

FHEMIG[®]
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

**COMISSÃO
PARA GESTÃO
DE RISCOS**

GUIA METODOLÓGICO
**GESTÃO DE RISCOS
ADMINISTRATIVOS
E ASSISTENCIAIS**

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

FHEMIG[®]
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

SUS  Sistema
Único
de Saúde

SAÚDE



**GOVERNO
DE MINAS**

AQUI O TREM PROSPERA.

FHEMIG[®]
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS



SAÚDE



**GOVERNO
DE MINAS**

AQUI O TREM PROSPERA.

GUIA METODOLÓGICO

GESTÃO DE RISCOS

ADMINISTRATIVOS

E ASSISTENCIAIS

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

2ª Edição | 2025

Presidência Renata Ferreira Leles Dias
Vice-Presidência Patrícia Albergaria Iamin Curi
Chefia de Gabinete Carolina Santos Lage
Diretoria Assistencial Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos
Diretoria de Contratualização, Faturamento e Parcerias Júlia Mara Sousa Oliveira
Diretoria de Gestão de Pessoas Marina Emediato Lara Carvalho Mohl
Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças Henrique B. Gonçalves Gomes Pinto Coelho
Assessoria Estratégica Bárbara Campos de Andrade
Assessoria de Comunicação Social Janaína de Oliveira
Procuradoria João Viana da Costa
Controladoria Seccional Marcela Oliveira Ferreira Dias

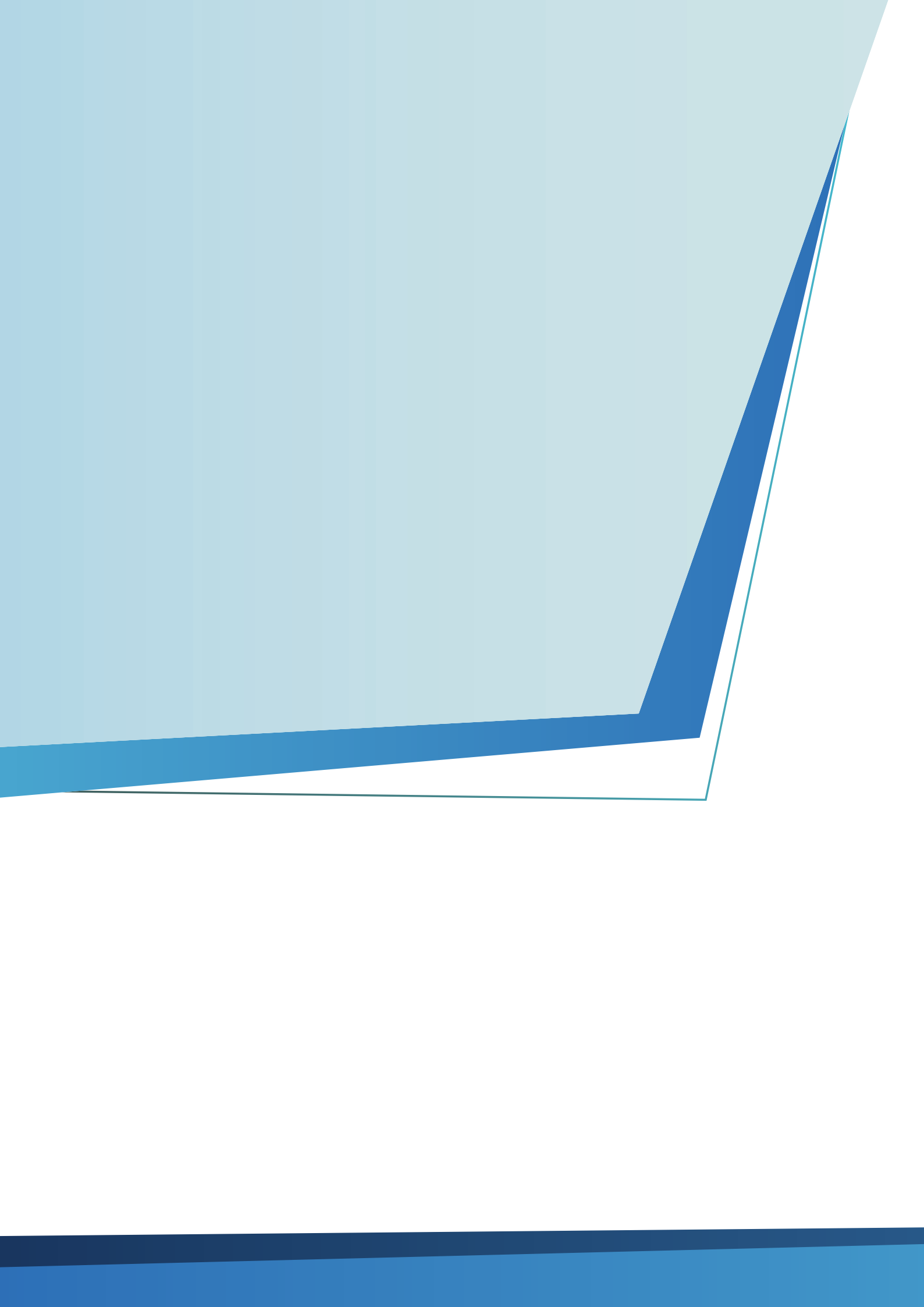
ELABORAÇÃO

COMISSÃO PARA GESTÃO DE RISCOS

Coordenação
Izabella Furtado Bini Dutra de Moraes

Membros
Asafe Duailibe Vieira
Bruna Daiana Guimarães Pereira de Matos
Cintia Vieira do Nascimento
Eliane Fernandes Lima Alves Pinto
Eliana de Oliveira Furtado
Isabella Maneta de Moraes
Glacielle Ribeiro Araújo
Lindalva Maria de Souza Santos
Marcus de Araújo Ferreira
Miramaia Cristina dos Santos Rosa
Wivian Aparecida Dornelas Couto

Colaboradores
Érika Cristina Fernandes Chamon
Thamyres Fernnanda Brei Gill Barros



Carta de apresentação

Neste Guia Metodológico de Gestão de Riscos Administrativos e Assistenciais, são apresentados os fundamentos, o processo e a metodologia de gestão de riscos a ser aplicada na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), com o intuito de orientar as diretorias, assessorias e unidades assistenciais a implementá-la em conformidade com a Política de Gestão de Riscos (PGR) do órgão.

O guia fornece o referencial metodológico necessário para a adoção dos primeiros passos na gestão de riscos na instituição, apresentando, de maneira objetiva, as ferramentas e os direcionamentos necessários para que gestores e servidores contribuam para a implementação da gestão dos riscos de forma integrada, estruturada, abrangente, dinâmica e transparente.

De acordo com o Decreto Federal 9.203 de 22 de novembro de 2017, à Alta Administração compete:

“Estabelecer, manter, monitorar e aprimorar sistema de gestão de riscos e controles internos com vistas à identificação, à avaliação, ao tratamento, ao monitoramento e à análise crítica de riscos que possam impactar a implementação da estratégia e a consecução dos objetivos da organização no cumprimento da sua missão institucional” (BRASIL, 2017).

Assim, a Política de Gestão de Riscos, que é dirigida, apoiada e monitorada pela Alta Administração, deve ser implementada pelas unidades nos níveis estratégico, tático e operacional, abarcando desde a estratégia até processos de trabalho, incluindo os projetos e programas do órgão. Compõem a gestão de riscos as atividades coordenadas para orientar e apoiar a organização quanto aos riscos aos quais está exposta, a fim de criar, proteger e agregar valor, com vistas à melhoria do desempenho, à promoção da inovação e ao alcance dos objetivos. Dessa forma, a gestão de riscos deve contribuir para a formulação e para a execução da estratégia, auxiliando no fluxo de informações necessárias à avaliação dos cenários e à tomada de decisão, visando o aproveitamento de oportunidades e a proteção da imagem institucional.

Izabella Furtado Bini Dutra de Moraes
Comissão Para Gestão de Riscos

Lista de siglas

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS: Assessoria de Comunicação Social
ADC: Administração Central
AEST: Assessoria Estratégica
Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CET: Central Estadual de Transplantes
CGE: Controladoria Geral do Estado
CGR: Comissão para Gestão de Riscos
Coso: Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission
Covid: Coronavírus Disease
CSA: Coordenação de Segurança Assistencial
DPAR: Diretoria de Contratualização, Faturamento e Parcerias
Digepe: Diretoria de Gestão de Pessoas
Dirass: Diretoria Assistencial
DPGF: Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças
EA: Eventos Adversos
Fhemig: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
less: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
ISO: International Organization for Standardization
MAP: Mapa de Processo
NBR: Norma Técnica Brasileira
NQ: Núcleo de Qualidade
OPO: Organizações de Procura de Órgãos
PE: Planejamento Estratégico
PGP: Pacto de Gestão Participativa
PGR: Política de Gestão de Riscos
PMDI: Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PMPI: Política Mineira de Promoção da Integridade
PNSP: Programa Nacional de Segurança do Paciente
POL: Política
POP: Procedimento Operacional Padrão
PPAG: Plano Plurianual de Ação Governamental
PRS: Procedimento Sistemático
QLD: Qualidade
RNC: Relato de Não Conformidade
RDC: Resolução da Diretoria Colegiada
SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SES-MG: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Siead: Sistema de Notificação de Eventos Adversos
SUS: Sistema Único de Saúde
Swot: Strengths Weaknesses Opportunities Threats
TCU: Tribunal de Contas da União
VISA: Vigilância Sanitária

Sumário

1. INTRODUÇÃO	9
Apetite ao risco	9
Tipos de riscos e suas características	10
A Gestão de Riscos no âmbito da saúde	10
Principais resultados do gerenciamento de riscos na área da saúde	11
Desafios da gestão de risco	11
A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais	12
Entendimento da organização e estabelecimento do contexto	88
O Planejamento Estratégico	88
2. METODOLOGIA DE TRABALHO	88
A Gestão de Riscos na Fhemig	88
Comissão para Gestão de Riscos	88
Mapeamento de processos	88
3. OBJETIVO	14
4. PRINCÍPIOS	14
5. DIRETRIZES	15
6. A GESTÃO DE RISCOS	19
Estrutura	19
Instâncias e responsabilidades	20
A ferramenta matriz de risco - identificação, análise, avaliação e tratamento dos riscos	23
Preenchimento da matriz de risco	24
Atividade crítica (MAP)	24
Evento	24
Consequência	25
Práticas de controle	25
Domínio	26
Gravidade	26
Probabilidade	27
Nível de risco	28
Tratamento	29
Comunicação e consulta	30
O Processo de gerenciamento de riscos	31
7. AÇÕES PARA MITIGAÇÃO DE EVENTOS	32
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
9. GLOSSÁRIO	35
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
11. APÊNDICES	40

Introdução

“As organizações de todos os tipos e tamanhos enfrentam influências e fatores externos e internos que tornam incerto o alcance de seus objetivos. O efeito que essa incerteza tem sobre os objetivos da organização é chamado de “risco””. (ISO 31000, 2018, p.VI).

O termo risco pode ser definido como:

Possibilidade que um evento ocorra e afete negativamente a realização dos objetivos (COSO);

O efeito da incerteza nos objetivos (ISO 31000);

Possibilidade de ocorrência de um evento que venha a ter impacto no cumprimento dos objetivos (IN).

De acordo com a Fhemig - PRS QLD 005 (2021), a mentalidade de risco habilita uma organização a determinar os fatores que poderiam causar desvios nos seus processos e no seu sistema de gestão da qualidade em relação aos resultados planejados, a colocar em prática controles preventivos para minimizar efeitos negativos e a maximizar o aproveitamento das oportunidades que surgem.

Para a ABNT NBR ISO 31000 (2018), a estrutura de gestão de riscos é a maneira como uma entidade se organiza para gerenciar os riscos do negócio, representando o conjunto de componentes e arranjos organizacionais para a concepção, a implementação, o monitoramento, a análise crítica e a melhoria contínua da gestão de riscos por toda a organização. Além disso, inclui-se na política de gestão de riscos, os manuais, os recursos, a definição de responsabilidades e objetivos que permitirão incorporar a gestão de riscos em todos os níveis da organização.

8

Nesse sentido, a gestão de riscos refere-se a um processo contínuo que se estende por todos os níveis e processos organizacionais. Vieira e Barreto (2019), em referência ao TCU, afirmam que:

Quando a gestão de riscos é corretamente implementada, de forma sistemática, estruturada e oportuna, gera benefícios que impactam diretamente cidadãos e outras partes interessadas da organização ao viabilizar o adequado suporte às decisões de alocação e uso apropriado dos recursos públicos, o aumento do grau de eficiência e eficácia no processo de criação, proteção e entrega de valor público, otimizando a conformidade e o desempenho, elevando os resultados entregues à sociedade (TCU, 2017a, p. 10, apud VIEIRA e BARRETO, 2019, p. 97).

Apetite ao risco

Apetite ao risco é a quantidade de risco que a organização deseja assumir para conseguir atingir seus objetivos (BRASILIANO, 2018).

A priorização de quais riscos merecem ser tratados depende do apetite ao risco da organização. A instituição que possui um baixo apetite ao risco apresenta um perfil conservador, ou seja, prefere não assumir riscos.

De acordo com CGE (2021, p.19), é *“importante ressaltar que o apetite ao risco é dinâmico, podendo ser modificado de acordo com o contexto e a situação percebida em um dado momento”*.

Tipos de riscos e suas características

Segundo Kelma (2019), “o risco nada mais é do que um desvio do curso e dos objetivos da empresa. Pode ser um evento, uma circunstância ou uma condição”. Destaca-se que, no âmbito das instituições de saúde, uma falha pode acarretar na morte de um paciente.

Seguem alguns exemplos de riscos:

- acidente de trabalho;
- acidente ambiental;
- fraudes ou golpes financeiros;
- perda de um colaborador muito importante para a empresa;
- evento relacionado com a imagem da marca da empresa;
- problemas no estoque, como uma grande perda de materiais;
- falta de fornecedor; e
- processos judiciais.

Os riscos podem, ainda, ser classificados com base em suas características inerentes e residuais.

Risco inerente: é o risco a que uma organização está exposta sem considerar quaisquer medidas de controle.

Risco residual: é o risco que uma organização está exposta após a implementação de medidas de controle (CGE, 2021)

Nesse contexto, Ramalho (2017) pondera que, visando à redução máxima dos riscos, a gestão deverá fazer uma análise minuciosa dos perigos de cada departamento, montando, ao final, um panorama da empresa.

9

A Gestão de riscos no âmbito da saúde

O erro hospitalar é a 2ª maior causa de morte no Brasil. Em 2016, 829 brasileiros, em média, morreram, por dia, em hospitais, devido a erros e falhas que poderiam ser evitados, segundo dados do Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar, do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) (Santos, 2018).

Além disso, tramitaram 1.346.931 processos judiciais de saúde no Brasil, neste mesmo ano, sendo que os principais motivos que levaram os pacientes a processar uma instituição de saúde foram os seguintes:

- demora e mau atendimento;
- negativa do tratamento pela operadora de plano de saúde;
- erro de diagnóstico, de cirurgia, de laudo, de tratamento e outros erros médicos;
- alta antecipada;
- insatisfação com os resultados; e
- infecção hospitalar.

O relatório *Institute of Medicine (IOH) "The err is Human"*, apontou que a ocorrência de eventos adversos representava um grande prejuízo financeiro social aos indivíduos, à instituição e à sociedade. Em relação ao impacto econômico, o estudo demonstrou que o custo anual relacionado à ocorrência de eventos adversos encontra-se entre 17 e 29 milhões de dólares (WHO, 2003). Adicionalmente, os custos indiretos e intangíveis estão relacionados à perda de produtividade das pessoas que sofreram o evento, à retirada dessas pessoas do mercado de trabalho, a morbimortalidade e às consequências indiretas que levam a sequelas psicológicas, incapacidades e à mudança nas relações sociais (WHO, 2003).

Os EAs podem causar incapacidades temporárias ou permanentes, sofrimento psicológico, perda de confiança tanto na equipe quanto na instituição, além de gerar custos adicionais com internações prolongadas e indenizações. Essa situação acarreta reações emocionais, cognitivas e comportamentais negativas tanto nos usuários e seus familiares quanto nos profissionais de saúde. A cultura punitiva ainda existente contribui para o agravamento desse quadro e omissão dos episódios. (ALMEIDA et al 2022; SILVA, 2022).

Nesse ensejo, o gerenciamento de risco no âmbito da saúde é fundamental para que situações como as descritas acima sejam evitadas (SANTOS, 2018).

Em 25 de julho de 2013, o Ministério da Saúde instaurou a resolução número 36 - RDC 36, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

No que se refere à gestão de risco, esse documento normativo adota a seguinte definição:

"Gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos, que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional" (Ministério da Saúde, 2013).

10

Para Santos (2018), o gerenciamento de riscos na saúde tem a finalidade de implantar ações preventivas, corretivas e contingenciais, para garantir eficácia e eficiência operacional, oferecendo um serviço de saúde com qualidade e segurança ao paciente. E isso, consequentemente, pode influenciar no lucro e na sustentabilidade do negócio.

Principais resultados do gerenciamento de riscos na área da saúde

A ABNT na Norma ISO 31000 (2018) e Santos (2018), traçam alguns dos principais resultados do gerenciamento de riscos na saúde:

- aumento da probabilidade de atingir objetivos;
- melhora da identificação de oportunidades e ameaças;
- tomada de decisão mais assertiva;
- gestão proativa e preventiva;
- produtividade eficaz e eficiente;
- gerenciamento efetivo do negócio;
- aumento da qualidade;
- captação e conquista de clientes externos e internos;
- fortalecimento da marca da instituição no mercado;
- atendimento às normas internacionais e requisitos legais e regulatórios pertinentes;
- melhora do desempenho em saúde, segurança, bem como a proteção do meio ambiente;
- prevenção e redução de processos jurídicos e indenizações;
- redução de custos e recursos;

- sustentabilidade do negócio;
- lucro; e
- redução e eliminação de erros.

Desafios da gestão de riscos

A qualidade deve ser o alicerce fundamental no setor da saúde, e é cada vez mais evidente que as instituições dessa área estão se empenhando no gerenciamento de riscos e na melhoria contínua da qualidade. Para que a gestão de riscos seja eficaz, é necessário que ela tenha uma abordagem hierárquica, começando pela alta administração, que deve reconhecer sua importância e atuar ativamente no processo, garantindo comprometimento e disseminação dessa cultura por toda a instituição. O engajamento de todos os níveis é crucial para que processos, procedimentos e ações sejam cumpridos de maneira rigorosa. Dessa forma, é essencial manter uma vigilância constante, avaliar os contextos e desenvolver estratégias que minimizem ou eliminem riscos para pacientes, profissionais e para a própria instituição de saúde (SANTOS, 2018).

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

11 Criada em 3 de outubro de 1977, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) é uma das maiores gestoras de hospitais públicos do país. Tem como competência prestar serviços de saúde e assistência hospitalar de importância estratégica regional e estadual, em níveis secundário e terciário de complexidade, por meio de hospitais organizados e integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), assim como participar da formulação, acompanhamento e avaliação da política de gestão hospitalar, em consonância com as diretrizes definidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) (FHEMIG, Sobre o Órgão: Objetivo Operacional e Competências, 2023).

Possui como identidade institucional, de acordo com o Mapa Estratégico 2024-2027:

- **Missão:** oferecer atendimento de média e alta complexidade, fundamentado no cuidado humanizado e integral ao usuário do SUS.
- **Visão:** ser reconhecida pela eficiência de sua gestão na oferta de serviços para a saúde pública.
- **Valores:** humanização, ética, eficiência, integralidade, equidade, transparência e qualidade (FHEMIG, Planejamento Estratégico, 2024).

Trabalham na Fhemig, atualmente, mais de 13 mil profissionais que prestam assistência exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), distribuídos em 17 unidades assistenciais localizadas na região metropolitana de Belo Horizonte e no interior de Minas Gerais, além do Sistema Estadual de Transplantes, composto pela Central Estadual de Transplantes (CET) e pelas Organizações de Procura de Órgãos (OPOs). Também compõe a estrutura a Administração Central (ADC), situada na capital do estado (FHEMIG - Relatório Anual de Gestão, 2023).

Organicamente, nos termos do art. 3º, do Decreto nº 48.651, de 11 de julho de 2023, a Fhemig é estruturada em uma unidade colegiada (Conselho Curador), uma direção superior (presidente e vice-presidente), 10 unidades administrativas (Gabinete, Procuradoria, Controladoria Seccional, Assessoria de Comunicação Social, Assessoria Estratégica, Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças, Diretoria Assistencial, Diretoria de Gestão de Pessoas, Diretoria de Contratualização, Faturamento e Parcerias) e as unidades assistenciais.

As unidades assistenciais são divididas em: Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência (Hospital João XXIII, Hospital Maria Amélia Lins e Hospital Infantil João Paulo II), em Belo Horizonte; Complexo Hospitalar de Especialidades (Hospital Alberto Cavalcanti e Hospital Júlia Kubitschek), em Belo Horizonte; Complexo Hospitalar de Barbacena (Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena), em Barbacena; Hospital Regional Antônio Dias, em Patos de Minas; Hospital Regional João Penido, em Juiz de Fora; Maternidade Odete Valadares, em Belo Horizonte; Hospital Eduardo de Menezes, em Belo Horizonte; Casa de Saúde Padre Damião, em Ubá; Casa de Saúde São Francisco de Assis, em Bambuí; Casa de Saúde Santa Fé, em Três Corações; Casa de Saúde Santa Izabel, em Betim; Hospital Cristiano Machado, em Sabará; além do MG Transplantes. As unidades assistenciais subordinam-se, tecnicamente, à Diretoria Assistencial e, administrativamente, à Presidência da Fhemig. As assessorias e diretorias que integram as unidades administrativas irão, sob regência da Presidência, prover as diretrizes e orientações necessárias ao cumprimento das competências e atribuições das unidades assistenciais, conforme Portaria Presidencial nº 2.865 de 31 de outubro de 2023.

Entendimento da organização e estabelecimento do contexto

A Fhemig, inicialmente, estabeleceu a Gestão da Qualidade como *modus operandi* para desenho dos processos institucionais e seus desdobramentos, sendo posterior a identificação dos riscos que os envolvem.

O Planejamento Estratégico (PE) institucional é revisado a cada quatro anos, com o objetivo de atualizar a vocação e a identidade institucional, bem como realizar uma análise de cenário e definir os objetivos estratégicos. Para alcançar os objetivos mencionados, a Fundação adota, como principal ferramenta, o Pacto de Gestão Participativa, que estabelece, em conjunto com as assessorias e diretorias das unidades administrativas e assistenciais, os indicadores sistêmicos e de desempenho essenciais para a consecução das metas institucionais.

12

O Planejamento Estratégico

O Planejamento Estratégico é considerado essencial para direcionar as decisões e ações de uma instituição de forma clara e coesa, integrando os esforços de líderes e servidores na busca por objetivos comuns. Para o ciclo de 2024 a 2027, o Planejamento Estratégico mantém e fortalece a identidade institucional existente, com ênfase no usuário do SUS, sendo o cuidado humanizado, eficiente e de qualidade a base para alcançar o sucesso (FHEMIG, Planejamento Estratégico, 2024).

A Matriz FOFA que sustentou o Planejamento Estratégico foi elaborada de forma colaborativa, com a participação ativa dos gestores representantes de todas as unidades assistenciais e da Administração Central. Assim, foi possível traçar, de maneira conjunta, estratégias para potencializar os pontos positivos (forças e oportunidades) e enfrentar os principais pontos negativos (fraquezas e ameaças) (FHEMIG, Planejamento Estratégico, 2024).



Missão

Oferecer atendimento de média e alta complexidade, fundamentado no cuidado humanizado ao usuário do SUS.

Visão

Ser reconhecida pela eficiência de sua gestão na oferta de serviços para a saúde pública.

Valores

Humanização | Ética | Eficiência | Integralidade | Equidade
Transparência | Qualidade

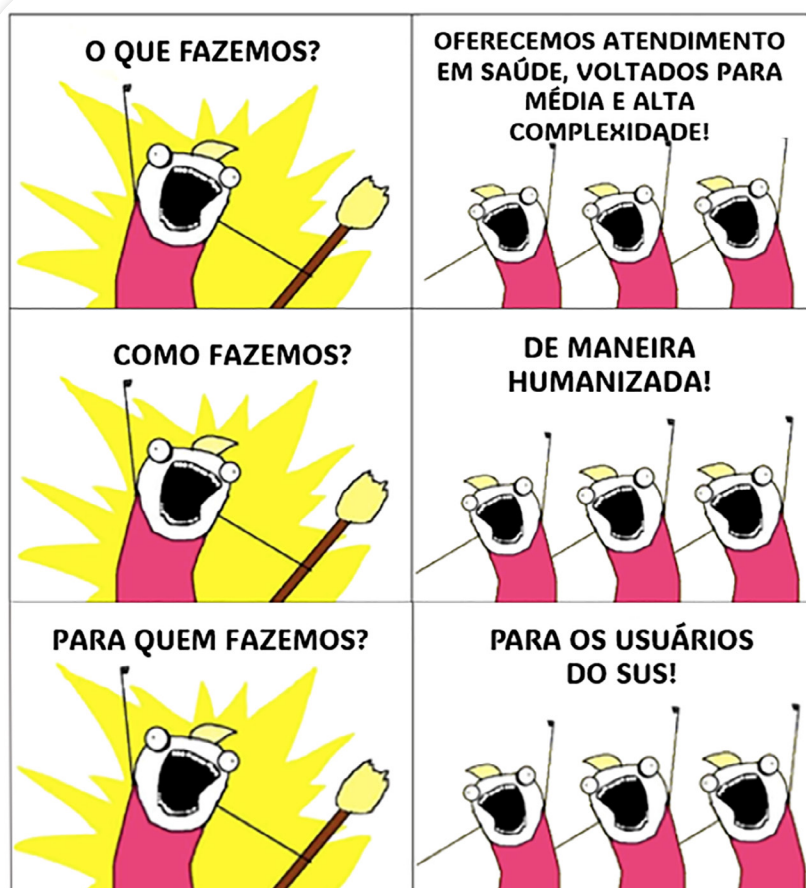


Figura 1



Matriz SWOT

Forças | Fraquezas | Oportunidades | Ameaças

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

- Representatividade e capilaridade da Fhemig no SUS
- Diversidade de serviços proporcionados pelo trabalho em rede
- Disponibilidade de recursos financeiros próprios
- Engajamento dos gestores
- Qualidade da assistência
- Tradição da instituição

FORÇAS

- Comunicação interna e externa
- Infraestrutura física antiga e de difícil manutenção
 - Morosidade e desajuste processual, especialmente na gestão de RH

FRAQUEZAS

- Vazios assistenciais no estado de Minas Gerais
- Contratação de serviços de apoio à assistência
- Reconhecimento como referência em suas áreas de atuação
- Ambiente propício para parcerias e construção de políticas integradas
- Disponibilidade de incentivos financeiros voltados para área da saúde
- Relevância da área da saúde para o governo

OPORTUNIDADES

AMEAÇAS

- Mídias negativas
- Complexidade na integração de políticas públicas que envolvem os usuários mais vulneráveis do SUS
- Mercado de saúde competitivo
- Fornecimento de insumos da saúde sensível aos fatores econômicos externos

MAPA Fhemig 2024/2027 ESTRATÉGICO



Missão

Oferecer atendimento de média e alta complexidade, fundamentado no cuidado humanizado ao usuário do SUS.

Visão

Ser reconhecida pela eficiência de sua gestão na oferta de serviços para a saúde pública.



SOCIEDADE

Assegurar à sociedade serviços tempestivos e de qualidade

Melhorar a experiência e satisfação do usuário

Aumentar o acesso dos usuários aos serviços prestados



APRENDIZADO E CRESCIMENTO

Estruturar política de remuneração com foco em produtividade e resultados

Promover um ambiente de trabalho seguro e um clima organizacional saudável

Fomentar a pesquisa e a produção científica para estimular a geração e gestão do conhecimento

Investir em soluções inovadoras e tecnológicas integradas



PROCESSOS

Expandir as parcerias como forma de qualificar e simplificar processos

Ampliar a resolutividade da atenção ao paciente na rede Fhemig, por meio de linhas de cuidado especializadas

Modernizar os processos de gestão de pessoas

Aprimorar mecanismos de governança corporativa, visando a consolidação da rede Fhemig

Tornar as ferramentas de comunicação interna e externa mais efetivas e abrangentes

Fortalecer o papel institucional da Fhemig como prestadora integrante da Rede de Atenção à Saúde



FINANCEIRO

Promover a sustentabilidade financeira da Fhemig

Qualificar as despesas da instituição com foco na eficiência e entrega de valor ao usuário

Valores

Humanização

Ética

Eficiência

Integralidade

Equidade

Transparência

Qualidade

O Mapa Estratégico Fhemig 2024-2027 foi selecionado como ferramenta para visualizar a estratégia institucional de maneira simples e prática. Na base, encontram-se os alicerces, representados pelos valores que orientam o trabalho da instituição. No canto superior direito, estão os elementos principais dessa abordagem estratégica: a missão e a visão. No centro, estão os 15 objetivos estratégicos organizados conforme as quatro perspectivas da metodologia Balanced Scorecard (BSC), desenvolvida por Robert Kaplan, a saber: Sociedade, Aprendizado e Crescimento, Processos e Financeiro (FHEMIG, Planejamento Estratégico, 2024).

Como principal ferramenta de governança da Fundação Hospitalar, criado pela Portaria Presidencial nº 1.098 de 23 de julho de 2015, o Pacto de Gestão Participativa (PGP) orienta os esforços da instituição alinhados ao Planejamento Estratégico. Por meio do PGP, são monitorados, bimestralmente, indicadores para mensurar o desempenho institucional, vinculados aos objetivos e demais diretrizes estabelecidas pelo Planejamento Estratégico vigente. O acompanhamento bimestral subsidia, ainda, a tomada de decisão da gestão, incentiva o ciclo de melhoria contínua para atingirmos as metas propostas e resulta na composição da Gratificação de Incentivo à Eficientização dos Serviços (Giefs) paga a cada servidor da Fhemig (FHEMIG, Planejamento Estratégico, 2024).

Vale mencionar que mais informações a respeito do Planejamento Estratégico (PE) 2024-2027 estão disponíveis na intranet no ícone PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO (PE).

METODOLOGIA DE TRABALHO

16 A Gestão de Riscos na Fhemig

Desde a instauração da RDC número 36 do Ministério da Saúde em 2013, que fixa ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, a Fhemig, por meio dos Núcleos de Gestão de Riscos e dos Núcleos de Segurança do Paciente, vem trabalhando os riscos assistenciais realizando notificação de eventos, ações corretivas e de correção. Sua prevenção era feita aplicando-se os protocolos de segurança do paciente e outras ações pontuais, com pouco avanço na temática de gerenciamento de riscos administrativos ou mesmo no acompanhamento sistemático de todos os processos e os riscos que os envolviam.

A fim de enfrentar os desafios da gestão pública, a Fhemig preconizou a Gestão da Qualidade como modelo para prestação de serviços, baseado na padronização, monitoramento, melhoria contínua dos processos e satisfação do cliente.

O modelo de Gestão da Qualidade, a partir dos processos organizacionais, consiste em um conjunto de ações para promover o contínuo aprimoramento de todos os serviços realizados na instituição. É estruturado nos seguintes eixos: gestão de documentos (com a disponibilização e o controle dos documentos de forma eficiente e segura, seguindo as respectivas diretrizes, protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP), e baseado em evidências de melhores práticas); gestão de riscos (aplicação periódica e contínua de políticas, procedimentos, ações e recursos visando à melhoria contínua dos processos para identificação e avaliação de riscos e eventos adversos, seguindo as seis metas internacionais de Segurança do Paciente e as melhores práticas assistenciais); gestão de indicadores (análise e monitoramento dos indicadores de desempenho de processos e de resultados, acompanhando o cumprimento dos objetivos, metas e planejamento estratégico da instituição); auditorias internas (audita os processos assistenciais e administrativos,

de forma sistêmica e disciplinada, com foco na segurança e na qualidade); e melhoria contínua (disseminação da cultura institucional e melhoria dos processos por meio de programas de treinamento e capacitação) (FHEMIG - POL QLD 001, 2020).

Para tal, pretendendo determinar a metodologia para gestão de riscos e considerando as disposições do Decreto nº 48.419, de 16 de maio de 2022, que institui a Política Mineira de Promoção da Integridade (PMPI), a presidente da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, no uso da atribuição que lhe confere o Decreto 48.651 de 11 de julho de 2023, estabelece a Portaria Presidencial nº 1.872 de 22 de junho de 2021, que instaura a Comissão para Gestão de Riscos (CGR) e a Portaria Presidencial nº 2.234 de 29 de julho de 2022, que institui a Política de Gestão de Riscos da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. A CGR, sob coordenação do Núcleo de Qualidade (NQ) da Assessoria Estratégica (AEST), tem como competência definir e elaborar a sistemática de políticas, procedimentos e práticas de gestão para as atividades de comunicação, consulta, estabelecimento do contexto, identificação, avaliação, análise, tratamento, monitoramento e análise crítica dos riscos institucionais, nas esferas administrativa e assistencial, conforme previsto na Portaria Presidencial nº 2.234 de 29 de julho de 2022, que dispõe sobre as diretrizes, os princípios, os objetivos, as instâncias, as competências e responsabilidades e as etapas mínimas de operacionalização da gestão de riscos na Fundação.

Comissão para Gestão de Riscos

Visando o cumprimento das ações relacionadas à Política Mineira de Promoção da Integridade (PMPI), a consolidação da Gestão da Qualidade, a melhoria contínua dos processos institucionais e a segurança e satisfação de seus clientes, usuários do SUS, a presidente da Fhemig instituiu a Comissão para Gestão de Riscos (CGR) e a Portaria Presidencial nº 1872 de 22 de junho de 2021 e Portaria nº 3214 de 10 de setembro de 2024 da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

17

A política e a metodologia para a gestão e o gerenciamento de riscos na Fhemig foram desenvolvidas a partir de reuniões quinzenais com os membros da CGR. Atualmente, as ações da CGR vão além da criação da política, abrangendo atividades como sensibilização para mudanças culturais, programas de capacitação, divulgação da metodologia e revisão periódica de todo o processo.

O presente guia aborda, de forma detalhada, conceitos, definições e a padronização para o gerenciamento dos riscos administrativos e assistenciais na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, tendo como norma norteadora a ISO 31000 (Risk Management – Principles and Guidelines), publicada em 2009, com sua segunda edição em 2018.

Mapeamento de processos

Concomitante ao PE, a Fhemig, por meio do Núcleo de Qualidade/AEST e das Referências da Qualidade nas unidades assistenciais, trabalha o mapeamento de seus processos visando identificar as principais atividades e/ou ações críticas dos processos de trabalho, relacionando as atividades à uma entrada e um produto final. O mapeamento possibilita a reflexão sobre as atividades exercidas: se essas vão ao encontro do que foi proposto no Planejamento Estratégico, se o desempenho do processo é mensurado e se há o desdobramento em outras ferramentas para a gestão. O formulário utilizado para mapear os processos pode ser verificado nos anexos (Apêndice A) deste guia. Definidos os processos e as atividades que o compõem, é possível, então, discorrer sobre os riscos dos processos e a metodologia para gestão dos riscos.

Objetivos

O presente guia tem como finalidade apresentar a estrutura de políticas, procedimentos e práticas de gestão para as atividades de estabelecimento do contexto, identificação, avaliação, análise crítica, tratamento, monitoramento, comunicação e consulta dos riscos institucionais, tanto na esfera administrativa quanto assistencial. O intuito é fornecer orientações técnicas específicas e claras aos agentes públicos da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, no que diz respeito à gestão e ao gerenciamento dos riscos dos processos institucionais, em conformidade com os instrumentos mencionados.

Princípios

“Os princípios são a base para gerenciar riscos e convêm que sejam considerados quando se estabelecem a estrutura e os processos de gestão de riscos da organização” (ISO 31000, 2018, pág.3).

Os princípios da gestão de riscos representam condições que precisam estar incorporadas à estrutura e ao processo para que a gestão de riscos seja eficaz e se torne parte da cultura da organização, traduzindo-se em um conjunto compartilhado de atitudes, valores e comportamentos, que caracterizam como a organização aborda o risco (TCU, 2018). Convém que o processo de gestão e gerenciamento de riscos seja parte integrante da gestão, incorporado na cultura e nas práticas, e adaptado aos processos de trabalho.

18

Nesse sentido, e considerando a missão desta Fundação, a gestão de riscos da Fhemig se definirá com base nos seguintes princípios:

- I. fortalecer o alinhamento institucional e a atuação colaborativa das unidades da Fundação;
- II. focar nas práticas gerenciais que conduzam a processos mais seguros, permeados pelos conceitos de qualidade, valorizando a gestão de pessoas e processos, e atendendo às normas e à legislação vigente;
- III. gerenciar os riscos de forma organizada, visando o interesse público;
- IV. subsidiar a tomada de decisões da alta gestão da Fhemig e demais integrantes da sua estrutura de governança;
- V. mapear os riscos como ferramenta para apoio à tomada de decisão e à
- VI. elaboração do planejamento estratégico;
- VII. atuar de forma efetiva e com profissionais dotados das competências necessárias para a condução das atividades, de modo a inspirar os servidores para o mesmo propósito, para que estes se sintam efetivamente envolvidos em um clima de confiança e respeito mútuo;
- VIII. agir responsável e íntegramente, observando os preceitos de igualdade e transparência;
- IX. atuar com base na melhoria contínua dos processos, dos resultados, e na satisfação das necessidades dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS);
- X. viabilizar a valorização pessoal e profissional de servidores a partir do desenvolvimento contínuo das potencialidades humanas;
- XI. garantir a segurança do paciente, promovendo ações contínuas para evitar que a assistência prestada resulte em dano ao paciente; e
- XII. fomentar a cultura de prevenção de riscos e incidentes.

Diretrizes

São diretrizes para a implementação da Política de Gestão de Riscos da Fhemig:

- I. apoio e comprometimento contínuo da alta administração;
- II. envolvimento ativo de toda a estrutura orgânica da Fhemig;
- III. definição de instâncias e responsabilidades no processo de gestão e gerenciamento de riscos;
- IV. atuação constante e articulada da Comissão de Gestão de Riscos e demais instâncias previstas na portaria que institui a Política de Gestão de Riscos da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais;
- V. adoção do acompanhamento rotineiro do gerenciamento de riscos dos processos;
- VI. análise do contexto interno e externo, com identificação dos riscos;
- VII. identificação das causas, consequências, impacto e probabilidade dos eventos de riscos identificados nos processos;
- VIII. análise qualitativa e quantitativa dos riscos e suas consequências, classificando-os em níveis, determinando seu tratamento ou sua aceitabilidade, priorizando o tratamento de riscos que impactam diretamente na prestação de serviços de saúde pela Fhemig e na legalidade das ações;
- IX. elaboração de planos de ação para tratamento dos riscos, conforme sua classificação e priorização;
- X. desenvolvimento de análise sistemática dos relatos de não conformidade e eventos adversos ocorridos, buscando estabelecer estratégias e ações de revisão, adequação e aprimoramento dos processos administrativos e assistenciais;
- XI. monitoramento, análise crítica e revisão do processo de gestão de riscos de forma periódica;
- XII. comunicação institucional dos resultados; e
- XIII. melhoria contínua e acompanhamento dos níveis de maturidade da Fhemig, no que tange à gestão de riscos.

19

A gestão de riscos

Estrutura

A Presidência da Fhemig, visando o comprometimento e o envolvimento de todas as partes interessadas, estabelece, por intermédio da Comissão para Gestão de Riscos, a estrutura responsável pela articulação, disseminação, implantação e manutenção do gerenciamento de riscos, conforme já mencionado.

É importante frisar que a alta gestão também se inclui como parte interessada e necessária para a integração da gestão de riscos em todas as atividades da organização, o que é denotado pelo comprometimento, liderança no processo e estabelecimento de estrutura capaz de assegurar a presença da gestão de riscos em todos os âmbitos da organização, incluindo na tomada de decisão (ISO 31000, 2018).

O Núcleo de Qualidade, a Coordenação de Segurança Assistencial (CSA) – Diretoria Assistencial (Dirass), as Referências da Qualidade e os Núcleos de Gestão de Riscos das unidades assistenciais, por meio da supervisão, assessoria e controle, são responsáveis por garantir a aplicação da metodologia padronizada. Os gestores dos processos, enquanto proprietários dos riscos, irão identificar, monitorar e mitigar, quando possível, os riscos dos seus processos.

Instâncias e Responsabilidades

Em conformidade à ISO 31000 (2018), o risco deve ser gerenciado em todas as partes da estrutura da organização. É de responsabilidade de todos o gerenciamento dos riscos, sendo necessário comunicá-los às instâncias superiores de forma oportuna, como será demonstrado a seguir.

São instâncias responsáveis pela gestão e gerenciamento de riscos na Fhemig:

- I. Direção Superior;
- II. Comitê de Governança, Integridade, Riscos e Controles (CGIRC);
- III. Núcleo de Qualidade e Coordenação de Segurança Assistencial;
- IV. Diretorias das unidades administrativas e assistenciais;
- V. Referências de Qualidade e Núcleos de Gestão de Riscos das unidades assistenciais;
- VI. gestores dos processos das unidades administrativas e assistenciais; e
- VII. servidores.

A gestão de riscos na Fundação é inspirada na estrutura de três linhas, conforme proposto pelo Institute of Internal Auditors (IIA) - (Instituto dos Auditores Internos), de modo que cada instância desempenha função específica, em benefício da eficiência da Política de Gestão de Riscos e do processo de gerenciamento de riscos. Nesse sentido, a 1ª Linha é composta pelos servidores e gestores dos processos, responsáveis pelos riscos e áreas que gerenciam. A 2ª Linha é formada pela Referência de Qualidade e pelo Núcleo de Gestão de Riscos, que oferecem aos integrantes da primeira linha as orientações e ferramentas para a efetivação do controle de riscos. Por fim, a 3ª Linha se refere à Controladoria Seccional, que presta avaliação e assessoria independentes e objetivas sobre a adequação e eficácia da governança e do gerenciamento de riscos.

20



Figura 4.

Fonte: Imagem adaptada da declaração de posicionamento do IIA Institute of Internal Auditors

Descrição das competências e responsabilidades

Compete à Direção Superior:

- I. aprovar a Política de Gestão de Riscos da Fundação e suas atualizações, bem como a declaração de apetite ao risco da Fhemig;
- II. determinar a implantação e supervisão dos controles para a prevenção e mitigação dos principais riscos; e
- III. promover e incentivar a cultura da gestão de riscos.

Compete ao Comitê de Governança, Integridade, Riscos e Controles (CGIRC):

- I. aprovar a Política de Gestão de Riscos proposta pela Comissão para Gestão de Riscos (CGR), e suas atualizações propostas pelo Núcleo de Qualidade e pela Coordenação de Segurança Assistencial;
- II. aprovar a metodologia e as ferramentas de gestão de riscos propostas pela Comissão para Gestão de Riscos (CGR), e suas revisões propostas pelo Núcleo de Qualidade e Coordenação de Segurança Assistencial;
- III. estabelecer estratégias para a implementação da gestão de riscos;
- IV. zelar pelo alinhamento da gestão de riscos aos escopos do Planejamento Estratégico e do Plano de Integridade; e
- V. deliberar e aprovar, junto à Presidência, as atualizações e revisões da política e da metodologia de Gestão de Riscos, propostas pelo Núcleo de Qualidade e pela Coordenação de Segurança Assistencial.

21 São competências do Núcleo de Qualidade e da Coordenação de Segurança Assistencial:

- I. assessorar continuamente as Referências de Qualidade e os Núcleos de Gestão de Riscos na aplicação e manutenção da Metodologia de Gestão de Riscos;
- II. promover, anualmente, a revisão da política, metodologia e ferramentas de gestão de riscos, tendo como subsídio os dados apresentados no exercício e as demandas da presidente, da chefe de gabinete, dos diretores e das Referências de Qualidade e Núcleos de Gestão de Riscos das unidades assistenciais, além das boas práticas em gestão de riscos e as recomendações emitidas pela Controladoria Seccional em trabalhos de avaliação realizados;
- III. Iremeter, atualizações e revisões da política e metodologia de Gestão de Riscos, ao Comitê de Governança, Integridade, Riscos e Controles (CGIRC), para sua deliberação e aprovação junto à Presidência;
- IV. promover, sempre que oportuno, debates e discussões entre os envolvidos, visando a melhoria do processo; e
- V. promover e incentivar a cultura da gestão de riscos.

São competências dos diretores das unidades administrativas e assistenciais:

- I. garantir a implantação e implementação da Política de Gestão de Riscos;
- II. promover a cultura do gerenciamento de riscos nas unidades administrativas e assistenciais, disseminando a importância da gestão de riscos e propondo a melhoria contínua de processos organizacionais;
- III. realizar, periodicamente, o monitoramento dos riscos e a efetividade das medidas de controle implementadas;
- IV. avaliar a Política de Gestão de Riscos e propor melhorias; e
- V. aprovar e validar, sempre que oportuno, os planos de ação dos principais riscos identificados pelos gestores dos processos de trabalho da unidade.

São competências das Referências de Qualidade e dos Núcleos de Gestão de Riscos:

- I. avaliar a Política de Gestão de Riscos e propor melhorias;
- II. avaliar os parâmetros e critérios utilizados na matriz de riscos, que subsidiam o método de gestão desenvolvido, visando sua melhoria;
- III. dar suporte aos gestores dos processos na identificação dos riscos, bem como na elaboração e no monitoramento dos planos de ação para mitigação dos riscos identificados, verificando continuamente a adequação e a eficácia da gestão de riscos;
- IV. incentivar a capacitação continuada em gestão de riscos, fomentando, quando possível, a formação de multiplicadores;
- V. acompanhar o monitoramento, a evolução dos riscos e a efetividade das medidas de controle implementadas pelos gestores dos processos;
- VI. consolidar as informações e o resultados dos indicadores relacionados à gestão de riscos e repassar os dados à diretoria da unidade assistencial;
- VII. realizar auditorias internas, a fim de apontar e acompanhar a mitigação dos principais fatores de risco durante a investigação de incidentes e relatos de não conformidade, bem como propor a atualização de fatores de riscos que compõem a matriz de riscos dos setores; e
- VIII. incentivar a gestão de riscos voltada para a qualidade e Segurança do Paciente por meio da disseminação de diretrizes e rotinas embasadas na cultura de Segurança do Paciente, melhores evidências científicas e legislações pertinentes.

Fica definida, ainda, como competência das Referências de Qualidade:

- I. assessorar os gestores e os processos administrativos, bem como notificar e acompanhar os Relatos de Não Conformidades (RNC) e possíveis análises e planos de ação advindos do processo; e
- II. propor o aperfeiçoamento e o desenvolvimento de estratégias para melhoria da qualidade dos processos de trabalho, a fim de minimizar a probabilidade de ocorrência dos Relatos de Não Conformidade (RNC).

22

Dos Núcleos de Gestão de Riscos:

- I. assessorar os gestores e processos assistenciais, bem como a notificação e o acompanhamento de Eventos Adversos (EA) e possíveis análises e planos de ação advindos do processo;
- II. monitorar a ocorrência de incidentes e eventos adversos e o estabelecimento de barreiras para sua prevenção;
- III. propor melhorias nos métodos de investigação, documentação e análise de eventos adversos e incidentes;
- IV. propor o aperfeiçoamento e o desenvolvimento de estratégias para melhoria da qualidade dos processos de trabalho a fim de minimizar a probabilidade de ocorrência dos eventos adversos e a redução de danos ao paciente;
- V. disseminar a cultura de segurança do paciente;
- VI. implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e garantir a disseminação e a aplicação destes em todos os setores do hospital; e
- VII. monitorar os indicadores inerentes ao processo de implantação dos indicadores de Segurança do Paciente.

São competências dos gestores dos processos das unidades administrativas e assistenciais:

- I. identificar, avaliar, tratar, monitorar e comunicar os riscos dos processos sob sua responsabilidade, por meio da ferramenta proposta de Matriz de Risco, e revisá-la anualmente e sempre que necessário;
- II. elaborar os planos de ação para tratamento dos riscos identificados nos processos sob sua responsabilidade;
- III. gerenciar a ocorrência de incidentes e eventos adversos e estabelecer barreiras para sua prevenção;
- IV. participar e incentivar a participação em capacitações sobre gerenciamento de riscos;
- V. disponibilizar as informações relativas ao monitoramento dos riscos dos processos sob sua responsabilidade às instâncias superiores;
- VI. realizar, periodicamente, o monitoramento dos riscos e a efetividade das medidas de controle implementadas; e
- VII. aplicar as diretrizes propostas pela Fhemig para o gerenciamento de riscos.

São competências dos servidores:


- I. informar, tempestivamente, riscos não mapeados, sejam eles novos ou não identificados anteriormente;
- II. monitorar os riscos sob sua responsabilidade, executando o gerenciamento de riscos em cumprimento das diretrizes, das políticas e dos protocolos estabelecidos, em busca dos objetivos do processo e da Fhemig;
- III. apoiar a definição e implementação dos planos de ação necessários para tratamento dos riscos; e
- IV. participar de capacitações sobre gerenciamento de riscos.

23

A ferramenta Matriz de Risco – identificação, análise, avaliação e tratamento dos riscos

A Matriz de Risco é a ferramenta utilizada para documentar e comunicar o processo de avaliação de risco. Ela permite mensurar, avaliar e ordenar os eventos de riscos que podem afetar o alcance dos objetivos dos processos da unidade e, conseqüentemente, os objetivos estratégicos da instituição (FHEMIG – PRS QLD 005).

A Fhemig elaborou e padronizou um modelo de Matriz de Risco - com base nas normas de certificação, na literatura e nas boas práticas, no qual permite analisar riscos administrativos e assistenciais. A ferramenta consiste na identificação dos riscos por meio das atividades descritas nos processos, induzindo a reflexão sobre eventos, suas conseqüências, as práticas de controle existentes e o domínio dos riscos. Permite, ainda, estimar o nível de risco analisando a probabilidade e a gravidade do evento, bem como estabelecer o tipo de tratamento a ser aplicado (figura 5 – apêndice B).

 Matriz de risco: Setor						Código: XXX - XXX		
CONTROLE HISTÓRICO								
Data		Nº Páginas		Responsável		Verificação/Revisão		Aprovação
xx/xx/xx		xx		xxxxx		xxxx		xxxx
Atividade Crítica (MAP)	Evento	Consequência	Práticas de controle	Domínio	Gravidade	Probabilidade	Nível de Risco	Tratamento
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	

PRS QLD 005

Figura 5.

Fonte: PRS NQ -005

Preenchimento da Matriz de Risco

O gestor do processo é o responsável pelo preenchimento e monitoramento da Matriz de Risco, bem como sua revisão e possíveis desdobramentos, como análises críticas e eventuais planos de ação que irão propiciar o tratamento dos riscos.

24

Atividade Crítica (MAP)

Para iniciar o preenchimento da matriz, é imprescindível a realização do mapeamento do processo, onde serão identificadas as principais atividades ou atividades críticas do processo de trabalho, denotando a prática do setor e sua interação com outros setores.

De acordo com CGE 2021, é indispensável conhecer o processo para que se possa - além de evidenciar os riscos que podem impactar seu desempenho e, até mesmo o da organização, identificar os gargalos e fragilidades, conhecer as relações existentes entre os diversos setores envolvidos no fluxo, reduzir as falhas, melhorar a comunicação e permitir a proposição de melhorias. Dessa forma, são elencadas, na Matriz de Risco, as atividades descritas no mapa de processo, as quais podem ainda ser fracionadas em tarefas, buscando considerar os possíveis eventos ou um evento relevante no processo.

Evento

Após descrever a atividade, deve-se refletir sobre eventos que, caso ocorram, possam atrasar, reduzir, evitar ou impossibilitar o alcance do objetivo do processo. Vale mencionar que, em uma mesma atividade, há possibilidade de se identificar um ou mais eventos, sendo importante esclarecer seus possíveis conceitos:

“Evento é um incidente ou uma ocorrência de fontes internas ou externas à organização, que podem impactar a realização de objetivos de modo negativo, positivo ou ambos” (CGE, 2021).

“Evento é a ocorrência ou mudança em um conjunto específico de circunstâncias. Um evento pode consistir em uma ou mais ocorrências e pode ter várias causas e várias consequências. Um evento pode também ser algo que é esperado, mas não acontece, ou algo que não é esperado, mas acontece. Um evento pode ser uma fonte de risco” (ISO 31000, 2018, p.2).

Consequência

A próxima etapa é descrever a consequência do acontecimento do evento, ou seja, a descrição de como o resultado de um evento afetou ou poderia afetar o objetivo do processo. É importante ter a clareza de que a consequência deve estar dentro dos limites do processo, cujos riscos estão sendo levantados. Nessa fase, também é possível ocorrer mais de uma consequência para um mesmo evento.

“A consequência, por sua vez, diz respeito ao efeito que o evento de risco terá sobre o alcance dos objetivos organizacionais. Salieta-se que deve ser o mais próxima possível da atividade correspondente” (CGE, 2021, p.26).

“Consequência: resultado de um evento que afeta os objetivos. Uma consequência pode ser certa ou incerta e pode ter efeitos positivos ou negativos, diretos ou indiretos, nos objetivos. As consequências podem ser expressas qualitativa ou quantitativamente. Qualquer consequência pode escalar por meio de efeitos cascata e cumulativos” (ISO 31000, 2018, p.2).

Práticas de controle

25

Seguindo a ordem de preenchimento da ferramenta padronizada pela Rede Fhemig, a etapa seguinte é a descrição das práticas de controle, ou seja, das medidas realizadas no processo a fim de diminuir a probabilidade de um evento se tornar realidade. As práticas são executadas por pessoas ou equipamentos/tecnologia e podem ser processuais, estruturais, de tecnologia, de verificações, auditorias de atividades, de protocolos, de ambientes de trabalho, da cultura organizacional ou quaisquer outras ações que modificam o risco a fim de evitá-lo.

“Controle: medida que mantém e/ou modifica o risco. Controles incluem, mas não estão limitados a qualquer processo, política, dispositivo, prática, ou outras condições e/ou ações que mantêm e/ou modificam o risco. Controles podem nem sempre exercer o efeito modificador pretendido ou presumido” (ISO 31000, 2018, p.2).

“Os controles são um conjunto de políticas, normas “(...) e procedimentos que ocorrem em toda a organização para autorizar, verificar, reconciliar e revisar o desempenho. Os controles são qualquer processo, política, dispositivo, prática ou ação e medida adotada pela gestão” (...) com a finalidade de alcançar os objetivos organizacionais e proporcionar confiança no que diz respeito à eficácia e eficiência dos recursos, através da minimização dos riscos relevantes” (VIEIRA e BARRETO, 2019, p.143).

Ao classificar as práticas de controle na Matriz de Risco, define-se a probabilidade de o evento ocorrer.

Domínio

Domínio é a nomenclatura utilizada na Matriz de Risco para classificar as consequências do evento de acordo com suas características. São divididos em 7 categorias, conforme figura abaixo:

DOMÍNIO DO RISCO	DESCRIÇÃO
Assistencial	É a probabilidade de ocorrência de um evento adverso em um paciente durante a assistência médico-hospitalar.
Ocupacional	É a probabilidade de agravo à saúde humana, advindo de atividade laboral (ou relacionado a trajeto), tanto sendo de origem biológica, física, ergonômica, como de condição ou ato inseguro.
Ambiental	É a probabilidade de ocorrência de eventos 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 desses agentes no ambiente.
Jurídico	É a probabilidade de ato ilícito ou omissão, causar a terceiros e/ou suas propriedades que, estabelecendo culpa, dano ounexo causal, se traduzam na obrigação de reparação indenizatória.
Econômico-Financeiro	É a probabilidade de ocorrência de danos financeiros à instituição.
Operacional	Eventos, não assistenciais que atrasam, dificultam ou impedem o alcance dos objetivos do processo. São normalmente associados à falha, deficiência ou inadequação de processos internos, pessoas, infraestrutura ou sistemas.
Reputação/Imagem	Eventos que levam a instituição a ter seu nome desgastado, seja no ambiente interno ou junto ao mercado ou às autoridades, em razão de publicidade negativa, verdadeira ou não.

Figura 6.
Fonte: PRS NQ - 005

26

A consequência do evento pode gerar impacto em mais de um tipo de domínio. No momento da classificação, contudo, é necessário estar atento ao grau de efeito que o evento e a consequência apresentam para a organização, de acordo com o propósito do processo, permanecendo dentro do limite do processo analisado para que não se crie um efeito “cascata”, que alcance vários ou todos os tipos de domínio.

Gravidade

A gravidade é o efeito da consequência de um evento. Para quantificar a gravidade foi criado um descritor a partir dos domínios de riscos apresentados anteriormente (figura 7).

TABELA DE GRAVIDADE								
GRAVIDADE	DESCRIPTOR	Assistencial	Ocupacional	Ambiental	Jurídico	Econômico-Financeiro	Operacional	Reputação/Imagem
4	Catastrófico /Óbito	Morte	Morte	Dano ambiental de funções do ecossistema muito grave e de longo prazo	Processos e multas significativas. Litígios muito sérios, incluindo ações múltiplas	Inviabiliza a continuidade de negócio	Processo é alterado e impede completamente de atingir o objetivo deste e de outros processos associados	Ocorrência que leve a manifestação na imprensa ou polícia, processo na justiça, geração de multas e perda de parceiros.
3	Grave	Efeito irreversível ou incapacitante definitivo	Efeito irreversível ou incapacitante definitivo	Efeitos ambientais graves de médio prazo	Descumprimento sério de uma regulamentação. Litígio maior	Grande perda impede o alcance de vários objetivos por período prolongado	Processo é alterado e impede completamente de atingir o objetivo	Ocorrência na qual a solução apresentada não reverte a imagem negativa perante o cliente.
2	Moderado	Efeito incapacitante temporário	Efeito incapacitante temporário	Efeitos menores no meio ambiente	Questões jurídicas menores, pequenas não conformidades e violações a regulamentações	Custo intermediário impede o alcance aos objetivos por período curto	Processo é alterado e há efeito parcial sobre o objetivo	Ocorrência na qual a solução apresentada reverte a imagem negativa perante o cliente.
1	Leve	Ausência de lesões	Ausência de lesões	Efeitos que não afetam as funções do meio ambiente	Descumprimento parcial a uma regulamentação	Custo baixo, não afeta o alcance aos objetivos	Processo é alterado porém não há efeito sobre o objetivo	Ocorrência que não afeta a imagem da instituição perante o cliente.

Figura 7.
Fonte: PRS NQ - 005

Probabilidade

Após a classificação da gravidade, avalia-se a probabilidade do evento sobrevir.

“Probabilidade é a chance de algo acontecer.

Na terminologia de gestão de riscos, a palavra “probabilidade” é utilizada para referir-se à chance de algo acontecer, não importando se definida, medida ou determinada, ainda que objetiva ou subjetivamente, qualitativa ou quantitativamente, e, se descrita, utilizando-se termos gerais ou matemáticos (como probabilidade ou frequência durante um determinado período de tempo)” (ISO 31000, 2018, p.2).

A metodologia utilizada para classificação da probabilidade foi baseada no método de Análise do Modo e Efeito da Falha, denominada, na língua inglesa, de Failure Mode and Effect Analysis (FMEA), que propicia uma avaliação proativa e a melhoria da segurança de processos complexos de cuidados à saúde.

A utilização da FMEA, em organizações de prestação de serviços de saúde, objetiva reduzir a possibilidade de Eventos Adversos (EA) e de dano para os pacientes no futuro, por meio da identificação de condições de risco, da determinação dos efeitos que poderão advir na ocorrência de erro, bem como das recomendações de medidas corretivas e melhorias necessárias para prevenir e eliminar as falhas, aumentando a probabilidade de que o processo se desenvolva de maneira satisfatória, melhorando a sua confiabilidade, segurança e qualidade (ANVISA, 2017, p.56).

A probabilidade será calculada a partir da classificação e do somatório das práticas de controle, conforme denota a figura 7. De acordo com a pontuação obtida, encontra-se o valor da probabilidade, sendo esta classificada em “muito alta”, “alta”, “média” ou “baixa”. A partir dessa classificação, a organização pode determinar quais riscos poderão ser aceitos e quais necessariamente deverão ser minimizados.

27

Ressalta-se, no entanto, a obrigatoriedade de tratar os riscos com a classificação “muito alta” a fim de modificar sua classificação e reduzir sua probabilidade, tendo em vista o impacto dessas no atingimento dos objetivos do processo.

ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CONTROLE				
PONTUAÇÃO	DESCRITOR			
	Tipo	Capacidade de bloqueio	Aplicação	Indicador
3	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente
2	Manual ou parcialmente automatizado	Detectável*	Parcial	Desempenho desfavorável (desvio padrão** maior que 20% da meta)
1	Automatizado	Preventivo	Total	Atingindo a meta ou desempenho favorável (desvio padrão menor que 20% da meta)

PONTUAÇÃO	PROBABILIDADE	DEFINIÇÃO QUALITATIVA	SIGNIFICADO
11 a 12	4	Muito alta	É provável que ocorra muitas vezes. Ocorre frequentemente
8 a 10	3	Alta	É provável que ocorra muitas vezes. Ocorre ocasionalmente
5 a 7	2	Média	Improvável, porém é possível que ocorra. Ocorre raramente
4	1	Baixa	Quase inconcebível que ocorra

Figura 8

Fonte: PRS NQ - 005

*Detectável: o que é detectável pelo cliente. Nomenclatura baseada na FMEA.

**Desvio padrão: Nomenclatura baseada no SigQuali, que possibilita trabalhar a meta sobre o desvio padrão ou desvio sobre a meta. Para esta análise, considerar desvio sobre a meta.

É evidente que quanto maior o número de controles implementados, menor a chance de um evento ocorrer, portanto, menor sua probabilidade. Dessa forma, o foco da gestão de riscos deve ser a implantação e o aprimoramento de práticas de controle efetivas.

Nível de risco

Por meio da classificação da gravidade e do cálculo da probabilidade é possível determinar o nível de risco. Como indicado no PRS QLD 005, a finalidade de precisar o nível de risco é auxiliar na tomada de decisão sobre quais riscos necessitam de tratamento e a prioridade de implementação dos respectivos tratamentos.

O nível de risco é expresso pela combinação da probabilidade de ocorrência do evento com a gravidade das consequências resultantes. Seu cálculo é feito multiplicando-se a gravidade pela probabilidade, conforme figura abaixo:

NÍVEL DE RISCO				
	GRAVIDADE			
PROBABILIDADE	1	2	3	4
1	1	2	3	4
2	2	4	6	8
3	3	6	9	12
4	4	8	12	16

Figura 9.

Fonte: PRS NQ - 005

28

A aplicação da figura 8 permitirá estabelecer se o nível de risco encontra-se em alerta (alto), atenção (médio), ou mesmo se está dentro de limites aceitáveis para o processo e a instituição (baixo) - por meio das cores vermelho, amarelo e verde, respectivamente. Encontrado um valor, utiliza-se a tabela abaixo (figura 9), para traçar a(s) ação(ões) necessária(s) ao nível de risco:

PONTUAÇÃO	NÍVEL	AÇÃO
1 a 4	Baixo	Não necessita de ação: Recomenda-se monitoramento dos controles existentes.
5 a 9	Médio	Ação opcional: Recomenda-se revisão e proposição de novos controles.
10 a 16	Alto	Ação obrigatória: Ações e controles devem ser implementados imediatamente.

Figura 10.

Fonte: PRS NQ -005

Para níveis de risco em alerta (cor vermelha) a ação deve ser obrigatória; para níveis de risco em amarelo (atenção) a ação é opcional. E para níveis de risco na cor verde, entende-se que o risco está dentro de limites aceitáveis, sendo orientado apenas o monitoramento dos controles existentes.

É possível ainda que, para um evento, exista mais de uma consequência, e, portanto, mais de um nível de risco. Recomenda-se, então, a média dos níveis de riscos encontrados, para que seja possível definir e priorizar uma ou mais ações para aquele evento.

Tratamento

Conforme indicado na ISO 31000 (2018), a análise e avaliação dos riscos propicia a tomada de decisão sobre se o risco necessita ser tratado, como será tratado, e sobre a estratégia e os métodos mais apropriados para o tratamento. Desse modo, posteriormente à análise e avaliação, é realizado o tratamento de cada risco com o propósito de selecionar e implementar opções para abordar os riscos.

“O tratamento de riscos envolve um processo iterativo de: formular e selecionar opções para tratamento do risco; planejar e implementar o tratamento do risco; avaliar a eficácia deste tratamento; decidir se o risco remanescente é aceitável; se não for aceitável, realizar tratamento adicional” (ISO 31000, 2018, p.14).

Convém, ainda, que as decisões de tratamento sejam tomadas de acordo com os requisitos legais, regulatórios e/ou outros requisitos que possam existir, estando esses em consenso com a Alta Direção. Em algumas circunstâncias, a avaliação de riscos também pode levar à decisão de não se tratar o risco de nenhuma outra forma, a não ser mantendo os controles já existentes, ainda que ele esteja na faixa do amarelo ou vermelho, conforme indicado na figura 11.

TRATAMENTO DO RISCO		
I	Eliminar o risco	Implica a não realização da atividade que envolve o risco a ser combatido.
II	Compartilhar o risco	Fazer com que outra instituição/ unidade/setor tome para si o risco.
III	Mitigar, reduzir, ou controlar o risco	Visa minimizar a probabilidade de ocorrência dos eventos, minimizando o risco e reduzindo-o a níveis aceitáveis.
IV	Aceitar o risco	Compreende o risco como aceitável pela organização.

29

Figura 11.

Fonte: PRS NQ -005

Conforme a Anvisa (2017, p.29), o tratamento do risco pode ser melhor detalhado de acordo com a descrição abaixo:

- I. Eliminar o risco: implica a não realização da atividade que o envolve. Exemplo: a não realização de uma cirurgia elimina o risco de um procedimento errado ou qualquer outro evento adverso cirúrgico. Porém, considerando que os benefícios para a saúde do paciente são maiores que os riscos do procedimento, quando realizado corretamente, evitar ou eliminar o risco pode não ser a alternativa mais viável;
- II. Compartilhar o risco: essa estratégia traduz a transferência/compartilhamento do risco com outro setor, unidade ou até mesmo outra instituição/organização;
- III. Mitigar, reduzir ou controlar o risco: a estratégia de controle ou redução visa minimizar a probabilidade de ocorrência dos eventos, diminuindo o risco e reduzindo-o a níveis aceitáveis. Cabe ressaltar que ações preventivas podem contribuir para a redução de possíveis eventos.
- IV. Aceitar o risco: compreende o risco aceito pela organização. Recomenda-se aceitar o risco somente quando estes forem pequenos, com pouco impacto potencial, ou se o custo da utilização de outra estratégia estiver acima das possibilidades da organização e do total de perdas ou eventos adversos que se quer evitar.

O tratamento do risco, portanto, pode culminar na elaboração de um plano de ação, que estabelecerá ações, prazos, responsáveis, custos, situação e outras informações relevantes para que um controle seja implementado e aperfeiçoado, fazendo com que o risco seja eliminado ou tenha seu nível reduzido.

O formulário “Matriz de Risco”, bem como seu Procedimento Sistêmico (PRS) de orientação para preenchimento, estão disponíveis no Sigquali, nos diretórios das unidades e na intranet; e seguem os mesmos padrões de elaboração, revisão e controle de documentos, determinados pelo Núcleo de Qualidade.

Comunicação e consulta

Define-se, a partir de então, a ferramenta que irá assegurar que os proprietários dos riscos e gestores dos processos identifiquem, analisem, classifiquem, tratem e monitorem seus riscos. Após preenchimento da matriz de risco, é possível e desejável que surjam outras ferramentas, como análises críticas, planos de ação, relatos de não conformidades e notificação de eventos adversos, que deverão ser igualmente acompanhados, dado que corroboram no gerenciamento dos riscos pelo gestor.

A utilização da ferramenta Matriz de Risco deve ser contínua, sendo sua revisão anual ou sempre que houver qualquer alteração no processo.

As Referências da Qualidade e os Núcleos de Gestão de Riscos deverão estabelecer, com os gestores das unidades, um cronograma para comunicação, assessoria e acompanhamento das matrizes de risco e dos planos de ação, considerando os riscos administrativos e assistenciais, já explicitados anteriormente no item “Instâncias e responsabilidades”.

30

Sempre que oportuno, a Alta Direção deverá ser comunicada e envolvida no âmbito dos riscos que geram grande impacto na execução ou manutenção do processo e da instituição.

É importante também que, face à revisão do Planejamento Estratégico, os riscos sejam considerados para análise de cenário e, até mesmo, para definição futura dos objetivos estratégicos.

Destaca-se que o presente Guia Metodológico de Gestão de Riscos Administrativos e Assistenciais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, bem como a Política e a Metodologia para Gestão de Riscos e suas revisões, serão oportunamente divulgados para a Rede Fhemig, por meio da Assessoria de Comunicação Social, nos meios de comunicação cabíveis, como intranet, mídias sociais e artes para dispositivos móveis. Os atores envolvidos em todo o processo serão capacitados por meio do Núcleo de Qualidade, Coordenação de Segurança Assistencial, Referências de Qualidade, Núcleos de Gestão de Riscos e pela disponibilização de eventuais cursos, segundo cronograma estabelecido no Plano de Integridade e mediante demanda.

Este guia, bem como outros formulários padronizados para a rede, como análise crítica, plano de ação, RNC e notificação de eventos, estão disponíveis nos canais de comunicação (Sigquali, diretórios, intranet) e com os setores responsáveis.

Sugere-se a revisão deste guia anualmente, por meio da convenção do Núcleo de Qualidade, da Coordenação de Segurança Assistencial e convidados, com vistas ao debate e à deliberação de atualizações, alterações e melhorias na Metodologia de Gestão de Riscos.

O processo de gerenciamento de riscos

O processo de Gestão de Riscos, definido pela ISO 31000 (2018) e adaptado para a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, pode ser explicitado na figura abaixo, que contempla todas as etapas, desde o estabelecimento do contexto, identificação, análise, avaliação, tratamento, registros e relatos, até a comunicação, consulta e monitoramento do processo:



31

Figura 12
Fonte: ISO 31000:2018

Ações para mitigação de eventos

Mesmo não tendo definido anteriormente uma metodologia para gestão de riscos administrativos e assistenciais, a Fhemig já executava algumas ações que objetivavam mitigar, reduzir e prevenir eventos que geram resultados negativos para a instituição e danos aos seus pacientes.

O Planejamento Estratégico, com análise de cenário e estabelecimento de objetivos estratégicos, bem como o Pacto de Gestão Participativa, já descritos neste guia, são instrumentos que possibilitam, pelos seus resultados avaliados bimestralmente, tratar e/ou prevenir desfechos negativos.

Sendo atribuição da Fhemig prestar serviços de saúde e assistência hospitalar aos usuários do SUS, atividades também são desenvolvidas e aplicadas às unidades assistenciais e realizadas por meio das diretrizes propostas pela Coordenação de Segurança Assistencial (CSA), ligada à Gerência de Diretrizes Assistenciais/Dirass, a saber:

- proposição da disseminação da cultura de segurança do paciente, com pactuação junto às unidades da capacitação dos servidores nos Protocolos de Segurança do Paciente e aplicabilidade do pressuposto nos protocolos, bem como ações e rotinas diante do cenário epidemiológico (exemplo da pandemia Covid-19);
- integração dos processos de cuidado às boas práticas de segurança assistencial, como desenvolvimento de ações de prevenção de infecções, com destaque para as precauções padrão, incluindo a higiene das mãos, promoção da identificação do paciente corretamente e do familiar/acompanhante, que deve seguir, minimamente, o preconizado pelo Ministério da Saúde;
- estímulo às práticas de prevenção e controle de eventos adversos (criação do Sistema de Notificação de Eventos Adversos – Siead), incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- vigilância e monitoramento dos eventos adversos infecciosos e não infecciosos ocorridos nas unidades assistenciais, com validação das análises críticas (causa raiz) e dos planos de ação elaborados, buscando-se promover uma cultura justa e de estímulo à prevenção de incidentes;
- vigilância e monitoramento das condições adquiridas mais prevalentes, apontadas pela ferramenta DRG, ocorridas nas unidades assistenciais com validação das análises críticas (causa raiz) e dos planos de ação elaborados, buscando-se promover uma mitigação das mesmas e de estímulo à prevenção de incidentes;
- ênfase na aplicação das escalas para medir o risco do desenvolvimento de lesões e de quedas, diariamente, como uma das ações para acompanhar o impacto nos indicadores relacionados à lesão por pressão e quedas, além de estratégias de promoção de ambiente seguro;
- monitoramento das taxas de infecção, elaboração de limite de controle, atuação em surtos (ação desenvolvida com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH das unidades assistenciais);
- interceptação das inconformidades elencadas nos relatórios emitidos pela Vigilância Sanitária (Visa) aos complexos de saúde, visando estabelecer prioridades de resolução;
- parametrização do módulo de SCIH e Eventos adversos dentro do novo sistema de gestão hospitalar TASY.

É necessário garantir um alinhamento e acompanhamento rigoroso desses processos, pois, conforme já mencionado, caso não estejam ocorrendo de maneira adequada junto às unidades assistenciais, podem acarretar aumento dos eventos adversos infecciosos e não infecciosos.

Considerações finais

Segundo a Anvisa (2017), apesar de serem aplicados há várias décadas - particularmente no setor militar, aeronáutico, automobilístico e financeiro, os conceitos e métodos de gestão de riscos foram padronizados há pouco tempo. O padrão mais conhecido é a Norma ISO 31000 (Risk Management – Principles and Guidelines), cuja primeira versão foi publicada em 2009, com o objetivo de consolidar e promover a integração dos diversos processos relacionados com a gestão de riscos. Contudo, como a norma ISO não é específica para os serviços de saúde, esta deve ser adaptada à estrutura e realidade institucional.

Devido à importância de gerir os riscos nos serviços de saúde, outras iniciativas foram sendo adotadas por instituições renomadas, como o National Quality Forum (NQF), dos Estados Unidos, e o National Patient Safety Agency (NPSA), do Sistema Nacional de Saúde (National Health Service - NHS) do Reino Unido, os quais definiram boas práticas para identificação e redução dos riscos e da segurança do paciente, segundo denota a Anvisa (2017).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o gerenciamento dos riscos constitui a base para novas políticas e regulamentações, tais como o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a RDC nº 63 de 2011 (na Seção II sobre Segurança do Paciente) e a RDC nº 36 de 2013. No contexto brasileiro, o PNSP, instituído na Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, e a RDC nº 36 de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, define a gestão de riscos como:

Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (ANVISA, 2017, p.31).

Atualmente, a Fhemig define um baixo apetite para os riscos assistenciais e não estabelece apetite para riscos administrativos. Essa definição será feita em momento oportuno, e de acordo com a maturação do processo.

Dando sequência ao processo da implementação da gestão de riscos, vale mencionar que todas as diretorias e assessorias das unidades administrativas e assistenciais, devem, por meio da Matriz de Risco, identificar, analisar, classificar, controlar e comunicar os riscos inerentes aos seus processos, bem como sua revisão periódica. Salienta-se que o foco da Fhemig é a gestão de riscos residuais, com priorização das práticas de controle e prevenção.

A definição e utilização de um instrumento único e padronizado otimiza a comunicação e a interação entre todos os envolvidos, bem como o controle de documentos por parte dos setores responsáveis.

Além da Matriz de Risco, compõem a gestão de riscos: os formulários de análise crítica, plano de ação, relato de não conformidade, notificação de eventos adversos e indicadores de desempenho; ferramentas que já se encontram padronizadas, disponíveis e controladas pelos setores de referência. Juntos, os instrumentos possibilitam desde a identificação dos riscos até sua análise e comunicação, incluindo a prevenção e tratativa de possíveis eventos e não conformidades.

As atividades relacionadas à gestão de riscos representam, portanto, uma postura proativa perante os riscos identificados, uma vez que permitem o desenvolvimento de estratégias e o planejamento das atividades e ações com o objetivo de reduzi-los. Tendo em vista a necessidade de realizar revisões periódicas do contexto e do Planejamento Estratégico da Fhemig, vale destacar que os mapas de processos também demandam revisão anual, passando a contemplar os novos riscos identificados. Dessa forma, o processo será conduzido visando fomentar a cultura de segurança, a promoção do gerenciamento de riscos na Fhemig e a construção de um planejamento estruturado na prevenção e segurança de seus dados, processos, profissionais e clientes.

Com base no exposto e em conformidade com as legislações vigentes, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais estabelece a Política de Gestão de Riscos e o presente Guia Metodológico, a fim de fornecer orientações e as principais ferramentas para a gestão e o gerenciamento dos riscos em todas as suas esferas de atuação, sejam administrativas ou assistenciais.

Glossário

Ação corretiva: ação que objetiva o tratamento das causas de uma não conformidade, evento ou dano, evitando sua repetição. Visa tratar a causa raiz dos problemas.

Ação de correção: ação imediata que visa minimizar o dano ou prevenir danos maiores. Não impede que a falha volte a ocorrer, uma vez que é tratado o efeito do problema e não a sua causa.

Alta administração: são os agentes públicos responsáveis pelo mais alto nível da estrutura de governança da instituição e possuem competência para a tomada de decisões e direcionamento da organização.

Análise Swot: ferramenta utilizada para fazer análise de cenário (ou análise de ambiente), dividida em Strengths (forças), Weaknesses (fraquezas), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças), sendo que as forças e fraquezas compõem o ambiente interno da organização, e as oportunidades e ameaças o ambiente externo.

Apetite ao risco: refere-se aos tipos e níveis de riscos que a organização se dispõe a admitir na realização das suas atividades e objetivos.

Briefing: documento que reúne um conjunto de dados ou informações, coletados para o melhor desenvolvimento de um determinado trabalho ou projeto, envolvendo a identificação de um problema em particular, o estudo dessa questão e a criação de um documento para que colegas de trabalho possam ajudar a encontrar a solução.

35

Causa: fonte do risco ou vulnerabilidade existente na organização, que dá origem a um evento que influencia, de forma direta ou intrínseca, a sua ocorrência e o porquê do risco. Consequência: efeito que o evento terá sobre o alcance dos objetivos organizacionais.

Contingência jurídica: envolve o estudo preventivo para se evitar possíveis prejuízos, bem como a reserva de capital para possíveis condenações judiciais.

Controle: qualquer ação tomada pela administração, conselho ou outras partes interessadas para gerenciar riscos e aumentar a probabilidade de que os objetivos e metas estabelecidos sejam alcançados, incluindo a forma de organização, as políticas, sistemas, procedimentos, instruções, normas, comissões, planos de contas, previsões, orçamentos, cronogramas, reportes, registros, listas de verificações, métodos, dispositivos e auditoria.

Convênio: acordos firmados entre um órgão ou entidade da administração pública e um órgão ou entidade pública estadual, distrital ou municipal da administração direta ou indireta ou entidades particulares sem fins lucrativos, para realização de objetivos de interesse comum entre os participantes (chamados de partícipes), mediante mútua colaboração.

Dados epidemiológicos: números que demonstram os aspectos de doenças ou de desastres, como sua frequência, sua distribuição geográfica e a população que mais corre risco.

Dados socioeconômicos: dados que representam como a atividade econômica é afetada e moldada por processos sociais, demonstrando, em geral, como as sociedades progridem, estagnam ou regridem por causa de sua economia local ou regional, ou da economia global.

Empenho: etapa na realização das despesas previstas no orçamento público, em que o governo reserva o dinheiro que será pago quando o bem for entregue ou o serviço concluído, auxiliando na organização dos gastos governamentais pelas diferentes áreas, evitando que se gaste mais do que foi planejado.

Estrutura orgânica: trata-se da forma como uma organização é estruturada, com divisão de atividades e recursos para cumprir os seus objetivos.

Evento: ocorrência ou mudança em um conjunto específico de circunstâncias.

Evento adverso: qualquer ocorrência indesejável na assistência ao paciente e que não necessariamente tenha relação causal estabelecida com o tratamento. Incidente que resulta em dano à saúde.

Gestão de riscos: processo lógico e sistemático que pode ser utilizado para estabelecer base confiável para a tomada de decisões a fim de melhorar a eficácia e a eficiência do desempenho. Constitui mais que uma estratégia da organização, mas a política responsável pela definição das diretrizes norteadoras do gerenciamento do risco, entre as quais se insere a definição do apetite ao risco, ou seja, o risco que a organização se dispõe a aceitar para alcançar seus objetivos e metas estratégicas.

Gerenciamento de riscos: envolve atividades coordenadas para dirigir e controlar processos (em sentido lato), a partir do conhecimento (identificação), avaliação (análises qualitativa e quantitativa), tratamento (controle aplicado aos riscos) e monitoramento dos riscos (avaliação contínua dos riscos e, portanto, da efetividade dos controles aplicados), que tornam incerto o alcance de objetivos organizacionais. Compõe ainda, o referido gerenciamento, o processo de comunicação dos riscos (processo de fornecimento, compartilhamento e obtenção de informações junto às partes interessadas).

36

Impacto: grau de efeito que o evento de risco apresenta nas ações de gestão da organização.

Indicadores chaves de risco: métricas elaboradas para acompanhar a evolução dos eventos de risco e estabelecer pontos de alerta para sua ocorrência e seu monitoramento, tais como número de indisponibilidades de sistemas, tempo de recuperação de sistemas, quantidade de exceções à Política de Ética e percentual de descumprimento de determinado cronograma.

Mapa estratégico: representação visual dos objetivos estratégicos de uma organização e de suas relações cruciais, possibilitando a descrição e ilustração, em linguagem clara e geral, dos objetivos e das conexões que são o fundamento da direção estratégica.

Matriz de risco: ferramenta que classifica, qualitativamente, os pesos de impacto e a probabilidade e determina o nível de risco, identificando a criticidade de cada risco.

Metodologia Balanced Scored Card (BSC): metodologia de gestão estratégica que permite medir o progresso de uma organização em relação às suas metas de longo prazo, a partir de uma estratégia que é traduzida em objetivos, metas, indicadores e iniciativas estratégicas.

Mídia negativa: percepção desfavorável do fato ou acontecimento ocorrido diante dos fatos elucidados pela imprensa e pelos meios de comunicação.

Modus operandi (modo de operação): designa uma maneira de agir, operar ou executar uma atividade seguindo, geralmente, os mesmos procedimentos.

Nível de complexidade: modelo de organização brasileiro que segue a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), no qual são definidos diferentes níveis de atenção à saúde, com foco no atendimento ao paciente, de acordo com a complexidade necessária para cada ação.

Nível secundário: atendimento de maior complexidade que no nível primário, no qual o paciente entra em contato com profissionais da saúde especializados e são realizados exames detalhados para um diagnóstico preciso e o tratamento adequado.

Nível terciário: atendimento altamente especializado para pacientes que podem estar internados e precisam de cirurgias e exames mais invasivos.

Plano de ação: ferramenta de gestão que descreve um conjunto de atividades ou tarefas que devem ser realizadas para se atingir um objetivo ou uma meta.

Plano Mineiro de Promoção à Integridade: instrumento que visa desenvolver os pilares da ética, da probidade e do respeito às normas, nas relações entre o setor público e o privado no Estado de Minas Gerais, estimulando a formulação, a divulgação e a execução de planos de integridade específicos pelos órgãos ou entidades da administração pública do Poder Executivo Estadual.

Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG): instrumento normatizador do planejamento da Administração Pública Estadual de médio prazo, que define os programas e ações de governo, com suas respectivas metas físicas e orçamentárias, para um período de quatro anos e é referência para a formulação das estratégias governamentais, orientando as proposições de diretrizes orçamentárias e das leis orçamentárias anuais.

37

Procedimento Operacional Padrão (POP): documento com a descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma tarefa, ou seja, um roteiro padronizado para realização de uma tarefa ou atividade.

Processo licitatório: processo administrativo, isonômico, no qual a administração seleciona a proposta mais vantajosa, menos onerosa e com melhor qualidade possível, para a contratação de uma obra, de um serviço, da compra de um produto, locação ou alienação.

Relato de não conformidade (RNC): registro de desvios que ocorrem na execução de qualquer processo de uma organização e nos serviços oferecidos.

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC): regulamento técnico cujo objetivo é atribuir responsabilidades a organizações e profissionais, a fim de garantir as boas práticas mantendo os padrões de qualidade dos produtos e serviços destinados à população.

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC 36): resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que determina as normas para estabelecimentos de assistência à saúde funcionarem com segurança.

Risco: possibilidade de ocorrência de um evento que venha comprometer o cumprimento dos objetivos, sendo medido em termos de impacto e de probabilidade.

Risco inerente: risco a que uma ação ou processo está exposto sem considerar os controles internos que possam mitigar a sua probabilidade ou impacto.

Risco residual: risco a que uma ação ou processo está exposto considerando os controles internos existentes.

Referências bibliográficas

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. ABNT NBR ISO 31000: Gestão de riscos – Diretrizes. 2. ed. Rio de Janeiro; ABNT, 2018.

ALBUQUERQUE, Daniela. Ação de correção e ação corretiva! Qual a diferença? In: Templum. 15 mai. 2018. Disponível em: <https://certificacaoiso.com.br/acao-de-correcao-acao-corretiva/>
Acesso em 17 de setembro de 2021.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. 1. ed. Brasília; ANVISA, 2017.

BRASIL, Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017, Art 17.
Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9203.htm
Acesso em: 26 de março de 2025.

BRASIL, Instrução Normativa Conjunta nº 1, de 10 de maio de 2016, Art 2.
Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21519355/do1-2016-05-11-instrucao-normativa-conjunta-n-1-de-10-de-maio-de-2016-21519197
Acesso em: 26 de março de 2025.

BRASILIANO, Antônio Celso Ribeiro. Inteligência em riscos [livro eletrônico]: gestão integrada em riscos corporativos. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Sicurezza, 2018.

CGE - Controladoria Geral do Estado. Capacitação em auditoria baseada em riscos. 1. ed. CGE, 2014.

CGE - Controladoria Geral do Estado. Guia metodológico de Gestão de Riscos de Processos. Belo Horizonte, CGE, 2021.

CGE - Controladoria Geral do Estado. Treinamento em Gestão de Riscos – Teoria e Prática. Belo Horizonte; CGE, 2021.

38

COSO - Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. COSO Gerenciamento de Riscos Corporativos – Integrado com Estratégia e Performance. Junho, 2007.
Disponível em: <https://iiabrasil.org.br/korbilload/upl/editorHTML/uploadDireto/sumariocosoerm-editorHTML-00000001-19022018164126.pdf>
Acesso em: 26 de março de 2025.

FHEMIG - Fundação Hospitalar de Minas Gerais. Procedimento Sistemático - PRS QLD 005 - Preenchimento do formulário Matriz de Risco. 1. ver. Belo Horizonte; FHEMIG, 2021.

FHEMIG - Fundação Hospitalar de Minas Gerais. Procedimento Sistemático - PRS QLD 013 - Preenchimento do formulário Plano de Ação. 0. ver. Belo Horizonte; FHEMIG, 2020.

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. 2023. Sobre o órgão: Objetivo Operacional e Competências Legais.
Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/sobre-o-orgao/objetivo-operacional-e-competencias-legais>
Acesso em: 05 de fevereiro de 2025.

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. 2024. Sobre o órgão: Planejamento Estratégico. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/sobre-o-orgao/planejamento-estrategico>
Acesso em: 05 de fevereiro de 2025.

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. 2023. Sobre o órgão: Relatório Anual de Gestão. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/sobre-o-orgao/relatorio-de-gestao>
Acesso em: 05 de fevereiro de 2025.

MINAS GERAIS, Decreto nº 48.651, de 11 de julho de 2023.
Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/48651/2023>
Acesso em: 05 de fevereiro de 2025.

MINAS GERAIS, Decreto nº 48.419, de 16 de maio de 2022.
Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/48419/2022/>
Acesso em: 05 de fevereiro de 2025.

FHEMIG - Fundação Hospitalar de Minas Gerais. Política de gestão da Qualidade - POL QLD 001 - Gestão da Qualidade na FHEMIG. 1. ver. Belo Horizonte; FHEMIG, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, Art 6, § 6.
Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
Acesso em: 26 de março de 2025.

PINHEIRO, Kelma. Os 10 passos para implantar uma boa gestão de riscos na sua empresa. In: BoaVista Tecnologia. 28 maio 2019.
Disponível em: <https://boavistatecnologia.com.br/blog/gestao-de-riscos/>
Acesso em 26 de março de 2025.

RAMALHO, William. Relatório de análise de riscos: O que é e como fazer? In: Mega Sistemas Corporativos. 18 jan. 2017.
Disponível em: <https://www.mega.com.br/blog/relatorio-de-analise-de-riscos-entenda-o-que-e-e-como-fazer-4476/>
Acesso em 26 de março de 2025.

SANTOS, Caroline Regina dos. A importância do gerenciamento de risco na área da saúde. In: Blog do IPOG. 10 jan. 2018.
Disponível em: <https://blog.ipog.edu.br/saude/importancia-do-gerenciamento-de-riscos-na-area-da-saude/>
Acesso em 26 de março de 2025.

TCU - Tribunal de Contas da União. Manual de gestão de riscos do TCU. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão (Seplan). Brasília, 2018.


VIEIRA, James Batista; BARRETO, Rodrigo Tavares de Souza. Governança, gestão de riscos e integridade. Brasília: Enap, 2019.

39


WHO - World Health Organization. Patient Safety: Rapid Assessment Methods for Estimating Hazards. Genebra; 2003.

Apêndices

Apêndice A: Mapa de Processo

	Unidade: XXXXX 1 Mapa do Processo: XXXX		2 Código: MAP - XXX - XXX		
			3 Estabelecido em:		
			4 Versão: xx Data: xx/xx/xx	5 Páginas:	
6 Início do Processo:			6 Término do Processo:		
8 Fornecedores	8 Principais Entradas	7 Principais Atividades	9 Produtos	9 Clientes	
10 Requisitos dos Processos para as entradas		11 Requisitos legais e técnicos para o processo	12 Requisitos dos clientes para os produtos		
13 Recursos Humanos (cargos envolvidos)		14 Infraestrutura	15 Condições do Ambiente		
16 Indicadores de Desempenho		17 Documentos de referência para o Processo	18 Registros Gerados pelo Processo		
19 Elaborado por:			Aprovado por:		

Apêndice B: Matriz de Risco

	Matriz de risco: Setor					Código: XXX - XXX		
	CONTROLE HISTÓRICO							
Data	Nº Páginas	Responsável	Verificação/Revisão	Aprovação				
xx/xx/xx	xx	xxxxx	xxxx	xxxx				
Atividade Crítica (MAP)	Evento	Consequência	Práticas de controle	Domínio	Gravidade	Probabilidade	Nível de Risco	Tratamento

The logo for FHEMIG, consisting of the letters 'FHEMIG' in a bold, blue, sans-serif font, with a registered trademark symbol (®) to the upper right.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

GUIA METODOLÓGICO
**GESTÃO DE RISCOS ADMINISTRATIVOS
E ASSISTENCIAIS**