12ª Região Militar) e subordinação técnica à Diretoria de Saúde do Exército.

Figura 7 – Distribuição Nacional das Organizações Militares de Saúde



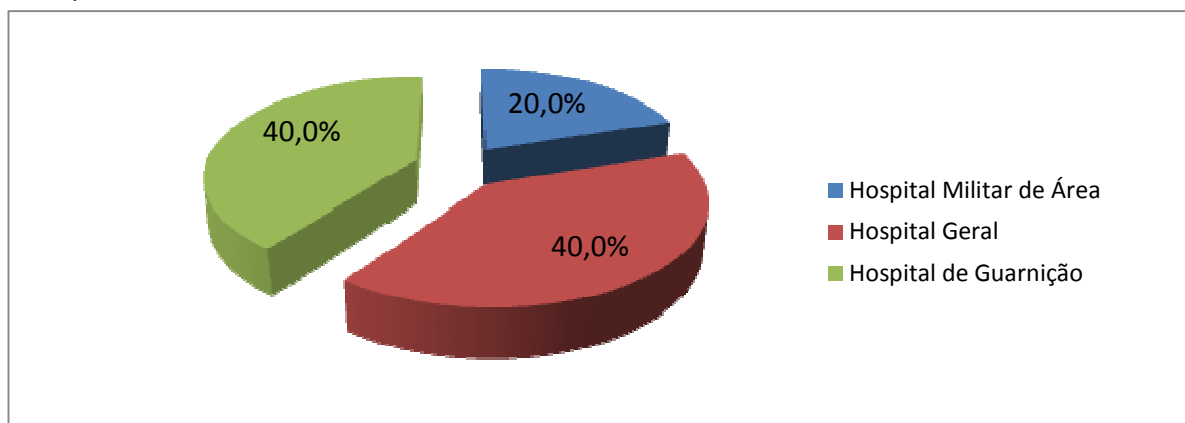
Fonte: BRASIL, 2012a

A Diretoria de Saúde é o Órgão de Apoio Setorial, Técnico-Normativo, integrante do Departamento-Geral do Pessoal (DGP), incumbido do planejamento, coordenação, controle, supervisão e avaliação das atividades relativas à saúde, no âmbito do Exército Brasileiro (BRASIL, 2012a).

O cenário institucional da pesquisa são os hospitais do Serviço de Saúde do Exército Brasileiro lotados no nordeste do Brasil: Hospital Militar de Área do Recife, Hospital Geral de Salvador, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital de Guarnição de João Pessoa e Hospital de Guarnição de Natal, de três níveis de complexidade, conforme Gráfico 1. A denominação utilizada para estes hospitais foi 'H1, H2, H3, H4

e H5', nomenclatura obtida de forma aleatória por meio de sorteio, a fim de preservar suas identificações por ocasião da apresentação dos resultados.

Gráfico 1 – Distribuição dos hospitais do exército localizados no nordeste do Brasil por nível de complexidade, 2012.



Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

Dentro dos hospitais militares pesquisados, delimitou-se a pesquisa aos processos de Internação, Tratamento Intensivo, Assistência Cirúrgica, Assistência Farmacêutica e Assistência Nutricional, onde cada processo foi considerado como uma Unidade de Pesquisa (UP).

As Unidades de Pesquisas (UP) selecionadas basearam-se na Seção 2 (MA 2 – Atenção ao Paciente/Cliente) do Manual Brasileiro de Acreditação, Versão 2010, com foco multiprofissional e intra-hospitalar (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2010, destaque nosso):

MA 2 - ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE - Esta seção agrupa atividades e serviços que se relacionam aos processos de atenção e cuidados aos pacientes/clientes, com características de contato direto com o usuário, processo ou serviço médico assistencial desenvolvido, equipe interdisciplinar envolvida, conjunto de insumos e espaço(s) institucional específico(s) a seus respectivos processos. [...]

MA 2/2 - Internação

Processos voltados para a prestação de atendimento a pacientes que necessitem de assistência com permanência na instituição ou no domicílio, programada ou não, sistematizados de acordo com o grau de complexidade e especialização da organização. [...]

MA 2/5 - Atendimento Cirúrgico

Processos voltados para o desenvolvimento de atividades cirúrgicas, sistematizados de acordo como o grau de complexidade e especialização a organização. [...]

MA 2/8 - Tratamento Intensivo

Processos destinados à estabilização de pacientes com possibilidade de recuperação, que requerem serviços de assistência multidisciplinar nas 24 horas, sistematizados de acordo com o grau de complexidade e especialização da organização. [...]

MA 2/18 - Assistência Farmacêutica

Atividades voltadas para o abastecimento de medicamentos, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informações sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde e do paciente para assegurar o uso racional de medicamentos. [...]

MA 2/19 - Assistência Nutricional

Atividades voltadas para atender as necessidades nutricionais específicas dos pacientes permitindo criar oferta de produtos ou programas para assegurar a promoção, prevenção e recuperação nutricional. Esta subseção abrange também procedimentos relacionados ao banco de leite e lactário. [...]

5.2 Tipo de Estudo e Abordagem

Este estudo é uma pesquisa descritiva com tipo de amostragem por conveniência e possui foco exclusivamente quantitativo. O entendimento dos riscos bem como das suas normas de controle (barreiras) ficou a cargo dos especialistas questionados (1ª Etapa) e entrevistados (2ª Etapa), cujas respostas serão consideradas verossímeis, não sendo confrontadas na pesquisa em nenhum momento com a realidade praticada, seja por meio de observação ou por diagnóstico organizacional. Tendo em vista a sua abrangência e o seu foco, não foram abordados nem definidos neste trabalho os Riscos (R) identificados nem as Normas de Controle – Barreiras (NC) de cada risco. O objetivo foi a conversão das respostas em Indicadores de Probabilidade Riscos (IPR) que serão melhor detalhadas nos tópicos: 5.8 Determinação do Indicador de Probabilidade de Risco e 5.9 Análise de Dados.

5.3 Etapas da Pesquisa

A pesquisa contou com duas etapas: A 1ª Etapa, realizada nos hospitais referência do nordeste, teve como objetivo preparar o instrumento de pesquisa; e a 2ª Etapa, realizada nos hospitais militares do nordeste, teve como objetivo aplicar o instrumento de pesquisa que foi consolidado a partir dos dados obtidos na 1ª Etapa.

5.4 Sujeitos da Pesquisa

A escolha dos sujeitos foi de forma intencional, procurando envolver os principais atores responsáveis pelas unidades de estudo, os informantes-chaves sobre a gestão de riscos de cada Unidade estudada, buscando o entendimento sobre o cumprimento das Normas de Controle – Barreiras aplicadas à gestão de riscos na sua Unidade.

Para preparação do Instrumento de Pesquisa (1ª Etapa) todos os hospitais do nordeste certificados pela Organização Nacional de Acreditação, em qualquer nível de certificação, foram convidados para participar, conforme Quadro 1. Entre os sujeitos deste hospitais, havia especialistas das unidades pesquisadas, gerentes de riscos e coordenadores de escritórios da qualidade.

Quadro 5 – Hospitais acreditados pela Organização Nacional de Acreditação no nordeste

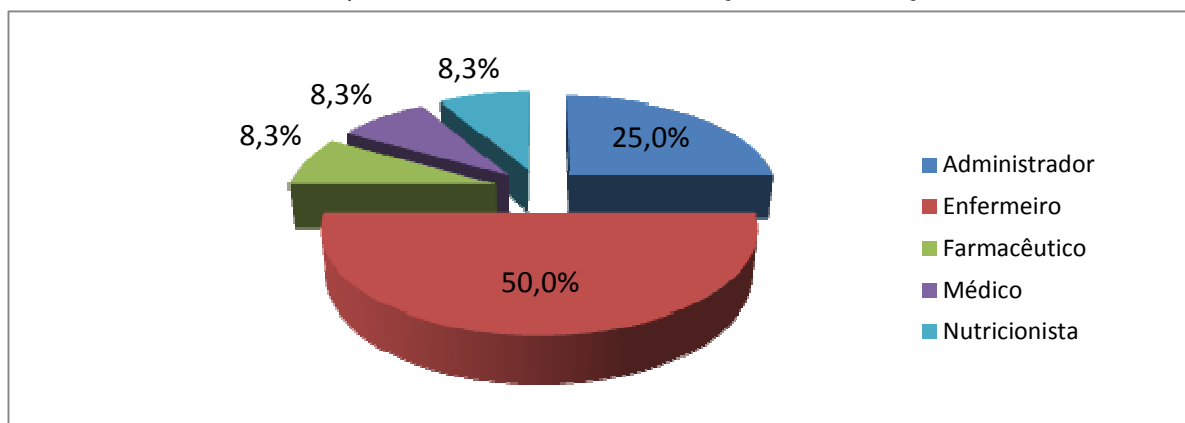
Nome	Cidade/UF	Qualificação	Validade
Santa Casa de Misericórdia de Maceió	MACEIÓ/AL	Acreditado	23/12/2011
Hospital Jorge Valente	SALVADOR/BA	Acreditado com Excelência	07/12/2012
Hospital São Rafael	SALVADOR/BA	Acreditado Pleno	07/12/2012
Hospital Português - Real Sociedade Portuguesa de Beneficência Dezesesseis de Setembro	SALVADOR/BA	Acreditado	07/12/2011
Hospital do Câncer do Ceará	FORTALEZA/CE	Acreditado	07/12/2012
Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara	FORTALEZA/CE	Acreditado Pleno	23/11/2012
Hospital Regional Unimed Fortaleza	FORTALEZA/CE	Acreditado com Excelência	23/12/2012
Hospital São Domingos	SÃO LUIS/MA	Acreditado	23/11/2012
Hospital Unimed João Pessoa	JOÃO PESSOA/PB	Acreditado	21/12/2012
Hospital Esperança	RECIFE/PE	Acreditado Pleno	08/12/2012
Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco	RECIFE/PE	Acreditado	08/04/2012
Hospital Unimed Natal	NATAL/RN	Acreditado	09/08/2012
Hospital São Lucas	ARACAJÚ/SE	Acreditado com Excelência	10/02/2014

Fonte: Organização Nacional de Acreditação, 2011

Nesta fase, levantou-se os riscos considerados mais importantes e as normas de controle (barreiras) estabelecidas nos hospitais para evitar a ocorrência de eventos que comprometam a segurança dos pacientes, da equipe envolvida e da instituição. A tabulação e consolidação dos achados da 1ª Etapa envolveu 12 sujeitos com formação multiprofissional (Gráfico 2). Dentre esses sujeitos, tinha os especialistas de cada unidade pesquisada, os responsáveis pelo Controle de Infecção Hospitalar, os gerentes de riscos e coordenadores de escritórios da

qualidade. O critério de seleção do hospital referência foi sua proximidade da sede de pesquisa do pesquisador principal, Recife.

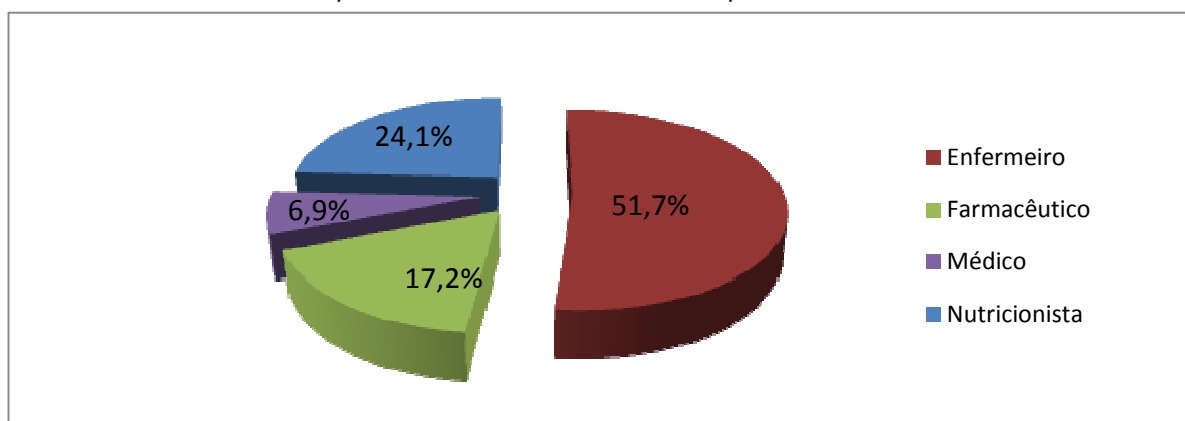
Gráfico 2 – Especialistas envolvidos na tabulação e consolidação do IP2



Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

O Instrumento de Pesquisa tabulado e consolidado (IP2) foi aplicado em 29 especialistas das diversas unidades de pesquisa dos hospitais militares (Gráfico 3). Em cada hospital militar, foi selecionado previamente um coordenador como representante para facilitar os trabalhos do pesquisador principal nos diversos hospitais. O critério adotado para ser o coordenador responsável pela equipe que foi entrevistada no hospital, foi a formação em enfermagem e já possuir atribuições de liderança na condução dos trabalhos das respectivas equipes. Vale lembrar que todas as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador principal deste estudo, cabendo aos coordenadores de cada hospital militar a responsabilidade pela ligação com os especialistas.

Gráfico 3 – Especialistas entrevistados nos hospitais militares do nordeste



Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

5.5 Definição das Variáveis

As variáveis do estudo foram definidas conforme apresentadas abaixo:

5.5.1 Dependente: Indicador de Probabilidade de Riscos (IPR)

5.5.2 Independentes: Normas de Controle – Barreiras de Riscos (NC)

5.6 Critérios da Pesquisa

Os critérios adotados na pesquisa foram os seguintes:

5.6.1 Critérios de Inclusão:

Foram definidos como critérios de inclusão:

a) Para os hospitais referências:

- Ser certificado pela Organização Nacional de Acreditação;
- Estar localizado no nordeste do Brasil;

b) Para os hospitais pesquisados:

- Ser hospital militar do Exército Brasileiro;
- Estar localizado no nordeste do Brasil.

c) Para as unidades de pesquisa:

- Sejam consideradas de alto risco para os pacientes;
- Estejam envolvidas com pacientes que possuam Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e/ou realizem dispensação de medicação ou dietas.

d) Para os riscos:

- Riscos que envolvam diretamente os pacientes;
- Riscos assistenciais, sanitários e de infecção.

5.6.2 Critérios de Exclusão

Foram definidos como critérios de exclusão:

a) Para os hospitais referências:

- Não possuir certificação da Organização Nacional de Acreditação;
- Não estar localizado no nordeste do Brasil.

b) Para os hospitais pesquisados:

- Ser hospital militar de outras Forças Armadas e Auxiliares;
- Ser hospital não militar;
- Não estar localizado no nordeste do Brasil;

c) Para as unidades de pesquisa:

- Sejam consideradas de baixo risco para os pacientes;
- Não estejam envolvidas com pacientes que possuam Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e/ou realizem dispensação de medicação ou dietas.

d) Para os riscos:

- Riscos financeiros, de responsabilidades civis, ambientais, ocupacionais (acidentes, ergonômicos e outros) e de biossegurança.

5.7 Coleta de Dados, Técnica e Instrumentos de Pesquisa

Na coleta dos dados da 1ª Etapa a técnica utilizada foi o questionário estruturado com perguntas abertas, enviado por meio eletrônico (E-mail) e por meio postal (Correios). Segundo Roesch (1996), a escolha cuidadosa de um ou outro método de abordagem dos respondentes do questionário busca aumentar a taxa de respostas, principalmente “[...] o envio de carta ao respondente solicitando sua participação, a explicação sobre o método de amostragem utilizado e como o respondente foi escolhido” (ROESCH, 1996, p. 134). Em acordo com a autora, elaboramos nesta pesquisa dois tutoriais constante do apêndice: o Tutorial 1 – Preparação do Instrumento de Pesquisa (Apêndice A) direcionado a orientar os

especialistas dos hospitais de referência; e o Tutorial 2 – Aplicação do Instrumento de Pesquisa (Apêndice B) direcionado aos coordenadores da pesquisa e especialistas dos hospitais militares pesquisados.

Na 2ª Etapa, a técnica utilizada foi a entrevista estruturada realizada presencialmente, pelo pesquisador principal em cada hospital militar pesquisado, e foi dirigida aos especialistas (informantes-chaves) das Unidades de Pesquisa (UP). Apesar da entrevista, segundo Roesch (1996), ter como desvantagens o seu alto custo e o tempo dispendido, “ [...] assegurar-se de que cada respondente entenda determinada questão do mesmo modo que qualquer outro respondente” (ROESCH, 1996, p. 133), foi o principal motivo da escolha da técnica que, juntamente com único entrevistador, proporcionou diminuição significativa de vieses.

Para aplicar as técnicas de coletas de dados aqui descritas, foram preparados dois instrumentos de pesquisa: o Instrumento de Pesquisa 1 (IP1) e o Instrumento de Pesquisa 2 (IP2).

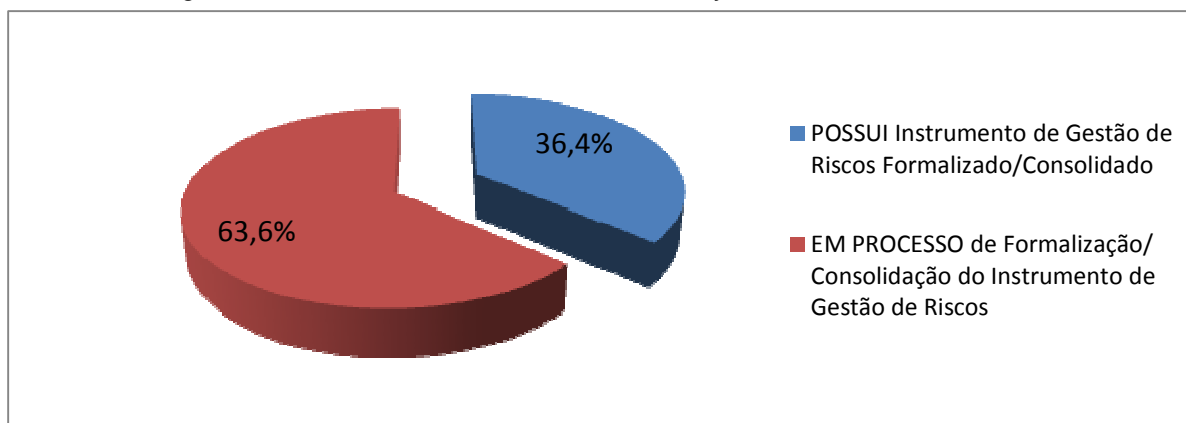
5.7.1 Instrumento de Pesquisa 1

O Instrumento de Pesquisa desta etapa, aqui chamados de IP1 (Apêndice D), foi enviado para os 13 hospitais referência por e-mail e também via carta registrada pelos Correios. Dado um período aproximado de dois meses para o retorno das respostas, com data de corte estipulada como prazo limite do recebimento das respostas. Este primeiro Instrumento de Pesquisa tinha como objetivo levantar quais as principais Normas de Controle – Barreiras são utilizadas nestes hospitais que visam evitar ou diminuir a probabilidade da ocorrência de eventos adversos. Para isto, o instrumento foi organizado de forma a responder as seguintes perguntas: (1) Relacione os principais riscos identificados na Unidade de Pesquisa; (2) Relacione as principais Normas de Controle (Barreiras) utilizadas pelo hospital que visam evitar e/ou diminuir a probabilidade de ocorrência de eventos relacionados aos riscos identificados na questão 1 e quais os seus respectivos pesos.

Após limite para recebimento das respostas, dos 13 hospitais convidados para participar desta etapa (conforme Quadro 1), 11 responderam. Do total que respondeu, 36,4% possuía instrumento de gestão de risco formalizado/consolidado e

63,6% estavam em processo de formalização/consolidação do instrumento de gestão de riscos, conforme Gráfico 4:

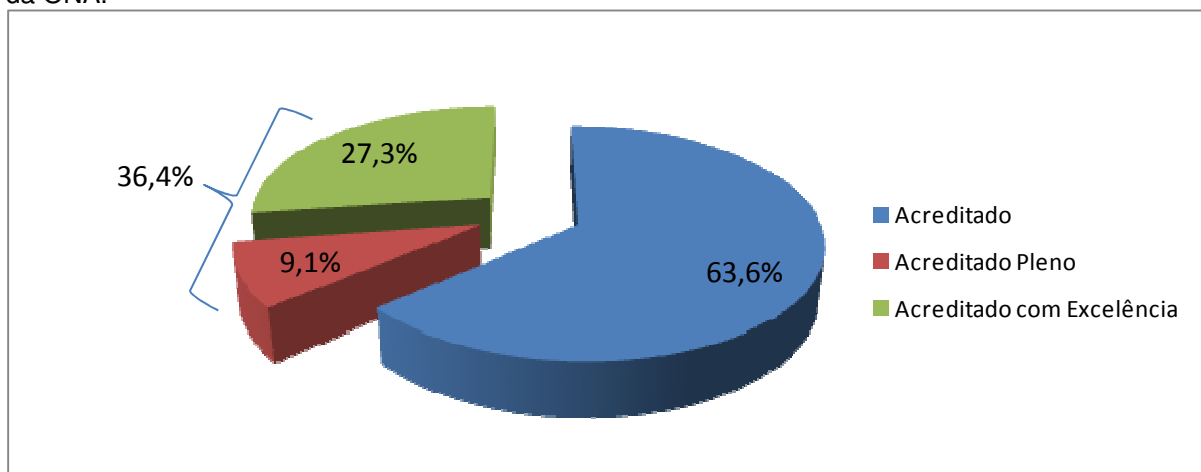
Gráfico 4 – Distribuição de hospitais referência do nordeste por formalização/consolidação do instrumento de gestão de riscos, no trimestre de nov.2011 a jan.2012.



Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

Um dado interessante encontrado por ocasião da preparação do Instrumento de Pesquisa (IP2) foi que, considerando apenas os 11 (84,6% dos 13 hospitais convidados) hospitais que responderam a pesquisa, 36,4% possuía certificação plena ou por excelência (Gráfico 5) e, desse universo, 75% não possuía instrumento de gestão de risco formalizado/consolidado. O que observa-se um desacordo com o Manual Brasileiro de Acreditação que estabelece em seu requisito do padrão: “NÍVEL 2: [...] promove ações de melhoria e a minimização de riscos; evidencia o impacto e a efetividade do gerenciamento de riscos” (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2010, p. 84).

Gráfico 5 – Distribuição de hospitais referência que responderam a pesquisa por nível de certificação da ONA.



Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

Os hospitais acreditados (nível 1), também foram convidados para participar da pesquisa, tendo em vista que além de já possuírem foco em gestão de riscos, dentre os requisitos do padrão do Manual Brasileiro de Acreditação (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2010, p. 84), possui a seguinte orientação:

NÍVEL 1: [...] cumpre as diretrizes de prevenção e controle de infecção. Sistema de notificação e gerenciamento de eventos sentinela. Gerencia os resíduos. Gerencia riscos assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil. [...] Envolve os ciclos de prevenção, detecção e mitigação do risco, visando um sistema seguro.

5.7.2 Instrumento de Pesquisa 2

Para preparação do IP2, foram recebidos 20 instrumentos de pesquisa, constando 91 riscos, com até cinco normas de controle (barreiras) para cada risco identificado.

Após o recebimento dos IP1, com a ajuda de 12 especialistas de um dos hospitais referência que participou da pesquisa, foi utilizado o método Delphi para estabelecer consenso de opiniões, a fim de tabular e consolidar os riscos identificados nas cinco categorias (Unidades de Pesquisa – UP) e chegar-se ao novo instrumento, que chamou-se de Instrumento de Pesquisa 2 (IP2) (Apêndice E).

Dalkey e Helmer (1963) definem o Delphi como o método que tem como objetivo obter o mais confiável consenso de opiniões de um grupo de especialistas, por meio de uma série de questionários intensivos, intercalados por *feedback* controlado de opiniões.

Segundo Sackman (1975), a técnica básica de apresentação e coleta dos dados é o questionário formal e estruturado para cada caso. No caso desta pesquisa, a base foram os questionários (IP1) enviados pelos hospitais referência.

Alguns autores buscaram caracterizar a ferramenta de diversas formas, a fim de compreender melhor seu funcionamento. Dalkey e Helmer (1963) apontam três características básicas do método:

- a) Questionar os especialistas individualmente repetidas vezes;
- b) Evitar confronto direto entre os especialistas; e
- c) Fornecer *feedback* controlado.

Lima, Pinsky e Ikeda (2011) apresentam o método Delphi como um dos mais relevantes métodos de predição utilizados em pesquisas nas ciências sociais aplicadas

Os principais aspectos do Delphi descritos por Loo (2002), abaixo apresentados, foram, juntamente com a apresentação de outros autores, expostos no Quadro 2 de forma a detalhar como a técnica foi utilizada na presente pesquisa:

- a) A amostra consiste em um grupo de especialistas, cuidadosamente selecionados, representando um amplo espectro de opiniões a respeito de um tópico ou questão que está sendo examinada;
- b) Os participantes, geralmente, são anônimos;
- c) O 'moderador' constrói uma série de questionários e relatórios de *feedback* estruturados para o grupo/painel, para todo o curso do Delphi;
- d) Ocorre um processo interativo, frequentemente envolvendo três ou quatro interações, ou rodadas de questionários e relatórios de *feedback*;
- e) Há um *output*, tipicamente, em formato de relatório de pesquisa com os resultados do Delphi.

Quadro 6– Principais aspectos do Delphi utilizados na tabulação/consolidação do IP2

ETAPA do Delphi	O que dizem os AUTORES	O que utilizou-se na PESQUISA
AMOSTRA	A amostra consiste em um grupo de especialistas, cuidadosamente selecionados, representando um amplo espectro de opiniões a respeito de um tópico ou questão que está sendo examinada (LOO, 2002).	A amostra foram especialistas do hospital referência participante da pesquisa mais próximo da sede do pesquisador principal.
	Objetivo obter o mais confiável consenso de opiniões de um grupo de especialistas, (DALKEU e HELMER, 1963)	
SUJEITOS	Os participantes, geralmente, são anônimos (LOO, 2002).	Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mas não foram identificados
TÉCNICA DE COLETA	O “moderador” constrói uma série de questionários e relatórios de <i>feedback</i> estruturados para o grupo/painel, para todo o curso do Delphi (LOO, 2002).	O moderador foi o pesquisador principal e autor desta pesquisa e os questionários – IP1 – foram estruturados em tabela com colunas relacionadas a cada norma de controle/barreira respondida pelos hospitais referência.
	A técnica básica de apresentação e coleta dos dados é o questionário formal e estruturado para cada caso (SACKMAN, 1975)	
	Por meio de uma série de questionários intensivos (DALKEU e HELMER, 1963)	
INTERAÇÃO DO PROCESSO	Ocorre um processo iterativo, freqüentemente envolvendo três ou quatro interações, ou rodadas de questionários e relatórios de <i>feedback</i> (LOO, 2002).	Em vários momentos precisou-se interagir com outros profissionais da administração e/ou responsável pelo Controle de Infecção Hospitalar – CCCIH e estabeleceu-se vinculações em todo o instrumento proposto.
	Questionamentos intercalados por <i>feedback</i> controlado de opiniões (DALKEU e HELMER, 1963)	
RESULTADO	Há um <i>output</i> , tipicamente, em formato de relatório de pesquisa com os resultados do Delphi (LOO, 2002).	Condensou-se em novos instrumentos – IP2 com o resultado dos diversos consensos

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

Durante a aplicação do método Delphi, algumas regras foram previamente estabelecidas com os especialistas, a fim de ter coerência global e chegar-se a um documento com linguagem uniforme. Dentre essas regras, foram excluídas todas as normas de controle – barreiras (NC) que possuíam caráter genérico do tipo: segundo protocolo (qual?), boas práticas (quais?), classificação do risco (qual?), vigilância constante (de que tipo?), cumprimento de prescrição (como?), sempre que necessária (que momento?), correta (qual é?).

Para as normas de controle repetidas, escreveu-se uma única vez, distribuindo os pesos dados pelos diversos hospitais, tendo como resultado a média aritmética. Para as normas não repetidas foram analisadas pelos especialistas, de forma a validá-la ou eliminá-la da nova lista proposta, pontuando o peso apenas no

hospital que a relacionou, o que diminuiria o peso do seu resultado, conforme Tabela 2 abaixo:

Tabela 2 – Dados fictícios do IP1 tabulados e consolidados no IP2

NORMAS DE CONTROLE (NC)	HOSPITAIS REFERÊNCIA (Pesos dos IP1)				MÉDIA (IP2)
	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	
NC 1	2,00	-	2,00	3,00	1,75
NC 2	3,00	5,00	2,00	3,00	3,25
NC 3	3,00	3,00	2,00	-	2,00
NC 4	2,00	2,00	1,00	4,00	2,25
NC 5	-	-	3,00	-	0,75
TOTAL	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00

Fonte: Elaborada pelo autor da pesquisa

A diferenciação entre os dois Instrumentos de Pesquisa (IP1 e IP2) é importante, pois com o IP1 buscou-se identificar os Riscos (R) e levantar as principais Normas de Controle – Barreiras (NC) necessárias para diminuir e/ou evitar a ocorrência de eventos. O principal objetivo do IP1 foi preparar o IP2, o qual foi utilizado nas entrevistas dirigidas aos informantes-chaves dos hospitais militares, campo da pesquisa propriamente dito. A partir da 2ª Etapa, a metodologia tratar-se-á dos aspectos envolvidos na condução da aplicação dos Instrumentos (IP2) bem como os critérios da condução das entrevistas bem como de sua tabulação e análise. As principais diferenças das etapas e dos instrumentos estão esquematizadas no Quadro 7.

Quadro 7 – Etapas da Pesquisa, objetivo, sujeito e técnicas da pesquisa

ETAPA DA PESQUISA	OBJETIVO	INSTITUIÇÃO PESQUISADA	SUJEITOS ou RESPONSÁVEIS	TÉCNICA	SISTEMA UTILIZADO
1ª ETAPA	Preparar o Instrumento de Pesquisa (IP2)	Hospitais Referência do Nordeste	Especialistas das Unidades	Questionário Estruturado	Microsoft Excel
Tabulação do IP1	Consolidar o Instrumento de Pesquisa (IP2) com os diversos (IP1) recebidos	Hospital Referência próximo de Recife		Análise Delphi	Microsoft Excel
2ª ETAPA	Aplicar o Instrumento de Pesquisa (IP2)	Hospitais Militares do Nordeste	Autor da Pesquisa	Entrevista Estruturada	SisGQ-Gesleade
Tabulação do IP2	Determinar o Indicador de Probabilidade de Riscos (IPR)			Média Ponderada	SisGQ-Gesleade e Excel
Resultados	Gerar Matriz de Indicadores de Probabilidade de Riscos			Medidas de Frequência	

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

5.8 Determinação do Indicador de Probabilidade de Riscos (IPR)

O Indicador de Probabilidade de Riscos (IPR) foi determinado com base na situação atual das Normas de Controle – Barreiras (NC), constantes do IP2, gerados a partir das respostas dos especialistas (informantes-chaves) das Unidades de Pesquisa dos hospitais militares.

Os critérios de avaliação das Normas de Controle (NC) levaram em consideração a sua (A) Aplicação, o (B) Tipo, a (C) Abordagem e a (D) Frequência do controle, conforme Quadro 8, adaptado da Norma NBR 14971 (ABNT, 2003), Norma AS/NZS 4360 (CENTRO DA QUALIDADE, SEGURANÇA E PRODUTIVIDADE PARA O BRASIL E AMÉRICA LATINA, 2004), De Paulo et al (2007), Feldman (2008) e do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (2007).

Quadro 8 – Pontuação da Normas de Controle – Barreiras (NC)

SITUAÇÃO DAS NORMAS DE CONTROLE (NC)		PONTUAÇÃO	
A	APLICAÇÃO	Controle efetivo	-1
		Controle parcialmente efetivo	2
		Controle não efetivo	4
		Controle inexistente	9
B	TIPO	Automatizado	1
		Manual	2
C	ABORDAGEM	Preventivo	1
		Detectivo	2
D	FREQUÊNCIA	Por evento	1
		Diário	2
		Semanal	3
		Mensal	4
		Trimestral	5
		Anual ou menos	6

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

Para fins padronização de respostas, a aplicação do controle foi considerado efetivo quando o informante-chave da Unidade de Pesquisa responder 'sim' quanto à sua realização na prática, bem como respondeu que há formalização em documento normativo da instituição. Ou seja:

a) Controle efetivo: quando respondeu 'sim' para existência de prática e documento normativo formalizando a prática;

b) Controle parcialmente efetivo: quando respondeu 'sim' para prática e 'não' para ausência de formalização em documento normativo institucional;

c) Controle não efetivo: quando respondeu 'sim' para existência de documento normativo formalizando uma prática e 'não' para ausência da sua aplicação na instituição. Ou ainda, quando gerar dúvida por parte do informante-chave entrevistado.

Quanto ao tipo, a situação automatizado foi aplicada não apenas a questões que envolvam tecnologias da informação, mas também quando não houver intervenção humana rotineira para que aquela norma seja aplicada. Exemplo disso é que a existência de barras de segurança nos banheiros para evitar queda de pacientes, foi considerada automatizada, tendo em vista que não há intervenção humana rotineira para a aplicação dessa norma de controle. As demais situações foram entendidas exatamente como estão descritas na Tabela 12.

Para os itens que não se aplicavam a Unidade (UP) e/ou ao Hospital pesquisado foram preenchidos como 'Não se Aplica', não sendo contabilizada a referida Norma de Controle e/ou Risco para cômputo no resultado da ponderação. Para os itens inexistentes, foi aplicada a pontuação máxima nas situações previstas no Quadro 4 (controle inexistente = 9, manual = 2, detectivo = 2 e anual ou menos = 6, totalizando: 19).

O Indicador de Probabilidade de Riscos (IPR) foi obtido a partir do resultado da média ponderada da soma das pontuações (Sp) da (A) Aplicação, (B) Tipo, (C) Abordagem e da (D) Frequência do controle, resultado das entrevistas nos hospitais militares (2ª Etapa) em relação ao peso dado pelos especialistas dos hospitais de referência (1ª Etapa) e consolidado por meio do método Delphi para cada Norma de Controle (NC1, NC2, ... ,NCn). Para determinar o IPR foi desenvolvida a seguinte fórmula:

$$IPR = \frac{\sum ([SpNC1 \times \text{Peso NC1}] + [SpNC2 \times \text{Peso NC2}] + \dots + [SpNCn \times \text{Peso NCn}])}{\sum \text{Pesos}}$$

IPR = Indicador de Probabilidade de Riscos

NC = Norma de Controle (Barreira) de 1 a n

Sp = Soma da pontuação de Aplicação das Normas de Controle (Barreira) **NC**
(**A**) Aplicação + (**B**) Tipo + (**C**) Abordagem + (**D**) Frequência)

Peso = Peso da Norma de Controle (Barreira) **NC** de 1 a n

Σ = Somatório

A tabulação/consolidação das respostas das entrevistas tem como objetivo encontrar o Indicador da Probabilidade de Riscos (IPR) em cada hospital militar (H1, H2, H3, H4 e H5), em cada Unidade (UP - Internação; UP - Atendimento Cirúrgico; UP - Tratamento Intensivo; UP - Assistência Farmacêutica; e UP - Assistência Nutricional) e em cada Risco (R1, R2,...Rn).

O resultado numérico do IPR foi parametrizado de 1 a 4, correspondendo, respectivamente, a um risco do tipo Raro (verde), Improvável (amarela), Possível (laranja) ou Provável (vermelha), conforme Quadro 9:

Quadro 9 – Parametrização do Indicador de Probabilidade de Risco (IPR)

IPR	Pontuação Parametrizada	Classificação Parametrizada	Cor de Identificação
< 7	1	Raro	Verde
>= 7 e < 10	2	Improvável	Amarela
>= 10 e < 13	3	Possível	Laranja
>=13	4	Provável	Vermelha

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

5.9 Análise dos Dados:

Para o arranjo, análise e compreensão dos dados colhidos na pesquisa, foram utilizados, principalmente, as medidas estatísticas de *comparação de frequências* (razão, proporção, porcentagem, taxas e desvio-padrão) e de *apresentação dos dados* (série estatística, tabelas ou quadros e gráficos).

Os **dados primários** (coletados por meio da entrevista) foram analisados quantitativamente, buscando verificar o nível de gestão de risco em cada hospital, com base no Indicador de Probabilidade de Riscos (IPR). Para isso, utilizou-se aproximação decimal (uma casa após a vírgula) para as medidas de porcentagem, aproximação centesimal (duas casas após a vírgula) para os Indicadores de Probabilidade de Riscos (IPR) e numeração inteira para as demais medidas.

Por ocasião das tabulações e análises, foram utilizados dois sistemas informatizados: o Microsoft Excel 2003 e 2007 e o Módulo Gerenciamento de Riscos do Sistema de Gestão da Qualidade Gesleade (SisGQ-Gesleade), desenvolvido pelo autor da pesquisa e adaptado para visualização de matrizes e fórmulas.

A análise levou em consideração as Normas de Controle (NC1, NC2,..., NCn), os Riscos identificados (R1, R2, ..., Rn), as Unidades de Pesquisas (UP1, UP2, UP3, UP4 e UP5) e os hospitais militares pesquisados (H1, H2, H3, H4 e H5), nesta ordem, tendo em vista um ser conjunto universo do outro.



CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo segue as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 1996), sendo condicionado à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) pelo pesquisado, onde foram especificados os possíveis riscos e benefícios de sua participação nesta pesquisa; carta de anuência da Diretoria de Saúde do Exército, órgão de direção setorial que os hospitais pesquisados estão subordinados, mediante o Fax 084-D Sau/SSPA, de 22 de agosto de 2011; e das cartas de anuência dos hospitais de referência que possuíam instrumento de gerenciamento de riscos consolidado e formalizado e enviaram questionários com as respostas. Por último, foi registrado no SISNEP com o Nº FR-473569 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM)/ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), por meio do Parecer 43/2011, de 1º de novembro de 2011 (Anexo A).

Em todo trabalho buscou-se garantir o sigilo das informações obtidas, sem identificação nominal do sujeito da pesquisa nem dos hospitais de referência que participaram da pesquisa. Para fins de resultado, foi preservada a identificação dos cinco hospitais militares que participaram da pesquisa, a qual será divulgada apenas nos relatórios de melhorias que serão disponibilizados para os próprios hospitais, bem como dos seus órgãos superiores que deram anuência.



RESULTADOS

7 RESULTADOS

Os resultados da presente pesquisa foram apresentados em dois tópicos: O tópico 7.1, referente aos resultados da 1ª Etapa: Preparação do Instrumento IP2 e o 7.2, referente aos resultados da 2ª Etapa – Aplicação do Instrumento IP2.

7.1 Resultados da 1ª Etapa: Preparação do Instrumento IP2

Como resultado desta tabulação, referente a consolidação dos instrumentos respondidos na primeira etapa da pesquisa, das 327 Normas de Controle – Barreiras (NC) agrupadas nos 91 riscos identificados nos Instrumentos Pesquisa 1 (IP1) recebidos na 1ª Etapa, houve uma redução com os consensos e técnicas da Análise Delphi de 63,7% para os Riscos (R) e de 48,9% para as Normas de Controle – Barreiras (NC), conforme Quadro 10.

Quadro 10 – Resultado das tabulações/consolidações realizadas pela Análise Delphi

UNIDADE DE PESQUISA (UP)	INSTRUMENTO DE PESQUISA				REDUÇÃO (Consolidação Delphi)	
	IP1		IP2		Riscos (R)	Normas de Controle (NC)
	Riscos (R)	Normas de Controle (NC)	Riscos (R)	Normas de Controle (NC)		
Internação	19	83	6	36	68,4%	56,6%
Atendimento Cirúrgico	18	65	9	38	50,0%	41,5%
Tratamento Intensivo	19	77	10	49	47,4%	36,4%
Assistência Farmacêutica	18	52	4	18	77,8%	65,4%
Assistência Nutricional	17	50	4	26	76,5%	48,0%
TOTAL	91	327	33	167	63,7%	48,9%

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

Os 33 riscos do Instrumento de Pesquisa 2, consolidados a partir dos IP1, foram agrupados nas cinco Unidades de Pesquisa, conforme Quadro 11.

Quadro 11 – Resultado dos riscos consolidados dos IP1s para IP2

UNIDADE DE PESQUISA (UP)	ORDEM	NOME DO RISCO
Internação	01	Queda de Paciente
	02	Úlcera por Pressão
	03	Erro de Medicamentos
	04	Flebite
	05	Perda de Sonda Nasogastroenteral
	06	Broncoaspiração
Atendimento Cirúrgico	07	Erro de Medicamentos
	08	Extravio de Peça Cirúrgica
	09	Queda de Paciente
	10	Queima por Bisturi Elétrico
	11	Troca de Identidade de Paciente
	12	Úlcera por Pressão
	13	Erro de Lateralidade
	14	Demora na Intubação
Tratamento Intensivo	15	Infecção em Sítio Cirúrgico
	16	Queda de Paciente
	17	Úlcera por Pressão
	18	Flebite
	19	Extubação Acidental / Não Programada
	20	Erro de Medicamentos
	21	Perda de Sonda Nasogastroenteral
	22	Troca de Identidade de Paciente
	23	Perda de Acesso Venoso Central
	24	Infecção de Catéter Venoso Central
25	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica	
Assistência Farmacêutica	26	Descontinuidade do Tratamento
	27	Reação Adversa Medicamentosa
	28	Troca de Medicação
	29	Interação Medicamentosa
Assistência Nutricional	30	Troca de Dieta
	31	Surto Alimentar
	32	Desnutrição Intra-Hospitalar
	33	Broncoaspiração / Refluxo Gástrico Elevado

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

As 167 Normas de Controle – Barreiras (NC) do Instrumento de Pesquisa 2, consolidadas a partir dos IP1, foram agrupadas nos respectivos Riscos (R) e

Unidades de Pesquisa (UP), conforme Quadro 12 (UP – Internação), Quadro 13 (UP – Atendimento Cirúrgico), Quadro 14 (UP – Tratamento Intensivo), Quadro 15 (UP – Assistência Farmacêutica) e Quadro 16 (UP – Assistência Nutricional).

Quadro 12 – Normas de Controle – Barreiras (NC) da UP - Internação

NOME DO RISCO	ORDEM	NORMA DE CONTROLE - BARREIRA (NC)	PESO
Queda de Paciente	1	Orientar sobre os riscos de queda ao paciente e/ou acompanhante	2,59
	2	Conservar as grades dos leitos elevadas e em bom estado de manutenção	2,79
	3	Acomodar crianças menores de cinco anos em berço com a presença de acompanhante	0,89
	4	Utilizar contenção mecânica e/ou medicamentosa em pacientes agitados e/ou desorientados	2,79
	5	Utilizar barras de segurança nos banheiros	0,47
	6	Utilizar Equipamento de Proteção Coletiva (EPC) para sinalização de piso molhado	0,47
Úlcera por Pressão	7	Realizar avaliação e acompanhamento dos pacientes pela Comissão de Pele ou equivalente	0,73
	8	Estratificar os pacientes com risco de úlcera por pressão com a Escala de BRADEN	2,13
	9	Proteger as proeminências ósseas (utilizando coxins, colchões especiais, rolos, travesseiros e/ou filme transparente)	1,26
	10	Realizar mudança de decúbito de acordo com prescrição e utilizar meio de sinalização para acompanhar (relógio, escalas e outros meios de identificação da mudança de decúbito)	2,83
	11	Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao melhor posicionamento no leito ou cadeira	1,08
	12	Oferecer uma alimentação adequada para manter ou recuperar o estado nutricional do paciente	1,97
Erro de Medicamentos	13	Utilizar prescrição médica informatizada e/ou com letra legível	3,00
	14	Aprazar medicamentos com atenção nas possíveis interações medicamentosas	3,00
	15	Conferir o rótulo da medicação, a via, a dosagem, o horário, o nome do paciente e a prescrição médica antes do preparo e na administração	4,00
Flebite	16	Higienizar as mãos conforme protocolo do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) antes e após procedimentos	0,67
	17	Fixar adequadamente o acesso venoso com data da punção, calibre do catéter e nome do colaborador	1,33
	18	Registrar a punção venosa na evolução de enfermagem	0,67
	19	Diluir o medicamento conforme protocolo da Assistência Farmacêutica	0,67
	20	Administrar medicações com concentrações adequadas para cada tipo de acesso	1,33
	21	Infundir drogas vasoativas e eletrólitos por bomba de infusão	0,67
	22	Orientar o paciente para informar em caso de dor, queimação ou alteração de sensibilidade no local da punção	0,67
	23	Cumprir o tempo de infusão conforme protocolo da Assistência Farmacêutica	0,67
	24	Utilizar acesso venoso exclusivo (central) para hemoterapias e nutrição parenteral	0,67
	25	Manter vigilância do membro puncionado e anotar aspecto	0,67
26	Trocar o acesso venoso periférico a cada 96 horas	1,98	
Perda de Sonda Nasogastroenteral	27	Utilizar contenção mecânica e/ou medicamentosa em pacientes com agitação psicomotora e/ou não cooperativos	2,96
	28	Manter fixação adequada da sonda nasogastroenteral	1,59
	29	Diluir medicações e dietas adequadas para cada tipo de sonda	1,59
	30	Realizar lavagem da sonda antes e após infusões de medicações e dietas	3,41
	31	Verificar diariamente se há presença resíduo gástrico e permeabilidade	0,45
Broncoaspiração	32	Manter paciente em decúbito elevado de 30° a 45°	2,00
	33	Atentar para sinais de alerta como tosse, engasgo, sudorese e cianose	2,00
	34	Não administrar dieta por via oral na presença de rebaixamento do nível de consciência	3,00
	35	Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre a importância da elevação do decúbito	2,00
	36	Realizar higiene oral com clorexidina quatro vezes ao dia	1,00

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

Quadro 13 – Normas de Controle – Barreiras (NC) da UP – Atendimento Cirúrgico

NOME DO RISCO	ORDEM	NORMA DE CONTROLE - BARREIRA (NC)	PESO
Erro de Medicamentos	37	Aprazar medicamentos com atenção nas possíveis interações medicamentosas	2,00
	38	Utilizar prescrição médica informatizada e/ou com letra legível	3,00
	39	Conferir o rótulo da medicação, a via, a dosagem, o horário, o nome do paciente e a prescrição médica antes do preparo e na administração	3,00
	40	Detectar os possíveis desvios de qualidade (farmacovigilância)	2,00
Extravio de Peça Cirúrgica	41	Conferir se a guia de solicitação do exame foi preenchida de forma completa	1,50
	42	Identificar a peça cirúrgica com etiqueta padrão	3,00
	43	Instituir protocolo de entrega da peça cirúrgica para Unidade de Regeneração Pós-Anestésica (URPA)	2,00
	44	Registrar em livro cada peça cirúrgica que será examinada	1,50
	45	Instituir protocolo de entrega da peça cirúrgica para o paciente ou responsável	2,00
Queda de Paciente	46	Utilizar contenção mecânica e/ou medicamentosa em pacientes agitados e/ou desorientados	1,12
	47	Utilizar faixas para auxiliar no posicionamento do paciente na mesa cirúrgica	1,66
	48	Utilizar barras de segurança nos banheiros	0,59
	49	Acomodar crianças menores de cinco anos em camas com grades elevadas e com acompanhante na Unidade de Regeneração Pós-Anestésica (URPA)	0,59
	50	Elevar grades dos leitos e das macas como também realizar manutenção preventiva nas mesmas	3,26
	51	Transportar exclusivamente em maca, pacientes no Centro Cirúrgico, na Sala de Recuperação Pós-Anestésica e para as Unidades de Internação	2,19
	52	Utilizar EPC (Equipamento de Proteção Coletiva) para sinalização de piso molhado	0,59
Queima por Bisturi Elétrico	53	Escolher grupo muscular mais próximo da incisão cirúrgica para colocação da placa de bisturi, imediatamente após o posicionamento cirúrgico	3,47
	54	Certificar-se do posicionamento correto da placa a cada mudança de decúbito do paciente na mesa cirúrgica	1,02
	55	Certificar-se do perfeito encaixe da placa ao bisturi	2,24
	56	Realizar manutenção preventiva nas Unidades de Eletrocoagulação	1,76
	57	Utilizar placa descartável	1,51
Troca de Identidade de Paciente	58	Conferir o nome do paciente com a pulseira de identificação e prontuário	5,00
	59	Aplicar chek-list de cirurgia segura no pré-operatório imediato	3,00
	60	Registrar o nome do paciente na placa de identificação da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA)	2,00
Úlcera por Pressão	61	Posicionar o paciente conforme procedimento cirúrgico	5,00
	62	Utilizar coxins que promovam conforto e descomprimam áreas de risco	3,00
	63	Revisar periodicamente as áreas de risco e posicionamento do paciente na mesa cirúrgica pelo enfermeiro e equipe cirúrgica	2,00
Erro de Lateralidade	64	Instituir evidência da lateralidade já na marcação do agendamento cirúrgico	2,27
	65	Marcar (evidenciar) a lateralidade no mapa físico	2,27
	66	Marcar o lado em forma de alvo, com caneta de marcação cirúrgica pela equipe cirúrgica, após confirmação do cirurgião e paciente, antes de entrar na Sala de Operação (SO)	5,46
Demora na Intubação	67	Sinalizar o risco após avaliação pré-anestésica	2,50
	68	Elencar os riscos do procedimento para que possa ser disponibilizado o kit de intubação difícil antes do início do ato anestésico	4,50
	69	Disponibilizar outros anestesistas para minimizar os riscos, principalmente em cirurgias de alta complexidade	3,00
Infecção em Sítio Cirúrgico	70	Usar racionalmente o antibiótico (antibiótico-profilaxia)	3,33
	71	Realizar tricotomia/tonsura imediatamente antes da antisepsia	3,13
	72	Realizar degermação das mãos pela equipe cirúrgica de acordo com protocolo do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)	1,25
	73	Realizar controle glicêmico adequado a pacientes de cirurgia cardíaca	1,46
	74	Manter a normotermia no pós-operatório imediato para pacientes de cirurgia colorretal	0,83

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

Quadro 14 – Normas de Controle – Barreiras (NC) da UP – Tratamento Intensivo

NOME DO RISCO	ORDEM	NORMA DE CONTROLE - BARREIRA (NC)	PESO
Queda de Paciente	75	Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o risco de acomodação incorreta no leito	1,25
	76	Utilizar contenção mecânica e/ou medicamentosa em pacientes agitados e/ou desorientados	0,63
	77	Conservar as grades dos leitos elevadas e em bom estado de manutenção	3,74
	78	Utilizar barras de segurança nos banheiros	1,25
	79	Utilizar Equipamento de Proteção Coletiva (EPC) para sinalização de piso molhado	3,13
Úlcera por Pressão	80	Aplicar escala de BRADEN e suas práticas de controle registrada na Ficha de Avaliação de Risco	4,95
	81	Aplicar avaliação de risco nutricional para pacientes internados por mais de 72 horas	2,04
	82	Realizar avaliação e acompanhamento dos pacientes pela Comissão de Pele ou equivalente	3,01
Flebite	83	Higienizar as mãos conforme protocolo do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) antes e após procedimentos	2,00
	84	Diluir o medicamento conforme protocolo da Assistência Farmacêutica	1,00
	85	Infundir drogas vasoativas e eletrólitos por bomba de infusão	1,00
	86	Cumprir o tempo de infusão conforme protocolo da Assistência Farmacêutica	1,00
	87	Fixar adequadamente o acesso venoso com data da punção, calibre do catéter e nome do colaborador	0,75
	88	Utilizar acesso venoso exclusivo (central) para hemoterapias e nutrição parenteral	1,00
	89	Trocar o acesso venoso periférico a cada 96 horas	1,75
	90	Trocar o dispositivo a cada 96 horas	0,75
	91	Registrar a punção venosa na evolução de enfermagem	0,75
Extubação Acidental / Não Programada	92	Utilizar contenção mecânica em pacientes com agitação psicomotora, não cooperativos e ou desorientados	4,37
	93	Utilizar fixador adequado para Tubo Orotraqueal - TOT com sua troca diária	3,75
	94	Monitorar a pressão do CUFF (Balão no Tubo - TOT) pelo fisioterapeuta	0,63
	95	Avaliar diariamente e registrar a avaliação de risco e das práticas de controle em formulário próprio	1,25
Erro de Medicamentos	96	Utilizar prescrição médica informatizada e/ou com letra legível	2,67
	97	Conferir o rótulo da medicação, a via, a dosagem, o horário, o nome do paciente e a prescrição médica antes do preparo e na administração	3,33
	98	Aprazar medicamentos com atenção nas possíveis interações medicamentosas	2,67
	99	Armazenar o medicamento em local adequado com as normas sanitárias vigentes	1,33
Perda de Sonda Nasogastrointestinal	100	Manter fixação adequada da sonda nasogastrointestinal	1,58
	101	Utilizar contenção mecânica e/ou medicamentosa em pacientes com agitação psicomotora e/ou não cooperativos	2,63
	102	Realizar avaliação e acompanhamento pela Farmácia Clínica na adequação dos medicamentos	1,05
	103	Diluir medicações e dietas adequadas para cada tipo de sonda	2,11
	104	Realizar lavagem da sonda antes e após infusões de medicações e dietas	1,58
	105	Realizar avaliação e acompanhamento pela Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN)	1,05
Troca de Identidade de Paciente	106	Identificar o paciente com pulseira	5,00
	107	Conferir o nome do paciente e informações contidas na pulseira de identificação, antes da realização de qualquer procedimento	3,00
	108	Registrar o nome do paciente na placa de identificação do leito	2,00
Perda de Acesso Venoso Central	109	Garantir fixação adequada pelo cirurgião ao realizar Acesso Venoso Central (AVC)	2,50
	110	Instituir contenção de membros superiores (MMSS)	2,00
	111	Realizar curativo diariamente e se necessário pela equipe de enfermagem	1,50
	112	Diluir medicação conforme protocolo da Assistência Farmacêutica	2,50
	113	Manipular o paciente com dois ou mais membros da equipe	1,50
Infecção de Catéter Venoso Central	114	Escolher o sítio de inserção de acordo com as recomendações do SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar)	1,52
	115	Realizar antisepsia da pele no local de inserção do catéter com clorexidina e na realização de curativos	2,00
	116	Instituir precauções máximas de barreira na inserção do catéter	2,48
	117	Higienizar as mãos conforme protocolo do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) antes e após procedimentos no catéter	2,48
	118	Reavaliar diariamente a necessidade de manutenção do catéter, com pronta remoção daqueles desnecessários	1,52
Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica	119	Manter cabeceira elevada entre 30° e 45°	2,50
	120	Interromper diariamente a sedação e avaliar diariamente as condições de extubação	4,50
	121	Realizar higiene oral com clorexidina quatro vezes ao dia	1,00
	122	Instituir profilaxia de úlcera péptica	1,00
	123	Instituir profilaxia de Trombose Venosa Profunda (TVP)	1,00

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

Quadro 15 – Normas de Controle – Barreiras (NC) da UP – Assistência Farmacêutica

NOME DO RISCO	ORDEM	NORMA DE CONTROLE - BARREIRA (NC)	PESO
Descontinuidade do Tratamento	124	Realizar visita pelo farmacêutico clínico na admissão do paciente	2,48
	125	Realizar reconciliação medicamentosa em pacientes com uso de medicação particular	2,57
	126	Avaliar prescrição médica pelo farmacêutico clínico	2,97
	127	Abastecer as farmácias satélites conforme o consumo semanal e estoque de segurança	0,99
	128	Dispensar a prescrição médica com prazos de administração já estabelecidos	0,99
Reação Adversa Medicamentosa	129	Inserir no cadastro do paciente as alergias por ele identificadas gerando alerta na prescrição médica	2,03
	130	Disponibilizar alerta de interação medicamentosa no momento da prescrição informatizada	4,43
	131	Avaliar prescrição médica pelo farmacêutico clínico com cálculo de dose	0,96
	132	Comunicar a farmácia para bloqueio da dispensação do medicamento	2,58
Troca de Medicação	133	Sinalizar os medicamentos de alto risco diferenciando dos demais	1,03
	134	Armazenar o produto conferindo o rótulo do produto e local de acondicionamento	1,03
	135	Conferir os medicamentos no ato do recebimento pela equipe da enfermagem	2,06
	136	Cadastrar de acordo com o código de barras	1,96
	137	Conferir a prescrição dispensada pelo farmacêutico	3,92
Interação Medicamentosa	138	Cadastrar no sistema as principais interações medicamentosas	2,00
	139	Rastrear as interações medicamentosas graves de todos os pacientes que o sistema deu alerta	1,50
	140	Realizar intervenção farmacêutica nos riscos potenciais de interação medicamentosa	1,50
	141	Acompanhar as interações de alto risco	5,00

Fonte: Elaborada pelo autor da pesquisa

Quadro 16 – Normas de Controle – Barreiras (NC) da UP – Assistência Nutricional

NOME DO RISCO	ORDEM	NORMA DE CONTROLE - BARREIRA (NC)	PESO
Troca de Dieta	142	Avaliar todos os pacientes na admissão e registrar no prontuário	1,90
	143	Utilizar prescrição dietética informatizada e/ou com letra legível no prontuário	0,95
	144	Conferir a etiqueta da dieta oral e prescrição do paciente da UTI juntamente com a Enfermagem	0,95
	145	Conferir a etiqueta da dieta e prescrição do paciente entre a Enfermagem e o Serviço de Nutrição e Dietética (SND) para os pacientes em uso de Suplementos e dietas enterais na Internação	0,95
	146	Conferir a identificação do paciente pelo nome e sobrenome utilizando o Mapa de dietas	2,15
	147	Conferir a etiqueta da dieta com o paciente no leito, no momento da entrega	2,15
	148	Monitorar a aceitação da dieta oral	0,95
	Surto Alimentar	149	Realizar treinamento periódico sobre higiene pessoal e manuseio de alimentos
150		Aplicar as instruções de trabalho, relacionadas a manipulação, higienização e armazenamento do alimento	2,08
151		Monitorar a temperatura ambiental, geladeiras, câmaras frigoríficas, balcões térmicos e freezers	2,50
152		Monitorar a temperatura de cocção	1,67
153		Monitorar a temperatura da refeição no ato da entrega	1,67
Desnutrição Intra-Hospitalar	154	Decidir a via de administração da Terapia Nutricional com participação da equipe multiprofissional (EMTN)	0,43
	155	Monitorar a administração da Terapia Nutricional (TN)	0,43
	156	Elaborar cardápio de acordo com as necessidades	0,87
	157	Monitorar se as necessidades nutricionais do paciente foram alcançadas.	0,43
	158	Calcular a necessidade calórica individual para os pacientes em terapia nutricional	1,08
	159	Sinalizar em prontuário pacientes com jejum prolongado	0,48
	160	Monitorar a aceitação da dieta oral	1,30
	161	Realizar avaliação nutricional periódica de acordo com nível de assistência (primário, secundário, terciário)	4,55
	162	Realizar plano de alta hospitalar	0,43
Broncoaspiração / Refluxo Gástrico Elevado	163	Realizar avaliação pelo nutricionista	1,08
	164	Realizar avaliação pelo fonocardiologista	1,62
	165	Adequar a consistência da dieta utilizando espessantes para líquidos	1,08
	166	Monitorar a administração da Terapia Nutricional (TN)	5,41
	167	Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre a importância da utilização de espessante	0,81

Fonte: Elaborada pelo autor da pesquisa

Todas as nomenclaturas utilizadas nos Quadros de 8 a 12 foram revisadas a fim de padronizar a dissertação processual para os riscos e de execução para as Normas de Controle, daí seu início com um verbo no infinitivo impessoal, a fim de dar clareza na realização da norma.

7.2 Resultados da 2ª Etapa – Aplicação do Instrumento IP2

Após aplicação dos instrumentos de pesquisa (IP2) e tabulação e consolidação dos dados, foi gerada a matriz (Quadro 17) com toda sequência proposta na metodologia, o que permitiu uma visão sistêmica da situação de riscos nos cinco hospitais estudados, nas cinco unidades de pesquisa e nas 167 normas de controle levantadas, agrupadas nos 33 riscos constantes da matriz.

Nesta matriz, foram utilizadas várias cores para facilitar a visualização, de forma a diferenciar os pontos fortes dos pontos frágeis, aqueles que merecem uma atenção diferenciada na implementação de melhorias e alocação de recursos. As quadrículas onde estão inseridos os Indicadores de Probabilidade de Riscos foram identificados com as cores: verde para risco 'raro', amarelo para risco 'improvável', laranja para risco 'possível' e vermelho para risco 'provável'. As letras (fontes) constantes das quadrículas onde constam os dados de desvio-padrão foram destacadas em azul para os valores menores que '1' e, em vermelho, para os maiores que '3'.

As quadrículas identificadas com hífen '-' representam valores que não se aplicam ao hospital e/ou a unidade pesquisada. Este é o caso de todas as quadrículas do H4 na unidade Tratamento Intensivo. Por este motivo, nos valores totais para comparação entre hospitais, foi excluída esta unidade na análise. Os demais valores seguiram médias aritméticas e/ou ponderadas, conforme cada caso.

Esta matriz é o principal produto deste estudo, pois dela foram retirados todos os resultados da 2ª Etapa da pesquisa – aplicação do instrumento de pesquisa, que foi realizada nos hospitais militares do nordeste, identificados por H1, H2, H3, H4 e H5.

Quadro 17 – Matriz de Probabilidade de Indicadores de Riscos (IPR) Hospitais X Riscos

UNIDADE DE PESQUISA (UP)	ORDEM	NOME DO RISCO	HOSPITAIS PESQUISADOS					IP Risco	IP UP	Desvio Padrão
			H1	H2	H3	H4	H5			
Internação	01	Queda de Paciente	3,85	5,21	6,23	5,39	6,05	5,34	4,72	0,94
	02	Úlcera por Pressão	3,22	3,86	10,73	4,23	7,19	5,85		3,13
	03	Erro de Medicamentos	2,70	3,60	5,10	4,20	3,90	3,90		0,87
	04	Flebite	3,00	3,00	7,47	4,58	5,20	4,65		1,85
	05	Perda de Sonda Nasogastroenteral	3,48	4,71	4,02	3,00	3,14	3,67		0,70
	06	Broncoaspiração	3,00	3,90	8,30	3,30	6,00	4,90		2,23
Atendimento Cirúrgico	07	Erro de Medicamentos	5,90	5,70	5,70	3,70	4,50	5,10	6,69	0,96
	08	Extravio de Peça Cirúrgica	5,25	4,50	4,13	13,00	5,10	6,40		3,72
	09	Queda de Paciente	4,00	3,24	3,00	3,24	4,72	3,64		0,71
	10	Queima por Bisturi Elétrico	6,27	6,30	7,44	4,80	3,53	5,67		1,52
	11	Troca de Identidade de Paciente	14,20	15,80	15,70	13,00	19,00	15,54		2,25
	12	Úlcera por Pressão	3,00	3,60	3,60	3,00	4,00	3,44		0,43
	13	Erro de Lateralidade	11,74	11,74	6,00	11,74	13,10	10,86		2,78
	14	Demora na Intubação	3,00	5,25	6,00	7,93	3,00	5,04		2,10
15	Infecção em Sítio Cirúrgico	5,16	3,00	3,29	5,03	6,29	4,55	1,38		
Tratamento Intensivo	16	Queda de Paciente	2,88	2,88	4,38	-	5,63	3,94	6,37	1,33
	17	Úlcera por Pressão	3,90	6,41	16,35	-	8,65	8,83		5,38
	18	Flebite	3,25	3,00	5,10	-	6,00	4,34		1,45
	19	Extubação Acidental / Não Programada	3,00	4,88	7,32	-	7,63	5,70		2,18
	20	Erro de Medicamentos	2,73	2,73	4,53	-	6,27	4,07		1,69
	21	Perda de Sonda Nasogastroenteral	6,99	5,00	6,42	-	9,05	6,86		1,68
	22	Troca de Identidade de Paciente	15,80	15,80	16,40	-	16,40	16,10		0,35
	23	Perda de Acesso Venoso Central	6,20	3,00	5,55	-	5,40	5,04		1,40
	24	Infecção de Catéter Venoso Central	3,15	3,46	3,46	-	5,54	3,90		1,10
	25	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica	3,45	4,80	7,30	-	4,05	4,90		1,69
Assistência Farmacêutica	26	Descontinuidade do Tratamento	11,08	10,21	13,85	9,10	14,05	11,66	12,07	2,21
	27	Reação Adversa Medicamentosa	14,62	12,22	13,01	10,09	11,76	12,34		1,66
	28	Troca de Medicação	8,40	7,78	9,89	7,78	9,89	8,75		1,07
	29	Interação Medicamentosa	19,00	10,10	19,00	12,00	17,50	15,52		4,18
Assistência Nutricional	30	Troca de Dieta	6,33	6,43	4,52	4,40	11,08	6,55	6,49	2,71
	31	Surto Alimentar	3,42	10,47	8,42	5,29	11,01	7,72		3,29
	32	Desnutrição Intra-Hospitalar	7,05	5,34	6,00	5,62	7,02	6,21		0,79
	33	Broncoaspiração / Refluxo Gástrico Elevado	4,19	3,89	8,08	5,19	6,00	5,47		1,68
Indicador de Probabilidade de Risco por Hospital (IP-H) - Geral			6,16	6,11	7,77	6,50	7,81	6,87	0,85	
IP-H - Excluindo Tratamento Intensivo			6,60	6,51	7,80	6,50	7,96		0,74	

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

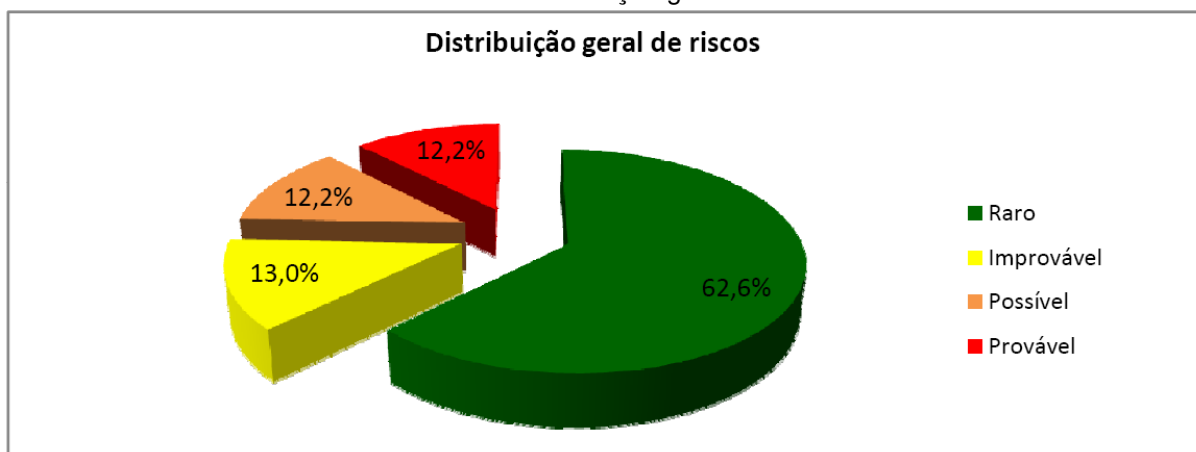
A matriz de Hospitais versus Unidades, constante do Quadro 18, é uma síntese da matriz principal e foi elaborada para permitir a visualização da situação das unidades por hospital.

Quadro 18 – Matriz de Resultados de Indicadores (IPR) Hospitais X Unidades

UNIDADE DE PESQUISA (UP)	Nº Riscos (33)	HOSPITAIS PESQUISADOS					IP Unidade	Desvio Padrão HOSPITAIS
		H1	H2	H3	H4	H5		
Internação	6	3,21	4,05	6,98	4,12	5,25	4,72	1,46
Atendimento Cirúrgico	9	6,50	6,57	6,09	7,27	7,03	6,69	0,46
Tratamento Intensivo	10	5,14	5,19	7,68	-	7,46	6,37	1,39
Assistência Farmacêutica	4	13,28	10,08	13,94	9,74	13,30	12,07	1,99
Assistência Nutricional	4	5,24	6,53	6,75	5,13	8,78	6,49	1,48
Indicador de Probabilidade de Risco por Hospital (IP-H) - Geral		6,16	6,11	7,77	6,50	7,81	6,87	0,85
IP-H - Excluindo Tratamento Intensivo		6,60	6,51	7,80	6,50	7,96		0,74
Desvio Padrão das Unidades		3,87	2,27	3,21	2,49	3,04	2,80	

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

Analisando os hospitais estudados conjuntamente, percebe-se que a grande maioria (62,6 %) dos riscos pesquisados (Gráfico 6), apresentou uma ‘rara’ probabilidade de ocorrência. Em contrapartida, 24,4 % deles se mostraram com uma probabilidade ‘possível’ ou ‘provável’ de ocorrência, merecendo atenção por parte dos gestores.

Gráfico 6 – Distribuição geral de riscos

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

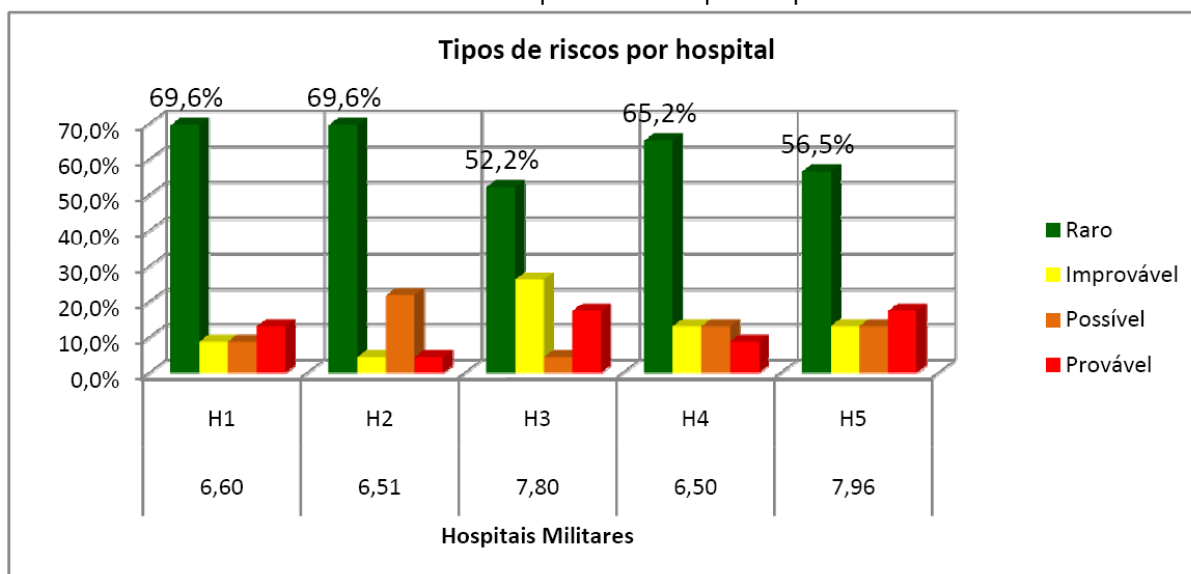
Entretanto, cinco riscos (ordem 02, 08, 17, 29 e 31) apresentaram desvio padrão acima de 3,00 (Tabela 14), tendo dois deles (ordem 02 e 17) com mesmo risco (úlceras por pressão) e com IPR maior (10,73 e 16,35) no mesmo hospital (H3). Observa-se também uma equiparação dos hospitais estudados no que se refere ao item 11 e 22 (troca de identidade de paciente), possuindo uma prevalência do risco tipo ‘provável’ (15,54 e 16,10 respectivamente). Tal semelhança deste tipo de risco

pode ser ratificada pelo desvio padrão do item 22, referente a UP Tratamento Intensivo, que apresentou o menor desvio padrão de todos (0,35).

Outros itens merecem uma atenção especial, tais como 13 (erro de lateralidade) e 31 (surto alimentar), pois apresentaram clara tendência a probabilidade de ocorrência, com a maioria dos valores variando de 'possível' a 'provável'.

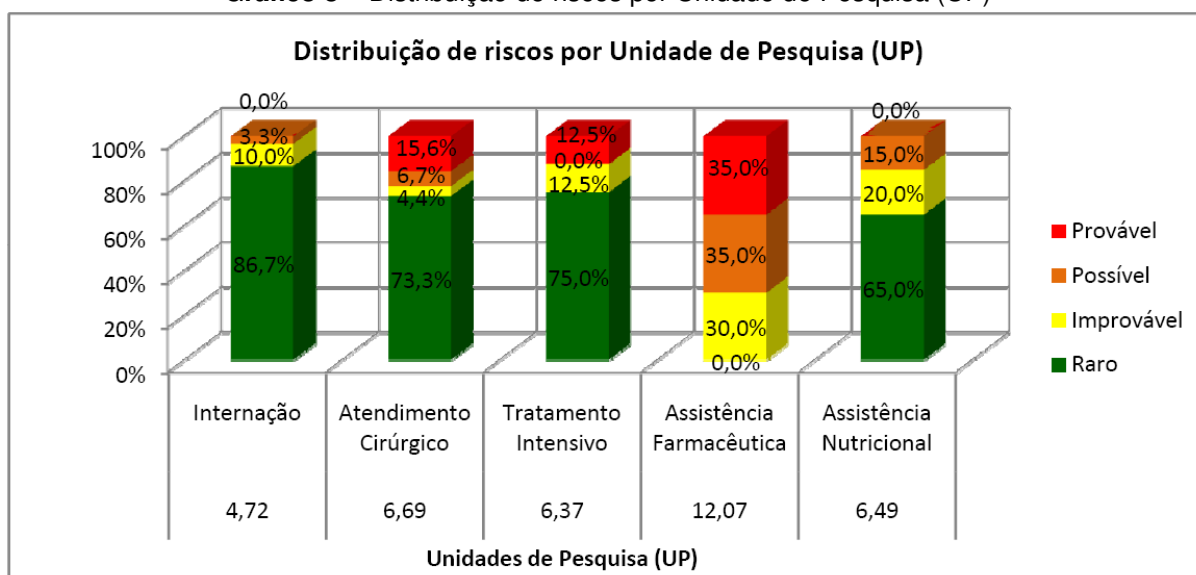
Observa-se que há um padrão semelhante entre os hospitais analisados, sob o ponto de vista de que o tipo de risco classificado como 'raro' se sobressai em relação aos demais em pelo menos 52,2 % dos resultados (Gráfico 7). Entretanto, os hospitais H3 e H5 possuem risco do tipo 'provável' mais acentuado que os demais.

Gráfico 7 – Tipos de riscos por hospital



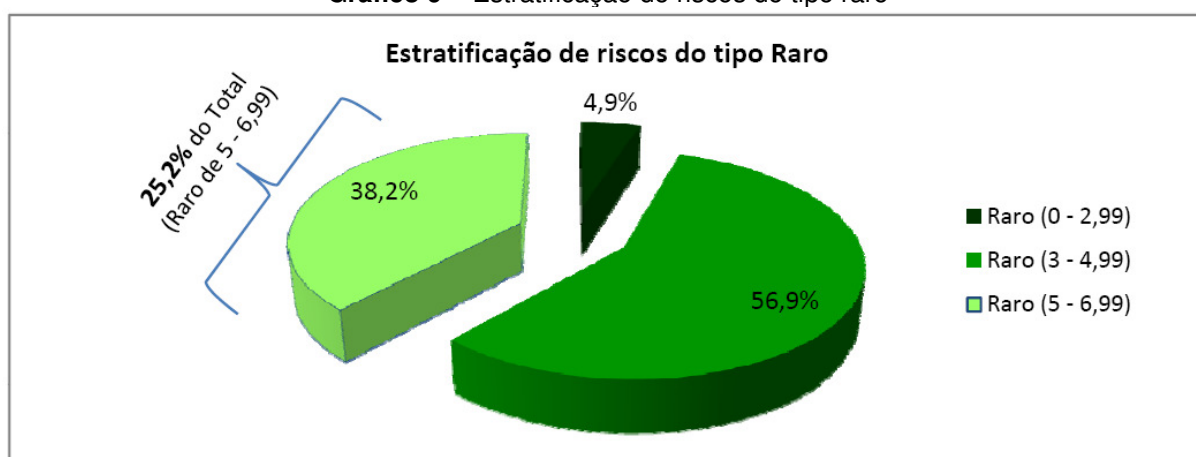
Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

Observa-se que há também um padrão semelhante entre as Unidades de Pesquisa (UP), sob o ponto de vista de que o tipo de risco classificado como 'raro' se sobressai em relação aos demais em pelo menos 65,0% dos resultados (Gráfico 8), com exceção da UP Assistência Farmacêutica, que não houve o risco do tipo 'raro' e apresentou o conjunto dos riscos classificados como 'possível' e 'provável' bastante alto (70,0%).

Gráfico 8 – Distribuição de riscos por Unidade de Pesquisa (UP)

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

Observou-se ainda que, se estratificar-se os riscos do tipo 'raro' apresentado inicialmente no Gráfico 6 (62,6%) em três outras categorias (0 a 2,99; 3 a 4,99 e de 5 a 6,99), o tipo 'raro' entre 5 a 6,99, que é o limite mais próximo do tipo 'improvável', apresentou um percentual bastante significativo (38,2%), equivalendo a 25,2% do total de riscos parametrizados.

Gráfico 9 – Estratificação de riscos do tipo raro

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa



DISCUSSÃO

8 DISCUSSÃO

A discussão do presente trabalho foi construída com base nos cinco eixos temáticos bastantes evidenciados na análise dos resultados.

8.1 Padronização e Formalização de Instrumentos de Gestão

A ausência de padronização de processos e documentos, resultou na grande quantidade de itens parcialmente efetivos, percebido na maioria dos hospitais, demonstrando a necessidade urgente de fazer gestão nessas áreas.

Segundo Paladini (2009, p. 106), “[...] não é possível detectar um defeito se não houver sido definido, antes, um padrão que servirá de referência. O defeito, assim, nunca é definido em termos absolutos, mas é sempre relativo a algum padrão”.

Essa padronização torna tão urgente quanto maior for o relacionamento sistêmico da tarefa, pois tal vinculação, para Porter e Teisberg (2007, p. 336) impacta no resultado:

A prestação dos serviços de saúde inclui um grande número de diferentes tipos de atividades, como consulta com o paciente, prescrição de medicamentos, solicitação e interpretação de testes, realização de cirurgia, condução de fisioterapia, monitorização do progresso da doença, e inúmeros outros. As atividades de prestação de serviços de saúde podem estar vinculadas, o que significa que a maneira como uma atividade é realizada afeta os resultados de outras.

Barbará (2006, p. 79), corrobora com a necessidade de padronizar documentos afirmando que:

Mais do que nunca pode ser dito que segurança e proteção da vida humana são dois dos principais objetivos da normalização. Se o maior objetivo de uma norma é garantir a segurança, então esse aspecto precede em importância a qualquer outro.

Ainda, segundo o mesmo autor:

Os processos geralmente são documentados em ‘Manuais da Qualidade’. A organização poderá ter tantos manuais quantos forem necessários. Por isto, uma das primeiras preocupações na documentação de processos é definir a estrutura de documentação mais adequada à empresa (BARBARÁ, 2006, p. 160).

Não há como gerenciar riscos sem que haja uma documentação padronizada, sem que se perceba que documentos são estratégicos, táticos ou operacionais, bem

como a descrição das rotinas e dos registros da tarefa. Alguns autores apresentam modelos, mas nada prescritivo, pois a identidade e a cultura da organização deve prevalecer.

8.2 Implantação de Sistema de Gestão Hospitalar

A necessidade da implantação de um sistema de gestão hospitalar que tem como objetivo agilizar os procedimentos e controles, em especial os da farmácia clínica, bastante deficitária em seus resultados. Ficou evidente na maioria dos hospitais, a fim de

Laurindo e Rotondaro (2008, p. 193) concorda com esse achado ao afirmar que "[...] a automação de processos nas organizações comporta uma riqueza imensa de possibilidade, que transcendem o aspecto tecnológico. Ela deve ser situada numa perspectiva sociotécnica".

Para Valle (2010, p. 15),

A gestão na área da saúde, em um país de proporções gigantescas como o Brasil, tem um grau muito elevado de complexidade. [...] Este desafio só pode ser vencido caso tenhamos o uso apropriado de tecnologia da informação para manter o controle de operações rotineiras do sistema de gestão em saúde e, ao mesmo tempo, fornecer subsídios para a tomada de decisão e para o pensamento tático e estratégico.

Ainda nessa perspectiva, Valle (2010) apresenta a informação como um dos grandes insumos da indústria da saúde. Segundo este autor:

A administração da informação é muito custosa, pois consome tempo. Boa parte do tempo de atuação dos profissionais de saúde é dedicada à gestão da informação. Médicos usam cerca de um terço do seu tempo escrevendo, enquanto enfermeiros chegam a usar quase a metade, de acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Cerca de 20% (12% a 45%, dependendo do estudo) dos custos em saúde são atribuídos ao manuseio da informação (VALLE 2010, p. 69):

Numa visão de relacionamento sistêmico, segundo Baraldi (2005, p. 173) "[...] a informação e a comunicação, além de serem sensíveis a vários riscos, carregam alta voltagem de risco de boa ou má reputação".

A Tecnologia da Informação (TI) oferece uma gama de ferramentas para dar suporte aos processos (LAURINDO; ROTONDARO, 2008).

Por outro lado, Hall (2004) constata que as comunicações não são perfeitas nas organizações. Para este autor:

A consequência básica dos sistemas de comunicação existentes é que as mensagens são transformadas ou alteradas à medida que passam pelo sistema. O fato de elas serem transformadas significa que o destinatário final da mensagem recebe algo diferente daquilo que foi enviado originalmente, prejudicando, desse modo, a intenção do processo de comunicação (HALL, 2004, p. 167).

Entretanto, Laurindo e Rotondaro (2008) ratificam a necessidade do uso eficaz da TI e a sua integração com a estratégia do negócio da organização, afirmando que o seu uso vai além da ideia de ferramenta de produtividade, sendo muitas vezes fator crítico de sucesso.

Por incrível que possa parecer, em pleno século XXI, segundo Valle (2010), há muita informação da área da saúde guardadas em fichas de papel.

Temos tratado a tecnologia como um tipo de força impessoal. Sob certos aspectos ela o é, mesmo com computadores ligados em rede. [...] Temos tratado de maneira igual a tecnologia no nível organizacional. Obviamente, a tecnologia e a mudança tecnológica afetam, como um todo, setores, nações e o próprio mundo (HALL, 2004, p. 88)

Percebe-se que com a quantidade de informação necessária para tomada de decisão, não há como gerenciar os riscos existentes nos processos dos serviços de saúde sem termos um sistema informatizado que agregue. A unanimidade dos autores pesquisados concordam com essa afirmação e, segundo Bernstein (1996, p. 278) "[...] tendemos a acreditar que a informação é um ingrediente necessário à tomada racional de decisões e que, quanto mais informações tivermos, melhor conseguiremos lidar com os riscos que enfrentamos".

8.3 Ampliação da Farmácia Clínica

A farmacovigilância deve ser intensificada em todos os hospitais pesquisados, bem como a revisão e/ou instituição de políticas de recebimento, armazenamento e dispensação de materiais e medicamentos.

A implantação da prescrição eletrônica é fator relevante para eliminar a questão da ilegibilidade da letra (MIASSO, 2006).

No estudo realizado por Carvalho (1999, p. 73), referente a erro de medicação, constatou-se que:

A sugestão feita pela maioria dos profissionais de enfermagem foi a de reciclagem e treinamento dos funcionários (57,1%). Observa-se, assim, a necessidade de educação continuada destes profissionais sentida pelos próprios profissionais.

A sugestão para um ambiente de trabalho adequado foi diminuir a sobrecarga de trabalho (5,7%), melhor comunicação entre a equipe de enfermagem (5,7%), a avaliação do profissional (20%) e supervisão durante as técnicas (8,6%). Interessante notar as estratégias propostas como debates sobre o erro e conversar com o profissional quando de sua ocorrência.

Apesar do estudo de Carvalho (1999) ser voltado para profissionais de enfermagem, o processo de administração de medicação deve envolver inúmeras pessoas e etapas, uma vez que depende de um conjunto de atividades interrelacionadas (D' INNOCENZO, 2010).

O Conselho Coordenador Nacional para Relatórios de Erros de Medicação e Prevenção (THE NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION, 2005), atualmente composto por 27 organizações nacionais com representantes de profissionais da saúde, consumidores e instituições do governo dos EUA, é muito respeitada pela legitimidade de suas ações para detecção e prevenção dos erros de medicação.

Este Conselho define o erro de medicação como (D' INNOCENZO, 2010, p. 167):

Qualquer evento previsível que pode causar ou levar ao uso inapropriado do medicamento ou risco ao paciente enquanto o medicamento está sob o controle do profissional da saúde, paciente ou consumidor. Esses eventos podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos de cuidados à saúde, aos procedimentos e sistemas, incluído: prescrição; comunicação da ordem; rótulo; embalagem e nomenclatura do produtos; composição; dispensação; distribuição; administração; educação; monitoramento e uso.

Os principais objetivos da Farmácia apresentados por Alves (2011, p.116) são:

- Promover o uso seguro e racional de medicamentos, contribuindo no processo de cuidado à saúde, visando melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente; [...] e que a Gestão da Farmácia é de responsabilidade exclusiva de farmacêutico.

Carvalho (1999, p. 72) solicitou em seu estudo que:

Os profissionais de enfermagem relatassem informações acerca dos erros já presenciados no seu plantão (tipo de erro, detecção do erro, categoria profissional, conseqüências e medidas tomadas). Os tipos de erros mais comuns detectados no plantão foram: medicamento errado (53,8%), dose errada (23%), via errada (7,6%).

Em síntese, é nítida a preocupação dos diversos autores com a farmácia clínica, principalmente aos aspectos voltados para o erro de medicação, aqui neste estudo estendido também para troca de medicação, interação medicamentosa, reação adversa medicamentosa e descontinuidade do tratamento.

É importante que sejam criadas diretrizes para a aplicação das principais normas de controle voltadas para assistência farmacêutica descritas neste trabalho, a fim de diminuir o indicador de probabilidade de riscos e, em consequência, a ocorrência de eventos adversos.

8.4 Identificação de Pacientes

A padronização de uma forma efetiva de identificação dos pacientes deve ser urgente, pois com os atuais procedimentos existentes, apesar dos entrevistados apontarem que não houve troca de pacientes, os resultados apontam para a possibilidade de uma troca iminente.

A identificação do paciente é considerada um dos principais fatores para monitorar a segurança do paciente, especialmente por agir como protetor de eventos adversos em procedimentos de alto risco [...].

A literatura não é ampla quando a abordagem é sobre a identificação do paciente, sendo que estudos mostraram que essa meta de segurança está normalmente ligada a erros na administração de medicamentos. Por não termos uma cultura institucional de estudar os erros, faltam informações sobre os eventos adversos que ocorrem e isso dificulta a discussão sobre seus fatores causais, impedindo o conhecimento das consequências sobre profissionais, usuários e familiares e decorrendo assim uma lentidão na melhoria dos processos (NEVES, 2011, p. 10).

Miasso (2000, p. 23) concorda com Neves (2011) ao afirmar que "[...] a não valorização da identificação do paciente resulta em inúmeros eventos adversos, sendo a intercorrência mais freqüente a administração de medicamentos no paciente errado".

O Consórcio Brasileiro de Acreditação (2007) em seu manual apresenta a necessidade da correta identificação do paciente como o processo pelo qual se assegura a ele a destinação de determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo erros e enganos que o possam lesar.

Como se percebe, a ausência de notificação a respeito de troca de identidade de paciente traz uma falsa ideia de normalidade, percebida até por meio da afirmação dos entrevistados quanto a sua não ocorrência. Entretanto, pelo resultado

do alto indicador de probabilidade desse risco, torna-se urgente a revisão e implementação de Normas de Controle – Barreiras, algumas delas descritas nos quadros de 8 a 12, para gerenciá-lo.

8.5 Equipe Multiprofissional de Gerenciamento de Riscos

Torna-se imperiosa a constituição de uma equipe multiprofissional para elaboração de diretrizes de gerenciamento de riscos institucional, a fim de prevenir a ocorrência de eventos e, no caso da sua ocorrência, adotar medidas de contingência que minimize os prejuízos e evite a sua reincidência.

É importante que as normas de controle não efetivas e/ou parcialmente efetivas sejam analisadas criticamente, a fim de adotar-se medidas de mitigação e/ou eliminação dos riscos identificados nas unidades.

Segundo Paladini (2009), na prática, essa equipe visa ter uma abordagem participativa que é aplicada sob a forma de Programas Integrados da Qualidade, que envolvem a criação de grupos de trabalho como o instrumento básico de envolvimento do pessoal nas atividades.

Essa equipe multiprofissional, D'Innocenzo (2010, p. 144) chama de:

Comitê de Gerenciamento de Riscos e pode ser formado pelo diretor clínico ou técnico, pelo administrador, gerente de enfermagem e responsáveis por algumas áreas críticas como UTI, centro cirúrgico, pronto-socorro, laboratório, engenharia, farmácia, nutrição entre outros.

Para Taraboulsi (2004) os profissionais da equipe multiprofissional que estão em contato com os pacientes devem entender os comportamentos deles refletem o estado psíquico daquele momento, pois estão com um estado emocional alterado, com angústias, ansiedade, medo, agressividade, fragilidade, depressão etc

Alves (2011, p. 218-219) descreve as competências, responsabilidades, atividades e atribuições em geral do gerente de Risco e/ou do Comitê de Segurança ou Gerenciamento de Riscos:

- [...] Definir a estratégia política de gerenciamento de risco e zelar pelo seu cumprimento.
- Garantir a participação e apoio da diretoria organizacional no Gerenciamento de Riscos para deliberação e tomada de decisões.
- Elaborar e planejar recomendações para a minimização e/ou eliminação dos fatores potenciais de risco, eventos adversos e contingências.

- Rever e reavaliar procedimentos existentes de modo a obter uma prática assistencial segura.
- Disseminar e promover a divulgação das informações sobre segurança hospitalar, qualidade e de auditorias consideradas relevantes.
- Analisar criticamente os relatórios, as notificações e as estatísticas para prevenção de danos, minimização das consequências e tomada de decisão de modo assertivo.
- Avaliar os resultados dos indicadores e metas com foco na qualidade e na segurança das pessoas e da instituição periodicamente. [...]

Não há como gerenciar riscos sozinho, de forma isolada, sem interações. Todo risco tem um cunho relacional, daí a necessidade de se ter um equipe que possa antecipadamente elencar probabilidades, a fim de planejar medidas de contensão e contingência para evitar dano futuro.



CONCLUSÃO

9_CONCLUSÃO

Durante este trabalho, vários resultados demonstraram a necessidade de uma atuação mais incisiva no tocante ao gerenciamento de riscos nas instituições.

Alguns aspectos ficaram mais evidentes, tais como: a totalidade de hospitais referência (níveis 2 e 3) não possuíam um Instrumento de Gerenciamento de Riscos formalizado/consolidado, o que pela norma seria uma obrigatoriedade; havia uma necessidade de padronização e formalização de instrumentos de gestão, seja por meio de manual e instrução de trabalho, seja por outro tipo de documento; a ausência de um sistema informatizado tem dificultado a gestão hospitalar; a probabilidade de riscos da farmácia clínica evidenciou a necessidade de ampliar seu campo de atuação; os pacientes precisam ser melhor identificados; e a adoção urgente de uma equipe multiprofissional de gerenciamento de riscos.

A grande quantidade de itens parcialmente efetivos, prevaleceu na maioria dos hospitais, principalmente pela ausência de padronização de processos e de documentos, confirmando a necessidade de fazer gestão nessas áreas.

A ausência de um sistema de gestão hospitalar, evidenciado em grande parte das respostas, deixa de agilizar os procedimentos, os controles e a tomada de decisão, o que proporciona um grande risco para o paciente.

A assistência farmacêutica apresentou-se bastante deficitária, tendo o maior indicador de probabilidade de risco em todos os hospitais militares pesquisados. Sendo a ausência de um sistema informatizado a principal causa, apontada pelos entrevistados, para o aumento do indicador.

A situação da identificação dos pacientes, também foi bastante uniforme entre os hospitais, o que evidenciou a necessidade de adotar uma prática conjunta que vise a eliminar ou diminuir a probabilidade de riscos.

Por último, a ausência de uma equipe multiprofissional focada no gerenciamento de riscos deve ter desencadeado o aumento da probabilidade de riscos em vários pontos isolados que, sem o devido mapeamento, que teve como resultado a matriz de risco, possivelmente, esses riscos não seriam identificados.

De forma geral, os indicadores de probabilidade de riscos, dispostos na matriz principal dos resultados, mapearam de forma clara a situação de risco nos hospitais pesquisados. Cabendo agora, a cada hospital pesquisado, analisar as principais normas de controle não atendidas, a fim de diminuir os indicadores

globais, sem deixar de visualizar a criticidade de alguns pontos que no conjunto poderiam passar despercebidos.

Conclui-se então, que os resultados apresentados e discutidos atenderam aos objetivos gerais e específicos propostos, mas são apenas o início para outros estudos complementares.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 31000**: Gestão de riscos – Princípio e diretrizes. Rio de Janeiro, 2009.

_____. **NBR ISO 14971**: Produtos para Saúde - Aplicação de Gerenciamento de Riscos em Produtos para Saúde. Rio de Janeiro, 2003.

ALVES, Vera Lúcia de Souza; FELDMAN, Liliane Bauer. **Gestores da saúde no âmbito da qualidade**: atuação e competências, abordagem multidisciplinar. São Paulo: Martinari, 2011.

BARALDI, Paulo. **Gerenciamento de Riscos Empresariais**: a gestão de oportunidades, a avaliação de riscos e criação de controles internos nas decisões empresariais. 2.ed. rev e amp. Rio de Janeiro: Campus, 2005.

BARBARÁ, Saulo (Org.). **Gestão por Processos**: fundamentos, técnicas e modelos de implementação: foco no sistema de gestão da qualidade com base na ISO 9000:2000. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BERNSTEIN, Peter. **Desafio aos deuses**: a fascinante história do risco. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 21-28, jul./set. 2001.

BOHOMOL, Elena; RAMOS, Laís Helena. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n.1, p. 32-36, jan./fev. 2007.

BRAGA, Danielle Mantuano. **Implementação da Estrutura de Gerenciamento de Riscos Operacionais no BNDES**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Administração) – IBMEC, FEF, PPPAE, Rio de Janeiro, 2010.

NASCIMENTO, Rita de Cássia de Sousa Nascimento. **Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: uma síntese de pesquisas**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – PPGSC, ISC, UFBA, Salvador, 2008.

BRASIL. Exército. Departamento-Geral do Pessoal. Diretoria de Saúde. **Distribuição Nacional das Organizações Militares de Saúde**. Disponível em: <<http://dsau.dgp.eb.mil.br/imagens/MAPA%20BRASIL%20POR%20RM%20FINAL.jpg>>. Acesso em: 7 abr. 2012a.

_____. **Diretoria de Saúde**. Disponível em: <<http://dsau.dgp.eb.mil.br/>>. Acesso em: 7 abr. 2012b.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Serviço de Saúde do Exército**. Disponível em:

<http://www.abrasil.gov.br/avalppa/site/content/av_prog/15/32/prog1532.htm>. Acesso em: 16 set. 2011.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora 32**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

CASA DE OSWALDO CRUZ. Botica Real Militar. In: _____. **Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil 1832-1930**. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/verbetes/botrealmil.htm>>. Acesso em: 16 set. 2011.

CARVALHO, Viviane Tosta et al. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 67-75, dez. 1999.

CENTRO DA QUALIDADE, SEGURANÇA E PRODUTIVIDADE PARA O BRASIL E AMÉRICA LATINA. **AS/NZS 4360:2004: Gestão de Riscos**. 2 ed. São Paulo: Risk Tecnologia, 2004.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais**. 3. ed. Rio de Janeiro, 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.29- 47.

COOPER, Donald R. Cooper; SCHINDLER, Pámela S. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CORREIA, Milka Alves; BARBOSA, Grace Mary Albuquerque Montenegro; QUINTILIANO, Ana Rosa Torres Castanheira. **Avaliação da Qualidade: uma análise comparativa entre o Hospital Regional Santa Rita e a Acreditação Hospitalar da ONA**. Trabalho apresentado no XII Seminários em Administração, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/trabalhosP/DF/38.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2010.

COUTO; Renato Camargos; PEDROSA, Tania Moreira Grillo. **Técnicas básicas para a implantação da acreditação**. Belo Horizonte: IAG Saúde, 2009. (Coleção Metodologia da Acreditação – Gestão da Qualidade e de Riscos em Serviços de Saúde, v. 1).

D' INNOCENZO, Maria (Coord.). **Indicadores, auditorias e certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

DALKEY, N; HELMER, O, (Estados Unidos). An experimental application of the Delphi method to the use of experts. **Management Science**, Washington, v. 9, n. 3, p. 458-467, 1963.

DE PAULO, Wanderlei de Lima. et al. Riscos e controles internos: uma metodologia de mensuração dos níveis de controle de riscos empresariais. **Revista Contabilidade & Finanças**. [online]. 2007, v.18, n.43, p. 49-60.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**: definición y métodos de evaluación. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1980.

FELDMAN, Liliane Bauer (Org). **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar**: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. São Paulo: Martinari, 2008.

FELDMAN, Liliane Bauer, GATTO, Maria Alice Fortes, CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-9, 2005.

GOMES, Adélia Quadros Farias. **Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais**: estudo exploratório. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

HALL, Richard H. **Organizações**: estrutura, processos e resultados. 8. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Guia de orientação para o gerenciamento de riscos corporativos**. São Paulo, 2007 (Série de Cadernos de Governança Corporativa, 3).

INSTITUTO GESLEADE DE GESTÃO. **Sistema de Gestão da Qualidade**: SisGQ-Gesleade. Olinda, 2012.

LAURINDO, Fernando José Barbin; ROTONDARO, Roberto Gilioli (Coord). **Gestão integrada de processos e da tecnologia da informação**. São Paulo: Atlas, 2008.

LIMA, Manuella de Oliveira; PINSKY, Daniel; IKEDA, Ana Akemi. **A Utilização do Delphi em Pesquisas Acadêmicas em Administração**: um Estudo nos Anais do EnAnpad. São Paulo, 2011. Disponível em: < [http://www.ead.fea.usp.br/semead/11semead/resultado /trabalhosPDF/535.pdf](http://www.ead.fea.usp.br/semead/11semead/resultado/trabalhosPDF/535.pdf)>. Acesso em: 23 jan. 2012.

LOO, Robert, (Inglaterra). The Delphi method: a powerful tool for strategic management. **International Journal of police Strategies & Management**. London, v. 25, n. 4, p. 762-769, 2002.

MIASSO, A. I.; CASSIN, S. H. B. Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 34, n. 1, p. 12-25. Mar. 2000.

MIASSO, A et al. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, p. 354-363, maio/jun.2006.

NEVES, Lourdes Alexandrina de Castro; MELGAÇO, Regina Maria Tavares. A identificação do paciente como indicador de qualidade. **Revista Acreditação**, São Paulo, v. 1, n. 2, 2011.

NORDOCCI, Adelaide Cássia. Gerenciamento social de riscos: **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, p. 64-78, mar. 2002.

ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde: Glossário e Termos Técnicos**. Brasília, 2006a.

_____. **Conhecendo a acreditação: avançado**. Brasília, 2007. (Coleção de Slides 3).

_____. **Glossário e Termos Técnicos**. Brasília, 2006b.

_____. **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília, 2010. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação, 1).

PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão estratégica da qualidade: princípios, métodos e processos**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elisabeth Olmsted. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

QUINTO NETO, Antônio. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde: **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, p. 153-158, out./dez. 2006.

_____; Antônio; BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. (Org). **Hospitais: Administração da Qualidade e Acreditação de Organizações Complexas**. Porto Alegre: Decasa Editora, 2004.

REIS, Carlos Vieira. Brevíssima História do Serviço de Saúde do Exército. **Revista Militar**, Rio de Janeiro, 21 out. 2006. Disponível em: <<http://www.revistamilitar.pt/modules/articles/article.php?id=112>>. Acesso em: 16 set. 2011.

RIGHI, Ângela Weber; SCHMIDT, Alberto Souza; VENTURINI, Jonas Cardona. Qualidade em serviços públicos e saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**, Florianópolis, v.10, n.3, p. 649-669, set. 2010.

ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz; MARZIALE, Maria Helena Palucci. A Norma Regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem.

Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 834-6, set./out. 2004.

SACKMAN, H, (Estados Unidos). Summary evaluation of Delphi. **Policy Analysis**, New York, v. 1, n. 4, p. 693-718, 1975.

SAMICO, Isabella et al (Org.). **Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

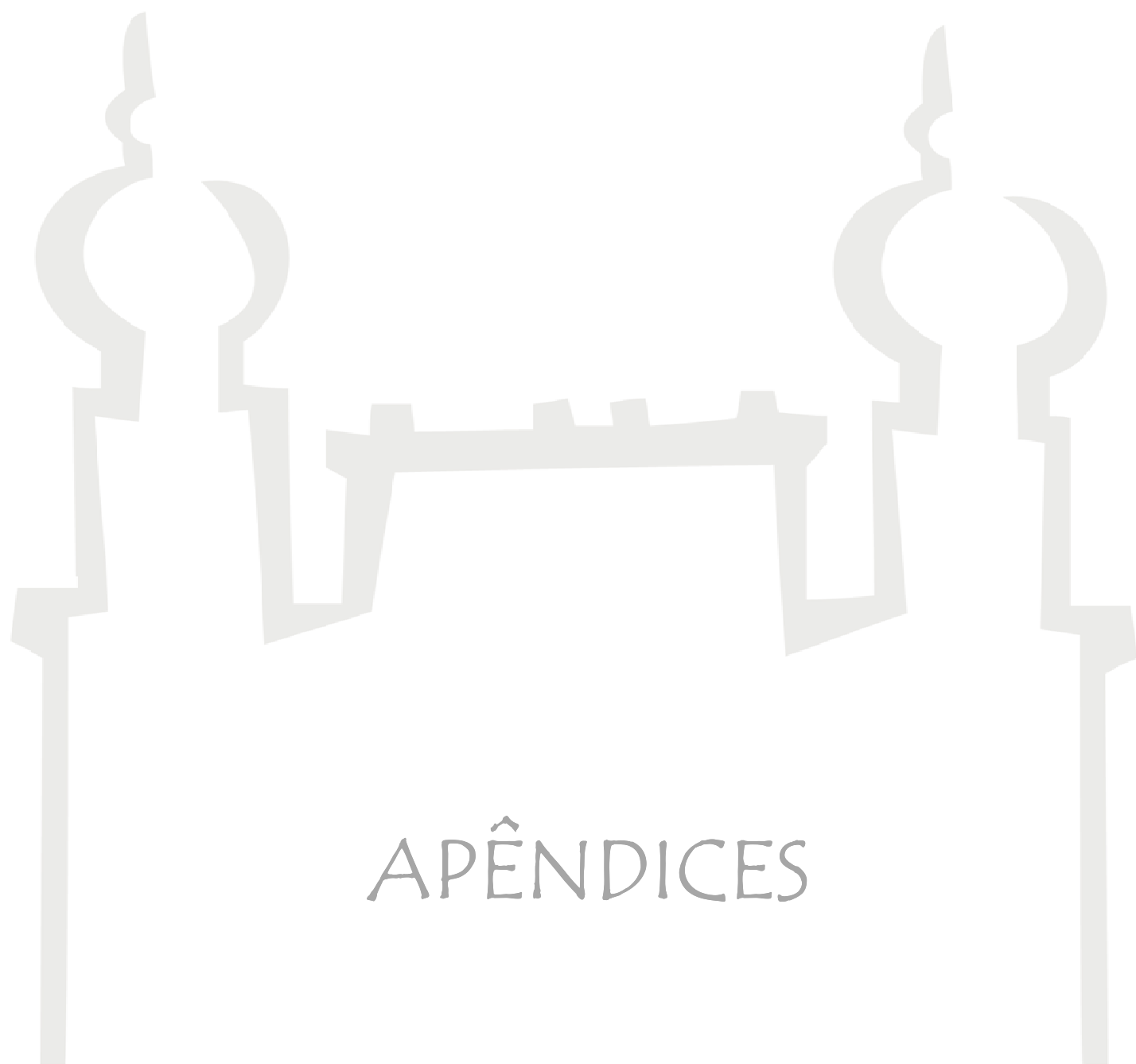
SPINK, Mary Jane P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, nov./dez. 2001.

TARABOULSI, Fadi Antoine. **Administração de hotelaria hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

THE NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION, (Canadá). NCC MERP: The First Ten Years. **Defining the Problem and Developing Solutions**. Ottawa, 2005. Disponível em: <<http://www.nccmerp.org/pdf/reportFinal2005-11-29.pdf>> . Acesso em: 16 abr. 2010.

VALLE, André Bittecourt do. et al. **Sistemas de informações gerenciais em organizações de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2010 (Série Gestão em Saúde).

VAUGHAN, R, (Estados Unidos). Evaluation and public health. **American Journal of Public Health**, Washington, v, 94, n. 3, 2004, p. 360.



APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice A – Tutorial 1: Preparação do Instrumento de Pesquisa



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES

Ministério da Saúde



Tutorial - 1
(Recife, 18 de novembro de 2011)

Preparação do Instrumento de Pesquisa

TÍTULO DA PESQUISA: A gestão de riscos nos hospitais do Exército Brasileiro no Nordeste do Brasil.

OBJETIVO DA PESQUISA: Descrever a gestão de riscos adotada nos hospitais do Exército Brasileiro no nordeste do Brasil.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Alexssandro da Silva.

CONVITE:

Convidamos esta instituição para participar deste Projeto de Pesquisa de interesse da Diretoria de Saúde do Exército, referente à dissertação de mestrado de ALEXSSANDRO DA SILVA, aluno do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/CPqAM/FIOCRUZ-PE.

Tabela 1 - Hospitais Acreditados pela Organização Nacional de Acreditação no Nordeste

Nome	Cidade/UF	Qualificação	Validade
Santa Casa de Misericórdia de Maceló	MACELÓ/AL	Acreditado	23/12/2011
Hospital Jorge Valente	SALVADOR/BA	Acreditado com Excelência	07/12/2012
Hospital São Rafael	SALVADOR/BA	Acreditado Pleno	07/12/2012
Hospital Português - Real Sociedade Portuguesa de Beneficência Doentes de Setembro	SALVADOR/BA	Acreditado	07/12/2011
Hospital do Câncer do Ceará	FORTALEZA/CE	Acreditado	07/12/2012
Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara	FORTALEZA/CE	Acreditado Pleno	23/11/2012
Hospital Regional Unimed Fortaleza	FORTALEZA/CE	Acreditado com Excelência	23/12/2012
Hospital São Domingos	SÃO LUIS/MA	Acreditado	23/11/2012
Hospital Unimed João Pessoa	JOÃO PESSOA/PB	Acreditado	21/12/2012
Hospital Esperança	RECIFE/PE	Acreditado Pleno	08/12/2012
Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco	RECIFE/PE	Acreditado	08/04/2012
Hospital Unimed Natal	NATAL/RN	Acreditado	09/08/2012
Hospital São Lucas	ARACAJÚ/SE	Acreditado com Excelência	10/02/2014

Fonte: ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (2011)

PARTICIPANTES:

Estão sendo convidados para preparação do Instrumento de Pesquisa todos os hospitais do nordeste certificados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), em qualquer nível, conforme Tabela 1. Motivo pelo qual esta instituição foi selecionada.

Referências:

ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO. *Certificações Concedidas*. Brasília, 2011. Disponível em: < <https://www.ona.org.br/OrganizaCoesCertificadas>>. Acesso em: 27 set. 2011.

METODOLOGIA:

A pesquisa contará com duas etapas: a primeira, voltada para preparação do Instrumento de Pesquisa; e a segunda, para aplicação deste instrumento nos hospitais do Exército Brasileiro no Nordeste do Brasil. A participação de sua instituição ficará restrita a primeira etapa: **Preparação do Instrumento de Pesquisa**.

ASPECTOS ÉTICOS:

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da FIOCRUZ/PE, sob Nº SISNEP FR-473569, e segue as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, cuja participação fica condicionada à assinatura da Carta de Anuência pela instituição pesquisada.

Observações: A participação não é obrigatória. A identidade será preservada. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas em meio acadêmico e assegurado o sigilo sobre a participação da instituição. Os nomes das instituições só serão citados conforme Tabela 1, extraída do site da ONA. Os dados, tanto da participação, quanto das informações preenchidas na elaboração do instrumento de pesquisa, não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação das instituições.

1/4

Preparação do Instrumento de Pesquisa

Abaixo consta o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM, o telefone do Hospital Militar de Área do Recife e do pesquisador principal, o que possibilita esclarecimento sobre o projeto a qualquer momento.

Em caso de denúncias a respeito de alguma questão ética sobre esta pesquisa, a instituição poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM através do telefone (81) 21012639, ou com o Hospital Militar de Área do Recife através do telefone (81) 2123-4846 e/ou com o pesquisador principal pelo E-mail: adm.alexssandro@hotmail.com ou pelo celular (81) 9938-7220.

UNIDADES DE PESQUISA:

O Instrumento de Pesquisa deverá ser aplicado em cinco Unidades de Pesquisa (UP), constante da Seção 2 do Manual de Acreditação (MA), Versão 2010: **MA 2 - Atenção ao Paciente/Cliente**, conforme relação de Subseções abaixo:

- MA 2/2 - Internação;
- MA 2/5 - Atendimento Cirúrgico;
- MA 2/8 - Tratamento Intensivo;
- MA 2/18 - Assistência Farmacêutica;
- MA 2/19 - Assistência Nutricional.

GLOSSÁRIO 1:

MA 2 - ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE - Esta seção agrupa atividades e serviços que se relacionam aos processos de atenção e cuidados aos pacientes/clientes, com características de contato direto com o usuário, processo ou serviço médico assistencial desenvolvido, equipe interdisciplinar envolvida, conjunto de insumos e espaço(s) institucional específico(s) a seus respectivos processos.

MA 2/2 - Internação

Processos voltados para a prestação de atendimento a pacientes que necessitem de assistência com permanência na instituição ou no domicílio, programada ou não, sistematizados de acordo com o grau de complexidade e especialização da organização.

MA 2/5 - Atendimento Cirúrgico

Processos voltados para o desenvolvimento de atividades cirúrgicas, sistematizados de acordo como o grau de complexidade e especialização a organização.

MA 2/8 - Tratamento Intensivo

Processos destinados à estabilização de pacientes com possibilidade de recuperação, que requerem serviços de assistência multidisciplinar nas 24 horas, sistematizados de acordo com o grau de complexidade e especialização da organização.

MA 2/18 - Assistência Farmacêutica

Atividades voltadas para o abastecimento de medicamentos, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informações sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde e do paciente para assegurar o uso racional de medicamentos.

MA 2/19 - Assistência Nutricional

Atividades voltadas para atender as necessidades nutricionais específicas dos pacientes permitindo criar oferta de produtos ou programas para assegurar a promoção, prevenção e recuperação nutricional. Esta subseção abrange também procedimentos relacionados ao banco de leite e lactário.

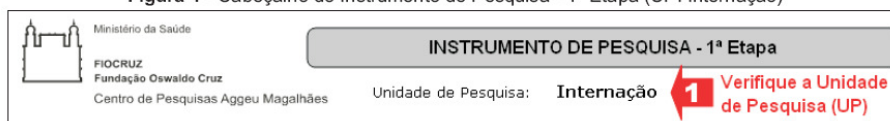
Referência:

ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO. *Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde*. Brasília, 2010. 164 p. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação.)

A fim de preencher as questões para Preparação do Instrumento de Pesquisa, sua instituição receberá cinco arquivos com formulários estruturados no formato *Microsoft Excel 2003*, um para cada Unidade de Pesquisa (UP) descrita acima.


Caso sua instituição não possua alguma dessas unidades (UP) e/ou sua estrutura esteja diferente da definição constante do glossário acima (Glossário 1), devolva o questionário em branco, apenas com a identificação: "Não se Aplica".

Figura 1 - Cabeçalho do Instrumento de Pesquisa - 1ª Etapa (UP: Internação)



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

INSTRUMENTO DE PESQUISA - 1ª Etapa

Unidade de Pesquisa: **Internação**  **Verifique a Unidade de Pesquisa (UP)**

Fonte - Instrumento de Pesquisa - 1ª Etapa

2/4

Preparação do Instrumento de Pesquisa

QUESTÕES DO INSTRUMENTO:

O Instrumento de Pesquisa é composto por duas questões:

A **1ª Questão** é referente aos Riscos existentes na Unidade Pesquisada (UP) e seus respectivos tipos (Glossário 2), estando limitada aos cinco riscos mais importantes.

GLOSSÁRIO 2:

O termo risco é proveniente da palavra risicu ou riscu, em latim, que significa ousar (to dare, em inglês). Costuma-se entender "risco" como possibilidade de "algo não dar certo", mas seu conceito atual envolve a quantificação e qualificação da incerteza, tanto no que diz respeito às "perdas" como aos "ganhos", com relação ao rumo dos acontecimentos planejados, seja por indivíduos, seja por organizações (BERNSTEIN, 1996).

RISCO - a probabilidade de ocorrência de um evento adverso que, no caso dos serviços de saúde, afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde o serviço está inserido.

TIPO DE RISCOS - Assistenciais, Sanitários e de Infecção.

Riscos assistenciais: são os riscos decorrentes das atividades relacionadas à assistência à saúde prestada aos pacientes pela Organização Prestadora de Serviços de Saúde. Podem estar relacionados aos equipamentos médico-hospitalares, aos produtos utilizados ou a prestação dos serviços em si e outros.

Riscos sanitários: Propriedade que tem uma atividade, serviço ou substância, de produzir efeitos nocivos ou prejudiciais na saúde humana.

Riscos relacionados à infecções: Probabilidade de adquirir infecção a partir de exposição a agentes biológicos.

Referências:

BERNSTEIN, Peter. *Desafio aos deuses: a fascinante história do risco*. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

FELDMAN, Liliane Bauer (Org). *Gestão de Risco e Segurança Hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento*. São Paulo: Martinari, 2008.

ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO. *Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde*. Brasília, 2006. 203 p.

Os demais tipos de riscos, tais como Financeiro, Ambiental, Ocupacional, Social, Tecnológico, de Biossegurança, de Desabastecimento e outros não serão mapeados no Instrumento de Pesquisa. Entretanto, caso conste na documentação normativa da instituição e figure entre os cinco mais importantes riscos da Unidade de Pesquisa (UP), deve-se selecionar a opção outros e acrescentá-lo no campo observação.

Figura 2 - Orientação de preenchimento da 1ª Questão (UP: Internação)

1 Relacione os principais riscos identificados na Internação do Hospital:

Item	RISCO	TIPO	OBS
1.1	Digite aqui o Risco 1	Selecione	4
1.2	Digite aqui o Risco 2	Selecione	
1.3	Digite aqui o Risco 3	Selecione	Para outros
1.4	Digite aqui o Risco 4	Selecione	tipos e OBS
1.5	Digite aqui o Risco 5	Selecione	

Fonte - Instrumento de Pesquisa - 1ª Etapa

Selecione Tipo do Risco

- Assistencial
- Sanitário
- Infecção
- Outros

A **2ª Questão** é referente as Normas de Controle - Barreiras (Glossário 3) utilizadas pelo Hospital que visam evitar e/ou diminuir a probabilidade de ocorrência de eventos relacionados aos riscos identificados na questão 1 e seus respectivos pesos, estando limitada às cinco mais importantes barreiras.

Preparação do Instrumento de Pesquisa

GLOSSÁRIO 3:

Grupo multiprofissional: grupo que agrega vários profissionais de categorias diferentes para desenvolverem um mesmo tema.

Fatores de risco: São as causas presentes no ambiente de trabalho ou externo, que estão direta ou indiretamente ligados aos riscos levantados.

Instruções de trabalho: documento normativo que se destina a descrever a maneira correta de executar uma operação ou tarefa, de modo simples e direto.

Normas de Controle (Barreiras): são práticas (ações) descritas em documento normativos e/ou legislação vigente que visam mitigar ou eliminar os fatores de risco presentes em cada área de gestão.

Referências:

FELDMAN, Liliane Bauer (Org). *Gestão de Risco e Segurança Hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento*. São Paulo: Martinari, 2008.

ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO. *Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde*. Brasília, 2006. 203 p.

Figura 3 - Orientação de preenchimento da 2ª Questão (UP: Internação)

- 2) Relacione as principais Normas de Controle (Barreiras) utilizadas pelo Hospital que visam evitar e/ou diminuir a probabilidade de ocorrência de eventos relacionados aos riscos identificados na questão 1, conforme abaixo:

2.1 Digite aqui o Risco 1

5 O nome do Risco será preenchido automático conforme o digitado na questão 1.

Norma de Controle (Barreira)	Peso
Digite a Norma de Controle (Barreira) 1 para o Risco 1.1	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 2 para o Risco 1.1	10%
Digite a Norma de Controle (Barreira) 3 para o Risco 1.1	15%
Digite a Norma de Controle (Barreira) 4 para o Risco 1.1	20%
Digite a Norma de Controle (Barreira) 5 para o Risco 1.1	25%
	30%
	35%
	40%
	45%
	0%

O somatório dos pesos deverá ser 100% 8


CONSIDERAÇÕES GERAIS:

- Os riscos e as respectivas barreiras devem ser extraídos de **documentos normativos** da instituição;
- As Normas de controle (barreiras) devem, de preferência, ser específicas, do tipo: Manter grades elevadas..., Sinalizar no prontuário sobre..., Aplicar escala de...;
- O preenchimento dos formulários deverá ser coordenado pelo **Escritório da Qualidade, Gerência de Riscos** ou por seção equivalente e envolver o **grupo multiprofissional** da Unidade de Pesquisa (UP);
- Envio juntamente com esse tutorial, um ofício, um modelo de carta de anuência e cinco arquivos em Excel 2003 com os formulários para preparação do Instrumento de Pesquisa - 1ª Etapa;
- Tendo em vista a Segunda etapa da pesquisa (aplicação do instrumento nos hospitais militares que está prevista para o mês de dezembro) é de grande importância que os arquivos sejam devolvidos para o e-mail: adm.alexssandro@hotmail.com, até **10 de dezembro de 2011**.

RESUMO DO TUTORIAL:


- O QUE?** Elaborar um Instrumento de Pesquisa sobre Gerenciamento de Riscos que será aplicado em hospitais militares;
- ONDE?** Nas cinco Unidades de Pesquisa (UP): Internação, Atendimento Cirúrgico, Tratamento Intensivo, Assistência Farmacêutica e Assistência Nutricional;
- QUANDO?** Preferencialmente até 10 de dezembro de 2011;
- QUEM?** Equipe multiprofissional de instituições certificadas pela ONA no nordeste;
- POR QUE?** Para divulgação em meio acadêmico, mediante pesquisa de mestrado;
- COMO?** Preenchendo os cinco formulários disponibilizados em planilhas do Excel 2003 (um para cada UP), de

Apêndice B – Tutoria 2: Aplicação do Instrumento de Pesquisa



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES

Ministério da Saúde



Tutorial - 2
(Recife, 12 de janeiro de 2012)

Aplicação do Instrumento de Pesquisa

TÍTULO DA PESQUISA: A gestão de riscos nos hospitais do Exército Brasileiro no Nordeste do Brasil.

OBJETIVO DA PESQUISA: Descrever a gestão de riscos adotada nos hospitais do Exército Brasileiro no nordeste do Brasil.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Cap Alexssandro da Silva.

Este Projeto é de interesse da Diretoria de Saúde do Exército e refere-se à Pesquisa da dissertação de mestrado do Capitão ALEXSSANDRO DA SILVA, aluno do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/CPqAM/FIOCRUZ-PE.

PARTICIPANTES:
Foram selecionados para aplicação do Instrumento de Pesquisa todos os hospitais do Exército Brasileiro do nordeste, motivo pelo qual essa Organização Militar de Saúde (OMS) foi selecionada, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Hospitais Militares do Exército Brasileiro no Nordeste

Nome	Cidade/UF	Pessoal de Apoio à Pesquisa*	Contato	Período da Pesquisa em 2012
Hospital Militar de Área do Recife	RECIFE/PE	Major SANDRA	(81) 2123-4991 capsandra@uol.com.br	19 e 20/jan
Hospital Geral de Fortaleza	FORTALEZA/CE	Major LUCIVALDO	(85) 3089-6226 lucivaldomadeira@hotmail.com	23 e 24/jan
Hospital Geral de Salvador	SALVADOR/BA	Major SOCORRO SOUSA	(71) 3324-3266 mary.sousa25@hotmail.com	2 e 3/fev
Hospital de Guaranição de João Pessoa	JOÃO PESSOA/PB	Capitão SIMONE	(83) 2106-1717 / 1792 sfbolla@yahoo.com.br	30 e 31/jan
Hospital de Guaranição de Natal	NATAL/RN	Capitão PAULA PERONE	(84) 3092-6563 / 6574 paulaperone@ig.com.br	26 e 27/jan

METODOLOGIA:
A pesquisa conta com duas etapas: a primeira, voltada para Preparação do Instrumento de Pesquisa, já realizada nos hospitais do nordeste certificados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), em qualquer nível, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Hospitais Acreditados pela Organização Nacional de Acreditação no Nordeste

Nome	Cidade/UF	Qualificação	Validade
Santa Casa de Misericórdia de Maceió	MACEIÓ/AL	Acreditado	23/12/2011
Hospital Jorge Valente	SALVADOR/BA	Acreditado com Excelência	07/12/2012
Hospital São Rafael	SALVADOR/BA	Acreditado Pleno	07/12/2012
Hospital Português - Real Sociedade Portuguesa de Beneficência Dezessete de Setembro	SALVADOR/BA	Acreditado	07/12/2011
Hospital do Câncer do Ceará	FORTALEZA/CE	Acreditado	07/12/2012
Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara	FORTALEZA/CE	Acreditado Pleno	23/11/2012
Hospital Regional Unimed Fortaleza	FORTALEZA/CE	Acreditado com Excelência	23/12/2012
Hospital São Domingos	SÃO LUIS/MA	Acreditado	23/11/2012
Hospital Unimed João Pessoa	JOÃO PESSOA/PB	Acreditado	21/12/2012
Hospital Esperança	RECIFE/PE	Acreditado Pleno	08/12/2012
Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco	RECIFE/PE	Acreditado	08/04/2012
Hospital Unimed Natal	NATAL/RN	Acreditado	09/08/2012
Hospital São Lucas	ARACAJÚ/SE	Acreditado com Excelência	10/02/2014

Fonte: ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (2011)

E a segunda, que tem como objetivo Aplicar o Instrumento de Pesquisa preparado na primeira etapa, será realizada nos hospitais do Exército Brasileiro do Nordeste do Brasil, conforme período previsto na Tabela 1. A participação da sua OMS ficará restrita a segunda etapa: **Aplicação do Instrumento de Pesquisa**.

1/5

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n - Cx. Postal 7472 - Fone: 0XX81 3012500 - Fax: 0XX81 45319'
CEP: 50670-420 - Recife - PE - Brasil - <http://www.cpqam.fiocruz.br>

Aplicação do Instrumento de Pesquisa

ASPECTOS ÉTICOS:

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da FIOCRUZ/PE, sob Nº SISNEP FR-473569, e segue as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, cuja participação dos Hospitais do Exército Brasileiro do nordeste foi autorizada pela Diretoria de Saúde do Exército, mediante o Fax 084-D Sau/SSPA, de 22 de agosto de 2011.

Observações:

- As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas em meio acadêmico e assegurado o sigilo previsto na legislação em vigor.

Em caso de denúncias ou esclarecimento sobre o projeto ou alguma questão ética sobre esta pesquisa, a OMS poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM através do telefone (81) 21012639, ou com o Hospital Militar de Área do Recife através do telefone (81) 2123-4846 e/ou com o pesquisador principal pelo E-mail: adm.alexssandro@hotmail.com ou pelo celular (81) 9938-7220.

UNIDADES DE PESQUISA:

O Instrumento de Pesquisa será aplicado em cinco Unidades de Pesquisa (UP), constante da Seção 2 do Manual de Acreditação (MA), Versão 2010: **MA 2 - Atenção ao Paciente/Cliente**, conforme relação de Subseções abaixo:

- MA 2/2 - Internação;
- MA 2/5 - Atendimento Cirúrgico;
- MA 2/8 - Tratamento Intensivo;
- MA 2/18 - Assistência Farmacêutica;
- MA 2/19 - Assistência Nutricional.

GLOSSÁRIO 1:

MA 2 - ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE - Esta seção agrupa atividades e serviços que se relacionam aos processos de atenção e cuidados aos pacientes/clientes, com características de contato direto com o usuário, processo ou serviço médico assistencial desenvolvido, equipe interdisciplinar envolvida, conjunto de insumos e espaço(s) institucional específico(s) a seus respectivos processos.

MA 2/2 - Internação

Processos voltados para a prestação de atendimento a pacientes que necessitem de assistência com permanência na instituição ou no domicílio, programada ou não, sistematizados de acordo com o grau de complexidade e especialização da organização.

MA 2/5 - Atendimento Cirúrgico

Processos voltados para o desenvolvimento de atividades cirúrgicas, sistematizados de acordo como o grau de complexidade e especialização a organização.

MA 2/8 - Tratamento Intensivo

Processos destinados à estabilização de pacientes com possibilidade de recuperação, que requerem serviços de assistência multidisciplinar nas 24 horas, sistematizados de acordo com o grau de complexidade e especialização da organização.

MA 2/18 - Assistência Farmacêutica

Atividades voltadas para o abastecimento de medicamentos, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informações sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde e do paciente para assegurar o uso racional de medicamentos.

MA 2/19 - Assistência Nutricional

Atividades voltadas para atender as necessidades nutricionais específicas dos pacientes permitindo criar oferta de produtos ou programas para assegurar a promoção, prevenção e recuperação nutricional. Esta subseção abrange também procedimentos relacionados ao banco de leite e lactário.

Referência:

ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO. *Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde*. Brasília, 2010. 164 p. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação:1)

A fim de Aplicar o Instrumento de Pesquisa, sua instituição receberá o Cap Alexssandro da Silva, Pesquisador Responsável pelo Projeto, que realizará entrevistas com os profissionais responsáveis/informadores-chaves das Unidades de Pesquisa (UP) da OMS, conforme Glossário 1.

Caso a OMS não possua alguma dessas unidades (UP) e/ou sua estrutura esteja diferente da definição constante do glossário acima (Glossário 1), o Instrumento de Pesquisa relativo a UP inexistente será identificado como: "Não se Aplica".

2/5

Aplicação do Instrumento de Pesquisa

INSTRUMENTO DE PESQUISA:

O Instrumento de Pesquisa é dividido em duas partes:

A **1ª Parte** é referente aos Riscos existentes na Unidade Pesquisa (UP), seus respectivos tipos (*Glossário 2*) e suas Normas de Controle-Barreiras (*Glossário 3*) com seus respectivos pesos. Esta parte **já estará preenchida** no Instrumento de Pesquisa, pois foi preparada em conjunto com os hospitais do nordeste certificados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), conforme Tabela 2.

GLOSSÁRIO 2:

O termo risco é proveniente da palavra *risicu* ou *riscu*, em latim, que significa ousar (*to dare*, em inglês). Costuma-se entender "risco" como possibilidade de "algo não dar certo", mas seu conceito atual envolve a quantificação e qualificação da incerteza, tanto no que diz respeito às "perdas" como aos "ganhos", com relação ao rumo dos acontecimentos planejados, seja por indivíduos, seja por organizações (BERNSTEIN, 1996).

RISCO - a probabilidade de ocorrência de um evento adverso que, no caso dos serviços de saúde, afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde o serviço está inserido.

TIPO DE RISCOS - Assistenciais, Sanitários e de Infecção.

Riscos assistenciais: são os riscos decorrentes das atividades relacionadas à assistência à saúde prestada aos pacientes pela Organização Prestadora de Serviços de Saúde. Podem estar relacionados aos equipamentos médico-hospitalares, aos produtos utilizados ou a prestação dos serviços em si e outros.

Riscos sanitários: Propriedade que tem uma atividade, serviço ou substância, de produzir efeitos nocivos ou prejudiciais na saúde humana.

Riscos relacionados à infecções: Probabilidade de adquirir infecção a partir de exposição a agentes biológicos.

Referências:

BERNSTEIN, Peter. *Desafio aos deuses: a fascinante história do risco*. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

FELDMAN, Liliâne Bauer (Org). *Gestão de Risco e Segurança Hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento*. São Paulo: Martinari, 2008.

ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO. *Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde*. Brasília, 2006. 203 p.

GLOSSÁRIO 3:

Grupo multiprofissional: grupo que agrega vários profissionais de categorias diferentes para desenvolverem um mesmo tema.

Fatores de risco: São as causas presentes no ambiente de trabalho ou externo, que estão direta ou indiretamente ligados aos riscos levantados.

Instruções de trabalho: documento normativo que se destina a descrever a maneira correta de executar uma operação ou tarefa, de modo simples e direto.

Normas de Controle (Barreiras): são práticas (ações) descritas em documento normativos e/ou legislação vigente que visam mitigar ou eliminar os fatores de risco presentes em cada área de gestão.

Referências:

FELDMAN, Liliâne Bauer (Org). *Gestão de Risco e Segurança Hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento*. São Paulo: Martinari, 2008.

ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO. *Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde*. Brasília, 2006. 203 p.

Para preparação desta parte, os diversos Grupos multiprofissionais observaram os fatores de riscos e as Normas de Controle (Barreiras) descritas em Documento Normativos (Instruções de Trabalho), conforme *Glossário 3*. Os demais tipos de riscos, tais como Financeiro, Ambiental, Ocupacional, Social, Tecnológico, de Biossegurança, de Desabastecimento e outros não foram mapeados no Instrumento de Pesquisa e nem serão identificados nas OMS pesquisadas.

3/5

Aplicação do Instrumento de Pesquisa

A 2ª Parte do Instrumento de Pesquisa é referente a coleta de dados que será realizada através de questionário semi-estruturado a ser preenchido pelo próprio pesquisador por meio de entrevista nas UPs dos hospitais do Exército Brasileiro no nordeste. As perguntas realizadas nesta parte serão dirigidas aos responsáveis/informadores-chaves de cada Unidade de Pesquisa (UP) estudada.

As perguntas tem o objetivo de avaliar as Normas de Controle - Barreiras (NC) dos principais riscos identificados pelos hospitais referência e levarão em consideração a sua (A) Aplicação, o (B) Tipo, a (C) Abordagem e a (D) Frequência do Controle, conforme Tabela 3, adaptada da Norma NBR 14971 (ABNT, 2003), Norma AS/NZS 4360 (CQSP, 2004), De Paulo et al (2007), Feldman (2008) e do IBCC (2007).

Para fins de padronização de respostas, o controle será considerado Efetivo quando o informador-chave da UP responder positivo quanto à sua realização, bem como responder que há formalização em documento normativo da instituição. Ou seja:

- *Controle efetivo*: prática + documento normativo formalizando a prática;

- *Controle parcialmente efetivo*: prática sem formalização em documento normativo;

- *Controle não efetivo*: existência de documento normativo, mas sem prática e/ou quando gerar dúvida por parte do entrevistado quanto à sua formalização e/ou prática.

As demais situações serão entendidas exatamente como estão descritas na Tabela 3.

Tabela 3 - Situação atual dos controles com pontuação

Situação dos Controles	Pontuação
A – Aplicação do controle	
Controle efetivo	-1
Controle parcialmente efetivo	2
Controle não efetivo	4
Controle inexistente	9
B – Tipo do controle	
Automatizado	1
Manual	2
C – Abordagem do controle	
Preventivo	1
Detectivo	2
D – Frequência do controle	
Por evento	1
Diário	2
Semanal	3
Mensal	4
Trimestral	5
Anual ou menos	6

TABULAÇÃO / CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS:

A tabulação/consolidação das respostas das entrevistas tem como objetivo encontrar o **Indicador da Probabilidade de Ocorrência de Eventos/Riscos (IPR)** em cada hospital militar (H1, H2, H3, H4 e H5), em cada Unidade (UP - MA 2/2 - Internação; MA 2/5 - Atendimento Cirúrgico; MA 2/8 - Tratamento Intensivo; MA 2/18 - Assistência Farmacêutica; MA 2/19 - Assistência Nutricional.pesquisada) e em cada Risco (R1, R2,...Rn).

O tratamento das respostas levará em consideração uma média ponderada dos pesos dados a cada Prática de Controle / Barreira (PC) de risco, consolidada dos riscos e pesos apresentados pelos hospitais referência (1ª Etapa da Pesquisa - Preparação do Instrumento de Pesquisa) e pela pontuação das respostas encontradas nos hospitais militares (2ª Etapa da Pesquisa - Aplicação do Instrumento de Pesquisa), conforme **Fórmula 1** e **Tabela 4**:

Fórmula 1 - Determinação do Indicador de Probabilidade da Ocorrência de Eventos (Riscos)

$$IPR = \frac{\sum ([SpNC1 \times \text{Peso NC1}] + [SpNC2 \times \text{Peso NC2}] + \dots + [SpNCn \times \text{Peso NCn}])}{\sum \text{Pesos}}$$

IPR = Indicador de Probabilidade da Ocorrência de Eventos (Riscos)

NC = Norma de Controle (Barreira) de 1 a n

Sp = Soma da pontuação de Aplicação das Normas de Controle (Barreira) NC (A) Aplicação + (B) Tipo + (C) Abordagem + (D) Frequência)

Peso = Peso da Norma de Controle (Barreira) NC de 1 a n

Σ = Somatório

Tabela 4 - Parametrização do Indicador de Probabilidade da Ocorrência de Eventos (Riscos)

IPR	Pontuação Parametrizada	Classificação Parametrizada	Cor de Identificação
< 7	1	Raro	Verde
>= 7 e < 10	2	Improvável	Amarela
>= 10 e < 13	3	Possível	Laranja
>= 13	4	Provável	Vermelha

Aplicação do Instrumento de Pesquisa

MODELO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA:

Figura 1 - Instrumento de Pesquisa sem preenchimento

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

GR.Base-I.01

Instrumento de Pesquisa - Verificação das Normas de Controle por Risco

Pesquisador: Alexandre da Silva Hospital: Pesquisa BASE Entrevistado: 1 Enfermeiro

1ª PARTE - Identificação do Risco:

UNIDADE DE PESQUISA (UP) RISCO PESQUISADO (RP)

Internação Queda de Paciente

2ª PARTE - Classificação da Probabilidade do Risco: Normas de Controle (Barreiras) para Verificar: 6

RISCO	RESPOSTA BARREIRA	CONTROLE		TIPO	ABORDAGEM	FREQÜÊNCIA	CÁLCULOS
		PARCIALMENTE EFETIVO	INACIÇÃO				
Queda de Paciente	10,00						
Unidade de Pesquisa (UP)							
Internação							
Utilizar contagem mecânica e/ou medicamentos em pacientes agitados e/ou desorientados	2,75						
Conservar as grades dos leitos elevadas e em bom estado de manutenção	2,75						
Orientar sobre os riscos de queda ao paciente e/ou acompanhante	2,50						
Acomodar crianças menores de cinco anos em berço com a presença de acompanhante	0,83						
Utilizar barras de segurança nos banheiros	0,42						
Utilizar Equipamento de Proteção Coletiva (EPC) para sinalização de piso molhado	0,42						

Observações da Pesquisa:

Figura 2 - Instrumento de Pesquisa preenchido (modelo fictício)

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

GR.Base-I.01

Instrumento de Pesquisa - Verificação das Normas de Controle por Risco

Pesquisador: Alexandre da Silva Hospital: Pesquisa BASE Entrevistado: 1 Enfermeiro

1ª PARTE - Identificação do Risco:

UNIDADE DE PESQUISA (UP) RISCO PESQUISADO (RP)

Internação Queda de Paciente

2ª PARTE - Classificação da Probabilidade do Risco: Normas de Controle (Barreiras) para Verificar: 6

NORMAS DE CONTROLE - BARRERAS (NC)	P	CONTROLE	TIPO	ABORDAGEM	FREQÜÊNCIA	CÁLCULOS
Utilizar contagem mecânica e/ou medicamentos em pacientes agitados e/ou desorientados	2,8	Controle parcialmente efetivo	Manual	Detectiva	Por evento	$3 \times 2 + 2 + 1 = 7,5$ $5 (7) \times 0,2 (75) = 1,5$
Conservar as grades dos leitos elevadas e em bom estado de manutenção	2,8	Controle efetivo	Manual	Preventiva	Por evento	$3 \times 1 + 2 + 1 = 3,8$ $5 (3,8) \times 0,2 (75) = 0,8$
Orientar sobre os riscos de queda ao paciente e/ou acompanhante	2,6	Controle não efetivo	Manual	Detectiva	Diário	$3 \times 4 + 2 + 2 = 16,0$ $5 (16) \times 0,2 (20) = 16,0$
Acomodar crianças menores de cinco anos em berço com a presença de acompanhante	0,9	Controle efetivo	Manual	Preventiva	Por evento	$3 \times 1 + 2 + 1 = 3,8$ $5 (3,8) \times 0,2 (20) = 0,8$
Utilizar barras de segurança nos banheiros	0,5	Controle efetivo	Automatizado	Preventiva	Por evento	$3 \times 1 + 1 + 1 = 2,8$ $5 (2,8) \times 0,2 (20) = 0,9$
Utilizar Equipamento de Proteção Coletiva (EPC) para sinalização de piso molhado	0,5	Controle parcialmente efetivo	Manual	Preventiva	Diário	$3 \times 2 + 2 + 1 = 7,2$ $5 (7,2) \times 0,2 (20) = 3,3$

Observações da Pesquisa:

3ª PARTE - Determinação do Indicador de Probabilidade de Risco (IP):

Vermelho				4	INDICADOR PARA PARALELIZADO	FORMULA: Somatório das Práticas X Ponto 60,70 10,00 Somatório dos Pontos "Válidos"
Laranja				3		
Amarelo				2		
Verde	6,07			1		

Raro Improvável Possível Provável

PROBABILIDADE

* Se o controlador for avaliado, todos os pontos são perdidos.
Somatório da Norma de Controle - Barreira (FC) = 10,00 que não.

TABULAÇÃO FICTÍCIA:

IPR = 6,07 pontos, parametrizando: IP < 7, logo:

IPR = 1 = Risco RARO = Cor VERDE

RESUMO DO TUTORIAL:

- O QUE?** Aplicar o Instrumento de Pesquisa por meio de entrevista com os Responsáveis/Informadores-chaves das Unidades de Pesquisa (UP) dos Hospitais do Exército Brasileiro do nordeste;
- ONDE?** Nos cinco Hospitais do Exército Brasileiro no Nordeste (Recife, Fortaleza, Salvador, Natal e João Pessoa);
- QUANDO?** Conforme períodos da Tabela 1;
- QUEM?** Pesquisador Responsável - Capitão Alexssandro da Silva;
- POR QUE?** Para divulgação em meio acadêmico, mediante pesquisa de mestrado;
- COMO?** Preenchendo os Instrumentos de Pesquisas das cinco Unidades de Pesquisa (UP).

REFERÊNCIAS

- AS SOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. Produtos para Saúde - Aplicação de Gerenciamento de Riscos em Produtos para Saúde. Norma NBR ISO 14971, Rio de Janeiro, 2003.
- CENTRO DA QUALIDADE, SEGURANÇA E PRODUTIVIDADE PARA O BRASIL E AMÉRICA LATINA. AS/NZS 4360:2004: Gestão de Riscos. 2 ed. São Paulo: Risk Tecnologia Editora Ltda, 2004.
- DE PAULO, Wanderlei de Lima; FERNANDES, Francisco Carlos; RODRIGUES, Luciana Gavazzi Barragan; EIDIT, Jorge. Riscos e controles internos: uma metodologia de mensuração dos níveis de controle de riscos empresariais. Rev. contab. finanç. [online]. 2007, vol.18, n.43, pp. 49-60.
- FELDMAN, Liliane Bauer (Org). Gestão de Risco e Segurança Hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. São Paulo: Martinari, 2008.
- IBGC - Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. Guia de orientação para o gerenciamento de riscos corporativos. Eduarda La Rocque (Coord). São Paulo: IBGC, 2007 (Série de Cadernos de Governança Corporativa, 3).

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**A Gestão de Riscos nos Hospitais do Exército Brasileiro no Nordeste do Brasil**”.

Você foi selecionado de forma intencional, por ser considerado como informador-chave sobre a gestão de risco na unidade _____. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O Objetivo deste estudo é **Descrever a gestão de riscos adotada nos hospitais militares do Exército Brasileiro no nordeste do Brasil**.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder de forma objetiva a uma entrevista estruturada. O único risco possível com a sua participação é o de constrangimento diante de algum questionamento, mas garantimos o total sigilo de suas informações pessoais, o que diminuirá este risco. Este estudo não trará gasto para os participantes e terá como benefício oferecer a oportunidade de traçar o Perfil da Gestão de Riscos nos Hospitais do Exército Brasileiro no nordeste do Brasil, buscando contribuir para sua melhoria.

A sua identidade será guardada. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas em meio acadêmico e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Este termo será assinado em duas vias, ficando uma de posse do pesquisador responsável e a outra entregue a você, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de denúncias a respeito de alguma questão ética sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM através do telefone (81) 21012639.

Nome e assinatura do pesquisador Responsável: ALEXSSANDRO DA SILVA: _____

Endereço: Rua Maria Judith Lins, 161 – 1º Andar, Olinda, PE. CEP: 53130-080.

E-mail: adm.alexssandro@hotmail.com

Fone: (81) 9938-7220

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

_____, _____ de _____ de 2011.

Apêndice D – Instrumento de Pesquisa IP1



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

INSTRUMENTO DE PESQUISA - 1ª Etapa

Unidade de Pesquisa: **Assistência Farmacêutica**

1 Relacione os principais riscos identificados na Assistência Farmacêutica do Hospital:

Item	RISCO	TIPO	OBS
1.1	Digite aqui o Risco 1	Selecione	
1.2	Digite aqui o Risco 2	Selecione	
1.3	Digite aqui o Risco 3	Selecione	
1.4	Digite aqui o Risco 4	Selecione	
1.5	Digite aqui o Risco 5	Selecione	

2 Relacione as principais Normas de Controle (Barreiras) utilizadas pelo Hospital que visam evitar e/ou diminuir a probabilidade de ocorrência de eventos relacionados aos riscos identificados na questão 1, conforme abaixo:

2.1 Digite aqui o Risco 1

Norma de Controle (Barreira)	Peso
Digite a Norma de Controle (Barreira) 1 para o Risco 1.1	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 2 para o Risco 1.1	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 3 para o Risco 1.1	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 4 para o Risco 1.1	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 5 para o Risco 1.1	Selecione
ERRO: Soma diferente de 100%	
	0%

2.2 Digite aqui o Risco 2

Norma de Controle (Barreira)	Peso
Digite a Norma de Controle (Barreira) 1 para o Risco 1.2	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 2 para o Risco 1.2	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 3 para o Risco 1.2	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 4 para o Risco 1.2	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 5 para o Risco 1.2	Selecione
ERRO: Soma diferente de 100%	
	0%

2.3 Digite aqui o Risco 3

Norma de Controle (Barreira)	Peso
Digite a Norma de Controle (Barreira) 1 para o Risco 1.3	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 2 para o Risco 1.3	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 3 para o Risco 1.3	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 4 para o Risco 1.3	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 5 para o Risco 1.3	Selecione
ERRO: Soma diferente de 100%	
	0%

2.4 Digite aqui o Risco 4

Norma de Controle (Barreira)	Peso
Digite a Norma de Controle (Barreira) 1 para o Risco 1.4	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 2 para o Risco 1.4	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 3 para o Risco 1.4	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 4 para o Risco 1.4	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 5 para o Risco 1.4	Selecione
ERRO: Soma diferente de 100%	
	0%

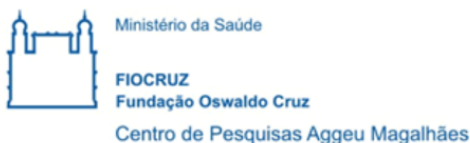
2.5 Digite aqui o Risco 5

Norma de Controle (Barreira)	Peso
Digite a Norma de Controle (Barreira) 1 para o Risco 1.5	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 2 para o Risco 1.5	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 3 para o Risco 1.5	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 4 para o Risco 1.5	Selecione
Digite a Norma de Controle (Barreira) 5 para o Risco 1.5	Selecione
ERRO: Soma diferente de 100%	
	0%

A GESTÃO DE RISCOS NOS HOSPITAIS DO EXÉRCITO BRASILEIRO NO NORDESTE DO BRASIL
 Projeto de Pesquisa para Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Pública – Alexssandro da Silva

Av. Professor Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária – Campus da UFPE
 Recife - PE - CEP: 50.670-420
 Telefone: (81) 2101-2500/2101-2600 Fax: (81) 3453-1911
 www.cpqam.fiocruz.br

Apêndice E – IP2 antes da entrevista - Lista de Verificação



GR.H3-I.03

Instrumento de Pesquisa - Verificação das Normas de Controle por Risco

Pesquisador:
Alexssandro da Silva

Hospital:
H3

Entrevistado:
1 Enfermeiro

1ª PARTE - Identificação do Risco:

UNIDADE DE PESQUISA (UP)

Internação

RISCO PESQUISADO (RP)

Erro de Medicamentos

2ª PARTE - Classificação da Probabilidade do Risco:

Normas de Controle (Barreiras) para Verificar: 3

RISCO		CONTROLE			TIPO		ABOR		FREQUÊNCIA						
Erro de Medicamentos	PESO DA PRÁTICA	EFETIVO	PARCIALMENTE EFETIVO	NÃO EFETIVO	INEXISTENTE	AUTOMATIZADO	MANUAL	PREVENTIVA	DETECTIVA	ANUAL OU MENOS	TRIMESTRAL	MENSAL	SEMANAL	DIÁRIO	POR EVENTO
		10,00													
Conferir o rótulo da medicação, a via, a dosagem, o horário, o nome do paciente e a prescrição médica antes do preparo e na administração	4,00														
Utilizar prescrição médica informatizada e/ou com letra legível	3,00														
Aprazar medicamentos com atenção nas possíveis interações medicamentosas	3,00														

Observações da Pesquisa:

Apêndice F – IP2 depois da entrevista - Tabulado e Parametrizado



GR.H3-I.03

Instrumento de Pesquisa - Verificação das Normas de Controle por Risco

Pesquisador:
Alexssandro da Silva

Hospital:
H3

Entrevistado:
1 Enfermeiro

1ª PARTE - Identificação do Risco:

UNIDADE DE PESQUISA (UP)

Internação

RISCO PESQUISADO (RP)

Erro de Medicamentos

2ª PARTE - Classificação da Probabilidade do Risco:

Normas de Controle (Barreiras) para Verificar: 3

NORMAS DE CONTROLE - BARREIRAS (NC)	P	CONTROLE	TIPO	ABORDAGEM	FREQUÊNCIA	CÁLCULOS
Conferir o rótulo da medicação, a via, a dosagem, o horário, o nome do paciente e a prescrição médica antes do preparo e na administração	4,0	Controle efetivo	Manual	Preventiva	Por evento	$S = -1 + 2 + 1 + 1 = 3,0$ $S (3) \times P (4)$ 12,0
Utilizar prescrição médica informatizada e/ou com letra legível	3,0	Controle parcialmente efetivo	Automatizado	Preventiva	Por evento	$S = 2 + 1 + 1 + 1 = 5,0$ $S (5) \times P (3)$ 15,0
Aprazar medicamentos com atenção nas possíveis interações medicamentosas	3,0	Controle não efetivo	Manual	Preventiva	Por evento	$S = 4 + 2 + 1 + 1 = 8,0$ $S (8) \times P (3)$ 24,0

Observações da Pesquisa: - Mais de 70% das prescrições são digitadas.

3ª PARTE - Determinação do Indicador de Probabilidade de Risco (IP):

CORES	Vermelho					INDICADOR PARAMETRIZADO
	Laranja					
	Amarelo					
	Verde	5,10				
		Raro	Improvável	Possível	Provável	
		PROBABILIDADE				

FÓRMULA:

Somatório das Práticas X Pesos
51,00

10,00

Somatório dos Pesos Válidos*

* São considerados Pesos Válidos todos os pesos que possuem Somatório da Norma de Controle - Barreira (NC) maior que zero.



ANEXOS

ANEXOS

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM



Título do Projeto: “A gestão de riscos nos hospitais do Exército brasileiro no Nordeste do Brasil”.

Pesquisador responsável: Alexssandro da Silva.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 25/10/2011

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 46/11

Registro no CAAE: 0046.0.095.000-11

PARECER Nº 43/2011

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 01 de novembro de 2014. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 01 de novembro de 2011.

Giselle Camposana Gouveia
Farmacêutica
Coordenadora
Mat. SIAPE 0463376
CPqAm / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 01/11/2012.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

Centro de Pesquisas
AGGEU
MAGALHÃES

FIOCRUZ
Ministério da Saúde