

FUNDAÇÃO PEDRO LEOPOLDO
BRUNO NUNES BONO

**A CONTRIBUIÇÃO DA GESTÃO DO CONHECIMENTO PARA
A GESTÃO DE RISCOS NO HOSPITAL DO CÂNCER DE
MURIAÉ: UM ESTUDO DE CASO**

Pedro Leopoldo
2012

BRUNO NUNES BONO

**A CONTRIBUIÇÃO DA GESTÃO DO CONHECIMENTO PARA
A GESTÃO DE RISCOS NO HOSPITAL DO CÂNCER DE
MURIAÉ: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Administração da Fundação Pedro Leopoldo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de concentração: Gestão da Inovação e Competitividade.

Linha de Pesquisa: Inovação e Organizações.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Celeste Reis Lobo de Vasconcelos.

Pedro Leopoldo

2012

658.40382 B719c 2012	<p>BONO, Bruno Nunes</p> <p>A contribuição da Gestão do Conhecimento para a Gestão de Riscos no Hospital de Muriaé: um estudo de caso. – Pedro Leopoldo: FPL, 2012.</p> <p>192 p.</p> <p>Dissertação: Mestrado Profissional em Administração Orientador: Prof. Dr^a. Maria Celeste Reis Lobo de Vasconcelos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestão de Riscos. 2. Gestão do Conhecimento. 3. Análise de Modos e Efeitos de Falhas na Saúde. 4. Gerenciamento de Riscos e Conhecimento. 5. Riscos Assistenciais.
----------------------------	---

FOLHA DE APROVAÇÃO

Título da Dissertação: "A CONTRIBUIÇÃO DA GESTÃO DO CONHECIMENTO PARA A GESTÃO DE RISCOS NO HOSPITAL DO CÂNCER DE MURIAÉ: um estudo de caso".

Nome do aluno: **BRUNO NUNES BONO**

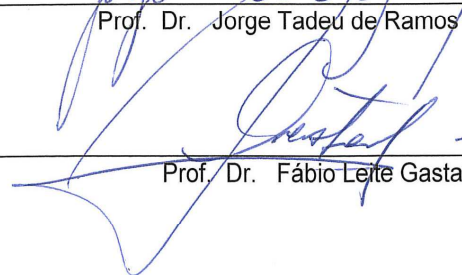
Dissertação de mestrado, modalidade Profissionalizante, defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Administração das Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo, aprovada pela banca examinadora constituída pelos professores:



Profa. Dra. Maria Celeste Reis Lobo de Vasconcelos-orientadora



Prof. Dr. Jorge Tadeu de Ramos Neves



Prof. Dr. Fábio Leite Gastal

Pedro Leopoldo (MG), 30 de novembro de 2012.

“Conhecimento se produz
em mentes que trabalham”.
Davenport – Prusak.

“Os riscos somos nós”.
Dr. Mário Vrandecic.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que me incentivaram e me apoiaram direta ou indiretamente para a realização do mestrado, meus agradecimentos.

Em especial, agradeço:

À Prof^a. Dr^a. Maria Celeste R. L. Vasconcelos, minha orientadora e professora, que teve paciência suficiente para esperar a conclusão deste trabalho e a sua extrema competência na orientação. Agradeço pela aposta.

Aos Prof. MSc Márcio Bambirra Santos e ao Prof. Dr. Ronaldo Darwich Camilo, que me incentivaram a iniciar o mestrado, quando me aceitaram como professor especialista na Fundação Pedro Leopoldo no Projeto GEO.

À Daniela Aguiar Dorella, pela criteriosa transcrição das gravações do grupo focal.

Finalmente, aos dirigentes da Fundação Cristiano Varella e, em especial, ao Diretor Geral, Sr. Sérgio Dias Henriques, que acreditou na idoneidade das análises e na possibilidade de incrementar seus processos. A todos os colaboradores da organização pesquisada, que com paciência participaram do grupo focal. Em especial à Dulce Silvestre, que abriu as portas junto à direção e pacientemente me atendeu sempre que necessário. À Gláucia Garcia Coutinho, que me ajudou na pesquisa documental.

A Silvana de Castro Moreira e Silva que ajudou em muito a construir todo o significado deste objetivo de vida.

Meu pai Luis deverá ficar muito orgulhoso, onde quer que ele esteja. À minha mãe Jeni, pelo apoio à distância.

Dedico às minhas filhas, Mariana e Laura. Que sirva como exemplo de persistência.

RESUMO

O principal objetivo deste estudo foi verificar a contribuição da gestão de conhecimento para a integração com a gestão de riscos em uma organização prestadora de serviços de saúde. A relevância do assunto é respaldada na crescente necessidade apresentada pelos hospitais para mitigar seus riscos, com o objetivo de enfrentar o acelerado desenvolvimento tecnológico do setor e exigências crescentes das partes interessadas, em reduzir os danos desnecessários ao paciente, além de buscar diferencial na qualidade assistencial junto à concorrência e proporcionar maior valor agregado a seus acionistas. A gestão de conhecimento passa a exercer importante papel quando se propõe a gerar vantagem competitiva para as organizações. Diversas técnicas usuais são cruciais nesse caminho de integração à gestão de riscos. Entre elas podem-se citar o compartilhamento, o mapeamento de competências e o uso de especialistas. Outro fator importante é uso dos canais de comunicação como artifícios facilitadores. Já a gestão de riscos vem sendo debatida faz poucas décadas e ganhou notoriedade a partir de grandes catástrofes mundiais. Em 2009 ganhou notoriedade novamente, porém pelo lançamento de uma norma consensual em nível mundial - a ISO 31.000:2009. A gestão de riscos cada vez mais vem ganhando espaço no setor de saúde nacional e internacional, por intermédio das creditações e campanhas da OMS. A academia ainda apresenta escassos trabalhos tratando da integração entre essas duas gestões. Para incursar nesse caminho, fez-se uma pesquisa descritiva. A metodologia utilizada foi o estudo de caso por intermédio de um grupo focal, além da pesquisa documental e bibliográfica. O conjunto dos resultados conduziu à conclusão de que a gestão do conhecimento contribui para a gestão de riscos no hospital pesquisado. Também foi possível verificar: quais as práticas que contribuem para que o ciclo de criação do conhecimento seja realidade; qual a estrutura e quais as fases típicas aplicadas na organização pesquisada, com base na NBR ISO 31.000:2009; e quais as ferramentas e práticas de gestão do conhecimento utilizadas para propiciar a integração à gestão de riscos.

Palavras-chave: Gestão de Riscos. Gestão do Conhecimento. Análise de Modos e Efeitos de Falhas na Saúde. Gerenciamento de Riscos e Conhecimento. Riscos Assistenciais.

ABSTRACT

The main objective of this study was to investigate the contribution of Knowledge Management for integration with Risk Management in a Service Provider Organization of Health. The relevance of this issue is supported by the growing need presented by Hospitals to mitigate their risks, in order to tackle the rapid technological development in the sector and increasing demands of stakeholders, reduce unnecessary harm to the patient, in addition to seeking a differential in quality of care together with the competition and provide greater value to its shareholders. Knowledge Management starts to play an important role when it proposes to generate competitive advantage for organizations. Several common techniques are crucial in this integration path to Risk Management. Among them we can mention knowledge sharing, mapping skills, use of experts, and others. Another important factor is the use of communication channels and devices facilitators. Already Risk Management, has been debated for a few decades, and gained notoriety through major disasters worldwide. In 2009 gained notoriety again, but by launching a worldwide approved standard - ISO 31.000:2009. Risk management has been gaining a constantly increasing space in the national and international health sector through accreditations and campaigns of the WHO. However, the academy still has a few works addressing the integration between these two managements. To follow in this way, it was done a descriptive study, following the methodology of case study through a focus group, as well as documental research and literature. The set of results lead to the conclusion that knowledge management contributes to the risk management in this Hospital studied. It was also observed: which practices contribute to the cycle of knowledge creation is reality; what is the structure and the typical phases applied in the researched organization, based in ABNT NBR ISO 31.000:2009; and, what tools and practices of knowledge management used to facilitate the integration of Risk Management.

Key words: Risk Management. Knowledge Management. Healthcare Failure Mode Effect Analyse. Knowledge Risk Management. Healthcare Associated Harm.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAF	Análise de árvore de falhas
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACR	Análise de causa-raiz
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APP	Análise preliminar de perigos
CCHSA	<i>Canadian Council for Health Services Accreditation</i>
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
GCLAB	Coordenação-Geral de Laboratórios em Saúde Pública
GCR	Comissão de Gestão de riscos
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COSO	<i>Committee of Sponsoring Organizations</i>
CPSI	<i>Canadian Safety Patient Institute</i>
CRO	<i>Chief Risk Officer</i>
CURAREM	Comitê Técnico Assessor para Uso Racional de Antimicrobianos e Resistência Microbiana
DEC	<i>Digital Equipment Corporation</i>
ES	Evento Sentinela
FMEA	<i>Failure Mode and Effect Analysis</i>
GC	Gestão do conhecimento
GF	Grupo focal
GR	Gestão de risco
HFMEA	<i>Health Care Failure Mode and Effect Analysis</i>
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IMRT	Radioterapia de intensidade modulada
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IQA	Instituto da Qualidade Automotiva
IQG	Instituto Qualisa de Gestão
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>

JCAHO	<i>Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
JCO	<i>Joint Comission</i>
KRM	<i>Knowledge risk management</i>
LNT	Levantamento de Necessidade de Treinamento
MQ	Manual da Qualidade
MS	Ministério da Saúde
NBR	Norma Brasileira
NCPS	<i>National Center for Patient Safety</i>
NIAHO	<i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations</i>
OE	Objetivo estratégico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OPSS	Organização prestadora de Serviço de Saúde
PBSP	Programa Brasileiro de Segurança do Paciente
PD	Pesquisa Documental
PDCA	<i>Plan-do-check-act</i>
PE	Planejamento Estratégico
POP	Procedimento Operacional Padrão
RCA	<i>Root cause analysis</i>
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RENISS	Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde
RQS	Requisitos
RT	Responsável técnico
SAC	Serviço de atendimento a cliente
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SEGS	Software especializado em gestão de Saúde
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SOX	<i>Sarbanes-Oxley</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Sistema de Vigilância Sanitária

T&D	Treinamento e Desenvolvimento
TI	Tecnologia da informação
UCI	Unidade de internação cirúrgica
UCL	Unidade de internação clínica
UHD	Unidade Hospital-Dia
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
UQT	Unidade de internação de quimioterapia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras	
FIGURA 1 - Duas dimensões da criação do conhecimento.....	34
FIGURA 2 - Quatro modos de conversão do conhecimento.....	36
FIGURA 3 - Espiral do conhecimento.....	37
FIGURA 4 - Conteúdo do conhecimento criado pelos quatro modos de conversão.....	38
FIGURA 5 - Espiral de criação do conhecimento organizacional.....	38
FIGURA 6 - A organização do conhecimento.....	40
FIGURA 7 - Ciclo de conhecimento - Choo.....	41
FIGURA 8 - Modelo de gestão do conhecimento – Terra	42
FIGURA 9 - Relacionamento entre os princípios da GR, estrutura e processo.....	51
FIGURA 10 - Estrutura para gestão de riscos.....	53
FIGURA 11 - Processo de gestão de riscos.....	54
FIGURA 12 - Fluxo lógico de análise de riscos.....	56
FIGURA 13 - Fluxo de avaliação de riscos.....	57
FIGURA 14 - Fluxo lógico de tratamento de riscos.....	58
FIGURA 15 - Demonstrativo de riscos.....	62
FIGURA 16 - Teoria das vulnerabilidades (queijo suíço).....	63
FIGURA 17 - Árvore de decisão – HFMEA.....	66
FIGURA 18 - Matriz de riscos.....	67
FIGURA 19 - Organograma do Comitê de Gestão de Riscos.....	102
FIGURA 20 - Limites de tolerância.....	110
FIGURA 21 - Matriz de riscos com limites de tolerância.....	111
FIGURA 22 - Formulário da ferramenta HFMEA.....	112
FIGURA 23 - Esquemático do fluxo de dados / tomada de decisão.....	121
FIGURA 24 - Mapa de interdependência de focos e passos de Neef.....	151
FIGURA 25 - Cinco altas iniciativas.....	175
FIGURA 26 - Cirurgias seguras salvam vidas.....	176
FIGURA 27 - Campanha 5 milhões de vida.....	178

FIGURA 28 - Mapa de interpretação FMEA.....	184
FIGURA 29 - Modelo de gestão de riscos – FERMA.....	187
FIGURA 30 - Mudança de nível de probabilidade de um risco.....	188
FIGURA 31 - Mudança de nível de gravidade de um risco.....	188
FIGURA 32 - Mudança de limite de tolerância de riscos artificialmente.....	189
Quadros	
QUADRO 1 - Etapas de gestão do conhecimento.....	33
QUADRO 2 - Classificação do conhecimento.....	35
QUADRO 3 - Fundamentos da gestão do conhecimento.....	43
QUADRO 4 - Requisitos Norma Brasileira (NBR) ISO 31.000.....	53
QUADRO 5 – Princípios para Projeto de sistemas de segurança em cuidados de organizações de Saúde.....	64
QUADRO 6 - Focos preponderantes para a integração KRM.....	71
QUADRO 7 - Oito técnicas para integração KRM.....	73
QUADRO 8 - Características de culturas quanto ao risco.....	76
QUADRO 9 - Dados de Produção do Hospital do Câncer de Muriaé	89
QUADRO 10 - Formação acadêmica dos participantes do GF.....	91
QUADRO 11 - Estratégia de análise de dados.....	94
QUADRO 12 - Comparação condições capacitadoras para a criação do conhecimento e a prática organizacional.....	97
QUADRO 13 - Política de riscos.....	103
QUADRO 14 - Práticas organizacionais para monitoramento e análise crítica.....	118
QUADRO 15 - Requisitos Norma Brasileira – ABNT NBR ISO 31.000:2009 e suas práticas.....	123
QUADRO 16 - Política institucional de comunicação.....	133
QUADRO 17 - Formas de comunicação.....	134
QUADRO 18 - Modos de Conversão do conhecimento e as práticas de compartilhamento.....	138
QUADRO 19 - Programas da OMS - Segurança do Paciente	190

SUMÁRIO¹

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Objetivo geral.....	21
1.2 Objetivos específicos.....	21
1.3 Justificativa.....	22
1.4 Estrutura da Dissertação	22
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
2.1 Gestão do conhecimento.....	24
2.1.1 Conceitos gerais: dados, informação e conhecimento.....	26
2.1.1.1 Dados.....	26
2.1.1.2 Informação.....	27
2.1.1.3 Conhecimento.....	29
2.1.2 Conceitos de gestão do conhecimento.....	30
2.1.3 Etapas típicas da gestão do conhecimento.....	32
2.1.4 Criação do conhecimento.....	33
2.1.4.1 Modelo de Nonaka e Takeuchi (1997) – gestão do conhecimento...	33
2.1.4.2 Modelo de Choo (2006) – gestão do conhecimento.....	39
2.1.4.3 Modelo de Terra (2005) – gestão do conhecimento.....	42
2.2 Gestão de riscos.....	44
2.2.1 Segurança da assistência à saúde: riscos na saúde.....	45
2.2.2 Iniciativas em prol da segurança do paciente.....	46
2.2.2.1 Organização Mundial da Saúde (OMS).....	47
2.2.2.2 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).....	47
2.2.2.3 <i>Institute for Healthcare Improvement (IHI)</i>	48
2.2.2.4 <i>Joint Commission International (JCI)</i>	48
2.2.2.5 Instituto Qualisa de Gestão – IQG (2008).....	48
2.2.2.6 Acreditação de organizações prestadoras de serviço de saúde.....	49

¹ Este trabalho foi revisado de acordo com as novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009. E foi formatado de acordo com a ABNT-NBR-14724 de 17.04.2011.

2.2.3 Gestão de riscos como ferramenta internacional.....	49
2.2.3.1 Esforço de normatização internacional sobre gestão de riscos.....	49
2.2.3.2 As principais normas mundiais para gestão de riscos.....	50
2.2.4 Gestão de riscos em um ambiente hospitalar.....	59
2.2.4.1 Segurança do paciente.....	60
2.2.4.2 Análise retrospectiva e proativa de situações indesejáveis (fontes/eventos).....	64
2.2.4.3 Ferramenta Mundial para Prevenção de Eventos - <i>Health Care Failure Mode Effect Analysis</i> (HFMEA).....	65
2.3 Inter-relação entre gestão de riscos e gestão do conhecimento.....	67
2.3.1 Oito passos para uma integração de conhecimento e riscos: técnicas de integração – o estudo de NEEF (2005).....	72
2.4 Contribuição do referencial teórico para a pesquisa de campo.....	83
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	85
3.1 Caracterização da pesquisa.....	85
3.1.1 Quanto aos fins.....	85
3.1.2 Quanto aos meios.....	86
3.2 Unidade de análise e observação.....	87
3.2.1 Principais produtos e serviços.....	87
3.3 Coleta de dados.....	90
3.3.1 Caracterização dos Participantes	90
3.3.2 Composição do roteiro do grupo focal	93
3.4 Estratégia de análise e tratamento dos dados.....	94
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	96
4.1 Análise de dados.....	96
4.1.1 Condições capacitadoras para a criação do conhecimento.....	96
4.1.2 Estrutura e fases típicas da GR.....	98
4.1.2.1 Estrutura: estratégia e mandato para gestão de riscos.....	98
4.1.2.2 Responsabilização e recursos.....	104
4.1.2.3 Comunicação e consulta.....	108
4.1.2.4 Contexto.....	109

4.1.2.5 Avaliação de riscos (identificação, análise, avaliação).....	113
4.1.2.6 Tratamento.....	115
4.1.2.7 Monitoramento e análise crítica.....	117
4.1.2.8 Desempenho para melhoria contínua.....	118
4.1.2.9 Síntese geral do objetivo.....	123
4.1.3 Ferramentas e práticas de GC para integração à GR.....	123
4.1.3.1 Cultura e ambiente organizacional.....	123
4.1.3.2 Comunicação.....	132
4.1.3.3 Compartilhamento.....	138
4.1.3.4 Aprendizado.....	139
4.1.3.5 Síntese geral do objetivo.....	145
4.1.4 Contribuição da GC para a integração da GR em uma OPSS.....	145
5 CONCLUSÕES.....	154
6 CONTRIBUIÇÕES.....	159
REFERÊNCIAS.....	161
APÊNDICES	168
ANEXOS.....	175
GLOSSÁRIO.....	192

1 INTRODUÇÃO

A crescente complexidade das relações empresariais ao redor do mundo torna cada vez mais difícil trabalhar sem considerar a próxima mudança. Nesse contexto em que é usual afirmar que uma próxima mudança está a caminho, as instabilidades têm se tornado a grande tônica. Onde há ambientes instáveis, há a necessidade premente de previsões e ações proativas.

Na área de saúde não poderia ser diferente. A tecnologia empregada cada vez mais sofisticada, o contínuo aumento de discernimento dos usuários, o incremento da complexidade da infraestrutura, a necessidade de redução de custos no ambiente competitivo e o próprio aumento da pesquisa científica no setor fazem com que o universo proativo de ações seja incrementado e, em decorrência, surja a crescente necessidade de assegurar a segurança dos pacientes.

Bentes (2007, p. 21) esclarece que o processo racional de enfrentar riscos mostrou ao mundo como compreender, medir e avaliar suas consequências, convertendo o ato de correr riscos em uma das principais alavancas do desenvolvimento. Surgindo essa compreensão como uma forma específica de se relacionar com o futuro, gradativamente as sociedades modernas levaram as empresas atuais a se exporem a esses riscos e a administrá-los convenientemente. Eis o grande desafio de todo o mundo empresarial.

Os recentes estudos sobre gestão de riscos (GR) envolveram, de um lado, o lento desenvolvimento da teoria da probabilidade, cuja história teve seu início no século XVII, pontuada por grandes pesquisadores científicos, muitos deles matemáticos e astrônomos (TEIXEIRA; ARAÚJO, 2007).

De outro lado, o conceito de risco envolve a sofisticação do estudo estatístico e seu uso como ciência. É natural compreender que a humanidade sempre enfrentou perigos diversos, sejam os riscos involuntários decorrentes de catástrofes naturais – terremotos, erupções vulcânicas, furacões –, sejam aqueles

associados às guerras, às vicissitudes da vida cotidiana ou, ainda, os voluntários, decorrentes do que chamamos hoje de “estilo de vida” (BENTES, 2007).

Entretanto, esses eventos não eram entendidos como riscos, mas sim referenciados como perigos, fatalidades, *hazards* ou dificuldades, mesmo porque a palavra risco encontrava-se ausente do cotidiano das civilizações (BENTES, 2007).

De acordo com Bernstein (1997), o atual processo de administrar riscos tem suas raízes no sistema de numeração indo-arábico, desenvolvido pela civilização árabe há cerca de 700 a 800 anos. Contudo, o verdadeiro estudo do risco se desenvolveu entre os séculos XIV e XVI, época do Renascimento (BENTES, 2007).

Desde aquela época a sociedade vem se transformando e diversos grandes eventos afetaram os rumos da humanidade. Um dos mais marcantes eventos foi a Revolução Industrial no século XIX. A partir desta, o sistema capitalista vem ganhando força e direcionando as relações de trabalho, acirrando-se após a Segunda Guerra Mundial, uma vez que o mundo dividiu-se em duas grandes vertentes – a capitalista e a socialista.

Cada vez mais o capitalismo se instala e exige das organizações posturas arrojadas e geradoras de valor. Escândalos expõem a organização e levam ao prejuízo. E é exatamente esse caminho que o mercado tenta evitar.

Bernstein (1997) refere que a capacidade de administrar o risco é o elemento-chave da energia que impulsiona o sistema econômico.

A gestão de riscos no mundo, intitulada desta forma, iniciou e teve ênfase nas grandes instituições da área financeira. Diversas ferramentas/iniciativas/normativas foram surgindo para nortear o trabalho nesse sentido, tais como: COSO, Acordo da Basileia, SOX, entre outros (ZACHARIAS, 2006).

Todas essas iniciativas eram para contornar os problemas reais vivenciados pela sociedade, tais como: crises nas bolsas, escândalos financeiros e empresariais. Ou seja, a mobilização da sociedade e do meio acadêmico se fez por extrema necessidade. A cada evento era criada uma forma de controle ou minimização das perdas.

No século XXI houve um movimento relevante nesse sentido na área de saúde. Em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um programa para incremento da segurança dos pacientes. Tratava-se da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. O objetivo desse desafio global foi aumentar os padrões de qualidade na assistência em todo o mundo (GOMES, 2008).

No Brasil, um grande marco foi a estruturação da Vigilância Sanitária através da Lei 6360/1976, como atividade permanente fundamentada no controle de qualidade dos produtos utilizados nas áreas de saúde e higiene (GASTAL, 2006).

A partir de então, diversos programas de qualidade foram surgindo para incentivar e dar sequência a esse movimento. Entidades mundiais como o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e a *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), entre outras, iniciaram um movimento de estabelecimento de padrões que assegurassem a segurança do paciente.

No Brasil, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), desde seu primeiro manual de acreditação, na virada do milênio, já especificava os primeiros requisitos de gestão de riscos (ONA, 2000).

Pelo lado industrial, os engenheiros criaram uma importante ferramenta denominada *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) para estimar os níveis e prioridades do risco. Já o departamento de veteranos da *National Center for Patient Safety* criou um híbrido denominado de *Health Care Failure Mode and Effect Analysis* (HFMEA), para uso específico em saúde.

Em termos de agente regulador, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) vem exercendo sua função primordial: a segurança da população, mas

somente nesses últimos anos vem criando e legislando especificamente. Ex: RDC 02/2010, que trata de gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde.

Na década de 2000, iniciou-se uma verdadeira revolução em gestão de riscos. O inter-relacionamento com a gestão do conhecimento começou a ser estudado de uma forma mais profunda. Um dos autores - referência no estudo da integração entre GR e a gestão de conhecimento (GC) -, Lelic (2002, p. 1), afirma que há notória interface entre esses temas: "uma organização não pode gerir seu risco hoje em dia sem a gestão do seu conhecimento".

Neef (2003; 2005) descreve com mais detalhes esse vínculo entre as gestões de risco e do conhecimento.

A palavra-chave da inter-relação, segundo Nohara, Acevedo e Vila (2005), é o compartilhamento do conhecimento, motivo pelo qual a GR pode ter mais efetividade ao usufruir do conhecimento cada vez mais circulante.

Os estudos sobre GR são muito recentes se houver a comparação com o tema GC, que vem sendo estudado e se desenvolveu muito depois da década de 80/90.

Há anos Drucker (1999), citado por Davenport e Prusak (2003, p. 40), já alertava para o fato de que o trabalho se tornava cada vez mais baseado no conhecimento.

Somente a organização pode oferecer a continuidade básica de que os trabalhadores do conhecimento precisam para serem eficazes. Apenas a organização pode transformar o conhecimento especializado do trabalhador do conhecimento em desempenho.

Cooper (2003), nesse mesmo rumo, ressalta que uma das ferramentas mais poderosas no gerenciamento de riscos é o conhecimento.

A partir dessas citações, é possível perceber que há forte sugestão de que um gerenciamento proativo de riscos repousa na habilidade da organização em mobilizar as competências internas para extração do conhecimento e perícia de seus empregados de forma que os líderes organizacionais possam compartilhar e

usufruir de informações válidas sobre um fato potencialmente perigoso (NEEF, 2003, p. 114).

Para Tonet e Paz (2006), entre as estratégias que a literatura registra para gerar as condições de que as empresas necessitam para se manterem úteis e competitivas no mercado está a GC e, em particular, o compartilhamento de conhecimento.

O indivíduo é o elemento criador do conhecimento, a organização é o elemento ampliador e o grupo o elemento de síntese do conhecimento (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

Estudos estão detalhando a inter-relação entre as gestões de riscos e conhecimento, a partir de técnicas básicas de comunicação e compartilhamento do conhecimento para melhor gestão de riscos. Esses estudos estão vinculados aos seguintes autores: Neef (2005), Lelic (2002), Nohara, Acevedo e Vila (2005), Silva (2009) e Webb (2012).

Isso posto, apresenta-se a seguinte questão para ser respondida neste estudo: Qual a contribuição da gestão do conhecimento para integração com a gestão de riscos em uma organização prestadora de serviço de saúde?

1.1 Objetivo geral

- O objetivo principal é identificar a contribuição da Gestão do Conhecimento para a integração com a gestão de riscos em uma organização prestadora de Serviço de Saúde (OPSS).

1.2 Objetivos específicos

- Identificar na literatura os modelos de GC e GR.
- Identificar na literatura as condições para integração da GC com a GR.
- Identificar as práticas organizacionais que se aplicam às condições capacitadoras para a criação de conhecimento, conforme o modelo de Nonaka e Takeuchi (1997).

- Identificar a estrutura e as fases típicas da GR aplicadas na organização pesquisada, tomando como base a ABNT NBR ISO 31.000:2009.
- Mapear e descrever as ferramentas e práticas de GC utilizadas pela OPSS para propiciar a integração à GR segundo Neef (2005).

1.3 Justificativa

Para a academia, este estudo se justifica pela existência de poucos trabalhos na área de concentração vinculando os temas de GR e GC numa OPSS (HALTIWANGER *et al.*, 2010).

A segurança assistencial nas OPSS é de suma importância para as políticas públicas, em termos de vigilância sanitária. Uma lei federal estabelece como objetivo “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990).

A contribuição da pesquisa está direcionada para os consultores, empresários do setor de saúde e líderes da organização, diante da situação de implementação de programas de qualidade baseados em normas nacionais ou internacionais e para as práticas de gestão que assegurem a segurança empresarial/assistencial numa OPSS.

O interesse pessoal do autor nesta pesquisa está baseado em gerar oportunidades de negócio, ministrando palestras/cursos e consultoria empresarial sobre esse tema central. O autor já desenvolve atividades na área de GR.

1.4 Estrutura da Dissertação

A fim de se desenvolver o estudo, este projeto está estruturado em cinco capítulos, como segue:

- **A introdução:** cita a contextualização dos temas e a problematização na sua interface; o foco de interesse do estudo e a pergunta orientadora da

pesquisa; o objetivo geral e os específicos; tendo como fecho a apresentação da justificativa.

- **O referencial teórico:** apresenta a revisão da literatura selecionada e vinculada aos assuntos pertinentes aos temas da dissertação sendo: GC e GR.
- **A metodologia:** representa a percepção e a compreensão do pesquisador sobre o fenômeno investigado, por meio do detalhamento do tipo de estudo a ser realizado e o campo da pesquisa; os planos de coleta e análise dos dados, bem como a apresentação das limitações metodológicas do estudo.
- **Análise de dados:** na qual todos os dados coletados no grupo focal e pesquisa documental serão analisados tomando por base a academia e com foco na resposta aos objetivos desta dissertação.
- **Conclusões:** em que o autor tece conclusões sobre a pesquisa.
- **Contribuições:** em que o autor cita as devidas contribuições possíveis as diferentes partes interessadas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo é a base da pesquisa, descrevendo-se conceitos-chave vinculados à GC e de GR que auxiliem a compreensão mais detalhada dos assuntos. No final é explorada a interface da GC e de GR para subsidiar as análises e conclusões da pesquisa.

2.1 Gestão do conhecimento

Há mais de 60 anos os grandes cientistas políticos e econômicos iniciaram a discussão sobre conhecimento. Drucker (1949) foi o primeiro autor a falar e a utilizar os termos “trabalho do conhecimento”, “trabalhadores do conhecimento”, “trabalhadores dos serviços”, na sua obra *The New Society*, bem como o conceito de “sociedade das organizações”, no seu livro *The Age of Discontinuity* (1969).

No livro “*The Post-Capitalist Society*” Drucker (1993) ressalta que o conhecimento assume importantíssimo papel, representando a fonte de vantagem competitiva das empresas que enfrentam os desafios da globalização do final do século XX. Drucker (1993) apresenta uma visão das futuras organizações baseadas em informação, ou seja, das empresas compostas, sobretudo de especialistas, que dirigem e disciplinam seu próprio desempenho. Para se manterem competitivas as empresas deverão converter-se em organizações baseadas em conhecimento. Para tal, Drucker (1993) cita que as organizações enfrentarão os desafios a partir de três pilares básicos:

- **Sociedade:** as sociedades pós-capitalistas, caracterizadas por organizações e trabalhadores do conhecimento, têm, portanto, como grande desafio a produtividade dessa nova força de trabalho jovem e altamente qualificada.
- **Governo:** os governos deverão dar atenção à necessidade do desenvolvimento do pensar e agir local, regional e globalmente.
- **Conhecimento:** fala na necessidade de desenvolver uma teoria econômica que coloque o conhecimento no centro do processo produtivo,

capaz de explicar a economia presente, o crescimento econômico e a inovação.

Outro conceito importante para Drucker (1993) é o de organização do conhecimento, definida como instituição composta por um grupo humano de especialistas que trabalham num espaço comum. Em sua obra "*The New Realities*" (1989), Drucker fala do colapso do marxismo bem como da sua ideologia e do comunismo como um sistema. A publicação dessas suas obras marca, segundo o autor, o fim da era capitalista/marxista e a efetiva entrada na era pós-capitalista/druckeriana, isto é, uma nova sociedade, direcionando para novas obrigações pessoais, sociais, econômicas e políticas.

E é exatamente nesse contexto que as barreiras comerciais e ideológicas sumiram e a globalização se instalou de forma inicial. Nascida após os anos de 1990, a sociedade pós-capitalista ainda não está totalmente criada, acreditando Drucker (1993) que tal venha a acontecer entre 2010 e 2020. Dessa forma, as sociedades estão numa fase de transição caracterizada por profundas alterações em nível político, econômico, social e moral, em que o insumo básico e essencial será o conhecimento, deixando para um segundo plano os recursos naturais, a mão-de-obra e/ou o capital. Essa, conforme o autor, certamente deverá ser a configuração da sociedade do conhecimento.

Contemporâneos de Drucker, muitos dos pensadores da atualidade, entre eles Nonaka e Takeuchi (1994), defendem que, no mundo competitivo de hoje, as empresas ganhadoras são aquelas que melhor sabem capturar/utilizar e manter o conhecimento dos seus empregados. Não basta terem o controle dos recursos físicos e energéticos se não souberem desenvolver novas maneiras de explorá-los para proporcionar melhores e novos serviços e produtos. Essa premissa faz com que o conhecimento se torne o recurso mais crítico para as empresas do século XXI.

2.1.1 Conceitos gerais: dados, informação e conhecimento

Há uma diversidade de conceitos apresentados pelos autores mais representativos do tema GC, o que gera nas próprias organizações uma falta de unificação conceitual. Cabe apresentar esses autores, buscando as facetas mais interessantes para o foco desta pesquisa.

No que diz respeito aos conceitos de conhecimento e gestão do conhecimento, a intenção aqui é focar os conceitos vinculados a autores voltados para a gestão do conhecimento organizacional, pois a pesquisa está voltada para a identificação dos fatores que levam ao êxito de uma organização, quando esta utiliza integração entre GR e GC.

2.1.1.1 Dados

São considerados a base elementar do processo de conhecimento. Davenport e Prusak (2003, p. 2) definem dados como “um conjunto de fatos distintos e objetivos, relativos a eventos”. Segundo eles, num âmbito organizacional muitas vezes o conceito de dados assume sentido utilitário, sendo considerados como registros estruturados de eventos, ou seja, aquilo que foi obtido como resultado de um evento e que de alguma forma foi preenchido em um formulário em meio físico ou eletrônico.

Segundo os mesmos autores, o registro e a manutenção de dados são fundamentais para o sucesso das organizações. Muitas dependem fortemente deles e criam a ilusão de exatidão científica. Afirmam que dados demais podem atrapalhar a identificação e a extração de significado daqueles que realmente importam. Davenport e Prusak (2003, p. 3) salientam que “dados não têm significado inerente. Descrevem apenas parte daquilo que aconteceu; não fornecem julgamento nem interpretação nem qualquer base sustentável para a tomada de decisão”. Os dados em si não são dotados de relevância, propósito e significado como vários autores citam, mas são cruciais, pois são a matéria-prima para a criação da informação.

2.1.1.2 Informação

Admitindo-se que sempre existe um emissor e um receptor, Davenport e Prusak (2003, p. 4) explicam que a informação é dotada da finalidade de alterar o modo como o receptor percebe e entende algo transmitido, para fins de exercer impacto no julgamento e comportamento. Ou seja, a informação é organizada para dar forma a alguma finalidade. Eles ainda afirmam que “pense em informação como dados que fazem diferença”.

Corroborando, Sveiby (1998) afirma que o valor não está na informação armazenada, mas na criação de conhecimento de que ela pode fazer parte. Informação é disposição dos dados de tal forma que estes possuam sentido, criando padrões e ativando significados na mente das pessoas.

Entende Fialho (2001) que um conjunto de dados analisados e organizados sob determinado contexto e que satisfaçam um objetivo específico recebe o nome de informação.

A informação é um fluxo de mensagens e por meio dela não só se extrai, como também é possível se construir o conhecimento (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

No tocante ao conceito de informações, Davenport e Prusak (2003, p. 2) citam Drucker (1999, p. 32), enfatizando que “informações são dados dotados de relevância e propósito”.

Por sua vez, Sveiby (1998) reporta que a informação é o meio ideal para a transmissão do conhecimento explícito, sendo rápida, segura e independente de sua origem.

Para Davenport (1998), a informação serve de conexão entre dados e conhecimento. Segundo o autor, a conceituação desses termos é importante para o estabelecimento dos limites das ações e das expectativas de seus resultados. Davenport e Prusak (2003, p. 5) afirmam que dados são transformados em informação (agregando valor) por vários métodos, tais como:

- Contextualização: sabe-se qual a finalidade dos dados coletados.
- Categorização: conhecem-se as unidades de análise ou componentes essenciais dos dados.
- Cálculo: os dados podem ser analisados matematicamente ou estatisticamente.
- Correção: os erros são eliminados dos dados.
- Condensação: os dados podem ser resumidos para uma forma mais concisa.

Uma vez estabelecidos os conceitos de dados e informação, pode-se efetuar a conceituação de conhecimento.

Nesse caminho, Nonaka e Takeuchi (1997, p. 63) defendem: “informação é um meio ou material necessário para extrair e construir o conhecimento”.

Em consonância com essa afirmação, Sveiby (1998, p. 47) menciona: “a informação e o conhecimento são diferentes, vê-los como semelhantes ou sinônimos é uma distorção de todo o conceito de gestão de ativos intangíveis”.

Stewart (2002, p. 31) enfatiza:

Dados e informações são menos do que o conhecimento e, se isto de fato existir, do que sabedoria. Também são diferentes em espécie. No jargão de computadores, oito *bits* correspondem a 1 *byte*. Mas oito – ou zilhões – de informações não equivalem a um *byte* de conhecimento. Conhecimento não é a soma. É agregação, interação, acumulação. Os dados e informações conectam-se entre si para formar conhecimento: são peças de um mosaico, mas não são o desenho final. *Bits* de dados e informações – fatos, factoides – podem ser surpreendentes, sugestivos ou importantes, mas não são como o conhecimento em si. O conhecimento envolve expertise. Para alcançá-lo é preciso tempo. O conhecimento dura mais que a informação – e por vezes é eterno. Ter conhecimento, dominar em assunto, é algo diferente e maior do que saber de um fato ou possuir muitas informações a respeito de alguma coisa.

A informação disponível em um formato adequado, submetida à análise, é base para que o ser humano possa usar sua inteligência e discernimento para chegar até o conhecimento.

2.1.1.3 Conhecimento

A interdependência conceitual entre dados, informações e conhecimento fica consolidada e mais clara a partir dos conceitos apresentados a seguir.

Complementando a citação de Stewart (2002, p. 31), Davenport e Prusak (2003, p. 6) buscam uma conceituação de conhecimento, procurando oferecer uma definição prática do termo:

Conhecimento é uma mistura fluida de experiência condensada, valores, informação contextual e *insight* experimentado, a qual proporciona uma estrutura para avaliação e incorporação de novas experiências e informações. Ele tem origem e é aplicado na mente dos conhecedores. Nas organizações, ele costuma estar embutido não só em documentos ou repositórios, mas também em rotinas, processos, práticas e normas organizacionais.

O autores ainda comentam que há uma ligação óbvia e interdependente entre conhecimento, informação e dados e deixa claro que é complexo, podendo evoluir conforme crenças e valores do ser humano e por isso mesmo é intuitivo. E afirma que para a transformação da informação em conhecimento os seres humanos necessitam de quatro processos, tais como:

- Comparação: como as informações relativas a uma situação se comparam entre si?
- Consequências: como essas informações atuam na tomada de decisão e ação?
- Conexões: quais as relações do novo conhecimento com o já existente?
- Conversação: o que as demais pessoas usuárias pensam dessa informação?

Usualmente, o conhecimento fica disponível em meios formais (livros, normas, etc.), mas também na vida das pessoas pelo relacionamento formal ou informal a partir de uma simples conversa ou ações de aprendizado em qualquer ambiente.

Nonaka e Takeuchi (1997, p. 63) observam que “o conhecimento, diferentemente da informação, refere-se a crenças e compromisso”. E citam Dretske (1981), que afirma: “O conhecimento é identificado com a crença produzida (ou sustentada)

pela informação”. De acordo com Nonaka e Takeuchi (1997, p. 24), pelo fato de ser crença, há chance de estar errada, pelo simples fato de que o conhecimento envolvido (decodificado) pode estar, de alguma forma, inadequado.

Por outro lado, Davenport e Prusak (2003, p. 7) comentam que o conhecimento aproxima-se da ação. Como ele está intimamente ligado a seres humanos, o sucesso das organizações está vinculado à capacidade das pessoas em integrar e agregar conhecimento valioso para a tomada de decisão correta. Mas afirmam que o caminho que vai do conhecimento até a ação pode ser de difícil entendimento e determinação.

Complementando e disponibilizando outros pontos de vista, Stewart (2002, p. 56) explicita que no mundo empresarial o conhecimento é a razão de ser que não se consegue diferencial de mercado com trabalho não qualificado. Deixa claro que a infraestrutura é muito pouco para obter essa vantagem, pois seria facilmente copiado. Assegura que a vantagem duradoura vem de algo exclusivo ou de difícil imitação – um tipo especial de conhecimento.

Referenciando David Teece (reitor da Universidade da Califórnia), Stewart (2002, p. 56) sugere que “a essência da empresa na nova economia é a sua capacidade de criar, transferir, montar, integrar, proteger e explorar novos ativos de conhecimento”.

2.1.2 Conceitos de gestão do conhecimento

Para Batista (2007, p. 10), o termo GC foi utilizado pela primeira vez em 1986, fruto dos estudos de Karl Wiig, líder de um grupo da área de inteligência artificial da *Digital Equipment Corporation* (DEC) nos Estados Unidos.

Após a década de 1990, quando se começou a detalhar o tema conhecimento, os conceitos de GC vêm sendo elaborados, gerando um verdadeiro emaranhado conceitual. Os autores especializados em GC criaram diversos modelos (como os aqui apresentados), expressando cada um múltiplas formas de compreensão do

tema. Assim, o que se apresenta a seguir em torno dos conceitos de GC está atrelado aos modelos de vários autores.

Nonaka e Takeuchi (1997) consideram a GC um processo iterativo de criação do conhecimento organizacional, definindo-o como “a capacidade que uma empresa tem de criar conhecimento, disseminá-lo na organização e incorporá-lo a produtos, serviços e sistemas”. Nessa definição fica explícito o alinhamento ao conceito geral de gestão citado na norma *International Organization for Standardization* (ISO) 9000:2005. Pois fica notório o ciclo completo.

Corroborando, mas mudando de enfoque, Probst, Raub e Romhardt (2002, p. 30) propõem que “a GC consiste em um conjunto integrado de intervenções que aproveitam as oportunidades para dar forma à base de conhecimento”. Já nesse conceito, há uma generalização das ações necessárias para tal gestão, ficando genérico demais e passível de múltiplos direcionamentos.

Por outro caminho, Murray (1996, p. 4), citado por Gonçalves e Kolb (2010), preconiza que a “GC é uma estratégia que transforma bens intelectuais da organização – informações registradas e o talento dos seus membros – em mais produtividade, novos valores e aumento de competitividade.”

Sveiby (2000, p. 1), citado por Gattoni (2000), salienta que a GC é a “a arte de criar valor a partir dos ativos intangíveis da organização”.

O *Gartner Group* (1999) define GC como:

Uma disciplina que promove, com visão integrada, o gerenciamento e o compartilhamento de todo o ativo de informação possuído pela empresa. Esta informação pode estar em um banco de dados, documentos, procedimentos, bem como em pessoas, através de suas experiências e habilidades.

Nessas três últimas definições, percebe-se claramente o notório alinhamento nos conceitos no que diz respeito a valor agregado e ao uso do capital intelectual como alavanca, salientando o bem maior das organizações - as pessoas.

Malhotra (1998) também apresenta a sua definição de GC:

Uma visão baseada no conhecimento dos processos de negócio da organização, para alavancar a capacidade de processamento de informações avançadas e tecnologias de comunicação, via translação da informação em ação por meio da criatividade e inovação dos seres humanos, para afetar a competência da organização e sua sobrevivência em um crescente de imprevisibilidade.

Complementando e convergindo, Terra (2005, p. 85) define GC:

A GC está intrinsecamente ligada à capacidade das empresas em utilizarem e combinarem as várias fontes e tipos de conhecimento organizacional para desenvolverem competências específicas e capacidade inovadora, que se traduzem, permanentemente, em novos produtos, processos, sistemas gerenciais e liderança de mercado.

Nesses conceitos percebe-se claramente que esses autores dão um direcionamento ao objetivo maior de qualquer organização: gerar diferencial, sobreviver, ser líder e ter sucesso no mercado.

O conceito de Bukowitz e Willians (2002, p. 17-18) corrobora e dá ênfase ao exposto a tudo citado neste item. Eles identificam que a “GC é o processo pelo qual a organização gera riqueza, a partir do seu conhecimento ou capital intelectual”. “A riqueza acontece quando uma organização usa o conhecimento para criar valor para o cliente”.

Em todas essas definições aqui expostas, independentemente da objetividade ou não e dos desdobramentos propostos, fica evidenciado que a GC apresenta fases típicas propostas pelos autores referenciados.

2.1.3 Etapas típicas da GC

Os autores elaboram seus modelos conforme suas convicções e, com base nestas, definem as etapas típicas de sustentação. O QUADRO 1 resume as etapas típicas, conforme os autores:

QUADRO 1 – Etapas de gestão do conhecimento

ETAPAS TÍPICAS DA GESTÃO DO CONHECIMENTO				
Davenport e Prusak (2003)	Fleury e Fleury (2000)	Probst, Raub e Romhardt (2000)	Nonaka e Takeuchi (1997)	Gartner Group (1999)
3 etapas	3 etapas	8 etapas	4 etapas	5 etapas
<ul style="list-style-type: none"> • Geração do conhecimento • Codificação e coordenação do conhecimento • Transferência do conhecimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição e desenvolvimento • Disseminação • Memorização 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação • Aquisição • Desenvolvimento • Utilização • Partilha e distribuição • Retenção • Avaliação • Metas 	<ul style="list-style-type: none"> • Geração • Compartilhamento • Transferência ou entrega e • Registro do conhecimento produzido 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação • Captura • Organização • Acesso • Uso

Fonte: adaptado dos autores citados no cabeçalho.

Com base em cada teoria, todos os autores citados definem as etapas típicas da GC, para que a efetividade em uma organização seja alcançada.

2.1.4 Criação do conhecimento

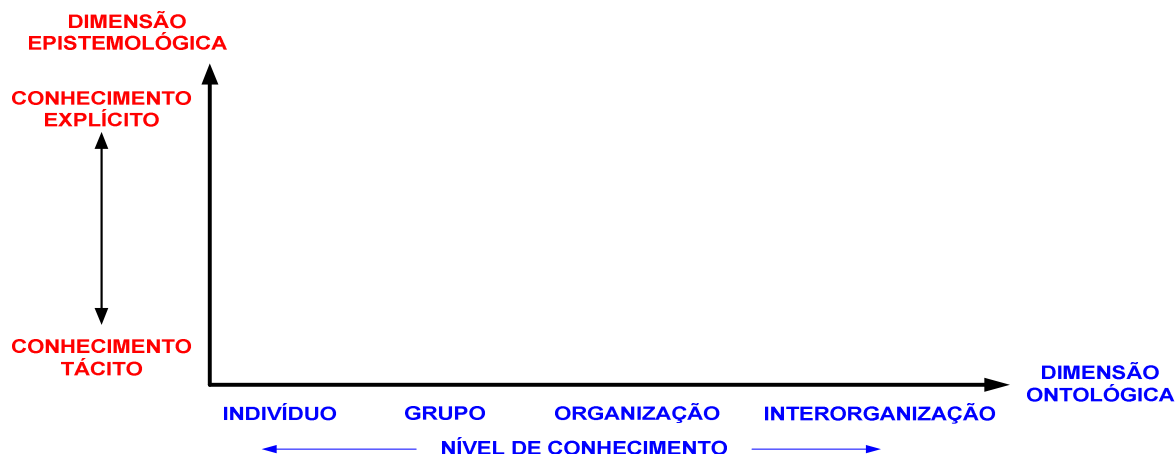
A seguir são apresentados alguns modelos de estudiosos que descrevem como o conhecimento é tratado nas organizações.

2.1.4.1 Modelo de Nonaka e Takeuchi (1997) – gestão do conhecimento

Os autores (p. 62) apresentam duas dimensões vinculadas à criação do conhecimento organizacional:

- Dimensão ontológica (em grego *ontos* e *logos*, "estudo do ser"): diz respeito às entidades criadoras do conhecimento. A escala possível é: indivíduo, grupo, organização e entre organizações.
- Dimensão epistemológica (do grego "*episteme*" - ciência, conhecimento; "*logos*" – estudo): diz respeito à diferença entre o conhecimento tácito e explícito.

FIGURA 1 – Duas dimensões da criação do conhecimento



Fonte: Nonaka e Takeuchi (1997).

Conforme os autores, a dimensão ontológica induz, em termos restritos, a que o conhecimento só pode ser criado por indivíduos e que a organização apoia ou proporciona contexto(s) para a criação do conhecimento, sendo este ampliado organizacionalmente e sendo estabelecido como de propriedade desta. Ele pode chegar a níveis interorganizacionais, dependendo do controle da propriedade intelectual.

Na dimensão epistemológica, os autores afirmam que o segredo da criação do conhecimento está na mobilização e conversão do conhecimento tácito, como será visto a seguir.

a) Conhecimento tácito e explícito

Para buscar o entendimento da diferenciação do conhecimento tácito do explícito, Michael Polanyi (1966), citado por Nonaka e Takeuchi (1997, p. 65), elucida:

- “O conhecimento tácito é pessoal, específico ao contexto e, assim, difícil de ser formulado e comunicado”.
- “Já o conhecimento explícito refere-se ao conhecimento transmissível em linguagem formal e sistemática”, ou seja, facilmente compartilhado por ser codificado.

- “Podemos saber mais do que podemos dizer”, ou seja, nem sempre tudo o que se sabe é expresso.

Os autores classificam o conhecimento em dois tipos, conforme o QUADRO 2:

QUADRO 2 – Classificação do conhecimento

Conhecimento Tácito (Subjetivo)	Conhecimento Explícito (Objetivo)
Conhecimento da experiência (corpo)	Conhecimento da racionalidade (mente)
Conhecimento simultâneo (aqui e agora)	Conhecimento sequencial (lá e então)
Conhecimento análogo (prática)	Conhecimento digital (teoria)

Fonte: Nonaka e Takeuchi (1997, p. 67).

Sob o ponto de vista dos autores os tipos de conhecimento são complementares e interagem no processo criativo dos indivíduos.

b) Conversão de conhecimento

Nonaka e Takeuchi (1997) referem, ainda (1997, p. 67), que “o modelo dinâmico da criação do conhecimento está baseado no pressuposto de que o conhecimento humano é criado e expandido através da interação social entre o conhecimento tácito e o conhecimento explícito”.

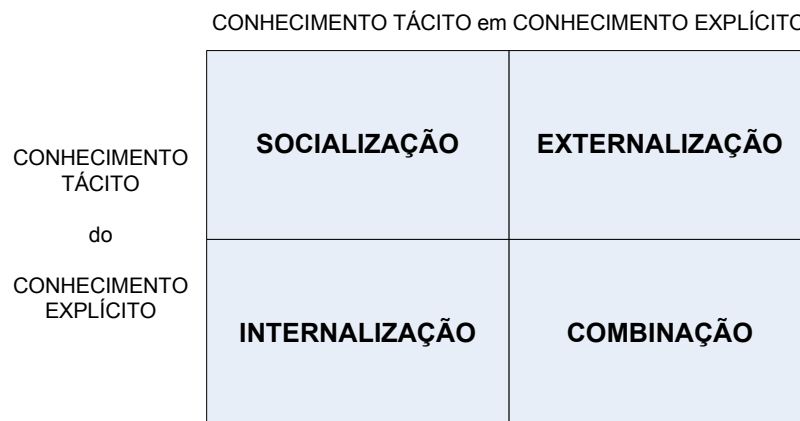
Fica claro que as relações entre pessoas no cotidiano das organizações são a mola mestra da conversão do conhecimento tácito. Algumas organizações utilizam certos artifícios para incentivar essa interação, tais como: reuniões face a face, discussões sobre fracassos e êxitos, entre outros.

c) Modos de conversão do conhecimento

Assumindo o pressuposto dos autores, ficam definidos quatro modos de conversão de conhecimento, tais como:

- Socialização: conhecimento tácito em conhecimento tácito.
- Externalização: conhecimento tácito em conhecimento explícito.
- Combinação: conhecimento explícito em conhecimento explícito.
- Internalização: conhecimento explícito em conhecimento tácito.

FIGURA 2 – Quatro modos de conversão do conhecimento



Fonte: Nonaka e Takeuchi (1997, p. 69).

d) Socialização

Conforme o modelo dos autores, é um processo típico de compartilhamento de experiências. O compartilhamento pode ocorrer pela observação, prática e até mesmo imitação.

e) Externalização

Trata-se da transformação dos conhecimentos tácitos em modelos e conceitos formais. Os autores citam o poder da metáfora para poder pegar criar novas interpretações da experiência vivenciada na socialização: “dentre os quatro modos de conversão do conhecimento, a externalização é a chave para a criação do conhecimento, pois cria conceitos novos e explícitos a partir do conhecimento tácito” (p. 73). Fica claro, então, que é uma das principais formas de conversão, pois é um modo que usa a linguagem escrita, o diálogo e a reflexão.

f) Combinação

É entendida pelos autores como a sistematização de conceitos em sistema de conhecimento, cujo modo envolve a combinação de diversos conjuntos de conhecimentos explícitos. Reuniões, *e-mails*, redes sociais, teleconferências, documentos tipo manuais. Treinamento formal é uma forma de criar esse tipo de conhecimento.

g) Internalização

Os autores definem como “aprender fazendo”. A incorporação do conhecimento explícito é a tônica nessa etapa. Fecha o ciclo da espiral do conhecimento, para que possa ser utilizado na nova socialização do conhecimento tácito.

h) Conteúdo do conhecimento e a espiral do conhecimento

O conhecimento tácito compartilhado, de acordo com os autores, é uma forma limitada se socializado isoladamente. Ele não pode ser facilmente alavancado pela organização como um todo, sem a combinação devida entre o tácito e o explícito.

A criação do conhecimento organizacional é uma interação contínua e dinâmica entre o conhecimento tácito e explícito. Essa interação é moldada pelas mudanças entre diferentes modos de conversão do conhecimento que, por sua vez, são induzidos por vários fatores (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 79) (FIG. 3).

FIGURA 3 - Espiral do conhecimento



Fonte: Nonaka e Takeuchi (1997, p. 80).

O conteúdo criado para cada modo de conversão é diferente, pelas próprias características de geração, modo de transmissão, modo de registro, entre outras. A FIG. 4 explicita de forma clara essa afirmação dos autores.

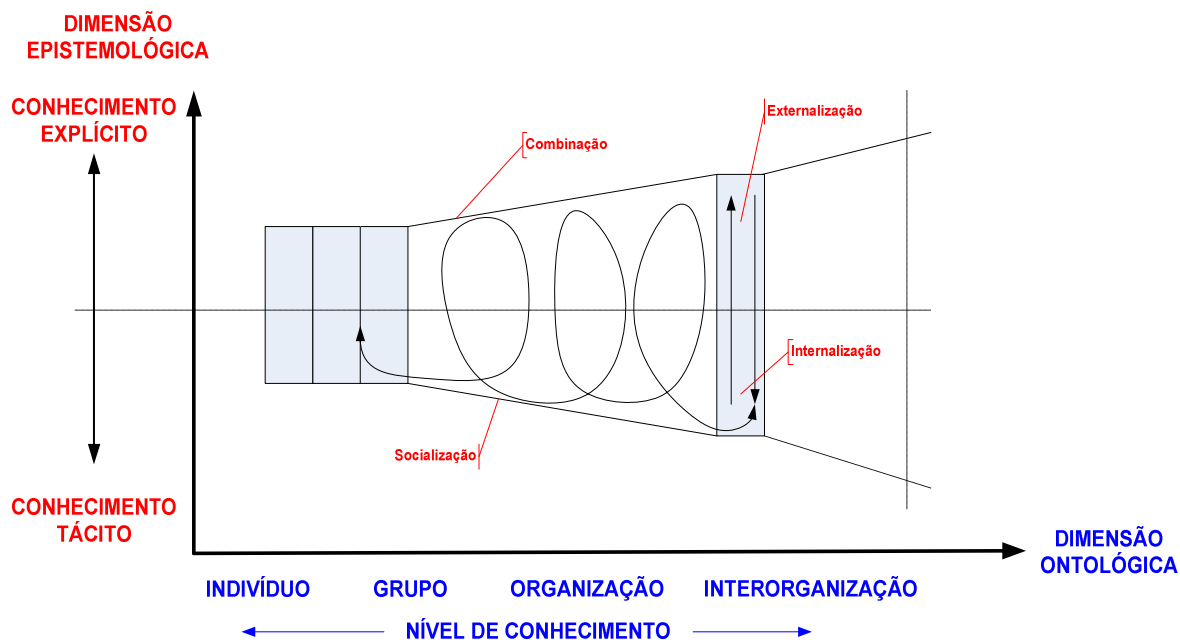
FIGURA 4 – Conteúdo do conhecimento criado pelos quatro modos de conversão

		CONHECIMENTO TÁCITO em CONHECIMENTO EXPLÍCITO	
do	CONHECIMENTO TÁCITO	(SOCIALIZAÇÃO) CONHECIMENTO COMPARTILHADO	(EXTERNALIZAÇÃO) CONHECIMENTO CONCEITUAL
	CONHECIMENTO EXPLÍCITO	(INTERNALIZAÇÃO) CONHECIMENTO OPERACIONAL	(COMBINAÇÃO) CONHECIMENTO SISTÊMICO

Fonte Nonaka e Takeuchi (1997, p. 81).

São esses tipos de conhecimentos que os autores acreditam que interagem entre si na espiral de criação do conhecimento. O conhecimento vai cruzando os níveis ontológicos e cruzando as fronteiras departamentais e até mesmo entre as organizações.

FIGURA 5 – Espiral de criação do conhecimento organizacional



Fonte Nonaka e Takeuchi (1997, p. 82).

i) Condições capacitadoras para a criação do conhecimento

Nonaka e Takeuchi (1997, p. 83) defendem a ideia de que existem cinco condições capacitadoras para a criação do conhecimento, tais como:

- Intenção: a partir da diretriz estratégica da organização.
- Autonomia: delegação de responsabilidade e autoridade para as pessoas e equipe multidisciplinar.
- Flutuação/caos: incentivo para a quebra de paradigmas e discussão de cenários.
- Redundância: sobreposição e validação de conceitos.
- Variedade de requisitos: incentivo para compreensão das interfaces de processos.

Percebe-se que essas condições são vinculadas a cultura e clima organizacional propícios, quando se fala em estratégia, hierarquia, times, integração entre processos, cenários, abordagem de processos, etc.

2.1.4.2 Modelo de Choo (2006) – gestão do conhecimento

O modelo desse autor adota as seguintes premissas:

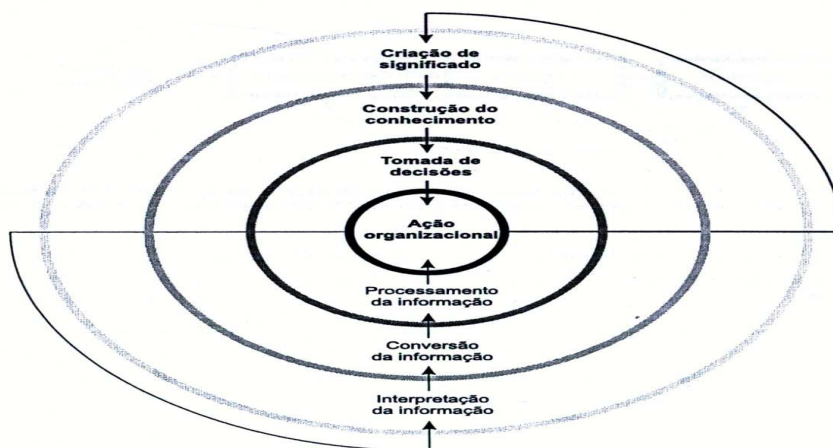
- Transformação do conhecimento tácito em explícito como ponto de apoio para o desenvolvimento de novos produtos e serviços.
- O processo decisório deve abranger o processo de criação de significado.
- A informação seja distribuída em toda a organização, o que permitirá um ciclo contínuo de aprendizagem.

a) Organização do conhecimento

Afirma que, apesar de serem usualmente tratadas de forma independente, há notória interdependência entre: criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. A compreensão dessa interdependência permite a visão do uso da informação no processo de construção do conhecimento e consequente ação organizacional. A FIG. 6 apresenta a informação fluindo do ambiente exterior (fora

dos círculos) e é progressivamente assimilada para gerar a reação da organização.

FIGURA 6 - A organização do conhecimento



Fonte: Choo (2006, p. 31).

O modelo define como principais meios de uso da informação e sua interligação para explicitar a organização do conhecimento:

b) Criação do significado

- O principal processo é a interpretação dos *inputs* oriundos do ambiente. Tem caráter retrospectivo.
- Os membros da organização devem decidir sobre o que é relevante. O conhecimento tácito nessa hora é crucial para ajudar na interpretação consensual.
- A principal finalidade é tornar o ambiente previsível, devido à criação do significativo dos fatos recorrentes.

c) Construção do conhecimento

- O principal processo é a conversão do conhecimento. A discussão interna propicia essa conversão.
- A conversão do conhecimento tácito em explícito é a chave da construção.

- Entre as quatro maneiras de converter o conhecimento, a exteriorização é chave para a construção.

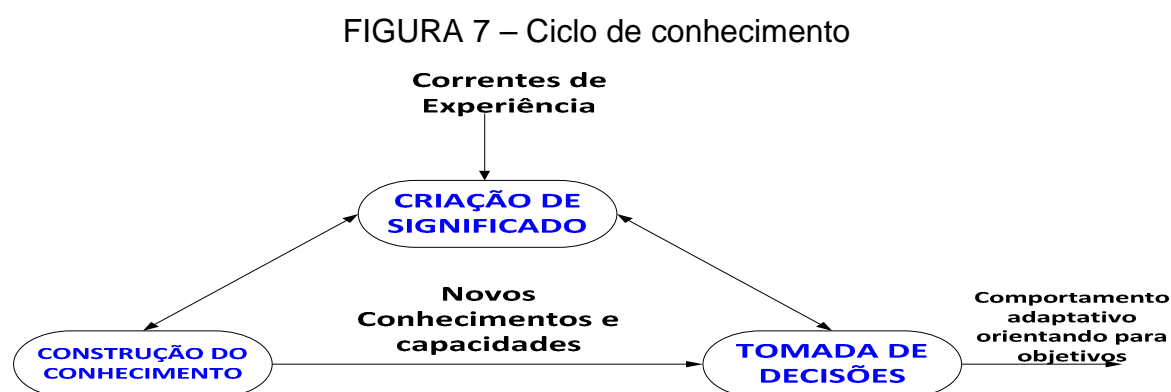
d) Tomada de decisão

- A principal sequência é o processamento e a análise da informação a partir das alternativas disponíveis.
- É 100% racional e esbarra na limitação do ser humano (cognitiva, nível de informação disponível e seus valores). A forma adotada para superar essa diferença é a adoção de premissas que orientem as decisões e rotinas.

Os três modos de uso da informação – interpretação, conversão e processamento – são processos tipicamente da sociedade e dinâmicos por natureza. Estes, em ciclo interminável, constituem e reconstituem significados, conhecimento e ações. Essa combinação e prática perfeita, explícita na FIG. 6, por uma organização é definida pelo autor como ORGANIZAÇÃO DO CONHECIMENTO.

e) Ciclo do conhecimento

O autor explica seu modelo a partir de um ciclo que tem como bases: interpretação, conversão e processamento da informação, sendo baseado em três fases, tais como: a criação do significado, a construção do conhecimento e a tomada de decisão (FIG. 7).



Fonte: Choo (2006, p. 51).

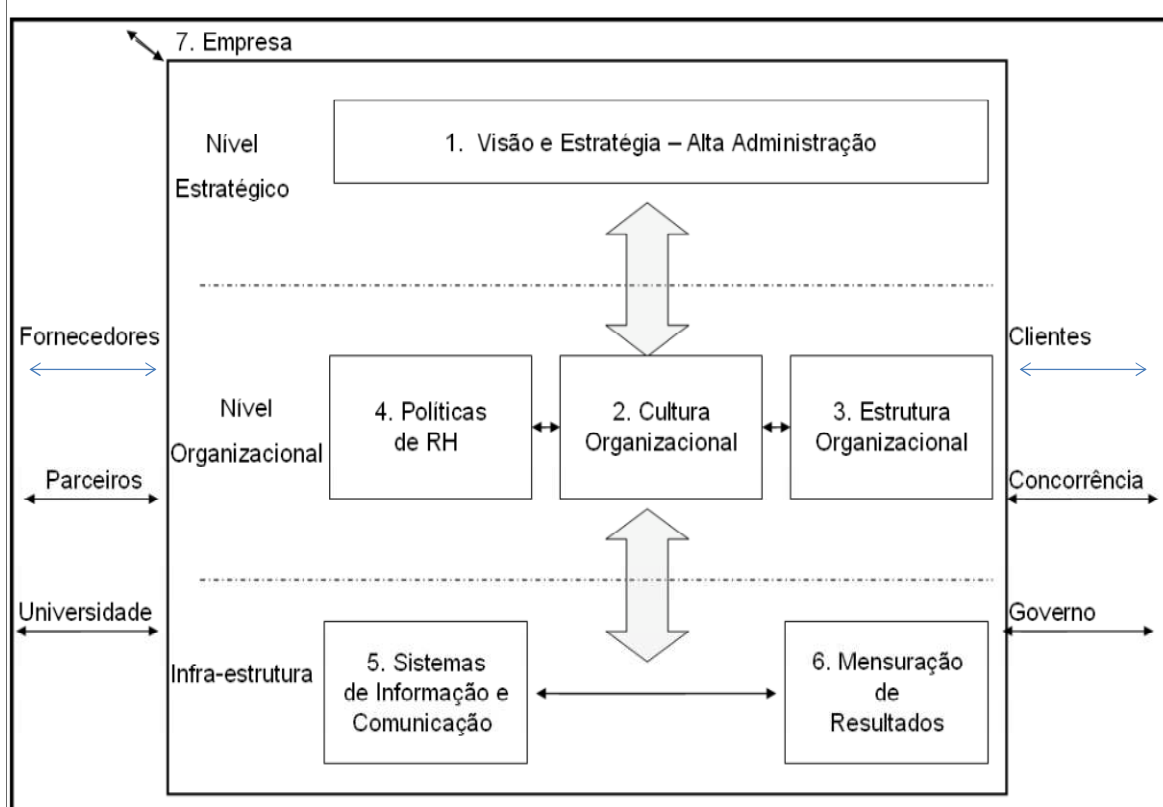
O autor afirma que a organização torna-se detentora de percepção e discernimento para a tomada de decisão competente pelos seus membros. Conforme sua afirmação, a organização possui os seguintes diferenciais:

- Capacidade de adaptação às mudanças do ambiente de forma tempestiva e de forma eficaz.
- Capacidade de aprender e mudar paradigmas.
- Ser criativa e inovadora.
- Ser racional e decisiva nas ações tomadas.

2.1.4.3 Modelo de Terra (2005) – gestão do conhecimento

O modelo está baseado em práticas gerenciais relacionadas à GC. O autor preconiza o modelo a partir de sete dimensões, tais como exposto na FIG. 8.

FIGURA 8 - Modelo de gestão do conhecimento - Terra



Fonte: Terra (2005, p. 86).

A compreensão da GC sob o ponto de vista desse autor está fundamentada em cada dimensão da prática gerencial, conforme descrito no QUADRO 3:

QUADRO 3 - Fundamentos da gestão do conhecimento

Dimensão	Conceitos
1	Visão e estratégia: vinculada à alta administração. Direcionamento do foco do conhecimento, bem como do desdobramento da estratégia e definição das metas.
2	Cultura organizacional: direcionar a inovação, experimentação e aprendizado. Direcionados ao cumprimento de metas e objetivos.
3	Estruturas organizacionais: baseadas no trabalho de equipes multidisciplinares com alto grau de autonomia.
4	Políticas de administração de recursos humanos: direcionados à aquisição, geração, difusão e armazenamento do conhecimento. Focos: a) atração e retenção de talentos; b) estimular as competências alinhadas ao negócio; c) remuneração baseada nos resultados individuais e da equipe.
5	Sistema de informação: apesar dos avanços tecnológicos interferirem, deve-se reconhecer a importância da manutenção de um ambiente de elevada confiança, transparência e colaboração.
6	Mensuração de resultados: existem diversos esforços de mensuração do capital intelectual. Essas formas devem ser comunicadas a todos.
7	Aprendizado com o ambiente: estreitar alianças com clientes e outras empresas, facilita o aprendizado.

Fonte: Terra (2005).

O autor direciona o modelo para:

- A necessidade da combinação de uma visão sistêmica do ambiente e dos modelos mentais, buscando a combinação de diferentes habilidades, conhecimentos e tecnologias.
- O reconhecimento de que sem as competências, habilidades e atitudes de cada funcionário não há como alavancar a geração do conhecimento e de valor nas organizações.
- O fomento dos valores apropriados à inovação e o compartilhamento do conhecimento pela motivação, contatos pessoais, análises de diferentes perspectivas e abertura para a efetiva comunicação e o desenvolvimento das habilidades pessoais e profissionais.

Nogueira (2010) relata que as incertezas que envolvem uma organização nos dias de hoje fazem com que os líderes cada vez mais tenham que conhecer muito bem as causas e fatores, como forma de minimizar os impactos na estratégia. Para tal, o conhecimento se faz tema importante para a gestão de riscos.

2.2 Gestão de Riscos

Segundo Bernstein (1997, p. 8), “a palavra risco deriva do italiano *risicare* (derivado do latim *risicu*, *riscu*), que significa ousar. Nesse sentido, o risco é uma opção, e não um destino”.

Desde a Antiguidade já havia uma percepção da evolução social, científica e tecnológica do ser humano em “ousar”. Essa percepção fica estabelecida pelas grandes obras arquitetônicas, invenções e viagens exploratórias na Antiguidade.

Bernstein (1997) descreve:

Em 1654, época em que o Renascimento estava em pleno alvorecer, o cavaleiro de Méré, um nobre francês com gosto pelo jogo e pela Matemática, desafiou o famoso matemático francês Blaise Pascal a decifrar um enigma. A pergunta era como dividir as apostas de um jogo de azar entre dois jogadores, que foi interrompido quando um deles estava vencendo. O enigma confundira os matemáticos desde sua formulação, 200 anos antes, pelo monge Luca Paccioli. Este foi o homem que trouxe a contabilidade das partidas dobradas à atenção dos homens de negócios da época – e ensinou as tabuadas a Leonardo da Vinci. Pascal pediu ajuda a Pierre de Fermat, advogado que também era brilhante matemático. O resultado de sua colaboração foi pura dinamite intelectual. O que poderia parecer uma versão do século XVII do jogo da Busca Trivial levou à descoberta da teoria das probabilidades, ou seja, o núcleo matemático do conceito de risco (BERNSTEIN, 1997, p. 3).

A solução do enigma trouxe acentuado avanço intelectual na compreensão do risco, permitindo, que pela primeira vez, as pessoas aprendessem a tomar suas próprias decisões e pudessem diagnosticar o futuro com a ajuda dos números. Ainda de acordo com Bernstein (1997), os seres humanos sempre foram apaixonados pelo jogo, pois além de deixar as pessoas frente a frente com o destino, sua essência representa o próprio ato de correr riscos, sem restrições. E elas acabam se entregando a esses jogos sem recorrer a algum sistema probabilístico. E isso foi o que motivou Pascal e Fermat a se inspirarem para o revolucionário estudo das leis das probabilidades.

Contudo, a ausência de noções modernas de risco não constituiu um obstáculo para o desenvolvimento, pois as civilizações, por si só, obtiveram grandes avanços no decorrer dos séculos.

Teixeira Neto e Araújo (2007) comentam, em linhas gerais, que os algarismos arábicos, desenvolvidos pelos árabes, estimularam o pensamento abstrato, abrindo caminho para novos conceitos matemáticos.

De acordo com Bernstein (1997), o risco não poderia ter florescido sem o desenvolvimento de duas novas atividades. A primeira foi a contabilidade, que inovou as técnicas de numeração e contagem; e a outra foi a previsão, considerada uma atividade bem mais humilde, mas bem mais desafiadora, que associava a vontade de assumir riscos às compensações/consequências diretas.

Desde os primórdios, assumir riscos faz parte da rotina do ser humano. Mais especificamente, no setor saúde, correr riscos é colocar a vida em perigo.

2.2.1 Segurança da assistência à saúde: riscos na saúde

A preocupação com qualidade em saúde vem desde Hipócrates. A partir do princípio *“Primum non nocere”*, Hipócrates (2009) ressaltava que, em primeiro lugar, não se causasse dano. Esse princípio, conhecido como o Princípio da Não Maleficência, propunha a obrigação de não infligir dano intencional, pois o ato médico trazia consigo o risco de causar o dano. É considerado o pilar da ética médica, significando a prevenção do dano e do prejuízo ao paciente.

No Brasil,

Ratificando o exposto, quanto à prevenção de acidentes, Silva (2009, p. 53) comenta:

Que a análise prospectiva do sistema vem sendo cada vez mais explorada no cuidado de saúde com o argumento razoável que é melhor examinar a segurança proativamente e prevenir acidentes antes deles acontecerem. Análise de eventos é normalmente vista como retrospectiva enquanto que ferramentas como a análise do modo e efeito da falha (FMEA), que examina o processo de cuidado, são vistas como prospectivas. Não existe nítida divisão entre a técnica retrospectiva e prospectiva, o verdadeiro propósito da análise do sistema é usar o evento como uma “janela” para o sistema, procurando fraquezas e problemas potenciais futuros.

A questão econômica nas organizações cada vez mais é considerada e na área da saúde não seria diferente. O dilema do gestor é notório e explorado por diversos autores.

Quinto Neto (2006) afirma sobre a responsabilidade corporativa dos gestores na segurança do paciente. Embora aparentemente paradoxal, o avanço na Medicina foi acompanhado pelo aumento dos riscos na assistência médico-hospitalar. Essa questão, entretanto, tardou para despertar o interesse de médicos e gestores. Alguns motivos contribuíram para a lentidão em compreender o aumento dos riscos assistenciais, entre eles o autor cita o modelo mental obsoleto para entender as falhas e incidentes médico-assistenciais e a desatenção coletiva pela segurança do paciente.

Gomes (2008, p. 23) esclarece que a questão da segurança do paciente passou a ser alvo de contínuo interesse e tornou-se de abrangência internacional, desde a divulgação do livro *To Err is Human*, de Donaldson, Corrigan e Kohn (2000). E chama a atenção para a limitação inerente à atividade humana, afirmando que não há justificativa para a imobilidade que vinha acontecendo frente aos erros que poderiam ser plenamente prevenidos. Gomes (2008, p. 6) destaca que a condição *sine qua non* para a melhoria da qualidade no sistema de cuidado à saúde é que este seja seguro: “Errar é humano, mas erros podem ser evitados. A segurança é um primeiro passo fundamental na melhoria da qualidade do cuidado” (DONALDSON; CORRIGAN; KOHN, 2000).

E é exatamente a prevenção e a melhoria da qualidade no sistema de cuidado à saúde que abrem as portas de um grande movimento mundial.

2.2.2 Iniciativas em prol da segurança do paciente

Em prol da segurança do paciente, inúmeras iniciativas mundiais por intermédio de organizações vinculadas à promoção da saúde vêm ressaltando cada vez mais a importância do tema e direcionando ações práticas nas OPSS. O detalhamento dessas iniciativas consta do ANEXO A e H.

2.2.2.1 Organização Mundial da Saúde (OMS)

Um marco importante nesse sentido ocorreu em outubro de 2004, quando a OMS lançou formalmente a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente por meio da Resolução da Assembleia Mundial da Saúde, recomendando aos países mais atenção ao tema segurança do paciente. Destacam-se dois programas de repercussão mundial:

Cinco altas iniciativas

- Essa Aliança teve como objetivo despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência.

A melhoria do cuidado cirúrgico

- Por meio do projeto "Cirurgias Seguras Salvam Vidas", o foco da iniciativa é a adoção nos hospitais de um *checklist* padronizado.

2.2.2.2 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Com base nas atribuições legais, a ANVISA vem definindo diversas iniciativas no rumo da segurança do paciente, tais como:

- **Rede Sentinela (2012):** projeto integrante da área de vigilância em eventos adversos e queixas técnicas da ANVISA, em parceria com os serviços de saúde brasileiros (hospitais, hemocentros e serviços de apoio diagnóstico e terapêutica). Áreas parceiras e foco: farmacovigilância/ hemovigilância/ tecnovigilância/ saneantes; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); monitoração de propaganda e inspeção.
- **Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (RENISS) (2004):** tem o objetivo de formar um grupo de profissionais treinados para investigar os surtos e eventos adversos hospitalares e intervir com ações rápidas em situações de risco sanitário.
- **Comitê Técnico Assessor para Uso Racional de Antimicrobianos e Resistência Microbiana (CURAREM) (2005):** definiu as diretrizes para a prevenção e controle da resistência microbiana para o país, cujas propostas estão sendo desenvolvidas pelos diferentes órgãos executivos federais, em seus respectivos âmbitos de atuação.

- **Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana (REDE M) (2006):** parceria com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS) e com a Coordenação-Geral de Laboratórios em Saúde Pública/ Sistema de Vigilância Sanitária/ Ministério da Saúde (GCLAB/SVS-MS).
- **RDC Nº 2 (2010):** Gerenciamento de tecnologias em saúde. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde, visando aumentar a segurança na assistência à saúde nas OPSS.

2.2.2.3 *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*

O *Institute for Healthcare Improvement* é uma entidade com atuação focada na condução do desenvolvimento da melhoria dos cuidados de saúde em todo o mundo. Desenvolve conceitos para melhoria da assistência ao paciente por meio de campanhas e informações (ex: proteção de 5 milhões de vidas).

2.2.2.4 *Joint Commission International (JCI)*

Gomes (2008, p. 25) relata que em 2005 a OMS firmou parceria com a *The Joint Commission* e a *Joint Commission International (JCI)*, designando-as como participantes do centro colaborador (*World Health Organization - WHO Collaborating Centre* – 2005; 2006), dedicado à segurança do paciente. O projeto, intitulado “*High 5s Project*”, direciona para o desenvolvimento e a implementação de protocolos operacionais padronizados para bloquear os principais problemas de segurança do paciente.

2.2.2.5 Instituto Qualisa de Gestão – IQG (2008)

O IQG teve a iniciativa de desenvolver o Programa Brasileiro de Segurança do Paciente (PBSP) e movimentar junto com organizações mundiais - *Institute of Healthcare Improvement (IHI)*, *Canadian Safety Patient Institute (CPSI)*, *Patient Safety Crosswalk*, *Accreditation Canada*, para que o tema segurança do paciente esteja em constante desenvolvimento nas organizações de saúde e sociedade.

2.2.2.6 Acreditação de organizações prestadoras de serviço de saúde

Hoje em dia, no Brasil, existem diversos movimentos para se tornar cada vez mais segura a assistência ao paciente, a partir da acreditação de seus processos.

Ressaltam-se os seguintes organismos atuantes:

- Organização Nacional de Acreditação (ONA).
- *Joint Commission* (JCO).
- *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (NIAHO).
- *Canadian Council for Health Services Accreditation* (CCHSA).

Quinto Neto (2009, p. 1) admite no sentido de aperfeiçoamento dos modelos de gestão:

A prestação de serviços na área da saúde depende intensivamente de complexas interações entre pessoas, materiais, medicamentos, equipamentos e instalações e tal característica eleva a chance de algo sair errado. Consequentemente, cada vez mais a assistência médico-hospitalar necessita da aplicação do conhecimento gerencial para reduzir falhas e incidentes oriundos das descontinuidades existentes nos variados processos de cuidado do paciente.

Todos esses organismos certificadores embutem em seus arcabouços de requisitos modelos de gestão de riscos (entre outros) como ferramentas mandatórias.

Das quatro organizações certificadoras citadas, cabe ressaltar a atuação da ONA no Brasil, que vem cada vez mais obtendo êxito na sua estratégia de expansão no território nacional, por meio de certificação de sistema de gestão de OPSS. O ANEXO B oferece mais detalhes sobre a atuação da ONA no Brasil.

2.2.3 Gestão de riscos como ferramenta internacional para segurança do paciente

Bernstein (1997, p. 7) realça que o risco é parte integrante de diversas atividades rotineiras e descreve a forma de conviver com eles:

Quando investidores compram ações, cirurgiões realizam operações, engenheiros projetam pontes, empresários abrem os seus negócios e políticos concorrem a um cargo eletivo, o risco é seu parceiro inevitável. Contudo, suas ações revelam que o risco não precisa ser tão temido: administrar o risco tornou-se sinônimo de desafio e oportunidade.

E é exatamente com essa premissa de oportunidade que diversas iniciativas por inúmeros países/organizações foram sendo implementadas como forma de regulamentar as atividades vinculadas ao GR.

2.2.3.1 Esforço de normatização internacional sobre gestão de riscos

Diversas normas envolvendo gestão de riscos foram desenvolvidas ao longo das últimas décadas por países ou instituições de forma isolada. Somente em 2009 foi possível consenso mundial sobre o tema. A *International Organization for Standardization* (ISO) como organização mundial obteve esse êxito.

2.2.3.2 As principais normas mundiais para gestão de riscos

Em 2009 foi aprovada pela ISO uma norma vinculada à gestão de riscos. Esta viria a ser denominada ISO 31.000:2009 - Gestão de Riscos, como consenso mundial. Em 30 de novembro daquele mesmo ano a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) publicou a versão brasileira. As normas que foram elaboradas em diversos países de forma isolada constam do ANEXO C.

a) ABNT-NBR-ISO 31.000:2009 (ABNT, 2009)

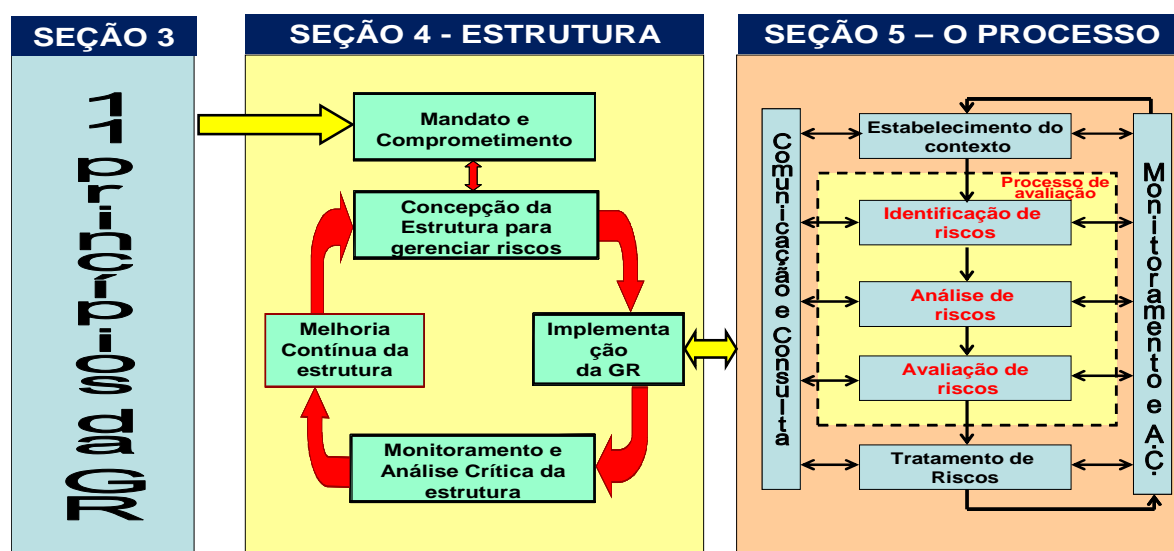
- **ISO** - *International Organization for Standardization*

A ISO é uma organização internacional, privada e sem fins lucrativos, criada em 1947 e com sede em Genebra. A grande finalidade de suas normas é padronizar determinado tema em nível mundial. As famílias ISO representam consenso internacional a respeito das boas práticas de gestão nos temas a que a norma está vinculada. Por ser consenso mundial e extremamente atual, os conceitos preconizados por ela serão mais explorados, pois ela busca harmonizar todas as normas mundiais existentes sobre o assunto. A ISO 31.000 não é uma norma que define requisitos para propósitos de certificação. O que a caracteriza é o uso incessante das palavras “convém que [...]”. Ela busca definir princípios e diretrizes para a implementação por qualquer tipo de organização. Em termos

centrais, a ISO 31.000 adotou o conceito de risco como o efeito da incerteza nos objetivos.

O relacionamento entre princípios, estrutura e processo de GR: a ABNT-NBR-ISO 31.000:2009 como descrito na FIG. 9, resumem o arranjo necessário para uma implementação típica da gestão de riscos.

FIGURA 9 – Relacionamento entre os princípios da GR, estrutura e processo



Fonte: ABNT (2009, p. vii).

Percebem-se na FIG. 9:

- Os princípios orientadores devem servir de base da atividade usualmente realizada pela alta administração da organização denominada de “MANDATO E COMPROMETIMENTO”.
- A atividade descrita como “implementação da GR” é vista como a operacionalização do processo propriamente dito de GR, mas também recebendo *feedback* de todas as etapas do processo de GR para que o ciclo *plan-do-check-act* (PDCA) da estrutura possa ser realizado.

Seções que compõem a ABNT-NBR-ISO 31.000:2009:

Seções 1 e 2: respectivamente, são definidos nessas seções o escopo de aplicação da norma e o glossário.

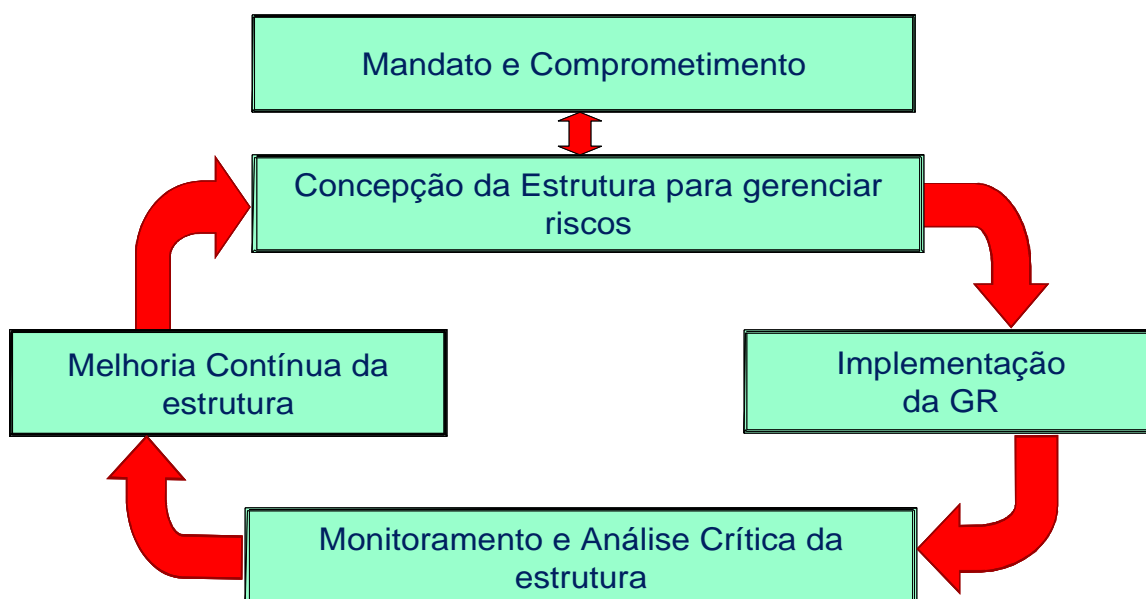
Seção 3 - 11 princípios para uma gestão de riscos: a ABNT-NBR-ISO 31.000:2009 explicita que, para a gestão de riscos ser eficaz, convém que uma organização, em todos os níveis, atenda aos princípios a seguir descritos. Esses princípios são definidos como direcionadores e desejáveis para uma organização que decida implementar conforme o escopo a ser considerado. A gestão de riscos:

1. Cria e protege valor.
2. É parte integrante de todos os processos organizacionais.
3. É parte da tomada de decisões.
4. Aborda explicitamente a incerteza.
5. É sistemática, estruturada e oportuna.
6. Baseia-se nas melhores informações disponíveis.
7. É feita sob medida.
8. Considera fatores humanos e culturais.
9. É transparente e inclusiva.
10. É dinâmica, iterativa e capaz de reagir a mudanças.
11. Facilita a melhoria contínua da organização.

Por se tratar de uma norma de consenso mundial, esses princípios foram aprovados junto ao texto original e formam uma base desejável para a organização alcançar o plano de redução da incerteza de suas operações em todos os contextos aplicáveis.

Seção 4 - estrutura para a gestão de riscos - a FIG. 10, constante da norma, explicita um ciclo PDCA ajustado à GR.

FIGURA 10 – Estrutura para gestão de riscos



Fonte: ABNT NBR ISO 31.000 (2009).

Apesar da norma não declarar que seja a metodologia do PDCA de Deming (1990), percebe-se claramente a adoção dessa ferramenta.

A ABNT (2009, p. 9-13) detalha os cinco elementos de uma estrutura típica com base na ABNT-NBR-ISO 31.000:2009. O QUADRO 4 descreve cada requisito e seus componentes.

QUADRO 4 – Requisitos Norma Brasileira (NBR) ISO 31.000

ITEM	REQUISITO	COMPONENTES DO REQUISITO
4.2	Mandato e Comprometimento	<ul style="list-style-type: none"> • A introdução da GR e a garantia de sua contínua eficácia requerem comprometimento forte e sustentado a ser assumido pela administração da organização, bem como planejamento rigoroso e estratégico para disseminação em todos os níveis.
4.3	Concepção da estrutura para gerenciar riscos	<ul style="list-style-type: none"> • Entendimento da organização e de seu contexto. • Estabelecimento da política de gestão de riscos. • Responsabilização. • Integração nos processos organizacionais. • Recursos. • Estabelecimento de mecanismos de comunicação e reporte internos. • Estabelecimento de mecanismos de comunicação e reporte externos.
4.4	Implementação da gestão de riscos	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação da estrutura para gerenciar riscos. • Implementação do processo de gestão de riscos.

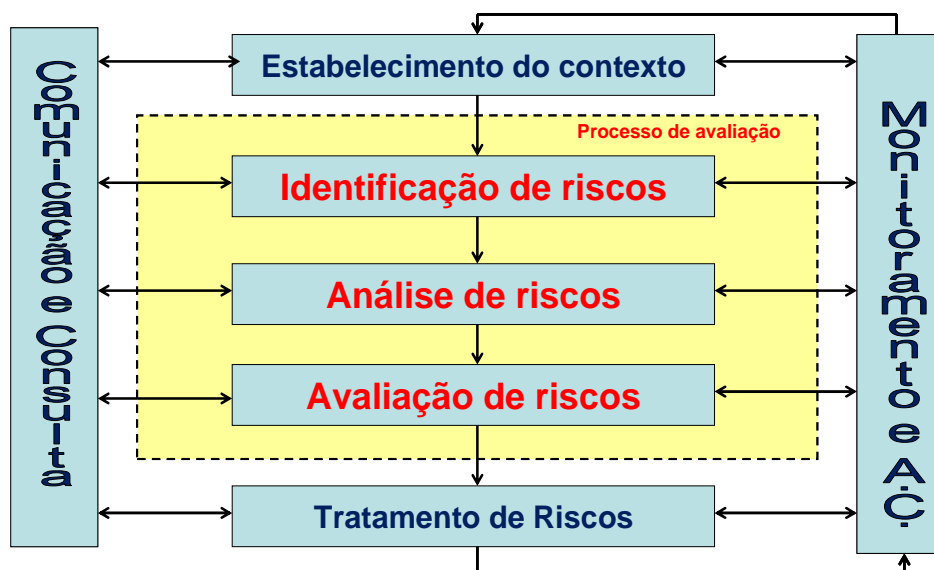
continua

ITEM	REQUISITO	COMPONENTES DO REQUISITO
4.5	Monitoramento e análise crítica da estrutura	<p>A fim de assegurar que a GR seja eficaz e contínua para apoiar o desempenho organizacional, convém:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar indicadores para medir o desempenho da GR. • Medir periodicamente o progresso obtido em relação ao plano. • Analisar periodicamente se a política, o plano e a estrutura são apropriados. • Reportar sobre os riscos, o progresso do plano e a estrutura de gestão e como a política de GR está sendo seguida. • Analisar criticamente a eficácia da estrutura da GR.
4.6	Melhoria contínua da estrutura	Com base nos resultados da etapa anterior, convém que decisões sejam tomadas sobre a estrutura como um todo e que estas visem a melhorias na capacidade de gerenciar riscos e em sua cultura de gerir riscos.

Fonte: ABNT (2009).

Seção 5 – o processo de gestão de riscos: a ABNT-NBR-ISO 31.000:2009 adotou o processo de GR da FIG. 11, com as etapas necessárias ao sucesso.

FIGURA 11 – Processo de gestão de riscos



Fonte: adaptado de ABNT(2009a, p. 14).

Esse processo é genérico e, como a ABNT-NBR-ISO 31.000:2009 descreve, há a pretensão de atender a toda organização, em suas várias áreas e níveis, a qualquer momento, bem como a funções, atividades e projetos específicos. Muito mais do que a simples definição das etapas é o arranjo entre elas, que dá todo o sentido lógico.

Essas etapas preconizadas e evidenciadas na FIG. 11 fazem parte do consenso mundial, o que significa que convém a uma organização cumprir, para aumentar as chances de êxito da GR. Para tal, a ABNT-NBR-ISO 31.000:2009 descreve as cinco fases:

- **Fase 1 – Comunicação e consulta (ABNT, 2009, item 5.2)**

Convém que a comunicação e a consulta às partes interessadas sejam realizadas nas fases 1 (estabelecimento de contexto), fase 2 (avaliação de riscos) e fase 3 (tratamento de riscos). Ou seja, em todas as fases em que há a interface (FIG. 11). O direcionamento é que seja feita às partes interessadas internas e externas (comunidade, acionistas, clientes, fornecedores e comunidade). Nessa fase os planos devem abordar questões do tipo: o risco propriamente dito, suas causas e consequências e as medidas de controle para tratá-los.

- **Fase 2 - Estabelecimento de contexto (ABNT, 2009, item 5.3)**

A ABNT (2010) instrui que devem ser consideradas as realidades do ambiente da comunidade em relação à organização e desta em relação à sua cultura, processos, estrutura e estratégia. E cita que com base nessas considerações definem-se: as metas e objetivos para a GR; o escopo de abrangência, profundidade e a amplitude das atividades de GR a serem realizadas; qual será a metodologia de processo para avaliação de riscos (ex: HFMEA, FMEA, FTA...); como os objetivos da GR se entrelaçam nos objetivos estratégicos da organização.

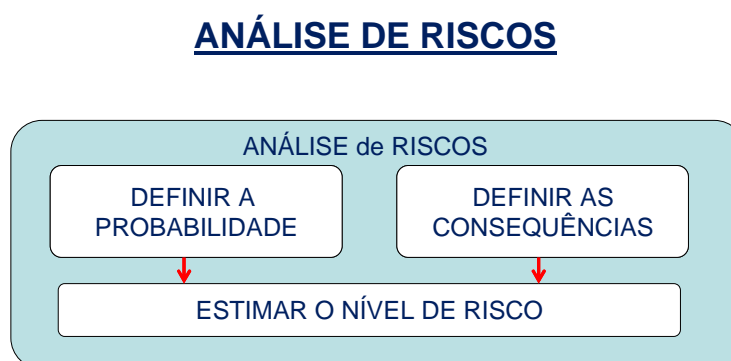
Convém que a organização defina os critérios de significância dos riscos identificados (ABNT, 2009, subitem 5.3.5). Esses critérios devem ser compatíveis com: a natureza do processo da organização; os objetivos da GR; a política de GR; os requisitos legais, se aplicáveis. Nesses critérios, devem-se definir: como a probabilidade será calculada; como o nível de risco será determinado; os limites de tolerância para o nível de riscos calculado; como a evolução no tempo da probabilidade e/ou consequência será considerada.

- **Fase 3 – Avaliação de riscos (ABNT, 2009, item 5.4)**

Identificação de riscos (ABNT, 2009, subitem 5.4.2): convém que a organização identifique as fontes de riscos, as áreas de impacto, os eventos possíveis, suas causas e consequências potenciais. A grande finalidade dessa etapa é gerar uma lista abrangente de riscos baseada nos eventos potenciais que possam criar, aumentar, evitar, reduzir, acelerar ou atrasar a realização dos objetivos do(s) contexto(s) definido(s). A abrangência é fator crítico, pois um risco que não é identificado não será incluído em análises posteriores. Para evento potencial é desejável que todas as causas e consequências sejam consideradas. Convém que pessoas com conhecimento adequado sejam envolvidas nessa fase.

Análise de riscos (ABNT, 2009, subitem 5.4.3): a análise de riscos envolve a apreciação das causas e as fontes de risco, suas consequências e a probabilidade de que essas consequências possam ocorrer. A combinação da probabilidade e das consequências (FIG. 12) evidencia o nível de riscos. Um mesmo risco pode ter várias causas e consequências e pode afetar vários objetivos.

FIGURA 12 – Fluxo lógico de análise de riscos

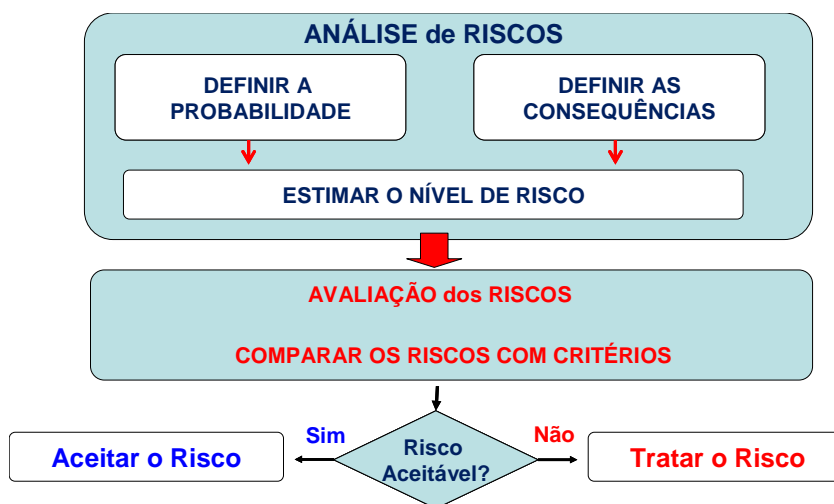


Fonte: ABNT (2010).

Avaliação de riscos (ABNT, 2009, subitem 5.4.4): a grande função dessa etapa é auxiliar na tomada de decisão com base na análise de riscos (determinação do nível de probabilidade e de consequência), sobre quais riscos merecem o tratamento e a prioridade para a implementação do tratamento. Ou seja, o critério adotado (subitem 5.3.5) direcionará o nível de prioridade, a partir da comparação

do nível de risco definido durante a análise de riscos (subitem 5.4.3) e o limite de tolerância (critério). Conforme a FIG. 13, há um direcionamento para a fase de tratamento de riscos ou não. O nível de riscos será proporcional à qualidade dos controles existentes.

FIGURA 13 – Fluxo de avaliação de riscos



Fonte: ABNT (2010).

A ABNT (2009) declara que a análise de riscos pode ser qualitativa, semiquantitativa e quantitativa ou até mesmo uma combinação destas. Ou seja, podem existir inúmeras ferramentas para tal. E isso está vinculado aos critérios de riscos definidos no subitem 5.3.5.

A ABNT (2012) define as ferramentas internacionalmente aceitas para o dimensionamento do risco, bem como a forma de dimensionamento, como, por exemplo: análise preliminar de perigos (APP); estudo de perigos e operabilidade (HAZOP); análise de cenários; análise de modos de falha e efeitos (FMEA); análise de árvore de falhas (AAF); análise de causa-raiz (ACR), entre outras.

- **Fase 4 – Tratamento de riscos (ABNT, 2009, subitem 5.5)**

O tratamento envolve a seleção de uma ou mais formas de modificação do nível de risco estipulado. Tratar riscos envolve as seguintes etapas cíclicas;

- Avaliação do tratamento já realizado;

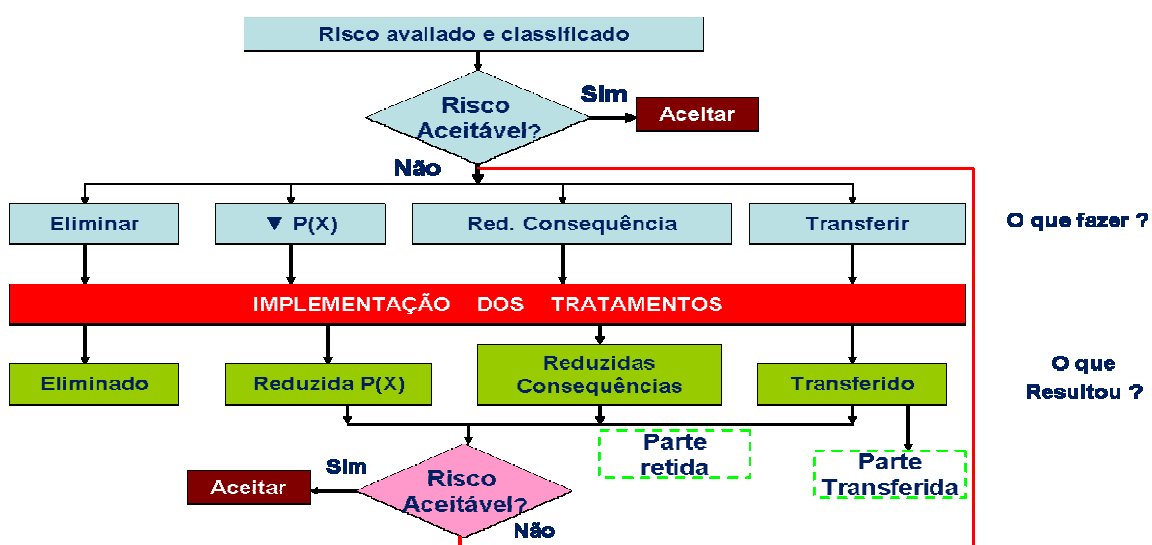
- decisão se os níveis de riscos residuais são toleráveis;
- se não forem toleráveis, a definição de um novo tratamento para os riscos;
- avaliação da eficácia desse tratamento.

Entre as opções de tratamento, ressaltam-se as seguintes:

- Descontinuidade da atividade;
- alteração da probabilidade e/ou consequências;
- compartilhamento do risco com outra parte interessada;
- remoção da fonte de risco.

A FIG. 14 ilustra a sequência e as possibilidades de tratamento.

FIGURA 14 – Fluxo lógico de tratamento de riscos



Fonte: ABNT (2010).

O ANEXO G apresenta uma simulação de tratamentos devidos e indevidos.

- **Fase 5 – Monitoramento e análise crítica (ABNT, 2009, item 5.6)**

O monitoramento e a análise crítica têm por finalidades:

- Garantir que controles sejam eficazes e eficientes na operação;

- obter informações adicionais para melhorar o processo de avaliação dos riscos;
- analisar os eventos, tendências, sucessos e fracassos, bem como gerar aprendizado;
- detectar mudanças no contexto interno e externo;
- identificar os riscos emergentes.

A medição de desempenho é uma ferramenta típica.

Registro do processo de GR: a ABNT (2009) cita que convém que as atividades de gestão de riscos sejam rastreáveis. Os registros são tipicamente utilizados para melhoria dos métodos e ferramentas, bem como do próprio processo operacional.

2.2.4 Gestão de riscos em um ambiente hospitalar

No âmbito hospitalar, Silva (2009, p. 09) esclarece que:

O gerenciamento de risco hospitalar é um processo complexo que associa várias áreas do conhecimento e objetiva prevenir erros e eventos adversos advindos do uso de produtos de saúde e dos processos de cuidado, garantindo a segurança do paciente, do profissional do meio ambiente.

Em sentido mais específico, De Cicco (2006) afirma que o gerenciamento dos riscos deve fazer parte integrante da organização global, devendo ser aplicado em todos os níveis, incluindo o estratégico e operacional, com a finalidade de fornecer uma abordagem estruturada e sistemática para a correta tomada de decisões.

Quanto ao gerenciamento de riscos, de acordo com Silva (2009), pode-se definir como sendo o conjunto de atividades que transforma o risco não gerenciado em risco gerenciado, a partir da aplicação sistemática de políticas, procedimentos e práticas de gestão. Isso inclui planejamento estratégico, tomada de decisão, postura proativa e outras estratégias, processos e práticas para lidar com riscos.

Em um ambiente hospitalar, Dutra *et al.* (2010, p. 87) assim se refere a gerenciamento de riscos:

O gerenciamento de riscos visa à aplicação de um conjunto de medidas para prever, identificar e minimizar a ocorrência de eventos inesperados e indesejáveis, que podem causar dano físico ou psicológico aos pacientes.

Corroborando, Feldman (2009) esclarece que o processo de gestão de riscos pode aplicar-se a qualquer situação que possa gerar consequência ou um resultado não mapeado ou não esperado; e é parte integrante de toda boa gestão.

Dutra *et al.* (2010, p. 88 e 89) definem uma classificação do gerenciamento de riscos, para fins de facilitar a operacionalização de um programa interno em um hospital, da seguinte maneira:

- Risco clínico: é todo risco associado à ação direta ou indireta dos profissionais da área da saúde, resultante da ausência/deficiência de políticas e ações organizadas na prestação de cuidados de saúde. Como exemplos, podem-se citar: erros de administração de medicamentos e cirurgia em paciente errado, entre outros tantos típicos assistenciais.
- Risco não clínico: é todo risco relacionado à segurança das instalações ou atendimento aos processos de prestação de cuidados aos pacientes. Inclui aqui também os riscos gerados por não atendimento às condições adequadas de trabalho. Como exemplos, podem-se citar: riscos relativos à utilização de equipamentos (defeito no equipamento); riscos relativos à falta e qualidade dos insumos adquiridos, entre outros tantos típicos.

2.2.4.1 Segurança do paciente

A OMS/ICPS (2009) define segurança do paciente como a redução dos riscos de danos desnecessários, associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável.

O Instituto Canadense de Segurança do Paciente (CPSI, 2012) (*The Canadian Patient Safety Institute*) direciona o conceito de segurança do paciente como a

redução e mitigação de atos não seguros dentro do sistema de assistência à saúde, assim como a utilização de boas práticas para alcançar resultados ótimos para o paciente.

Segundo a OMS/ICPS (2009) baseada na Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (*The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety* - ICPS), era necessário definir o consenso mundial sobre conceitos de segurança do paciente. Esses conceitos constam do ANEXO D.

Silva (2009, p. 48) reforça que o uso consistente de termos e conceitos relacionados à segurança do paciente e uma classificação compreensível permite melhor entendimento dos trabalhos publicados e facilita a análise de informação sobre o tema.

Em relação ao conceito de segurança do paciente, Zambon e Hillegonda (2012) atestam que esses danos desnecessários são conhecidos como eventos adversos. E que os eventos adversos são danos não intencionais decorrentes da assistência prestada ao paciente, não relacionados à evolução natural da doença de base. Obrigatoriamente acarretam lesões mensuráveis nos pacientes afetados, óbito ou prolongamento do tempo de internação.

Defendendo mais atitude nas OPSS, Silva (2009, p. 32) propõe:

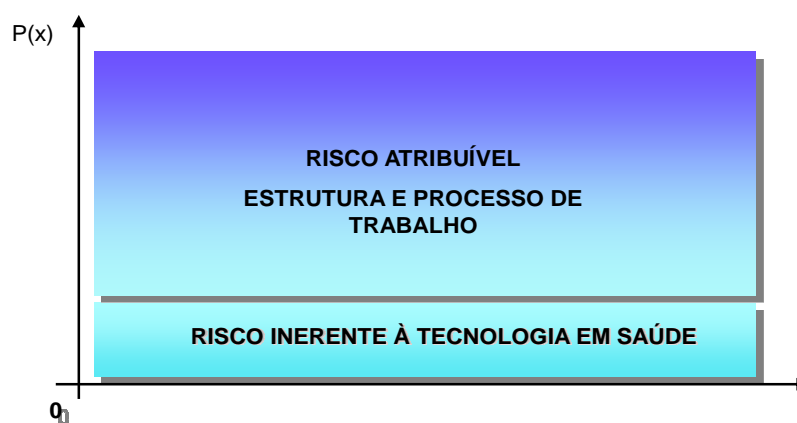
A cultura da segurança, como é conhecida em outras áreas, como na aviação e na indústria de energia nuclear, é pouco disseminada nas instituições de saúde. É crucial na implantação de medidas de eficiência comprovada na prevenção e redução de risco e eventos adversos. Promover mudanças culturais em todos os níveis da instituição é o objetivo central de todas as políticas orientadas para o aumento da segurança nos serviços de saúde.

Zambon e Hillegonda (2012) explicam que a importância dos relatos de eventos adversos é crucial para a indicação de falhas na segurança do paciente, pois estas refletem a realidade de distanciamento entre o cuidado real e o cuidado ideal. O “mínimo aceitável” refere-se àquilo que é viável diante do conhecimento

atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratamento ou outro tratamento.

Corroborando a opinião de Zambon e Hillegonda (2012) e OMS, Gastal (2005) explica por que o “mínimo aceitável” faz parte do cenário. Fica explícito que sempre haverá uma parcela de riscos vinculada às tecnologias em saúde e uma outra parcela atrelada a estrutura e processos de trabalho, como se vê na FIG. 15.

FIGURA 15 - Demonstrativo de riscos



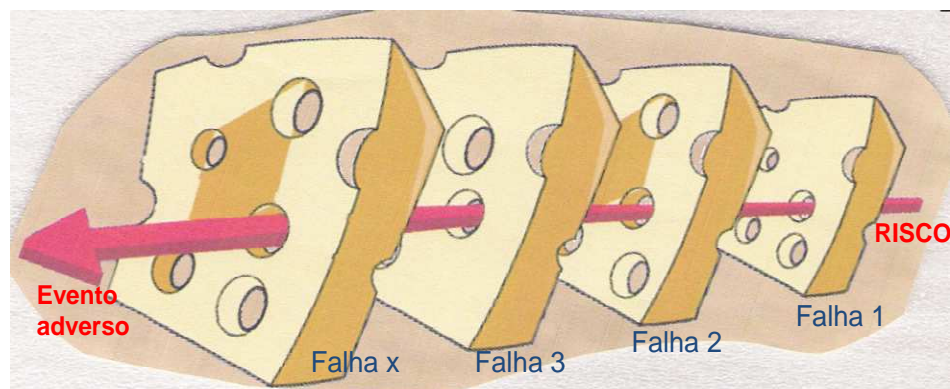
Fonte: Gastal (2005).

Percebe-se que é exatamente na parcela de risco atribuível (parcela de probabilidade maior) que está o grande potencial de otimização da segurança do paciente nas OPSS.

Para Zambon e Hillegonda (2012), a segurança do paciente nada mais é que a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e o uso das melhores práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente.

Importante ressaltar que esses erros na prática assistencial dos diversos profissionais da área da saúde não são intencionais, mas sim decorrentes de uma série de falhas na forma como é prestada essa assistência, como é possível perceber na FIG. 16.

FIGURA 16 – Teoria das vulnerabilidades (queijo suíço)



Fonte: Adaptado de Reason (1994).

Reason (1990), citado por Zambon e Hillegonda (2012), explica que a teoria da vulnerabilidade é um modelo explicativo que permite compreender a multifatorialidade subjacente à ocorrência de falhas (falhas que se não forem corrigidas a tempo podem causar dano ao paciente - eventos adversos).

Aprofundando, Moura (2010, p. 15) sugere que o erro humano, de acordo com Reason (1994), pode ser analisado com base em duas abordagens: a pessoal, que enfoca os erros dos indivíduos, responsabilizando-os por descuido, negligência, desatenção, falta de conhecimento, de experiência e até mesmo desmotivação; e a sistêmica, que se concentra nas condições sob as quais os indivíduos trabalham e busca construir defesas para prevenir eventos e/ou reduzir suas consequências.

Seguindo a mesma abordagem, Donaldson, Corrigan e Kohn (2000, pag 166), citam um conjunto de cinco princípios que devem ser aplicados em um projeto para um sistema de segurança de assistência segura de pacientes em uma organização de saúde, conforme QUADRO 5.

QUADRO 5 - Princípios para o projeto de sistemas de segurança em Cuidados de Organizações de Saúde

Princípios	Descrição
1. Fornecer Liderança	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer a segurança do paciente um objetivo prioritário; • Fornecer recursos humanos e financeiros para análise de erros e sistemas; • Desenvolver mecanismos eficazes para identificar e lidar com colaboradores inseguros; • Certificar que a segurança do paciente é uma responsabilidade de todos; • Definir as atribuições de responsabilidade de supervisão quanto à segurança.
2. Respeitar os limites humanos na concepção do processo	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar dependência de memória; • Evitar dependência de vigilância; • Simplificar processos-chave; • Padronizar os processos de trabalho; • Desenhar processo privilegiando a segurança.
3. Promover o trabalho em Equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Formar equipes com aqueles aptos a trabalhar em equipes; • Incluir o paciente no projeto de segurança e no processo de cuidado.
4. Antecipar o inesperado	<ul style="list-style-type: none"> • Adotar uma abordagem pró-ativa; • Criar um design que permita a recuperação; • Melhorar o acesso a informações precisas e oportunas.
5. Criar um ambiente de aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a comunicação de erros e condições perigosas; • Garantir que não haja represálias de comunicação de erros; • Desenvolver uma cultura de trabalho em que a comunicação flua livremente, independentemente do nível de autoridade; • Implementar mecanismos de <i>feedback</i> e aprendizagem do erro.

Fonte: DONALDSON *et al* (2000, p. 166)

2.2.4.2 Análise retrospectiva e proativa de situações indesejáveis (fontes/eventos)

Em se tratando de qualidade, diversas são as ferramentas para facilitar e efetuar análises proativas e retrospectivas, como, por exemplo: diagrama de causa e efeito, *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA), cinco porquês, entre outras. Detalhamento sobre a ferramenta proativa FMEA consta do ANEXO E.

Silva (2009, p. 52 e 53) comenta que a área de saúde já conseguiu desenvolver/adaptar seus próprios métodos de investigação e análises de eventos no cuidado de saúde.

A JCO, nos Estados Unidos da América, desenvolveu o *Root cause analysis* (RCA) - análise de causa raiz -, que usa a ferramenta diagrama de causa e efeito adaptada às questões típicas assistenciais, sendo esta uma ferramenta de análise retrospectiva do evento. O propósito é identificar as causas principais e atuar via ação corretiva para minimizar a probabilidade de reincidência. E esse propósito é alcançar um sistema seguro de cuidado de saúde a partir da redução dos danos desnecessários.

Corroborando essa visão, De Cicco e Fantazzini (2003), citados por Teixeira Neto e Araújo (2007), asseveram que a maioria dos esforços despendidos por parte das organizações na área de segurança, de modo a mitigar os efeitos dos riscos, é baseada em avaliações pós-fato. Ou seja, a organização concentra a maioria de seus esforços na solução dos problemas e não em medidas preventivas de forma a evitar que os mesmos aconteçam.

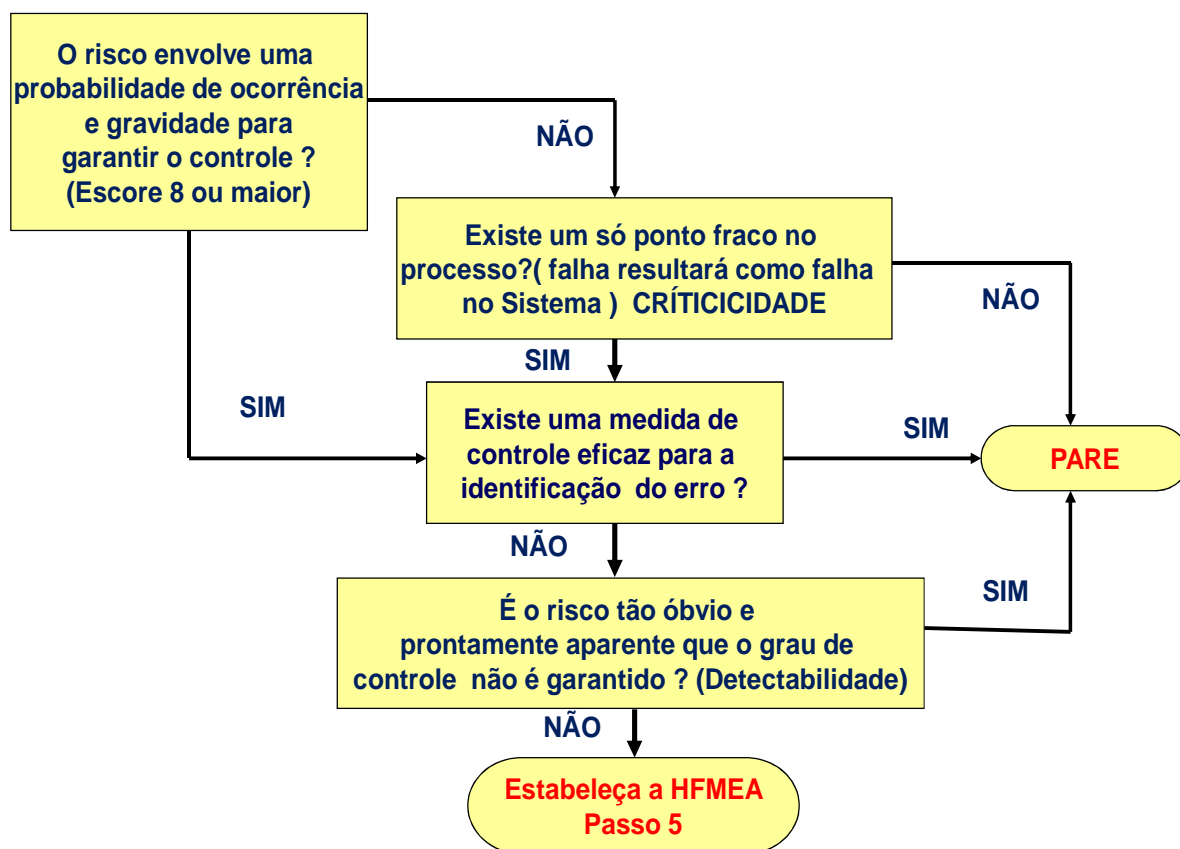
Silva (2009) acredita que é necessário ir mais adiante e refletir e olhar para o futuro com base na análise prospectiva do sistema, com o argumento razoável de que é melhor examinar a segurança proativamente e prevenir acidentes (situações indesejáveis) antes que eles aconteçam e vidas se percam.

2.2.4.3 Ferramenta Mundial para Prevenção de Eventos - *Health Care Failure Mode Effect Analysis* (HFMEA)

A HFMEA foi especificada pela *National Center for Patient Safety* (NCPS) especificamente para o propósito de dimensionamento do nível de riscos nos cuidados assistenciais, a partir de uma ferramenta internacional denominada FMEA.

A NCPS (2012) é uma ferramenta reconhecida pela JCAHO como competente para atuar de forma proativa na área de riscos em processos assistenciais na saúde. A lógica de aplicação está descrita no fluxo da FIG. 17.

FIGURA 17 – Árvore de decisão – HFMEA



Fonte: NCPS (2012).

Com base na árvore de decisão (FIG. 17), deve-se definir um escore de riscos lido diretamente na matriz de riscos (FIG. 18).

O grande propósito da análise das situações indesejáveis é usar o potencial evento como uma “abertura” para o sistema, procurando inconsistências no sistema de realização das atividades, antes da não conformidade potencial se transformar em não conformidade real.

Silva (2009) afirma que:

A constante aplicação da ferramenta proativa resultará na melhoria contínua da organização. É uma ferramenta que pode ser utilizada em qualquer processo de trabalho, tanto na área administrativa quanto na área assistencial. A finalidade é fazer com que o gestor da área conheça melhor seus processos de trabalho, identificando as falhas que possam surgir causando riscos e danos ao processo/pacientes/funcionários como um todo.

Com a aplicação da HFMEA, várias falhas potenciais - com sua(s) causa(s) real(ais) - podem ser identificadas para uma mesma fonte, sendo que um ou mais modos de falhas poderão gerar eventos adversos conforme a probabilidade de ocorrência vinculada a cada causa real. Dessa forma, há a necessidade de analisar cada falha potencial separadamente, apesar de poder existir alguma relação com outras falhas identificadas no processo. O nível de risco de uma situação indesejável será estimado para cada causa identificada.

Com base nesse nível de riscos, deve-se efetuar o enquadramento na matriz de riscos da FIG. 18.

FIGURA 18 – Matriz de riscos

P R O B A B I L I D A D E	GRAVIDADE				
		MENOR 1	MODERADA 2	MAIOR 3	CATASTRÓFICA 4
	FREQUENTE 4	4	8	12	16
	OCASIONAL 3	3	6	9	12
	INCOMUM 2	2	4	6	8
	REMOTA 1	1	2	3	4

Fonte: adaptado de NCPS VA (2012).

A complexidade sobre o assunto gestão de riscos é notória, o que direciona para o entendimento de que para uma GR ser eficaz numa organização é necessária uma aliança com outras gestões específicas que permeiam o ambiente organizacional. Alguns autores nesta última década buscaram a compreensão desse fenômeno.

2.3 Inter-relação entre gestão de riscos e gestão do conhecimento

A partir do ano de 2000, a relação especificamente entre a GC e a GR vem sendo explorada por alguns poucos autores, tais como: Dale Neef (2003; 2005), Simon Lelic (2002), Garrett Haltiwanger *et al.* (2010), Rafael E. Landaeta (2003) e Mark W. McElroy (2003).

A integração entre as gestões parece óbvia sob o ponto de vista desses autores. Haltiwanger *et al.* (2010, p. 282) citam o filósofo Sun Tzu:

Se você conhece o inimigo e conhece a si mesmo, você não precisa temer o resultado de 100 batalhas. Se você se conhece, mas não o inimigo, para cada vitória ganha você também sofrerá uma derrota. Se você não conhece nem o inimigo nem a si próprio, você vai sucumbir em cada batalha.

Ficam evidentes as afirmações sobre o poder do desconhecido e o quanto isso pode ser incontrolável e prejudicial. Os mesmos autores afirmam com base na citação anterior:

O que vale então é verdade hoje. Quanto mais se sabe sobre um assunto (projeto, organização, programa, etc.) e sobre as armadilhas potenciais associados ao assunto, a probabilidade de sucesso aumenta. Gestão de riscos e gestão do conhecimento são dois domínios que estão na raiz do domínio de gestão de negócios que lidam diretamente com o conhecimento e a identificação de armadilhas (HALTIWANGER *et al.*, 2010, p. 282).

Percebe-se, com base nessas citações, que os autores estão ressaltando a importância de atitudes proativas como forma de sucesso empresarial.

Neef (2005, p. 114) reforça que a organização deve atuar nos eventos com potencial de dano, o que induz a atitudes proativas.

A chave para um processo proativo de gerenciamento de risco reside na capacidade da empresa mobilizar os conhecimentos e competências dos seus colaboradores para que os líderes organizacionais possam garantir que eles obtenham informações precisas e oportunas sobre os incidentes potencialmente danosos.

Lelic (2002), por sua vez, concorda que de fato uma organização não pode controlar seu risco hoje sem a GC. Essas afirmações enfatizam a inter-relação.

Sendo mais abrangente e focando o lado empresarial, Nohara, Acevedo e Vila (2005) reconhecem que perante os desafios do mercado global e na busca incessante pela competitividade e diferenciais o conhecimento realmente passou a ser uma questão-chave e *sine qua non* nas empresas e sua sustentabilidade econômica. Conhecimento virou poder, poder de gerar inovações, mas também

poder de evitar riscos que possam impactar de forma indevida sobre os resultados e na sobrevivência da organização.

E é exatamente nesse enfoque estratégico das organizações que surgem as abordagens a seguir registradas.

Nohara, Acevedo e Vila (2005) abordam a importância do gerenciamento de riscos ser incorporado pelas funções estratégicas, de modo que visão, missão e as estratégias organizacionais sejam desdobradas hierarquicamente (*top-down* e *botton-up*). Os autores acrescentam que os seguintes principais benefícios passam a ser perceptíveis:

- O foco da atenção da administração nos riscos realmente importantes expressando a diversidade de riscos enfrentados, de uma maneira que todos entendam;
- a identificação dos riscos a serem explorados como uma vantagem competitiva; e
- a proteção e o aumento do valor da empresa para o acionista.

As chances de alcançar os objetivos organizacionais protegendo o valor da empresa serão maximizadas por terem clara compreensão das realidades dos negócios (HEINEMAN, 2011). A adesão no topo da estrutura da empresa é essencial para definir a importância que uma organização atribui à GR.

Com o intuito de enfatizar essa atitude, a norma de riscos, NBR-ISO 31.000:2009, no seu item 4.2, recomenda que convém à administração de uma organização alinhar os objetivos da gestão de riscos à estratégia da organização.

Em consonância com a definição de riscos da ABNT (2009), que fala em efeito da incerteza nos objetivos, Nohara, Acevedo e Vila (2005, p. 2642) corroboram opinando que, quando devidamente geridos e compreendidos, os riscos podem se tornar fontes de oportunidades. Podem, também, em termos de competitividade no mercado, tornarem-se negócios com diferenciais-chave. E a obtenção desse tipo de conhecimento atua no sentido de minimização da probabilidade de eventos indesejáveis.

Devido a toda essa relevância, Neef (2005, p. 115) explicita que para uma estrutura de GR ser bem gerida e coordenada, são necessárias algumas práticas cruciais, tais como: formação de um comitê e uma liderança sênior (usualmente chamada de *Chief Risk Officer* - CRO).

Webb (2012) ratifica a importância do papel do CRO, indicando que este deve reunir diferentes partes da organização e liderar para o aumento da compreensão e consciência da interação de toda a organização.

Esclarecendo sobre essa interação, Nohara, Acevedo e Vila (2005) identificam que o gerenciamento de riscos necessita de permanente avaliação do potencial de riscos em todos os níveis organizacionais, buscando auferir resultados no nível corporativo, ao estabelecer prioridades para uma tomada de decisão mais embasada. E elucida, ainda, que para o gerenciamento de risco ser considerado prioridade ele deve ser integrado na estrutura de tomada de decisão em todos os níveis da organização.

Essa afirmação ratifica dois princípios da NBR-ISO 31.000:2009, que descreve que a GR deve ser parte integrante de todos os processos organizacionais e que deve ser parte da tomada de decisões.

Neef (2005) comenta que muitas empresas (e seus executivos) passam por situações de exposição negativa da marca, diante de incidentes indesejáveis de grande porte, por simplesmente ignorarem o que acontece dentro da organização e também por não saberem o que pode acontecer.

Alguns autores explicitam que a aplicação das técnicas de gestão do conhecimento e de riscos passa por uma questão simples e direta.

Sentir e responder a riscos em uma organização, de acordo com Neef (2005), é muito dependente do capital intelectual das empresas. Ou seja, o conhecimento que está na mente dos colaboradores (conhecimento tácito), os *insights*, de uma informação sobre um acidente no passado, uma história abordada na máquina de café podem alertar uma chefia sobre um risco iminente. Essa percepção tem

gerado um novo movimento, compreendido como conhecimento integrado e GR (*knowledge risk management* KRM). E é possivelmente um dos passos mais importantes na evolução da sociedade moderna desde a reengenharia de processos há mais de 15 anos.

Angeloni e Dazzi (2009) exploram o mesmo ponto de vista, quando explicam que reconhecer a criação de novos conhecimentos não é uma simples questão de guarda e utilização de informação. Que certamente significa que a organização deve mudar a forma de pensar seus destinos e que deve compreender a importância do aproveitamento das colaborações dos funcionários por meio de *insights*, das intuições e dos conhecimentos tácitos acumulados (altamente subjetivos) e incongruentes com a visão racionalista do modelo tradicional.

Krogh, Ichijo e Nonaka (2001, p. 46) acentuam:

Deve-se reconhecer que a criação do conhecimento não ocorre de maneira espontânea, neste contexto compete à organização descobrir e fomentar condições para alcançar este objetivo, por meio de "práticas gerenciais conscientes e sensíveis", que permitam a aproximação das pessoas e o compartilhamento do conhecimento.

Neef (2005) aborda focos fundamentais para a perfeita integração do KRM em um programa integrado de conhecimento e riscos.

O autor afirma que existem quatro focos preponderantes, conforme QUADRO 6:

QUADRO 6 – Focos preponderantes para a integração KRM

Foco	Descrição
1º	Uma organização precisa de um programa coordenado, uma declaração de valor conhecida como política de riscos, normas de conduta ética para a organização, um <i>Chief Risk Officer</i> e um programa de comunicação apoiados por incentivos e punições.
2º	Refletindo o adágio de que "não se pode gerenciar aquilo que você não pode medir", é necessária a adoção de normas internacionais de desempenho e que sejam auditáveis.
3º	A adoção de relatórios abertos, transparentes e verificáveis.
4º	Instituir um processo integrado de KRM. Isso significa que deve ser criado um processo de gestão do conhecimento dedicado que aproveite as melhores práticas de risco e dos procedimentos de gestão dos conhecimentos, bem como de sistemas que atinjam os setores operacionais à diretoria da empresa.

Fonte: Neef (2005).

É possível perceber que esses aspectos fazem parte do ambiente organizacional e que podem encorajar os funcionários a descobrir situações potencialmente perigosas para a organização.

Webb (2012) lista alguns traços comuns das filosofias KM e RM como:

- Amplo envolvimento organizacional;
- melhoria de estratégia corporativa;
- a "cultura de partilha";
- o uso de lições aprendidas;
- a tecnologia atuando como um facilitador e não o condutor;
- e uma forte dependência de *business intelligence*.

Percebe-se que alguns desses seis traços são congruentes com os quatro fatores abordados por Neef, porém outros trazem novos enfoques pertinentes e que serão explorados adiante (ex: uso de lições aprendidas).

Webb (2012) comenta a importância de compartilhar conhecimento:

Compartilhar conhecimento sobre os riscos pode ser um grande desafio, especialmente em diferentes funções organizacionais. Mas o risco não pode ser gerido de forma isolada. Especialistas que trabalham nesta área concordam que o maior potencial de risco está na interface entre diferentes funções, porque as pessoas muitas vezes não avaliam o impacto que suas ações podem ter na organização inteira.

No rumo do reconhecimento da importância do compartilhamento, Neef (2005) estipula caminhos para se entender como a GC permeia o contexto da GR.

2.3.1 Oito passos para uma integração de conhecimento e riscos: técnicas de integração – o estudo de NEEF (2005)

O autor salienta que, apesar dos quatro fatores citados anteriormente no QUADRO 6 serem importantes, é no quarto fator que trata da operacionalização de técnicas para a integração KRM, onde está o efetivo caminho para a união de forças entre as gestões.

No QUADRO 7 são apresentadas técnicas utilizadas pelas organizações na integração KRM, bem como um detalhamento sobre a finalidade de cada uma.

QUADRO 7 - Oito técnicas para integração KRM

Técnica	Descrição
1.Mapeamento do conhecimento	É um processo pelo qual uma organização determina "quem sabe o quê" na empresa.
2.Comunidades de prática	Formação redes de trabalhadores com interesses similares ou experiência, ou com habilidades complementares, que normalmente se reúnem para discutir problemas comuns.
3. "Hard-tagging" experts	Processo de gestão do conhecimento que combina o mapeamento do conhecimento com um processo formal de tutoria. Como parte da mapeamento de conhecimentos processo e do mapeamento de habilidades, os funcionários experientes são identificados para que eles se tornem parte de um grupo de consultores internos que estarão disponíveis quando um conselho especial for necessário sobre análises de incidentes. É um exercício de tutoria e partilha de conhecimentos.
4.Aprendizagem	Uma das técnicas mais importantes. Trata dos funcionários que devem compartilhar experiências e técnicas com outras pessoas na empresa para que haja um processo contínuo e dinâmico de partilha de conhecimentos e aprendizagem adquirida. Após revisões do evento, a ajuda de especialistas para informar o tanto que eles fizeram certo e o que eles fizeram de errado na situação. Uma das maiores vantagens desse processo de avaliação pós-incidente e aprendizado contínuo é que os funcionários digerem as "lições aprendidas" de erros anteriores e que a resolução de problemas não exige a cada análise a reinvenção da roda.
5.Promoção da cultura de partilha de conhecimentos	O conceito central para o sucesso de uma estrutura de KRM são os valores e as expectativas para o comportamento ético que precisam a ser amplamente divulgados e eficaz em toda a organização. Integridade tem de se tornar parte da cultura corporativa. A melhor forma é que seja como parte de um processo formal de partilha de conhecimento, de orientação e da formação ética. Isto significa que há necessidade de existir uma comunicação regular e consistente sobre valores e processos que incentivem a partilha de ideias e identificação precoce de riscos.
6.Monitoramento de desempenho e relatórios	Subjacente aos fundamentos sobre conhecimento bem-sucedidos, há a necessidade de medir, monitorar e orgulhar-se do desempenho da organização. Isto tem feito parte das "medidas que importam", sendo este movimento que começou há vários anos de forma muito séria com a gestão do conhecimento.
7.Comunidade e participação das partes interessadas	O compartilhamento é fundamental para a boa gestão do conhecimento. Isso vale não só para trabalhadores da empresa, mas também para as partes interessadas.
8.Investigação e análise dos negócios	Um dos mais revolucionários e valiosos recursos de hoje de gestão do conhecimento é a capacidade de uma empresa para ganhar acesso a uma enorme quantidade de materiais de pesquisa e análise dos negócios, de forma que esta tenha a capacidade de procurar, organizar e distribuir informações pertinentes de fontes internas e externas.

Fonte: Neef (2005, p. 116).

Fica perceptível que todos esses oito passos, na verdade, são ações para o compartilhamento do conhecimento, em prol da gestão de riscos. Todas essas oito técnicas da GC estão direcionando soluções cruciais para as necessidades

típicas da KRM. Percebe-se que nada citado é distante da realidade empresarial atual a ponto de impedir a efetiva implementação.

Os próximos 10 itens (a, b, c, d, e, e1, e2, f, g, h) foram identificados como fatores estruturadores da integração da KRM, conforme os seguintes autores: ABNT (2009), Angeloni e Dazzi (2009), Heineman (2011), Lelic (2002), Nohara, Acevedo e Vila (2005), Silva (2009) e Webb (2012).

a) Estrutura (mandato e estratégia) de gestão de riscos

No QUADRO 6, quando menciona o quarto foco preponderante, Neef (2005) explica que o fator criação de um sistema e de processos de gestão é crítico para a integração do conhecimento e riscos.

Corroborando, Nohara, Acevedo e Vila (2005) afirmam que se deve estabelecer uma infraestrutura corporativa de gestão de riscos e que esta deve ser projetada para aumentar e garantir o conhecimento e compartilhar o assunto riscos. Explicita, ainda, que a aplicação estruturada do gerenciamento de riscos permite aos empregados e às organizações como um todo conhecer melhor a natureza dos riscos e administrá-los sistematicamente.

Consolidando esse ponto de vista, a NBR-ISO 31.000 (2009, p. 9) induz para que o gerenciamento de riscos seja realizado em uma estrutura baseada no ciclo PDCA.

Nohara, Acevedo e Vila (2005) elucidam que, para ser eficaz, a administração de risco precisa estar alinhada aos objetivos globais de uma organização, com o foco na corporação, com as diretrizes estratégicas e com as práticas operacionais e a cultura interna.

É necessário, segundo Neef (2005, p. 115), um programa voltado especificamente para uma estrutura ética de gerenciamento de riscos, no qual geralmente são definidos um conselho interno, uma liderança no nível sênior (um CRO) e uma declaração de valor.

b) Responsabilização e recursos

Quanto a recursos, Nohara, Acevedo e Vila (2005) explicam que para que o gerenciamento de risco tenha uma condição de prioridade, inclusive na alocação de recursos, este precisa ser integrado dentro da estrutura atual de tomada de decisão nos níveis operacionais e estratégicos.

No que diz respeito aos donos dos riscos, a ABNT (2009, p. 11) ressalta que a responsabilização e autoridade devem ser asseguradas para gerenciar riscos de forma suficiente, eficaz e eficiente.

c) Processo de GR

Nohara, Acevedo e Vila (2005) afirmam que a estrutura do gerenciamento de risco permite uma orientação no sentido de adotar uma abordagem mais holística na administração de risco. A aplicação estruturada do gerenciamento integrado de riscos permite aos empregados e às organizações como um todo entender melhor a natureza dos riscos e administrá-los mais sistematicamente.

A ABNT (2009, p.14) estabelece que o processo de GR seja parte integrante na cultura e nas práticas, bem como adaptado aos processos de negócios da organização. Tal processo é evidenciado na FIG. 11.

d) Cultura e ambiente organizacional

Nohara, Acevedo e Vila (2005, p. 2643) ressaltam que o gerenciamento de riscos deve ser ajustado à cultura organizacional. Nesse ponto tem-se mais um alinhamento entre esses autores e um dos princípios da ABNT-NBR-ISO 31.000:2009, quando esta expõe que a GR é feita sob medida. Ou seja, cada GR deve ser construída considerando-se as peculiaridades culturais/funcionais de cada organização.

Deve haver, conforme torna claro Neef (2005, p. 166), uma gestão formal com a finalidade de a organização criar uma cultura, em que a partilha de

conhecimentos seja incentivada, o comportamento ético seja recompensado verdadeiramente e a participação em todos os níveis fluam mais livremente entre todos os departamentos e níveis decisórios.

Vasconcelos (2000, p. 222), validando a literatura em geral sobre GC, conclui:

A constatação de que o conhecimento é, em grande parte, tácito, isto é, algo altamente pessoal, gerado nas cabeças das pessoas e profundamente enraizado nas suas experiências, emoções, valores e ideais. O fato de o conhecimento ser basicamente tácito privilegia a criação de ambientes propícios para sua geração e compartilhamento, como forma de gerenciá-lo.

Westerman e Hunter (2008) apresentam no QUADRO 8 comparativo entre culturas avessas ao risco e as conscientes de risco.

QUADRO 8 – Características de culturas quanto aos riscos

Cultura avessa ao risco	Cultura consciente do risco
<ul style="list-style-type: none"> • Evita discussões sobre o risco • Evita a responsabilidade pelo risco • Não há rastreamento ou análise de fracassos ou sucessos • Não consegue aprender com os erros; altos índices de repetição de falhas • cronogramas prorrogados, • Os gerentes atribuem culpa, não compartilham o risco • A empresa é incapaz de lidar com riscos importantes 	<ul style="list-style-type: none"> • É normal falar sobre o risco • É normal correr riscos • É normal falhar (desde que haja administração apropriada) • Sucessos e fracassos rastreados e analisados • Aprendizado e melhorias contínuos para os processos chave • cronogramas continuamente monitorados • Gerentes compartilham ativamente os riscos e sua gestão • A empresa consegue lidar com grandes riscos

Fonte: Westerman e Hunter (2008, p. 127).

Fica evidente, a partir dos autores mencionados, que a cultura organizacional é um fator crítico para a integração da KRM e que o ambiente de trabalho/convivência deverá ser muito lapidado para que seja propício para a criação e compartilhamento do conhecimento necessário à gestão de riscos.

e) Compartilhamento

O compartilhamento do conhecimento é definido por Tonet e Paz (2006, p. 76) como “o comportamento do indivíduo de repassar o que sabe à pessoa com quem trabalha e de receber o conhecimento que elas possuem”.

Nohara, Acevedo e Vila (2005) salientam que a identificação, avaliação e gerenciamento de riscos dentro da organização ajudam a revelar a importância da visão global, a totalidade dos riscos e a interdependência entre as partes.

É importante o caminho para a implementação da GC a partir da integração das pessoas dentro do mesmo setor e com os demais setores da organização, visando à troca de experiências e à utilização de conhecimentos desenvolvidos em outras áreas para a solução de problemas e criação de novas oportunidades (ANGELONI; DAZZI, 2009). Ou seja, a visão de um colaborador de um setor não pode prescindir do reconhecimento do impacto de seus atos em todos os demais processos internos e externos. Daí a necessidade, relatada por Neef (2005), da criação de um processo de GC específico que aproveita as melhores práticas de risco e dos procedimentos de gestão dos conhecimentos e de sistemas que atinjam todos os níveis hierárquicos da empresa.

Angeloni e Dazzi (2009) admitem a importância do conhecimento para a dinâmica organizacional como algo que não é mais novidade. Porém, advertem que a diferença é a tentativa de criação de mecanismos que favoreçam a efetiva utilização do conhecimento individual e grupal como fator positivo na criação do conhecimento organizacional.

e1) Compartilhar para identificar os riscos

A norma ABNT NBR ISO 31000:2009 - gestão de riscos no subitem 5.4.2, explicita a afirmativa de que pessoas com conhecimento adequado sejam envolvidas na identificação dos riscos, pois sugere que as informações

adequadas sobre os fatos por trás dos acontecimentos, sempre que possível, sejam apurados e considerados.

Complementando, Nohara, Acevedo e Vila (2005) direcionam o pensamento lógico para o fato de que o gerenciamento de risco afeta as atividades de todos na organização e as pessoas de maneira geral podem contribuir positivamente na identificação das probabilidades e no impacto dos riscos.

Neef (2003, p. 154) preconiza que há muitos tipos diferentes de ferramentas ou métodos para identificação de riscos e que muitos aprenderam a partir de técnicas de GC. Estes incluem entrevistas diretas, oficinas de *brainstorming* com os empregados ou partes interessadas, simulações por meio de cenários ou sondagens de opinião confidenciais e pesquisas.

Em seu livro, Neef (2003, p. 156) afirma que a participação de todos os funcionários e gerentes em um processo formal (reuniões e atividades operacionais) suscita o incentivo para a discussão e avaliação dos riscos.

e2) Compartilhar para tratar riscos identificados

A experiência e o conhecimento das partes envolvidas são cruciais no desenvolvimento de tratamentos de riscos que serão eficazes e aceitáveis (DE CICCIO, 2005). E notoriamente esses fatores são vinculados ao conhecimento tácito existente nas mentes dos colaboradores. A partir dessa afirmação fica claro que não basta somente identificar os riscos com base nesse tipo de conhecimento. Deve-se também usá-lo para aprofundar na qualidade do que fazer para reduzir as probabilidades e consequências dos riscos.

Norman (2000), citado por Nohara, Acevedo e Vila (2005), defende que modelos mentais são os entendimentos das pessoas sobre o mundo, sobre elas próprias e suas capacidades e sobre as atividades que são solicitadas a realizar. Essa diversidade de modelos mentais leva ao entendimento da tolerância variada ao risco dos vários integrantes da empresa. Isso evidencia que muito do que se compreende sobre riscos recai sobre aspectos subjetivos. Organizações são formadas por indivíduos e cada indivíduo carrega uma carga histórica diferente,

influenciando decisões diferentes quanto a riscos. E é essa tolerância que induz ao tratamento obrigatório ou à convivência com determinado nível de riscos.

Reforçando essa importância, a NBR-ISO 31.000:2009, no seu subitem 5.5.2 (seleção de opções de tratamento de riscos), estabelece que o tratamento de um risco pode introduzir outro(s) risco(s) e que um risco significativo pode derivar do fracasso/ineficácia de alguma ação de tratamento anteriormente definida. Ou seja, o(s) tratamento(s) definido(s) deve(m) ter, em sua essência, competência de análise para a definição do que é correto!

f) Comunicação

Pelo exposto no subitem anterior, percebe-se que por trás de todas as ações de GC está a comunicação como principal ferramenta. Angeloni e Dazzi (2009) sublinham que a comunicação está fortemente relacionada ao processo de GC e que esta desempenha papel determinante na criação, no aprendizado e no compartilhamento e está principalmente relacionada a trocas entre os humanos. Essas trocas permitem que novos conhecimentos sejam desenvolvidos, adquiridos, transmitidos, constituindo-se em um processo cíclico de aprendizagem contínua baseada na interação social.

Angeloni e Dazzi (2009) afirmam, ainda, que a comunicação pode ser vista como responsável pela disseminação das informações e conhecimentos por meio de mensagens que percorrem a organização e os significados comuns produzidos. Sob esse enfoque, a necessidade de compartilhar o conhecimento gera a necessidade de intensificar os processos de comunicação nas organizações.

Além desses aspectos, existem os tecnológicos, que viabilizam a comunicação para ganho da GR. Conforme Neef (2005), são críticos: a internet e a intranet da empresa e as ferramentas de busca; banco de dados relacional e a ferramenta do *business intelligence*; sistemas informatizados de GC.

Terra (2005) destaca tecnologias que podem ser empregadas para o compartilhamento da informação: *intranets, groupware, document management systems, data warehouse, desktop video conferencing*,

Podendo utilizar os recursos informatizados (ou não) de registro de ocorrências, é típico que a organização use meios para tomar conhecimento formal dos incidentes reais. Ou seja, aquilo que deixou de ser um risco e passou a ser efetivamente um evento real e passível de notificação formal.

As organizações de saúde devem ser incentivadas a participar de sistemas de comunicação voluntária como um componente importante de seu programa de segurança do paciente (DONALDSON; CORRIGAN; KOHN, 2000, p. 86).

Complementando, o mesmo autor, no livro *"To err is human"* (IOM, 2000, p. 8), observa que o sistema de comunicação confidencial pode também ser parte de um programa estratégico para melhorar a segurança do paciente e pode ser concebida para complementar os sistemas de notificação voluntária.

Neef (2005) relata que os *softwares* aplicativos de GR podem apresentar relatórios precisos sobre violações na segurança, identificando tendências que podem revelar novos riscos potenciais.

Torna-se importante, nesse momento, definir quais dados e informações serão relevantes para a criação do conhecimento.

Fleury e Fleury (2000) prelecionam que a construção da memória organizacional refere-se ao processo de armazenagem de informações com base na história organizacional e deve incluir todas as experiências, tanto as bem-sucedidas quanto as malsucedidas. Todas essas informações podem auxiliar na tomada de decisões.

Corroborando o exposto, Neef (2003, p. 191) ressalta que a organização de documentos e políticas de retenção são o cerne de um processo de KRM eficaz. O grande volume de informações que são criadas a cada dia dentro das empresas significa que uma organização necessita decidir de forma eficaz quais

devem ser mantidas (ou não) e como ordenar as que permanecem para fácil recuperação.

Qualquer evento que é passível de investigação para uma análise detalhada do que a empresa sabia - quando e o que foi feito em resposta - vai exigir um sistema competente de retenção e recuperação de documentos. A cultura de guarda de dados e informações é crítica para a KRM, por meio do sistema de coleta, distribuição e comparação de informações-chave para um processo ético de gestão de riscos (NEEF, 2003, p. 187).

A base de dados trabalhados de forma que a informação esteja tempestiva para o processo decisório comporá a documentação inerente para futuro estudo de caso e servirá de impulso para a aprendizagem.

g) Aprendizagem

Segundo Batista (2007, p. 40), compartilhar conhecimento é uma condição imprescindível para desenvolver a aprendizagem nas organizações.

Para assegurar uma aprendizagem contínua em gerenciamento de risco é necessário buscar os seguintes resultados (NOHARA; ACEVEDO; VILA, 2005):

- Aprendizagem por meio de experiência é valorizada. Lições devem ser compartilhadas em um ambiente de trabalho que encoraje tais atitudes. Planos de aprendizado devem ser instituídos dentro das práticas de gerenciamento de risco da organização.
- Resultados da administração de risco são avaliados para apoiar a inovação e a capacidade de construir uma melhoria contínua, tanto individual como de toda a organização. Experiências e melhores práticas devem ser compartilhadas.

Generalizando, Cooper (2003) aduz que sistemas de GC têm potencial para colaborar na redução de riscos pelo processamento de informação relevante e geração de aprendizagem de grande variedade de fontes internas e externas.

Mudando de foco e particularizando em erros, Heineman (2011) enfatiza que estes devem ser analisados, compartilhados e discutidos por toda a empresa com transparência, a fim de aprender e melhorar a GR e processos. Além disso, as lições aprendidas por outras organizações podem oferecer oportunidades para a liderança aplicar as circunstâncias à sua própria organização.

Não se pode perder de vista que, apesar de ser uma forma reativa, aprender com os erros também tem valor, desde que seja trabalhada a minimização da reincidência. Em consonância, Neef (2005) defende que a organização deve capturar as "lições aprendidas" e criar sistemas de apoio à decisão que ajudará a organização a desenvolver políticas de prevenção de riscos de gestão e evitar a repetição de erros caros

Já Donaldson, Corrigan e Kohn (2000, p. 181) comentam que o *benchmarking* e colaboração são outras maneiras pelas quais as organizações podem melhorar o seu desempenho com a aprendizagem compartilhada.

h) Medição do desempenho para melhoria contínua

Donaldson, Corrigan e Kohn (2000, p. 75) esclarecem que os objetivos de um centro para a segurança do paciente são:

- Fornecer liderança para melhorar a segurança;
- estabelecer metas e acompanhar progresso na obtenção de resultados;
- expandir a base de conhecimento para melhorar segurança nos cuidados de saúde.

Neef (2005, p. 115) é pragmático quando afirma que não há como gerir algo sem medir seus resultados. No mesmo rumo defendido por Neef (2005) e Donaldson, Corrigan e Kohn (2000), a NBR-ISO 31.000:2009 (2009, p. 21) recomenda que o desempenho global da organização convém ser medido e comunicado às partes interessadas como forma de direcionamento das decisões internas quanto GR.

2.4 Contribuição do referencial teórico para a pesquisa de campo

Para o atendimento do objetivo geral e dos específicos, utilizaram-se as referências de Nonaka e Takeuchi (1997) e ABNT (2009) para consubstanciar a pesquisa bibliográfica inicial.

A adoção do seguinte modelo de GC e norma de GR foram as principais bases conceituais checadas:

- Nonaka e Takeuchi (1997) – GC: o modelo está embasado pelos pilares da geração, do compartilhamento, da transferência ou entrega e do registro do conhecimento produzido. Esses pilares são identificados nas formas de conversão do conhecimento, que não são independentes e que, quando interagem, produzem uma espiral, permitindo, assim, que o conhecimento seja gerado, compartilhado e transferido entre os indivíduos.
- ABNT NBR ISO 31.000:2009 – GR: a norma está configurada em sete grandes etapas, tais como contexto; avaliação de riscos (identificação, análise, avaliação); tratamento; comunicação e consulta; monitoramento e análise crítica.

Para evidenciar a inter-relação entre GC e GR com base na KRM, diversos autores (HALTIWANGER *et al.*, 2010; LELIC, 2002; NEEF, 2003; 2005; NOHARA *et al.*, 2005; WEBB, 2012) foram base para identificar que as disciplinas estão intimamente relacionadas entre si em um ambiente organizacional.

Mais especificamente Neef (2005) descreve essa inter-relação em oito grandes técnicas de GC que estão sendo utilizadas pelas organizações para o estabelecimento da KRM. Essas técnicas constam do QUADRO 6.

Em relação ao compartilhamento do conhecimento, alguns autores (ANGELONI; DAZZI, 2009; BATISTA, 2007; TONET; PAZ, 2006; YÓRIS; VASCONCELOS; JUDICE, 2010) foram utilizados como base para identificar as condições nas quais há ambiente propício para tal. Com base em todos eles autores, os seguintes fatores estruturais serão considerados na etapa de pesquisa: estrutura

(mandato, estratégia); cultura e ambiente organizacional; responsabilização e recursos; compartilhamento e comunicação; aprendizado; desempenho para melhoria contínua; processo de GR.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo apresenta a metodologia utilizada para se atingir os objetivos da dissertação. É interessante observar que o pesquisador em Ciências Sociais não pretende apenas descrever o que ouve ou compila, mas também compreender os fatos sociais que estão por trás das análises cabíveis. Segundo Mattos (2005, p. 2), “[...] metodologia é sistematização de práticas na solução de problemas de pesquisa. Está a serviço das situações”.

Nesta seção descrevem-se os procedimentos metodológicos que foram adotados neste trabalho, que se referem a:

- Caracterização da pesquisa.
- unidade de amostra e observação;
- coleta de dados;
- composição do roteiro do grupo focal;
- estratégia de análise e tratamento de dados.

3.1 Caracterização da pesquisa

3.1.1 Quanto aos fins

O estudo tem como objetivo uma pesquisa descritiva.

A pesquisa também é descritiva porque pretende identificar a inter-relação entre a GC e a GR no setor de saúde. De acordo com Collis e Hussey (2005), na pesquisa descritiva pretende-se identificar e obter informações sobre as características de uma população (colaboradores de uma organização), procurando avaliar e descrever as características (da integração entre gestão do conhecimento e de riscos).

3.1.2 Quanto aos meios

Como etapa fundamental para este estudo, foi realizada pesquisa bibliográfica a fim de identificar as fontes acadêmicas que se moldavam às necessidades para atender aos objetivos geral e específicos.

Esta pesquisa é direcionada por um estudo de caso com procedimentos de pesquisa de campo a partir de grupo focal. A forma de abordagem é a análise qualitativa. A pesquisa qualitativa, segundo Collis e Hussey (2005, p. 59), “se interessa em entender o comportamento humano a partir da estrutura de referência do participante”. Zouain e Vieira (2004, p. 15) complementam afirmando que o método qualitativo “atribui importância fundamental à descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que o envolvem, aos depoimentos dos atores sociais envolvidos, aos discursos, aos significados e aos contextos”.

Segundo Yin (2001):

O estudo de caso é a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

Ainda para Yin (2001), o estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real. O estudo de caso foi considerado para este trabalho em função da natureza prática (realista) que o pesquisador necessita imputar à pesquisa.

Utilizou-se pesquisa documental como forma de identificar respostas a diversas perguntas elaboradas pelo autor. As fontes examinadas foram documentos institucionais conservados em arquivos e instrumentos de comunicação institucionais.

A análise documental constitui-se em uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Morgan (1988) defende que o grupo de foco é o uso explícito da interação para produzir dados e clara compreensão da natureza dos dados. O grupo de foco propicia a reunião de pessoas para capturar, a partir da interação entre eles, gerar e extrair dados para a interpretação posterior do pesquisador. Foi realizada uma seção de duas horas e trinta minutos para atendimento ao roteiro de questões elaboradas para tal (APÊNDICE D).

3.2 Unidade de análise e observação

O Hospital do Câncer de Muriaé é considerado de médio porte. Conta atualmente com 146 leitos ativos de internação hospitalar, 80 leitos de hospedagem na Casa de Apoio, cinco salas cirúrgicas, 48 leitos de quimioterapia ambulatorial, três salas de radioterapia, além de ampla estrutura de consultórios. No ano de 2011, o serviço atendeu a 2.053 novos casos de câncer, respondendo por mais de 60% da demanda estimada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) para a região. Possui 628 colaboradores na força de trabalho, sendo 625 em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e 13 profissionais autônomos. Entre os colaboradores, a instituição conta com os seguintes profissionais: administradores, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, contadores, médicos de várias especialidades em sua maioria com especialização na área de oncologia, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, nutricionistas, psicólogos, bioquímico, biólogo, odontologista, entre outros colaboradores com formação técnica ou não, que exercem as mais variadas funções na instituição. A instituição contrata portadores de necessidades especiais para o quadro de colaboradores visando atender a legislação e mantém estruturado processo de recrutamento e seleção.

3.2.1 Principais produtos e serviços

A instituição tem na sua essência o combate ao câncer, que se materializa por meio dos principais produtos e serviços a seguir:

Prevenção

Campanhas de prevenção

Diagnóstico

- Ambulatório de Triagem (consultas de várias especialidades médicas e profissionais de saúde).
- SADT - Medina Nuclear, exames de imagem e laboratoriais (laboratórios próprios de análises clínicas e de anatomia patológica).

Tratamento

O foco da oncologia está no tripé do tratamento quimioterápico, radioterápico e cirúrgico que merece destaque nos serviços oferecidos:

- Quimioterapia: o hospital possui salas de aplicação de curta e longa duração, divididos em feminino, masculino e isolamento, oferecendo todo tratamento oncológico indicado. Dispõe de equipe de oncologistas clínicos e hematologistas (adulto e pediátrico) que atende tanto nos ambulatórios quanto nas internações.
- Radioterapia: na radioterapia, além da equipe especializada, o hospital possui a mais moderna tecnologia: três aceleradores lineares, um sistema de gerenciamento para mais segurança nos tratamentos, cinco estações de planejamento do tratamento para mais precisão durante as aplicações, *Respiratore Gate e Portal Vision*, radioterapia 3D, conformacional, radioterapia de intensidade modulada (IMRT), radiocirurgia, braquiterapia de alta taxa de dose, implante de semente e tratamento de lesões superficiais com elétrons.
- Cirurgia oncológica: o departamento de cirurgia conta com cirurgiões treinados nos melhores centros oncológicos do país e são especializados no tratamento cirúrgico do câncer. São profissionais com ampla experiência, buscando sempre o conhecimento mais atualizado para a qualidade e excelência do tratamento. Tipos de cirurgia: oncológicas, cabeça e pescoço, reparadora/reconstrução, dermatologia (pele), mastologia/ginecologia, neurocirurgia oncológica, ortopedia oncológica, torácica, uro-oncologia. O hospital possui as seguintes unidades de internação: UTI, UQT, UCI, UCL, UPA, UHD.

Os clientes-alvo são cidadãos que têm câncer, residentes na região e com acesso viabilizado à instituição, inclusos na pactuação por necessitarem de atendimento

SUS, bem como os clientes pactuados com as organizações concorrentes, que podem vir a ser convertidos em clientes da instituição. Além desses, há os pacientes que possuem planos privados de saúde, residentes em nossa região e circunvizinhança.

Dados de Produção

De janeiro a novembro de 2012, o Hospital estudado apresentou os seguintes dados de produção, conforme o QUADRO 9:

QUADRO 9 - Dados de produção do Hospital do Câncer de Muriaé

Evento	Produção (Jan/ Nov 2012)
Nº de Cirurgias	3754
Nº de Atendimentos	5444
Nº de Quimioterapias	9589
Nº de Radioterapias	23575
Nº de Internações	6383
Nº de Altas	87167
Nº de Exames de Imagens	25060

Fonte: Estatística do Hospital do Câncer de Muriaé – Janeiro – novembro 2012

O hospital detém as seguintes características interessantes à pesquisa:

- Acreditação da qualidade pela ONA - nível II.
- Hospital pertencente à Rede Sentinela - ANVISA.
- Sistema de gestão de riscos implementado.
- Prêmio Mineiro da Qualidade e Produtividade 2012 – faixa bronze.
- Média complexidade de cuidados assistenciais.

Acredita-se que seja interessante, em um primeiro momento, o seguinte perfil desejável para os participantes:

- Profissionais de nível superior.
- Com atuação direta em processos assistenciais ou de apoio.
- Com experiência mínima de um ano na instituição.
- Que seja envolvido na GR, sendo esse perfil garantido para 100% dos participantes do GF, devido à certificação existente.

3.3 Coleta de dados

Foi escolhida uma OPSS tipo hospital para objeto de estudo. Será considerada apenas uma unidade de análise e como unidades de observação serão considerados os colaboradores que participam do sistema de gestão de riscos.

A Direção Administrativa concedeu permissão formal para a execução desta pesquisa conforme explícito no APÊNDICE A.

A pesquisa de campo foi realizada por intermédio de um grupo focal. O número de participantes de um grupo focal é condicionado por dois fatores: deverá ser reduzido o suficiente para que todos tenham a oportunidade de expor suas ideias e grande o bastante para que os participantes possam vir a fornecer consistente diversidade de opiniões. Os autores recomendam que uma sessão de grupo focal deve ser composta de no mínimo seis e no máximo 15 pessoas (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

3.3.1 Caracterização dos participantes

Na abrangência desejada para a composição do grupo focal, 13 participantes foram confirmados para o evento. Os participantes apresentaram os seguintes perfis funcionais:

- Diretor geral.
- Gestor de riscos/ Gestor da qualidade
- Gestor de tecnologia da informação (TI).
- RT de enfermagem.
- Dois enfermeiros assistenciais responsáveis por setores.
- Coordenador de enfermagem geral
- RT de farmácia.
- Responsável pelo processo de treinamento.
- Gestor administrativo.
- Responsável pelo processo de comunicação.
- Gestor financeiro.

- Assessor da gestão de riscos

Perfil pesquisado sobre os participantes:

- Em relação ao gênero, a seguinte distribuição foi identificada: seis participantes masculinos e sete participantes femininos.
- Em relação ao conhecimento sobre GR, foi compilada a seguinte distribuição: nove participantes conheceram o tema na organização pesquisada; dois participantes já conheciam o tema desde emprego anterior; Um participante conhecia o tema de forma concomitante a outro emprego e outro participante já conhecia o tema por meio de publicações periódicas.
- Os participantes do grupo apresentaram a seguinte distribuição em relação à área de atuação: cinco atuam em processos de apoio; quatro atuam em processos estratégicos; e outros quatro atuam em processos assistenciais.
- Em relação à formação acadêmica, o QUADRO 10 apresenta a distribuição;

QUADRO 10 - Formação acadêmica dos participantes do GF

Graduação	Pós Graduação
Enfermagem	Administração Hospitalar
Enfermagem	-
Enfermagem	Administração Hospitalar
Enfermagem	UTI adulto e neonatal
Serviço social	Gestão de Pessoas; MBA Executivo em Saúde
Jornalismo	-
Pedagogia	Pedagogia Empresarial
Farmácia	Administração Hospitalar
Administração Hospitalar	Gestão Empresarial de Negócios
Administração de Empresas	Administração Hospitalar
Ciências Contábeis	Administração Hospitalar; Gestão de Negócios e Empreendedorismo; Gestão Estratégica em Finanças
Administração Empresas e Ciências Contábeis	Gestão em Saúde; Gestão Estratégica de Negócios e Marketing
Graduanda em Enfermagem	-

Fonte: – Questionário de caracterização dos participantes do grupo focal - APÊNDICE C.

Da mesma forma, deve-se ter em mente que a estrutura do grupo deve ser homogênea, os membros partilhando o mesmo nível educacional (MORGAN,

1988). Morgan (1988) proporciona um lembrete útil, dizendo que os grupos focais devem ser homogêneos em termos de contexto de vida, não de atitudes.

Em grupos focais, Morgan (1988) salienta a necessidade de a discussão ser dirigida por um moderador e acompanhada por um observador. Para o autor, o papel do moderador é estimular, organizar, induzir os participantes a fornecerem o mais alto número possível de informações.

Neste estudo, o papel do moderador foi desempenhado pelo próprio pesquisador.

Para conduzir o grupo, o APÊNDICE B – Roteiro de condução do grupo focal foi seguido pelo moderador de forma que propiciasse a eliminação ou a minimização de elementos de subjetividade e envolvimento pessoal.

As variáveis de estudo foram elaboradas com base na integração *Knowledge Risk Management* a partir dos autores citados no item 2 desta, a fim de análise e resposta à pergunta da pesquisa.

Um observador, selecionado da própria unidade de análise, acompanhou todo o processo, sendo a atuação limitada a controle de tempo da seção, manuseio do gravador, garantia do direito e vez da fala do participante e garantia de que o acesso ao local estava restrito ao grupo.

O roteiro de condução do grupo focal consta do APÊNDICE B. O processo foi realizado em uma sala apropriada para esse fim com equipamentos em duplicidade de gravação de som. Antes do início da entrevista foi solicitada aos participantes a prévia autorização para gravação de voz, sendo que não houve qualquer objeção. Também foi solicitado o preenchimento de um questionário para caracterização do grupo (APÊNDICE C).

Nos 15 minutos iniciais foi feita a apresentação do moderador e foram explicados os objetivos pretendidos com o grupo de foco. Nesse momento foi solicitado aos entrevistados que se apresentassem mencionando o nome, tempo de atuação no

mercado e também a área de atuação como profissional na organização. Somente após essas etapas o moderador iniciou a entrevista.

3.3.2 Composição do roteiro do grupo focal

As variáveis de estudo para composição do roteiro de entrevistas foram os resultados da análise da bibliografia utilizada no referencial teórico. A construção do roteiro de entrevistas seguiu as seguintes etapas:

- Identificação dos pontos críticos ressaltados pelos autores-referência.
- Agrupamento desses pontos críticos em temas estruturais.
- Validação das perguntas com a orientadora.
- Elaboração do instrumento de coleta de dados.

Os seguintes autores dão suporte acadêmico ao instrumento de coleta: Angeloni e Dazzi (2009), Heineman (2011), Lelic (2002), Neef (2005), Nohara, Acevedo e Vila (2005), Silva (2009), Webb (2012) e o documento ABNT (2009). O instrumento de coleta foi composto, basicamente, pelos seguintes temas estruturais:

- Estrutura (mandato, estratégia).
- Responsabilização e recursos.
- Processo de GR: contexto, avaliação, tratamento, comunicação, monitoramento e análise crítica.
- Cultura e ambiente organizacional.
- Compartilhamento
- Comunicação.
- Aprendizado.
- Desempenho para melhoria contínua.

O instrumento de coleta de dados utilizado compõe o APÊNDICE D deste estudo. O roteiro de entrevistas utilizado no grupo focal foi estruturado de forma que permitiu (após análise) responder ao objetivo geral e aos objetivos específicos propostos no início deste trabalho.

3.4 Estratégia de análise e tratamento dos dados

A coleta de dados foi realizada a partir do grupo focal e da pesquisa documental. As gravações foram transcritas e agrupadas por pergunta realizada/discutida. Os dados primários foram mantidos na íntegra, como forma de garantir a integridade dos dados e a não distorção e/ou influência do pesquisador. Segundo Collis e Hussey (2005, p. 154), “os dados originais são conhecidos como dados primários, que são coletados na fonte”.

O QUADRO 11 apresenta a estratégia a ser utilizada na análise dos dados e correlaciona os objetivos específicos propostos nesta pesquisa com os autores que dão sustentação teórica ao assunto abordado e os instrumentos de coleta de dados correspondentes.

QUADRO 11 - Estratégia de análise de dados

Objetivos da pesquisa: fatores estruturadores	Autores / datas	Tipo de pesquisa	Fonte/ instrumento de coleta de dados
1. Identificar na literatura os modelos de GC e GR.	Nonaka e Takeuchi (1997) Choo (2006) Terra (2005)	Pesquisa bibliográfica e documental	Referencial teórico e norma ABNT NBR-ISO 31.000:2009
2. Identificar na literatura as condições para integração da GC com a GR.	Neef (2003; 2005) Webb (2012) Nohara, Acevedo e Vila (2005) Haltiwanger <i>et al.</i> (2010)	Pesquisa bibliográfica	Referencial teórico
3. Identificar as práticas organizacionais que se aplicam às condições capacitadoras para a Criação de Conhecimento	Nonaka e Takeuchi (1997)	Pesquisa documental e de campo	Grupo Focal e documentos internos da organização
4. Identificar a estrutura e as fases típicas de GR conforme a ABNT NBR ISO 31.000:2009, aplicadas na organização pesquisada, tais como: Estrutura (mandato e estratégia), contexto, avaliação, tratamento, comunicação e consulta, monitoramento e análise crítica, responsabilização e recursos, desempenho para melhoria contínua.	ABNT (2009) Neef (2003; 2005) Webb (2012) Nohara, Acevedo e Vila (2005) Haltiwanger <i>et al.</i> (2010)	Pesquisa documental e de campo	Grupo focal: questões constantes do Apêndice D Documentos internos da organização pesquisada.

continua

Objetivos da pesquisa: fatores estruturadores	Autores / datas	Tipo de pesquisa	Fonte/ instrumento de coleta de dados
5. Mapear e descrever as ferramentas e práticas de gestão do conhecimento utilizadas para propiciar a integração à GR, tais como: compartilhamento, cultura e ambiente organizacional, comunicação e aprendizado.	Terra (2005) Batista (2007) Neff (2005) Nohara, Acevedo, Vila (2005) Haltiwanger <i>et al.</i> (2010) Angeloni e Dazzi. (2009) Tonet e Paz (2006) Yóris <i>et al.</i> (2010) Webb (2012) Nonaka e Takeuchi (1997)	Pesquisa documental e de campo	Grupo focal: questões constantes do Apêndice D Documentos internos da organização pesquisada.
6. Identificar a contribuição da Gestão do Conhecimento para uma integração com Gestão de Riscos em uma OPSS.	Neef (2005)	Pesquisa bibliográfica Pesquisa documental Pesquisa de campo	Todas as perguntas do instrumento de coleta de dados. Documentos internos da organização pesquisada.

Fonte: elaborado pelo autor.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objetivo deste capítulo é apresentar os resultados empíricos coletados junto à organização pesquisada a partir do grupo focal e da pesquisa documental. Todos esses resultados foram amparados nos autores-base, tais como: Angeloni e Dazzi (2009), Haltiwanger *et al.* (2010), Heineman (2011), Lelic (2002), Neef (2005), Nohara *et al.* (2005), Nonaka e Takeuchi (1997), Silva (2009), Webb (2012) e no documento ABNT NBR ISO 31.000:2009.

4.1 Análise de dados

As análises visam estruturar as informações e achados do estudo de forma a responder aos objetivos da pesquisa.

Os dados serão apresentados de forma descritiva, evidenciando vínculos entre os dados coletados e as referências acadêmicas.

4.1.1 Condições capacitadoras para a criação do conhecimento

Este subitem visa à análise do objetivo específico: identificar as práticas organizacionais que se aplicam às condições capacitadoras para a criação de conhecimento, conforme o modelo de Nonaka e Takeuchi (1997).

O vínculo entre conhecimento e riscos está amplamente apresentado no referencial teórico. A forma como uma organização cria, usa e dissemina esse conhecimento (tácito ou explícito) é que faz a diferença, pois a incorporação desse conhecimento nos serviços, produtos e sistemas potencializará processos mais seguros aos pacientes das OPSSs, a partir da gestão de riscos.

A partir de dados da pesquisa documental e do grupo focal, pôde-se elaborar a comparação entre as cinco condições capacitadoras de Nonaka e Takeuchi (1997, p. 83) para a criação do conhecimento e as práticas existentes, conforme QUADRO 12. O detalhamento dessas condições está descrito no subitem 2.1.4.1 – I desta dissertação.

QUADRO 12 – Condições capacitadoras para a criação do conhecimento e a prática organizacional

Nonaka e Takeuchi (1997)	Práticas Organizacionais Detectadas na Pesquisa
<p>Intenção</p> <p>(a partir da diretriz estratégica da organização)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo estratégico vinculado à perspectiva “processos”: Assistência com segurança: Desenvolver a gestão da qualidade e a gestão de riscos; • Objetivo estratégico vinculado à perspectiva “pessoas”: Desenvolver e capacitar as lideranças e os colaboradores da instituição; • Os valores organizacionais são difundidos desde o treinamento de integração do novato; • A intenção transcende o indivíduo, é organizacional. O compromisso é coletivo; • O clima organizacional como fruto da cultura organizacional, é monitorado como forma de manter os direcionamentos estratégicos aplicáveis.
<p>Autonomia</p> <p>(delegação de responsabilidade e autoridade para as pessoas e equipe multidisciplinar)</p>	<p>A organização apresenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compartilhamento de informações pelos “n” canais de comunicação; • Há o incentivo para elaboração de projetos de melhoria, com a finalidade de absorção de novas ideias; • As delimitações de responsabilidades e autoridades por função são formalizadas na gestão de pessoas, incluindo algumas específicas ligadas à gestão de riscos e treinamento; • Diversas equipes multidisciplinares e intradisciplinares coexistem com suas atribuições delimitadas e focos de atuação.
<p>Flutuação/caos</p> <p>(incentivo para a quebra de paradigmas e discussão de cenários)</p>	<p>A organização apresenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existem duas organizações externas vinculadas à gestão de riscos para troca de informações de eventos. IQG – PBSP; Sentinela em ação – ANVISA; • Seminários abertos de apresentação de resultados; • Reuniões das comissões obrigatórias; • Reuniões de análise de eventos sentinela; • Reuniões estratégicas para realinhamentos; • Definições de metas desafiadoras; • Análise de cenários para identificação de riscos; • Análise de dados diante de eventos de não conformidades e outras situações, bem como a criação dos planos de ação.
<p>Redundância</p> <p>(sobreposição e validação de conceitos)</p>	<p>A organização apresenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compartilhamento de informações pelos “n” canais de comunicação; • Diversas equipes multidisciplinares e intradisciplinares coexistem e se relacionam; • Sistema de gestão da qualidade; • Comissão de gestão de riscos; • Comissões internas obrigatórias; • Grupos de auditoria (processos, riscos, clínica, ocupacional, ambiental, SESMT, SCIH, prontuário, 5s).
<p>Variedade de requisitos</p> <p>(incentivo para compreensão das interfaces de processos)</p>	<p>A organização apresenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canais formais de comunicação; • Uso do módulo ocorrências do <i>Software Interact Solutions®</i>; • Mapas de processo com os requisitos de cada processo interfaceado; • Acordos intersetoriais formais.

Fonte: adaptado pelo autor.

É possível perceber que a organização pesquisada apresenta uma gama substancial de práticas que são vivenciadas/operacionalizadas em um ambiente de trabalho favorável. É perceptível que existe potencial favorável para que as condições capacitadoras da criação do conhecimento sejam contempladas e a criação do conhecimento em prol da gestão de riscos favorecida.

4.1.2 Estrutura e fases típicas da GR

Análise do objetivo específico: identificar a estrutura e as fases típicas da GR aplicadas na organização pesquisada, tomando como base a ABNT NBR ISO 31.000:2009.

Neste subitem serão apresentados os seguintes tópicos para estrutura (mandato e estratégia): contexto, avaliação, tratamento, comunicação e consulta, monitoramento e análise crítica, responsabilização e recursos, desempenho para melhoria contínua, para contextualizar a aplicação da ABNT NBR ISO 31.000:2009.

4.1.2.1 Estrutura: estratégia e mandato para gestão de riscos

A primeira pergunta formulada ao grupo focal foi: qual a importância dada à GR no nível estratégico?

Foi possível observar que existe a percepção de que a visão empresarial de ser o melhor hospital de Minas Gerais pode ser afetada fortemente pelo aspecto “credibilidade” diante de riscos não geridos de forma adequada. E que o reconhecimento público está vinculado à gestão de riscos. Essa preocupação foi ressaltada por um dos participantes:

[...] Eu vou pegar na face mais prática que a gente tem trabalhado, igual, por exemplo, a questão nossa de ser a nossa visão de ser o melhor hospital do estado de Minas Gerais. Isso implica, obviamente, ter credibilidade para ser reconhecido como tal. E a gestão de riscos, ela contribui decisivamente nesse aspecto de credibilidade. Como é que nós vamos ter um reconhecimento no mercado se eu não tratar adequadamente os riscos do negócio, que são inerentes ao negócio? (Gestor Administrativo).

A compreensão é direcionada para uma necessidade empresarial extrema que é a SUSTENTABILIDADE, sendo perceptível que existe a noção exata entre riscos malgeridos, imagem da instituição e a necessidade de sobrevivência no mercado, conforme a declaração:

Para ver de fato a importância do risco no planejamento, envolve a questão da sustentabilidade de um modo geral, que envolve a questão de imagem da instituição [...] A vulnerabilidade de legislação e a alta dependência do sistema de saúde, além daquilo que o gestor administrativo falou de imagem da instituição e credibilidade, que “tá” voltada mais pra questão da assistência. (Gestor Financeiro)

Fica claro nas falas dos participantes que há preocupação com a imagem da empresa junto à comunidade e clientes, diante dos riscos assistenciais.

Como usual numa instituição, as práticas de gestão evoluem o tempo todo. Identificou-se a preocupação da instituição pesquisada com a gestão estratégica, como faz ver a fala de um dos participantes.

[...] no primeiro trabalho nosso do planejamento estratégico, acho que até dentro da própria revisão mesmo, em momento algum nós falamos em questão de gestão de risco aliada à estratégia, né? Ela “tá” totalmente amarrada lá em cima [...]. A gente acaba convivendo, no dia-a-dia, com todas as circunstâncias dentro da instituição e você acaba, vamos dizer assim, não dando a devida importância a tudo isso que se tem, que tinha que estar tudo ali amarrado dentro de um conjunto, na busca realmente de atingir a questão da missão, visão institucional, né, que realmente é a base, é a sustentação do serviço. (Diretor Geral)

E como desdobramento típico do planejamento estratégico, com base em pesquisa documental, apurou-se o seguinte objetivo estratégico, formulado no planejamento estratégico da instituição pesquisada: “assistência com segurança - desenvolver a gestão da qualidade e a gestão de riscos (2011-2015)”.

Esse objetivo estratégico evidencia a preocupação da empresa com os riscos assistenciais (conforme declarado pelos participantes do GF).

Os valores da instituição são entendidos como totalmente vinculados à rotina dos colaboradores, conforme:

[...]é muito forte essa questão de a gente começar a falar mais um pouco estrategicamente dessa questão do respeito, do atendimento humanizado, que a segurança, a prevenção de risco ou de danos pro paciente faz parte desse pacote de respeito [...] Porque isso não pode ser uma fala só de respeitar, ser o cordial, ser educado, é proporcionar a ele uma assistência adequada, segura, livre de riscos ou minimizados[...]. (Gestor de Riscos)

E para concretizar a sustentação das intenções estratégicas, a organização pesquisada tem definidos os seguintes balizadores (valores) da missão institucional: equidade no atendimento; respeito ao ser humano; investimento na qualidade e na formação de pessoas; espírito de equipe; defesa de um futuro sustentável.

Mas não basta existir a declaração desses valores, eles devem ser comunicados e compreendidos pela equipe.

A importância da disseminação dos valores institucionais (*top-down*) é salientada pelos autores referenciados nesta pesquisa, como Nohara, Acevedo e Vila (2005), sendo essa preocupação já detectada e aplicada pela instituição, como se vê:

Até porque, pra eu saber onde que eu vou pisar, que caminho que eu “tô” andando, quais são as minhas perspectivas, o quanto eu tenho que crescer, o quanto eu tenho que agregar, e o que eu preciso fazer para ser a diferença [...] aí vai cair tudo na missão. (Responsável Técnica pela Enfermagem)

[...] como passar isso “pras” pessoas, acho que entra na questão, também, da comunicação, que propagar essa ideia da gestão de risco até o ponto final, que é onde “tá” o risco mesmo onde pode acontecer. [...] Porque é estabelecer uma comunicação mesmo entre essa gestão de risco e o operacional, também, que vai acabar prestando um serviço melhor, vai chegar na imagem, que outras pessoas falaram aqui, que a gente pode conseguir pleno, né, acho que interliga tudo, [...] pra conseguir evitar esses danos que os riscos podem trazer. (Responsável pela Comunicação Institucional)

Ciente da importância da disseminação das diretrizes estratégicas (*top-down*), também se pode apreender nos documentos da organização o uso dos seguintes canais de comunicação:

- Via indicador derivado do objetivo estratégico. BSC perspectiva “PROCESSOS”;

- Seminários públicos (bimestrais) nos quais os colaboradores de cada setor apresentam os resultados da gestão. Há participação livre dos colaboradores da empresa;
- *software* de gestão;
- entre outros, exploradas no subitem 4.1.3.2 – Comunicação.

As declarações dos participantes do grupo focal estão alinhadas com alguns autores: Nohara, Acevedo e Vila (2005) ressaltam que “cada vez mais o gerenciamento de riscos deve ser inserido nas funções estratégicas da empresa”. E Heineman (2012) afirma que a chance de alcançar os objetivos organizacionais, protegendo o valor da empresa, será maximizada por ter um forte tom no topo de uma organização em relação à gestão de riscos.

Houve coesão e convergência de crenças por parte dos participantes, como ficou explícito durante o tempo de discussão da variável ESTRATÉGIA. A declaração a seguir enfatiza essa constatação: “[...] então, de uma forma geral, quando você pensa no planejamento estratégico, você tá pensando em risco o tempo todo” (RT de Enfermagem).

Evoluindo na análise da variável, fez-se necessário identificar a existência de um programa e sua forma de liderança.

Neef (2005, p. 115) preleciona que uma organização precisa de uma resposta coordenada com base em um programa que propicie uma estrutura de gerenciamento de riscos. Esse enquadramento geralmente consiste de um conselho e de liderança, como um *Chief Risk Officer*.

Para operacionalização da GR, um comitê de riscos foi instituído em 2008, com uma estrutura muito mais abrangente. A evolução é notória, de acordo com o depoimento seguinte:

Eu vejo assim, como membro do comitê, eu acho que o grupo “tá” aprendendo com todo o processo, eu vejo uma evolução do grupo e eu vejo o comitê como um grupo que realmente trabalha para aprovar e definir políticas de gestão dos riscos dentro da instituição. Propor estratégias que vão garantir a comunicação, a disseminação dessa política, trabalhar essa tranquilidade de tratar as ocorrências. Eu

consigo ver nitidamente porque, quando eu entrei tinha um ano que a gestão de risco tinha começado, então, assim, no início acontecia alguma coisa e todo mundo ficava apavorado, com medo e, meu Deus! O que “que” nós vamos fazer [...]. Aquilo muito escondido, muito velado, o que “que” nós vamos fazer, como que vai ser? Hoje não. A gente senta, a gente conversa, a gente discute com muita naturalidade, não que a gente não encare a ocorrência como algo grave, mas que a gente, “tá” todo mundo envolvido no sentido de garantir que aquilo não aconteça novamente. (Responsável Técnica de Enfermagem)

Nos documentos do hospital havia registro da existência de um comitê de riscos com a estrutura mostrada na FIG. 19.

FIGURA 19 – Organograma do Comitê de Gestão de Riscos



Fonte: Regimento da comissão de riscos da organização pesquisada.

Percebe-se que existe um líder geral para a GR, porém sem a denominação de *Chief Risk Office*. O vínculo hierárquico desse líder está no segundo nível de comando da organização.

Os pesquisadores, por intermédio de Donaldson, Corrigan e Kohn (2000, p. 75), citam que a liderança do centro de gestão de riscos deve possuir o requisito experiência e autoridade.

Webb (2012) direciona a importância do *Chief Risk Office* para o fato que este deve congrega as partes da organização envolvidas na GR, bem como liderar o processo de incremento da compreensão e consciência da interação em toda a organização.

Outra questão discutida no grupo focal foi: existe no hospital declaração formal instituindo diretrizes sobre a gestão de riscos?

Para Neef (2005, p. 115) deve existir uma declaração de valor e um programa dedicado à integração entre GC e GR.

Os participantes do grupo focal posicionaram-se de forma contundente quanto a:

Eu vejo assim, como membro do comitê, eu acho que o grupo “tá” aprendendo com todo o processo, [...] e eu vejo o comitê como um grupo que realmente pra aprovar e definir políticas de gestão dos riscos dentro da instituição [...] Trabalhar estas diretrizes com tranquilidade. (RT de Enfermagem)

Complementando as informações do grupo, a política institucional de riscos da instituição, mostrada no QUADRO 13, reforça a preocupação com a declaração formal das diretrizes quanto à segurança do paciente.

QUADRO 13 – Política de riscos

POLÍTICA INSTITUCIONAL DE GESTÃO DE RISCOS

O Hospital do Câncer de Muriaé define e se compromete com a política de gestão de riscos baseada nas seguintes diretrizes e intenções:

- Definir como diretriz estratégica a gestão de riscos.
 - Garantir a integridade dos clientes internos / externos e visitantes.
 - Garantir atuação efetiva e imparcial da comissão de gerenciamento de riscos.
 - Atuar proativamente em todos os processos da organização.
 - Promover a melhoria contínua dos processos por meio de análise crítica das ocorrências indesejáveis.
 - Garantir que todos os colaboradores possam identificar, notificar, monitorar e prevenir os riscos financeiros, sanitários e assistenciais, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil.
-

Fonte: Regimento da comissão de riscos da organização pesquisada.

Verificou-se que as diretrizes e intenções firmadas nessa declaração de valor são coerentes com os requisitos da NBR ISO 31.000:2009 no seu subitem 4.3.2, pois apresenta alinhamento com os 11 princípios mundiais da GR (subitem 2.2.3.2 – A, seção 3), além de ser atrelada ao propósito maior da organização (missão).

Como citado por Neef (2005), essa declaração de valor estabelece as diretrizes e intenções para o programa de GR da Instituição. O arcabouço da GR está

calcado em atribuição de responsabilidades e autoridades coerentes com uma estrutura mínima para GR, conforme preconizado pela ABNT NBR ISO 31.000:2009 em seu item 4.3 - Estrutura para GR.

Numa OPSS complexa como um hospital, existem diversas categorias profissionais vinculadas à assistência, cuja atuação é pautada pelo compromisso ético. A atividade assistencial pela equipe multidisciplinar é repleta de riscos inerentes e qualquer deslize profissional pode configurar falta de ética na atuação.

Neef (2005, p. 115) explicita que deve haver uma estrutura ética de gerenciamento, normas de conduta, comando ético e um programa dedicado e ético para a GR.

A organização pesquisada ainda não desenvolveu um código de ética institucional abrangente, sendo hoje a prática baseada na legislação vigente das categorias profissionais. Ex 1: comissão de ética do corpo clínico, vinculado ao Regimento do Corpo Clínico. Ex 2: comissão de ética na enfermagem: “Existem algumas iniciativas. Mas, dá pra crescer, dá pra evoluir. Existem as práticas de gestão de pessoas, existem os órgãos, as comissões de ética, mas precisam ser mais atuantes, mais ativas [...]”. (Gestor Financeiro)

Configurando possivelmente uma oportunidade de desenvolvimento e incremento de consistência da GR para a organização pesquisada, pode-se ponderar sobre a possibilidade da criação de um código de ética para abranger 100% dos colaboradores perante situações inaceitáveis em todos os processos (estratégicos, de apoio e assistenciais). Tal iniciativa atuaria como forma de modelagem da cultura e garantia de notificação.

4.1.2.2 Responsabilização e recursos

Para análise desses temas, foram utilizadas as metodologias da pesquisa documental e grupo focal.

a) Responsabilização

Em relação às responsabilidades, buscou-se identificar qual a participação da alta administração na estrutura de gestão de riscos. Ficaram configuradas as seguintes:

- Aprovação da política de riscos;
- aprovação da estrutura da comissão de gestão de riscos;
- aprovação do orçamento para GR;
- análise de eventos de mais impacto;
- aprovação de recursos extraordinários;
- aprovação dos métodos a serem utilizados na GR;
- analisar relatórios da comissão de gestão de riscos, incluindo desempenho via indicadores.

Para líderes há a descrição de função que consta obrigação de relato de eventos, análise, geração de plano de tratamento e checagem de eficácia.

As responsabilidades e autoridades para GR são definidas e comunicadas na organização a partir de:

- Regimento da comissão de riscos;
- treinamento de integração;
- descrição de função para líderes, constando obrigação de relato de eventos de riscos, análise de eventos, geração de plano de tratamento e análise de eficácia;
- diversos procedimentos da qualidade, ao descrever as atividades da rotina.

Não se constatou detalhamento das competências necessárias para gerenciar riscos em todas as funções previstas no regimento do Comitê de Riscos, certamente consolidando uma oportunidade de melhoria.

b) Recursos

Quanto à definição de recursos, a seguinte pergunta-chave foi feita aos participantes do grupo: como os recursos são instituídos para gestão do conhecimento e para gestão de riscos?

Projeto! A gente senta com as partes interessadas, com as áreas envolvidas e, aí, a gente traça estratégias, ações, a curto/médio ou longo prazo, que vão impactar, no final a gente garantir que aquele evento não aconteça. Por exemplo, a gente “tá” fazendo esse trabalho com a farmácia, são “n” ações. Algumas que não envolvem investimento financeiro, outras que envolvem e a gente está trabalhando gradativamente em parceria, que vai impactar tanto pra melhoria e a segurança [...] na questão da administração do medicamento. (Responsável Técnica de Enfermagem)

Ou seja, existe uma prática organizacional de elaboração de projetos para fins específicos. Pode-se considerar como um canal de solicitação e garantia de recursos pertinentes.

Visando entender o planejamento de verbas para treinamentos, perguntou-se: como funciona o orçamento para treinamento?

Cada área tem um orçamento mensal e anual destinado a todas as ações que a gente vai precisar ou poderá precisar executar durante o período. Então, tem um orçamento fechado pra treinamento, tem um orçamento fechado pra pessoal. (Responsável Técnica de Enfermagem)

Fica claro que a organização tem a preocupação de prover meios para garantir o fluxo entre a necessidade e a provisão. Quando se fala em provisão de recursos, é comum se falar em orçamento. E quando se trata de prevenção, fica mais forte ainda a necessidade de se trabalhar com previsão orçamentária. O grupo foi questionado sobre a existência de um orçamento geral.

Sim. Ainda falta muita maturidade dos gestores. A gente sabe que já melhorou demais, mas, pro que realmente é orçamento. Porque, hoje, ainda não existe uma cobrança tão forte por parte da administração [...] por enquanto, para aqueles que ultrapassaram o orçado. (Responsável Técnica da Farmácia)

Mas com a avaliação de competências, que vai ser implantada [...] é um dos indicadores que os gestores serão avaliados. (Gestor Administrativo)

Todos os gestores serão avaliados quanto a: orçado X realizado. (Gestor Administrativo)

Direcionando a mais um tipo de recurso, fez-se nova pergunta: um dos recursos é a mão-de-obra. E a definição de competências por função, como é que eu defino a competência certa para a função certa, para que a função seja desempenhada da melhor forma possível?

Existe a descrição dos cargos e lá tem a descrição detalhado do cargo e, depois, competências e habilidades, né, o conhecimento teórico que a pessoa precisa ter, experiências anteriores e, aí, depois, as responsabilidades [...]. E entra a parte do processo seletivo também. Então, sempre é solicitado para o gestor de cada área que faça a revisão desses cargos [...] que tem condições de saber o que precisa pra aquele cargo. Por outro lado, tem algumas situações que são sistêmicas e deveriam partir da gestão de pessoas, ditadas e eu como gestora, sinto um pouco de dificuldade nisso. (Responsável Técnica de Farmácia)

Quanto a outros recursos necessários, pode-se identificar na documentação da organização:

- Que o método utilizado no processo de avaliação de riscos é o HFMEA. Existem planilhas contemplando os riscos de cada processo, em que as barreiras atuais são citadas como contingenciadoras das situações indesejáveis.
- Que existe uma ferramenta de monitoramento denominada de auditoria, baseada em riscos, em que as barreiras de cada processo crítico são checadas quanto à sua operacionalidade e eficácia.
- Que existem diversos procedimentos documentados e aplicados operacionalmente de forma específica e alguns sistêmicos.
- Que existem orçamentos para GR e GC.
- Que existem formas definidas de comunicação disponíveis, conforme item específico neste capítulo.
- Que a GR tem um espaço próprio no treinamento de integração de novatos, para divulgação das práticas e conceitos.
- Que existem recursos nos setores para GR e GC a partir de mão-de-obra especializada ocupando os cargos; ferramentas de TI (*software* ERP como

base de dados e o *INTERACT SOLUTIONS® – RISK MANAGER*); e consultoria temática especializada.

- As competências mínimas para o exercício da função são definidas pela gestão de pessoas em conjunto com os líderes setoriais.

No que diz respeito à responsabilização, a ABNT (2009, subitem 4.3.3 p. 11) destaca que a responsabilização, autoridades e competências devem ser asseguradas para gerenciar riscos de forma suficiente, eficaz e eficiente. Quanto aos donos dos riscos, a ABNT (2009, subitem 4.3.5 Recursos, p. 11) define aspectos a serem considerados para recursos:

- Competências;
- cumprir as etapas da GR;
- processos, métodos e ferramentas;
- processos e procedimentos documentados;
- sistema de gestão da informação e conhecimento;
- programas de treinamento.

Pelo exposto, fica claro que a organização dá relevante importância a recursos e responsabilização e isso está alinhado ao referenciado na academia, conforme Nohara, Acevedo e Vila (2005), quando falam sobre a integração na atual sistemática de tomada de decisão em todos os níveis.

4.1.2.3 Comunicação e consulta

Este requisito foi avaliado por pesquisa documental e respostas do grupo focal. A ABNT NBR ISO 31.000:2009, no seu item 5.2 - Comunicação e consulta, recomenda que haja comunicação e que a consulta às partes interessadas sejam realizadas nas fases de estabelecimento de contexto, avaliação de riscos e tratamento de riscos.

As respostas dos integrantes do grupo foram contundentes quanto à comunicação, afirmando que existem canais para os clientes se manifestarem (serviço de atendimento a cliente - SAC, ouvidoria e o “fale conosco” no *site*), porém nenhuma parte interessada externa foi consultada quanto às etapas nas quais

consultas deveriam estar sendo realizadas quanto a: contexto, avaliação de riscos e tratamento.

Aqui fica perceptível um espaço para melhoria no atendimento aos requisitos da ABNT NBR ISO 31.000:2009, quanto a envolvimento das partes interessadas externas.

4.1.2.4 Contexto

Todo este item foi avaliado por meio de pesquisa documental. A consulta foi efetuada no regimento da comissão de gestão de riscos, procedimentos de gestão de riscos e mapas de riscos.

a) Externo e interno

Os fatores levados em consideração passam pelos seguintes pontos: legislações aplicáveis, ambiente cultural da organização, estratégia e objetivos estratégicos para a gestão de riscos.

b) Contexto do processo de GR

O âmbito no qual a gestão de riscos é aplicada deve privilegiar tópicos importantes para a GR, tais como: responsabilidades; escopo; metodologias; formas de análise e medição de desempenho. Foi detectado na íntegra o atendimento a tais tópicos.

c) Critérios de risco

Os critérios típicos de riscos podem variar conforme a área de atuação empresarial. Os critérios definidos pela comissão de gestão de riscos são coerentes com a política de gestão de riscos institucional. As formas de relacionamento desses critérios com o processo de avaliação de riscos são cruciais para a gestão de riscos. Os dois próximos itens especificam esse relacionamento. EX: Eventos Sentinela em 4 níveis para OPSS.

C1) Tolerância aos riscos

Nohara, Acevedo e Vila (2005) argumentam que a determinação e a disseminação da tolerância ao risco é também uma parte essencial do gerenciamento de risco e precisa ser entendida em termos da organização como um todo.

Os limites de tolerância bem como o tipo de ação requerida para cada nível foram consensuais pelos integrantes do comitê de gestão de riscos como um dos critérios para operacionalização da GR, como consta da FIG. 20.

FIGURA 20 – Limites de tolerância

Nível de Risco	AÇÕES	Ações requeridas	
		DEVO	POSSO
< =4	Nenhuma ação é requerida e não são necessários registros complementares. Comunicar a 100% das partes interessadas, Conscientizar e treinar.		AP
< 12 e >4	Medidas de otimização nos processos, nos materiais, equipamentos e adequação dos procedimentos, além de treinamento específicos, controles e avaliação da necessidade de objetivos e metas de redução do nível de risco. Monitoramento obrigatório dos controles.		AP
>= 12 e <=16	Objetivos e metas de redução do nível de risco devem ser estabelecidos. Definir monitoramento onde aplicável. No mínimo uma medida PREVENTIVA <u>deverá</u> ser adotada.	AP	
Fonte: Documento da organização pesquisada		AP: Ação Preventiva	

Há três níveis de tolerância, sendo que cada um deles estipula a ação preventiva como principal ferramenta da qualidade. Porém, na faixa de intolerância ao risco (vermelha), a ação preventiva deverá ser obrigatoriamente implementada, pois tal faixa evidencia que o nível de risco inerente ao processo em questão está fora do aceitável. Nas demais faixas de tolerância, a ação preventiva é recomendada.

O grupo de participantes explicitou a aversão aos riscos em todas as declarações, sendo considerada usual tal postura diante das características de uma OPSS tipo hospital.

c2) Nível de risco

No ato da elaboração do mapa de risco inerente a um processo, a metodologia preconizada pela organização pesquisada prevê que a magnitude do risco seja definida pelo cruzamento do valor da probabilidade e da gravidade de cada situação indesejável, a partir das escalas previstas na matriz da FIG. 21.

FIGURA 21 – Matriz de riscos com limites de tolerância

P(X)		GRAVIDADE				
		MENOR 1	MODERADA 2	MAIOR 3	CATASTRÓFICA 4	
		FREQUENTE 4	4	8	12	16
		OCASIONAL 3	3	6	9	12
		INCOMUM 2	2	4	6	8
		REMOTA 1	1	2	3	4

Fonte: Documento da organização pesquisada.

Esse nível de risco (valores entre um a 16) evidenciará qual a prioridade para tratamento, considerando-se os níveis de tolerância planejados pelo comitê de riscos na FIG. 20.

A metodologia para a avaliação de riscos foi selecionada pelo comitê de gestão de riscos do hospital pesquisado, a partir da HFMEA. O formulário aplicável está apresentado na FIG. 22.

FIGURA 22 – Formulário da ferramenta HFMEA

HOSPITAL		MAPA DE RISCO						Equipes:						
								Elaborado por:						
								Nº Revisão:						
PROCESSO:					Em: __/__/__			CONTINGÊNCIA		RISCO INACEITÁVEL		Em: __/__/__		
IDENTIFICAÇÃO DO RISCO					1ª ANALISE							NOVA ANALISE		
Processo	Situação Indesejável	Causa(s) Real (ais) do Risco (porque ocorre?)	Barreiras preventivas para detecção: quais são as ações EXISTENTES para que seja minimizado o risco?	Dano (o que pode acontecer) Quais são as consequências do evento indesejável ?	Gravidade	Probabilidade	Nível de Risco	Ações Recomendadas de recuperação após a ocorrência de evento indesejável	Responsável	Ações Preventivas Recomendadas (obrigatório quando na área amarela e vermelha)	Quem e até quando ?	Gravidade	Probabilidade	Nível de Risco

Fonte: Procedimento da Organização Pesquisada

O uso da matriz de nível de riscos (FIG. 21) é previsto na etapa análise (subitem 4.1.2.5). Tal matriz é suporte à ferramenta HFMEA (FIG. 22) e os limites de tolerância (FIG. 20) completam o arcabouço para o processo de avaliação de riscos. Com base nessa avaliação é definida a necessidade ou não de tratamento. Os requisitos da ABNT NBR ISO 31.000:2009 item 5.3 – Contexto são atendidos, pois apresentam as seguintes características: ferramenta de dimensionamento de riscos (HFMEA) específica para a área de saúde e aceita por organismos certificadores internacionais da área de saúde. O formulário da HFMEA propicia registro completo de todas as etapas de gestão de riscos, tais como: contexto interno, identificação, análise e tratamento de riscos. É prática disseminada por toda a organização.

Nohara, Acevedo e Vila (2005) explicam que a tolerância a riscos pode ser determinada por meio de consultas às diversas partes afetadas. Considerando essa citação, há uma possibilidade de incremento do nível de adequação desse requisito, a partir de mais envolvimento das partes interessadas na definição do contexto.

4.1.2.5 Avaliação de riscos (identificação, análise, avaliação)

a) Identificação

A seguinte pergunta-base foi formulada para início da discussão deste item: quais as formas que a organização usou para identificação dos riscos? Os integrantes do grupo indicaram: consultoria; histórico de notificações; relatórios de visitas/auditoria; prevalências de não conformidades dos setores; reuniões setoriais com os colaboradores.

Essas formas citadas ratificam Neef (2003, p. 154), quando este explica que há muitas ferramentas e métodos para identificação de riscos.

O grupo foi unânime em afirmar que todas essas formas se complementam e foram válidas (por serem fontes de dados), como pode ser percebido:

Tem que saber filtrar as informações que são passadas. Você tem várias cabeças pra pensar ao mesmo tempo. Podem te ajudar ou ao mesmo tempo podem deixar confuso. (Supervisor do bloco cirúrgico)

Mas foi orientado, também, a fazer o “*brainstorming*”. Que é o que o supervisor do bloco cirúrgico está falando. Você pode fazer o exercício, anotar tudo. (Gestor de riscos)

E foi filtrado aqui também. Recebemos toda a listagem que veio de todos os setores, juntamos com as prevalentes, com as históricas. Na hora que fechamos, a análise estava pronta, o filtro fechou na gestão de risco. (Assessora de riscos)

Os filtros possíveis foram aplicados e a organização considerou essa forma de trabalho eficaz.

Os documentos da organização permitiram verificar que existem três instâncias de validação da avaliação do(s) risco(s) identificado(s), tais como: chefia setorial; gestão de riscos; sistema de gestão da qualidade (SGQ). Esses mesmos documentos ainda revelam a frequência e o tipo de estímulo nos quais são revisados os riscos listados e a ferramenta HFMEA: diante de evento sentinela, imediato; programação anual; estímulo de evento correlacionado; diante de informação advinda das comunidades de prática externa.

A norma ABNT NBR ISO 31.001:2009 – Gestão de Riscos (subitem 5.4.2) explicita a afirmativa de que pessoas com conhecimento adequado sejam envolvidas na identificação dos riscos, pois sugere que as informações adequadas sobre os fatos por trás dos acontecimentos, sempre que possível, sejam apuradas e consideradas.

De Cicco (2005) comenta que a identificação será mais produtiva quando a organização desmembrar a atividade por partes(processos) ou elementos-chave.

Verificou-se, a partir de pesquisa documental, que quando foi realizada a identificação dos riscos, houve a fragmentação em setores/processos e eventos indesejáveis sistêmicos. O grupo também reconheceu de forma unânime que as pessoas dos setores foram envolvidas nessa etapa da GR.

A prática realizada pela organização está alinhada e coerente com Nohara, Acevedo e Vila (2005), que acreditam que o gerenciamento de risco afeta as atividades de todos na organização e que as pessoas de maneira geral podem contribuir positivamente na identificação das probabilidades e no impacto dos riscos. Na construção do perfil de risco corporativo, devem ser coletados informação e conhecimento, em todos os níveis, para ajudar na compreensão da gama de riscos que eles enfrentam interna e externamente, das probabilidades e impactos potenciais desses riscos.

Os participantes do grupo focal declararam que outras partes interessadas (convênios, conselho de administração, comunidade, etc.) não foram envolvidas de forma direta no processo de identificação de riscos. Clientes e fornecedores foram considerados pelo histórico de ocorrências de eventos. Diante disso, infere-se que se houver o envolvimento de todas as partes interessadas, a diversidade de pontos de vista poderá enriquecer a listagem de riscos identificados. Tal citação está de acordo com De Cicco (2005, p. 18), que preconiza que as organizações devem buscar a validação das opiniões sobre os riscos, considerando-se as diversas contribuições das partes envolvidas.

b) Análise e avaliação

As FIG. 12 e 13 evidenciam o comportamento necessário a essas duas etapas. A verificação de documentos da organização pesquisada foi realizada para identificar as práticas dessas etapas. Foram identificados os mapas de risco de inúmeros setores, nos quais os processos são detalhados e os riscos especificados em:

- Causa(s), barreira(s) atuais para detecção, dano(s) possível(eis), nível de gravidade(G), nível de probabilidade(P), nível de risco (GxP), ações de contingências se a não conformidade ocorrer, plano de ação preventiva (caso o nível de risco tenha extrapolado) e análise do estado melhorado (para redimensionamento do nível de risco após a implementação do plano de ação preventiva – se houver).
- Esses mapas de risco estão distribuídos como cópia controlada.

Com base nos critérios de risco e ferramenta de avaliação, a organização desenvolveu os mapas de risco de todos os setores/processos.

Essas duas etapas foram implementadas de forma adequada aos requisitos da ANBT NBR ISO 31.000:2009, gerando disseminação dos conceitos de riscos, padrões de trabalho com controles operacionais de detecção de eventos (barreiras) e *inputs* para a auditoria baseada em riscos.

4.1.2.6 Tratamento

Tipicamente, quando se está aplicando pela primeira vez a planilha de riscos, as possibilidades previstas para tratamento de situações indesejáveis cujo limite de riscos seja intolerável constam da FIG. 14.

A análise da planilha HFMEA (FIG. 22) mostra que há espaço reservado para registro da forma de tratamento selecionada.

Diante de ocorrências de situações indesejáveis na rotina, foram identificadas as seguintes ferramentas da qualidade utilizadas para investigação desses eventos:

RCA – ferramenta de análise de causas; e ferramentas da qualidade, tais como: espinha de peixe, GUT, 5 porquês, entre outras. Os registros são efetuados no módulo de ocorrências do *Interact Solutions*® e HFMEA.

Ficou notório o cuidado com os eventos sentinela e, na ocorrência destes, as barreiras vigentes são verificadas quanto à sua eficácia no instante em que se analisam a(s) causa(s) determinante(s).

Com base na análise dos procedimentos da qualidade, percebeu-se a classificação dos eventos, em termos de consequências (impactos), da seguinte forma:

- Assistenciais e administrativos: classificados em três níveis de criticidade:
 - i. MC – muito críticos (chamados de eventos sentinela);
 - ii. C – Críticos;
 - iii. T – Triviais.

Ficaram explícitos, nesses documentos, os critérios nos quais são selecionadas as pessoas para definir o tratamento necessário a um evento real.

- Evento sentinela: os envolvidos no fato são os gestores e os membros da comissão de riscos.
- Evento críticos ou triviais: são envolvidos, por notificação via *software*, os líderes dos setores/processos vinculados.

Uma pergunta específica sobre compartilhamento de experiências foi realizada: como é que vocês se reúnem hoje para analisar um evento sentinela?

E, assim, é impressionante a riqueza quando a gente analisa com mais, um grupo maior e com pessoas e cabeças e formação diferente. Quando a gente envolve principalmente o técnico de enfermagem num evento assistencial é impressionante a riqueza. Os planos de ação que nascem desse debate, dessa discussão são muito ricos. (Gestor de riscos)

E aí que eu acho também, que eu estava pensando na outra pergunta, é a gente levar o que já foi discutido na análise do evento e o comitê complementar na reunião mensal. (Gestor de Riscos)

A pesquisa documental proporcionou identificar como funciona a sistemática de avaliação da eficácia de ações corretivas implementadas: análise do gestor envolvido; análise do SGQ; indicador de reincidência vinculado ao tipo de evento.

A organização estuda a possibilidade de gerar uma análise pela comissão de riscos, a cada reunião ordinária, dos registros de eventos sentinela, como forma de aprimoramento e revisão.

ABNT NBR ISO 31.000:2009, subitem 5.5.1 – p. 19 recomenda: “[...] as opções de tratamento podem incluir: [...] d) redução da probabilidade [...] e) redução das consequências”; e no subitem 5.5.3 p. 20: “convém que o risco residual seja considerado após o tratamento [...]”.

Não foi intenção identificar as formas de tratamento em relação aos eventos já tratados, porém ficou notório em pesquisa documental que:

- O conceito de ação corretiva, conforme ABNT NBR ISO 9000:2005, é seguido.
- Há análise da eficácia dos controles (barreiras) atuais, como forma de aumentar a capacidade de detecção e redução da probabilidade.
- O risco residual é analisado quando se faz análise do estado melhorado (após a implementação das ações) e, conseqüentemente, do risco residual. A ferramenta HFMEA propicia e garante essa forma de trabalho.

Foi possível perceber que o compartilhamento de informações para o tratamento de eventos indesejáveis utiliza formas consagradas, tais como: ferramentas de investigação internacionais; *software* dedicado de registro; conceitos internacionais de ação corretiva e eficácia, com classificações de impacto coerentes com as características hospitalares.

De Cicco (2005) enfatiza que a experiência e o conhecimento das partes envolvidas são cruciais no desenvolvimento de tratamentos de riscos que serão eficazes e aceitáveis.

4.1.2.7 Monitoramento e análise crítica

A grande finalidade desse requisito é prover dados e informações para a melhoria da gestão. Esses monitoramentos e análises críticas podem ser periódicos ou

pontuais. A partir de pesquisa documental, pôde-se identificar práticas organizacionais para tal. Estas estão contidas no QUADRO 14.

QUADRO 14 – Práticas organizacionais para monitoramento e análise crítica

Requisitos da ABNT BNR ISO 31.000:2009 – item 5.6	Práticas Organizacionais
Garantir que os controles sejam eficazes e eficientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Auditoria baseada em riscos; • RCA, com obrigatoriedade de checagem se os controles (barreiras) foram funcionais; • fluxo de aprovação dos mapas de riscos por três instâncias (chefia setor, SGQ e riscos).
Analisar os eventos, tendências, sucessos e fracassos, bem como gerar aprendizado.	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores; • Lições aprendidas a partir da roda de conversa, conforme 4.1.3.4 – Aprendizado; • A partir do módulo ocorrências do <i>Interact Solutions®</i>; • comissões obrigatórias.
Identificar os riscos emergentes. Detectar mudanças no contexto interno e externo.	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidades de prática: rede sentinela e PBSP; • rede de comunicação com entidades vinculadas ao setor hospitalar; • publicações setoriais; • relatórios de ocorrências do <i>Interact Solutions®</i>;
Obter informações adicionais para melhorar o processo de avaliação dos riscos.	<ul style="list-style-type: none"> • Lições aprendidas a partir da roda de conversa, conforme 4.1.3.4 – Aprendizado; • ciclo de melhoria definido pela qualidade.

Fonte: Documentos da organização pesquisada

Como base no exposto, foi possível perceber que a organização pesquisada tem meios de atender a esse requisito normativo e gerar melhorias no processo de gestão de riscos.

4.1.2.8 Desempenho para melhoria contínua

A discussão sobre o tema iniciou-se com a seguinte pergunta: como a organização enxerga o sistema de medição de desempenho da gestão de riscos? Fica evidente, pela declaração a seguir, que há adequada noção da necessidade de tomada de decisão factual.

É a demonstração, a forma de demonstrar resultado [...]. Se não tiver uma meta vai ficar só no eu acho que é bom, eu acho que é mais ou menos. Você precisa ter uma meta. (Responsável pela TI)

É. E pra gestão também. Pra decisão sem base, sem indicador, você não consegue fazer nada. (Responsável Técnica da Farmácia)

Dois enfoques podem ser detectados nessas declarações. O primeiro, quanto à informação disponível sobre o desempenho, quando se fala em meta de indicador. Aqui o participante ratifica Neef (2005), que classifica como um dos focos preponderantes para a integração *Knowledge Risk Management* o adágio: "não se pode gerenciar aquilo que você não pode medir". E o segundo enfoque quanto à tomada de decisão, quando se fala que nada pode ser feito na gestão em geral sem amparo factual.

Em relação à tomada de decisão com base em riscos, a fala a seguir esclarece a questão da sistematização:

[...] Não existe uma sistematização disso, ela acontece informalmente. A gente acaba a todo momento, a toda tomada de decisão, visualizando que há um risco aqui, há uma situação ali, mas não há uma sistematização! (Gerente Financeiro)

Fleury e Fleury (2000) citam que a construção da memória organizacional refere-se ao processo de armazenagem de informações com base na história organizacional e deve incluir todas as experiências, tanto as bem-sucedidas quanto as malsucedidas.

Apesar da decisão ser factual, fica explícita uma grande oportunidade de desenvolvimento da GR nesse ponto. A inclusão da gestão de riscos no processo decisório é uma forma de incremento da capacidade de prevenção.

Um dos atributos defendidos por Neef (2005) para a integração da gestão do conhecimento à gestão de riscos é que os dados sejam rastreáveis, verificáveis e transparentes. Para investigar a fidedignidade e qualidade dos dados utilizados na medição de desempenho, foi feita a seguinte pergunta: como é que vocês garantem que os dados sejam transparentes e rastreáveis?

A próxima resposta permite abstrair que existe noção adequada sobre esses requisitos importantes para integração.

É na forma de registro [...] o próprio arquivo que a gente tem de acompanhamento das notificações, garante a rastreabilidade [...].
(Responsável Técnica da farmácia)

É. Pra quem quer disseminar o conhecimento tem que ser transparente mesmo. (Responsável pela TI)

De arquivo mesmo, igual, por exemplo, as notificações feitas à Vigilância Sanitária. Elas ficam tanto no *síte* da ANVISA, no Notivisa, quanto os impressos [...] com um número de rastreabilidade do evento que foi notificado, por exemplo. As notificações feitas aqui dentro é que não estão dentro do sistema, tem um arquivo dessas notificações. Então, a gente tem como rastrear. O próprio sistema, a investigação é o grande aliado da gente no momento da investigação, que é da onde a gente tira prontuário do paciente, mais o sistema, que é onde a gente rastreia o horário, quantidade, tipo de medicação, lote, através de rastreabilidade de lote/validade, isso tudo. Então, todos têm acesso, principalmente o pessoal gerencial, acesso aos sistemas e, claro, cada um dentro da sua área, nos módulos diferentes que o sistema tem, a gente consegue acessar isso ou, na falta de algo ou alguém, via TI.
(Responsável Técnica da Farmácia)

Até mesmo pela organização pesquisada possuir o nível II – ONA, a rastreabilidade é algo implícito na legislação e no SGQ. A questão da transparência é regulada pelas alçadas de acesso à informação conforme a habilitação, posição gerencial ou o fato de pertencer a alguma equipe interna (cujo acesso aos dados necessários seja inerente).

Pela verificação no Módulo *Performance - Interact Solutions*[®], pôde-se verificar quais dados são utilizados para medição do desempenho, a partir das fórmulas de cálculo.

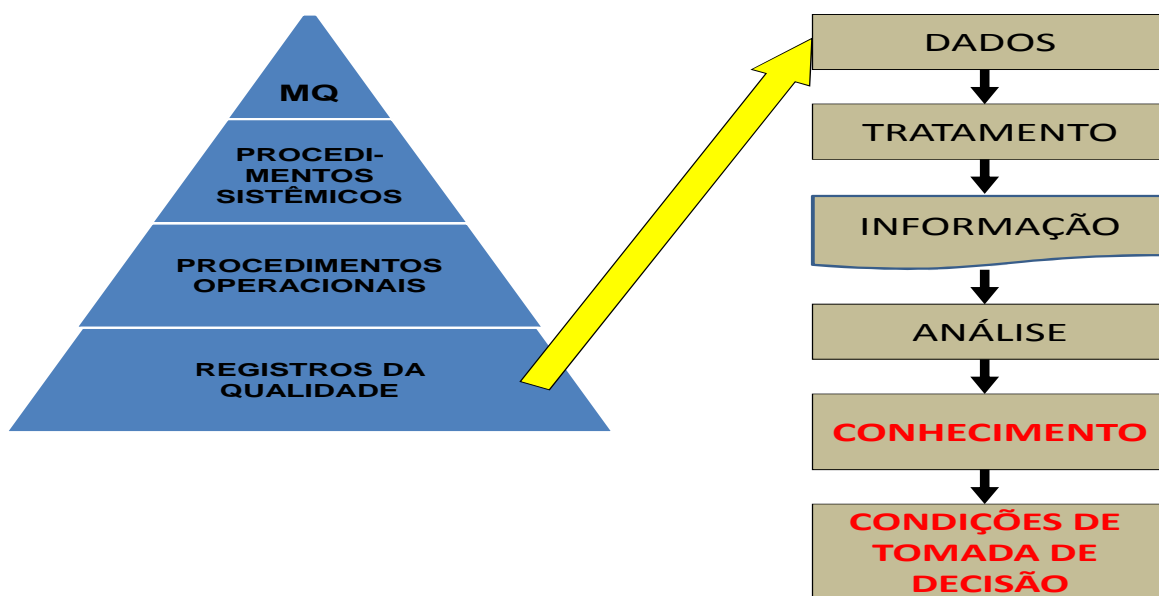
Por concepção de um sistema de gestão da qualidade, os dados fazem parte dos registros da qualidade (eletrônicos ou em meio físico) que são gerados nas transações rotineiras vinculadas às atividades de/em todos os níveis organizacionais.

Neef (2003, p. 191) assegura que a organização de documentos e políticas de retenção de dados são o cerne de um processo de integração de GC e GR eficaz. Ainda reporta que, devido ao grande volume de informações geradas, a organização necessita decidir de forma eficaz quais informações devem ser

destruídas, o que deve ser mantido e como organizar o que permanece para fácil recuperação.

Na organização pesquisada com base nas informações da pesquisa documental e do grupo focal, pôde-se formalizar como se configura o ciclo de tomada de decisão, conforme FIG. 23.

FIGURA 23 – Esquema do fluxo de dados / tomada de decisão



Fonte: Adaptação do autor, considerando a realidade operacional da organização pesquisada.

Percebe-se nitidamente o vínculo das bases da gestão do conhecimento (dados/informação) com o fluxo natural decisório em qualquer área de gestão.

Neef (2005, p. 117) ratifica essa síntese da organização a partir da seguinte citação: disponibilizar informações e experiências selecionadas e críveis para os líderes da empresa durante um incidente ou crise potencial é fundamental para o processo de tomada de decisões da gestão de risco.

Uma fonte de conhecimento crucial para tomada de decisão é o resultado da GR, por meio de indicadores. O Módulo *Performance* - Interact Solutions[®], evidenciou os seguintes Indicadores de gestão implementados:

- Indicadores:
 - i. Nº de eventos sentinela nas áreas assistenciais e o compilado da GR;

ii. nº de situações indesejáveis identificadas.

O grupo entende que a GR pode ser monitorada em especial pelos eventos sentinela, pois denotam a clara compreensão da definição da OMS para incidente (ANEXO D). Ou seja, danos desnecessários devem ser evitados. É unanimidade do grupo de participantes na discussão que o que não é identificado não é controlado, pois não haverá “barreira” intencional planejada.

Mas conhecimento deve ser compartilhado e, para tal, buscou-se saber como a organização comunica os resultados obtidos. Foram verificadas, nos documentos do SGQ, as seguintes formas de comunicação:

- *Software Interact Solutions*® pelo módulo *performance*, em que os colaboradores líderes de cada setor efetuam as análises e tomada de ação. Os colaboradores de cada setor são envolvidos nessa análise e/ou tomam ciência dos resultados;
- seminário bimestral;
- reunião do grupo gestor em análise de indicadores estratégicos;
- comitê de riscos.

É crença dos participantes do grupo que apesar dos dados serem transparentes à comunidade interna, é extremamente recomendável que essas informações sejam cerceadas à parte interessada – cliente, sob pena de prejuízo à imagem institucional.

Nohara, Acevedo e Vila (2005) alertam que é fundamental nesse processo que uma intensa comunicação seja estabelecida sobre os resultados do que se convencionou serem as práticas aceitáveis em relação a riscos.

Fica notório que uma sistemática de medição de desempenho em GR tem como objetivos estabelecer metas e monitorar o progresso dos resultados, bem como expandir a base de conhecimento e propiciar a tomada de decisão de forma factual, no rumo da melhoria da segurança nos cuidados de saúde.

Essa ferramenta, além de colaborar com a transparência, participa da ética institucional, conscientiza em relação aos problemas e gera recompensa aos colaboradores.

4.1.2.9 Síntese geral do objetivo

Como forma de apresentar os dados para resposta ao objetivo em questão neste subitem, foi elaborado o QUADRO 15 como síntese para consubstanciar a conclusão.

As práticas e o *status* de atendimento da organização pesquisada foram indicados com base no exposto nos subitens de 4.1.2.1 a 4.1.2.8.

QUADRO 15 – Requisitos Norma Brasileira – ABNT NBR ISO 31.000:2009 e suas práticas

Item da norma	Requisito	Requisito Chave da Norma	Práticas da organização / Status de Atendimento
4.2	Mandato e comprometimento	<ul style="list-style-type: none"> • Comprometimento forte e sustentado por parte da alta administração; • planejamento rigoroso e estratégico ; • disseminação em todos os níveis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Descritas no subitem 4.1.2.1 - Estrutura: estratégia e mandato para gestão de riscos dissertação; • atendimento pleno dos requisitos.
4.3	Concepção da estrutura para gerenciar riscos	<ul style="list-style-type: none"> • Entendimento da organização e de seu contexto; • estabelecimento da política de gestão de riscos; • responsabilização e recursos; • integração nos processos organizacionais; • comunicação e reporte internos/externos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Descritas no subitem 4.1.2.1 - Estrutura: Estratégia e mandato para gestão de riscos dissertação; • descritas no subitem 4.1.2.2 – responsabilização e recursos, desta dissertação; • atendimento pleno dos requisitos.
4.4	Implementação da gestão de riscos	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação da estrutura para gerenciar riscos; • implementação do processo de gestão de riscos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Descritas nos subitens desta dissertação: 4.1.2.3 – Comunicação e consulta; 4.1.2.4 – Contexto; 4.1.2.5 - Avaliação de riscos (identificação, análise, avaliação) ; 4.1.2.6 – Tratamento; 4.1.2.7 – Monitoramento e análise crítica. • Atendimento parcial dos requisitos.

continua

Item da norma	Requisito	Requisito Chave da Norma	Práticas da organização / Status de Atendimento
4.5	Monitoramento e análise crítica da estrutura	A fim de assegurar que a GR seja eficaz e contínua para apoiar o desempenho organizacional, convém: <ul style="list-style-type: none"> • Usar indicadores para medir o desempenho da GR; • analisar periodicamente se a política, o plano e a estrutura são apropriados; • reportar sobre os riscos, o progresso do plano e a estrutura de gestão e como a política de GR está sendo seguida; • analisar criticamente a eficácia da estrutura da GR. 	<ul style="list-style-type: none"> • Descritas no subitem 4.1.2.8 Desempenho para melhoria contínua, desta dissertação; • Atendimento parcial dos do requisito da norma;
4.6	Melhoria contínua da estrutura	Com base nos resultados da etapa anterior, convém que decisões sejam tomadas sobre a estrutura como um todo e que estas visem a melhorias na capacidade de gerenciar riscos e em sua cultura de gerir riscos.	Atendimento parcial dos requisitos da norma.

Fonte: elaborado pelo autor.

Foi possível perceber com base na síntese apresentada no QUADRO 15 que existem as seguintes oportunidades de desenvolvimento da organização pesquisada:

- Práticas de comunicação sejam incorporadas pelo regimento da comissão de riscos, como forma de oficialização dos canais típicos, bem como a forma destas serem operacionalizadas.
- Analisar periodicamente se a política de riscos, o plano de atuação e a estrutura continuam apropriados.
- Analisar se a estrutura de gestão riscos está adequada à dinâmica do contexto em que a organização se insere (dados oriundos da análise de ambiente externo e interno).
- Envolver de forma direta as partes interessadas externas, como forma de levantar dados substanciais ao processo de GR.

Desta forma, a organização poderá cada vez mais aperfeiçoar a estrutura para a gestão de riscos, fazendo com que esta migre em direção ao atendimento pleno dos requisitos da ABNT NBR ISO 31.000:2009.

O imprescindível para influenciar a cultura de gestão de riscos, operacionalização da comunicação/consulta, definição de contexto, identificação, análise, tratamento, monitoramento e análise crítica da GR está com nível satisfatório de adequação aos requisitos da ABNT NBR ISO 31.000:2009.

4.1.3 Ferramentas e práticas de GC para integração à GR

Análise do objetivo específico: mapear e descrever as ferramentas e práticas de GC utilizadas pela OPSS para propiciar a integração à GR tomando como base o autor Neef (2005).

Este item apresenta a análise das variáveis cultura e ambiente organizacional, compartilhamento, comunicação e aprendizado constantes do modelo de Neef (2005) propostos para a integração da GC à GR.

4.1.3.1 Cultura e ambiente organizacional

Este item analisa a variável cultura e ambiente organizacional, tidas como fundamentais para a integração entre gestão do conhecimento e gestão de riscos. Para analisar essa variável, foram feitas aos participantes do grupo focal oito perguntas. A primeira pergunta foi: como a organização vê o clima organizacional como elemento-chave para geração e compartilhamento do conhecimento? Percebe-se na fala de um representante da alta direção que há clareza desse impacto:

[...] na verdade essa questão da geração de conhecimento, acho que ela “tá” diretamente relacionada a uma diretriz da instituição. Acho que ela não surge do acaso, ela tem que ser introduzida, ela tem que ser incentivada, ela não acontece por si só. Então, é óbvio que o clima organizacional, acho que contribui pra uma difusão, pra intercâmbio, pras áreas se relacionarem melhor. Mas, a geração de conhecimento propriamente dita, eu acho que ela tem que ser induzida (Gerente Administrativo).

O participante ressalta a importância de ações da alta administração no sentido de incentivar, introduzir e induzir a geração do conhecimento na organização; e o clima organizacional tem papel-chave nesse processo.

Essa afirmação está coerente e fica valorizada diante do que Krogh, Ichijo e Nonaka (2001, p. 46) argumentam quando expressam que a criação do conhecimento não ocorre de maneira espontânea e que é de responsabilidade da organização incentivar "práticas gerenciais conscientes e sensíveis" que permitam a aproximação das pessoas e o compartilhamento do conhecimento.

A declaração seguinte deixa claro que um representante-chave da organização assume que um dos atributos dos processos finalísticos é a segurança. Define, ainda, que gestão de riscos e gestão do conhecimento são processos-meio (para assegurar a segurança como atributo final) e que há forte relação com o clima organizacional, sendo este afetado pelas análises dos eventos indesejáveis nos processos. Fica exposta a crença de que a finalidade da GR é um produto final mais seguro.

[...] que eu acho que qualquer processo que tenha nome de gestão ele é um processo-meio. Nunca é fim, é aquele velho gráfico lá, "*output*" e "*input*", é sempre meio, ela é sempre alguma coisa intermediária pra se gerar um produto no final. Então, acho que, nesse aspecto, a questão da geração de conhecimento, da questão de risco, na contribuição desse produto final que, aí sim, pode ter bastante relação com o clima organizacional pras pessoas aceitarem a gestão de risco como fonte de criação de conhecimento, né? Na análise desses processos, é, filtro de informações através da análise dos eventos pra melhoria lá no produto final, que tem que ser o foco da gestão de risco [...]. (Gerente Administrativo).

Essa fala encontra suporte em Angeloni e Dazzi (2009), que explicam que a criação de novos conhecimentos tem como consequência natural mudar a forma de pensar a organização e que o aproveitamento do conhecimento tácito dos colaboradores é muito importante, apesar de ser incongruente com a visão racionalista do modelo tradicional.

Um enfoque crucial quanto à questão do clima organizacional para a formação da cultura adequada para a integração da GC e do GR é a notificação de eventos. Apurou-se, pela pesquisa documental junto ao regimento do comitê de riscos, que existe uma sistemática estruturada de notificação composta de urnas estrategicamente dispostas pela organização, formulário específico e regras de controle e aceitação de notificações. O uso de urnas privilegia o anonimato

quando desejável pelo notificador. A coleta de informações é realizada pelos colaboradores da gerência de riscos que efetuam os filtros de significância e aceitação. Uma vez selecionadas as notificações consideradas como válidas, é feito o lançamento no *software Interact Solutions*® no módulo ocorrências.

Os participantes relatam que essa sistemática tem sua eficácia comprovada, pois se trabalha com a certeza de que a subnotificação é desprezível. Tudo isso é fruto de um processo de quatro anos de promoção da cultura da não punição, conforme fica perceptível:

Só que tudo isso não teria sido possível sem o início, é óbvio, e sem todo esse trabalho de sementinha. Por quê? Foi difícil demais, só quem “tá” desde o início é que sabe, né, Assessora da Gerência de Riscos. O tanto que foi difícil, fora isso, essa questão, assim, cultural da notificação, eu vou falar [...] .(Responsável Técnica da Farmácia)

Essa declaração tem suporte em Donaldson, Corrigan e Kohn (2000, p. 75), que defendem que as melhorias de segurança nunca ocorrem de uma só vez. Os resultados são alcançados a partir de um compromisso contínuo e de liderança exemplar.

Conforme exposto nas falas a seguir, foi possível perceber que a persistência e o monitoramento contínuo foram algumas das tônicas do processo de GR.

Isso foi uma coisa que a gente fez desde o início, na dúvida, notifique e ter repetido isso mais de um milhão de vezes trouxe essa cultura de notificação, que nós, da gestão de risco, sofremos demais porque vinha coisa do “arco da velha”. (Responsável Técnica da Farmácia)

E as notificações eu não acho que são no intuito de punir ninguém, mais no sentido do conhecimento, de melhorar e, aí, a posição do comitê ajuda nisso, vai onde que “tá” o evento, ele conversa com os envolvidos, ele se dispõe, né, a “estar” ajudando, isso porque se só notificar e não ter o retorno é complicado. (Gestora de Treinamento)

Os pesquisadores, por intermédio de Donaldson, Corrigan e Kohn (2000, p. 8), salientam a importância de existir um sistema de comunicação voluntário e confidencial como parte de uma estratégia global para melhorar a segurança do paciente.

Uma questão discutida no grupo focal abordou a necessidade da notificação plena, mesmo que ainda existam problemas com os notificados, conforme se pode constatar na declaração:

Assim, mas além dessa questão da punição que a RT da Farmácia falou, né, de criar essa cultura de estimular a notificação, que eu acho que não existe a cultura de punição, mas ainda existe aquele pensamento de que ah, você me notificou, né? Então, eu vou te notificar também, eu vou ficar tomando conta do que você faz. (Responsável Técnica de Enfermagem)

Fica claro por essa declaração que a cultura atual privilegia a análise dos erros e não a punição, mas ainda merece lapidação quanto à maturidade individual (comportamental) para lidar com erros. É uma questão cultural. É um estágio cultural natural dessa evolução organizacional.

Falando-se em termos de sistematização de ações da GR, o retorno ao notificador é relatado como algo importante e que deve ser respeitado, como:

Além disso, só reforçando o que a coordenadora de enfermagem falou, a questão do retorno também. Por que o que “que” a gente percebe? Eh... nem sempre o retorno daquela notificação chegou na ponta. O operacional nem sempre ele fica sabendo o que “que” aconteceu. (Responsável Técnica de Enfermagem)

Notam-se, na fala da RT de enfermagem, a preocupação e a noção de que o colaborador notificador deveria receber retorno em relação ao evento relatado.

Como forma de garantir a adesão ao sistema de notificação, foi questionado como a GR garante o retorno ao notificador.

Assim, era uma deficiência muito maior no início da gestão do risco. Mas a fala da RT da farmácia desde o início, pela dificuldade que a gente teve, e quando escuto o responsável pela TI falando que dentro de oito meses que nós tivemos um avanço muito grande, isso até emociona, né? (Gestora de Riscos)

[...] Então, assim, houve muita melhoria, muito avanço e começamos a dar esse retorno, esse “*feedback*”, principalmente nos eventos sentinela. Começamos a ir nas áreas, também. (Assessora de Riscos)

Essas declarações são devidamente destacadas por pesquisadores. Angeloni e Dazzi (2009) citam alguns fatores da estrutura convencional burocrática que

dizem respeito ao princípio da responsabilidade burocrática e ressaltam a defasagem existente entre a teoria sistematizada e a teoria em ação, gerando desconfiança e falta de credibilidade entre as pessoas da organização.

Por outro caminho, novos fatores são revelados quando uma participante ratifica o nível de importância do clima organizacional para as análises de eventos, bem como a necessidade da atitude exemplar das chefias como principal elemento para as próximas análises ocorrerem sem que o medo seja instaurado, conforme o seguinte relato.

E aí, pegando o gancho da experiência que a supervisora de enfermagem falou na outra pergunta, dentro dessa questão do clima, é importantíssimo sim pra essa questão da discussão do risco e tudo, pra geração do conhecimento através dessas análises críticas e tudo mais, mas acho que vem muito do lado, também, dessa questão da atitude mesmo nossa, porque não adianta achar que é uma imagem, que às vezes eu tenho uma imagem, a pessoa X tem outra, que a pessoa Y tem outra de uma mesma situação. Mas, essa questão da atitude da gente quando acontece um evento muito crítico, um evento sentinela que seja, ela sim vai servir de exemplo pras próximas tratativas [...]. Se a gente tratasse de maneira punitiva desde o início ou tivesse tido algumas atitudes radicais em alguns momentos, talvez, hoje, a gente não conseguiria ganhar tanto nessas análises críticas porque as pessoas teriam medo de falar. (Responsável Técnica da Farmácia)

Nesse momento como facilitador foi efetivada uma nova pergunta: como ficaria o nível de notificação se a punição fosse a tônica?: “Iria cair” (Responsável Técnica da Farmácia). Nessa resposta registra-se a consciência gerencial de que a punição levaria ao fracasso a GR, pela subnotificação.

Dando sequência à discussão, quando questionado se o corporativismo falaria mais alto, um dos participantes respondeu: “Sobrevivência. Eu preciso trabalhar, eu não vou notificar” (Responsável Técnica da Farmácia).

Essa afirmação é genérica e não é coerente com a cultura vigente da organização. Conforme exposto por diversos integrantes do grupo e perceptível nas citações anteriores, há forte convicção de que o nível de notificação é muito alto em decorrência da cultura da não punição. Conclui-se, então, que essa etapa de corporativismo pode até existir, mas não é mais representativa.

Os integrantes do grupo focal citam diversos fatores cruciais nos depoimentos feitos neste item, para que o clima organizacional seja favorável à integração da GC e GR, tais como:

- Cultura vigente;
- presença da equipe de GR nas áreas;
- retorno das notificações por parte da GR;
- atitude da chefia;
- anonimato perante notificações;
- redução do corporativismo;
- *software* aberto para transparência de dados;
- ausência de punição (como princípio);
- atitude de parceria dos líderes;
- comunicação efetiva;
- entre outros possíveis não citados e/ou explorados nesta.

Dando sequência às perguntas previstas: a organização tem algum sistema de reconhecimento dos esforços realizados e dos resultados favoráveis obtidos? Fica explícito que a organização realiza as comemorações necessárias aos grandes resultados, mas não há uma sistemática formal para tal, deixando em aberto um espaço de melhoria da cultura organizacional.

Nós temos, dentro do grupo gestor, estratégico, dentro das regras que, na época, o gestor administrativo propôs pro grupo gestor, que, mediante o alcance de bons resultados, que é pra comemorar, que é pra juntar e fazer alguma coisa. A gente sempre incentivou a comemoração. Mas, não tem nada formalizado... A gente não formalizou isso. (Gestor de Riscos)

A gente não tem um padrão, "tá"? (Responsável Técnica de Farmácia)

É muito, assim, parte muito de um posicionamento da gestão daquele setor. Por exemplo, lá no ambulatório de quimioterapia: há muito tempo que eles vinham lutando pra atingir a meta da satisfação do cliente. Aí, quando eles conseguiram, aí eu falei com o supervisor de enfermagem. Falei, não, conversa com os médicos, pra poder sair pra comemorar. Mas não existe uma sistemática institucional. (Responsável Técnica de Enfermagem)

Por exemplo, o gestor administrativo, ele está fazendo uma ação relacionada a faturamento [...] para a enfermagem especificamente. O gestor administrativo já falou que, mudando o resultado, ele já vai fazer um [...] pra nós. Mas, assim, uma coisa formal, da gestão de pessoas, não! (Supervisão de Enfermagem)

Acho que são ações isoladas e depende igual à RT de Enfermagem falou da iniciativa do gestor. Acho que a gente pode melhorar [...] (Gestor de Riscos)

Essas falas encontram suporte em Neef (2005, p. 115), que determina como faceta do primeiro foco preponderante para a integração KRM (QUADRO 5), a necessidade de um programa de comunicação apoiado por incentivos vinculados ao sucesso.

Considerando que o clima organizacional é um fenômeno resultante da interação dos elementos da cultura vigente, observa-se que a organização trabalha consciente de vários fatores cruciais que afetam o clima.

Ainda Neef (2005, p. 166), generalizando, menciona mais quatro fatores que afetam o clima organizacional e que facilitam a integração entre GC e GR: gestão formal; incentivo à partilha de conhecimento; comportamento ético; e a participação de todos os níveis e departamentos.

Outros pesquisadores, inclusive Vasconcelos (2000, p. 222), ressaltam que grande parte do conhecimento que circula em uma organização é tácito e está profundamente enraizado nas experiências, emoções, valores e ideais das pessoas. Tais raízes exigem a criação de ambientes propícios para sua geração e compartilhamento, como forma de gerenciá-lo.

Entendendo que o ambiente organizacional propício é influenciado diretamente por elementos da cultura, Nohara, Acevedo e Vila (2005) explicam que, para ser eficaz, a administração de risco precisa estar alinhada com a cultura interna.

No mesmo rumo desses autores, a ABNT NBR ISO 31.000:2009 cita em dois de seus princípios orientadores diretrizes para garantir uma inter-relação coerente entre cultura e clima organizacional, para fins de GR, tais como: convém que a GR deva ser feita sob medida; convém que a GR deva considerar fatores humanos e culturais.

Neef (2005, p. 116) particulariza e afirma que a integridade é um conceito central e tem de se tornar parte da cultura corporativa para o êxito da integração de GC e GR.

Pela natureza filantrópica e grande visibilidade pública do hospital pesquisado, a integridade é exigida como necessária para o crescimento, atendimento à missão e sustentabilidade. Foram feitos diversos comentários pelos participantes, acentuando que esse valor essencial já faz parte da rotina dos profissionais.

Possivelmente exista uma oportunidade de aperfeiçoamento desse quesito pesquisado, tendo em vista a ausência de um código interno abrangente de integridade. Como pontos fortes, obtiveram-se as seguintes características:

- Características de uma cultura consciente do risco, conforme citado por Westerman e Hunter (2008) no QUADRO 8. O ambiente e a cultura vigente são favoráveis para a integração de GC à GR.
- Nível de notificação coerente com um hospital certificado.
- Consciência do nível de integridade vigente.

4.1.3.2 Comunicação

A gestão do conhecimento torna cada vez mais visível a importância da comunicação em uma organização, devido à necessidade do compartilhamento do conhecimento.

Angeloni e Dazzi (2009) realçam que tal crença torna cada vez maior a necessidade da intensificação da comunicação das informações e conhecimentos a partir de mensagens que percorrem a organização e dos significados comuns produzidos.

Muitas comunicações serão com base no conhecimento tácito, outras na forma de conhecimento explícito, sendo algumas codificadas e outras não. Isso envolve técnicas de GC relacionadas à abertura de canais de comunicação, tanto humanos como eletrônicos.

A GR aproveita esse poder absorvido pela ferramenta comunicação para, ao efetivar uma comunicação codificada ou não, definir as atitudes perante os riscos. A partir da pesquisa documental, pode-se identificar que a organização pesquisada mantém um programa de comunicação conforme preconizado por Neef (2005) no primeiro foco do QUADRO 6, sendo este operacionalizado por dois profissionais especialistas (jornalistas).

Como base para esse programa de comunicação, existe uma política institucional implantada com os seguintes valores e diretrizes (QUADRO 16).

QUADRO 16 – Política institucional de comunicação

POLÍTICA INSTITUCIONAL DE COMUNICAÇÃO	
Princípios:	<ul style="list-style-type: none"> • Ética; equidade; transparência; responsabilidade; respeito.
Diretrizes:	<p>Para evitar distorções entre aquilo que a instituição diz e prega e aquilo que as pessoas percebem dela (o conceito), faz-se necessário atentar ao princípio da transparência, que consiste em divulgar e comunicar além do obrigatório, desejando informar adequadamente, consolidando um clima de confiança interno e externo. A comunicação deve ir além do desempenho econômico-financeiro, contemplando fatores como humanização, qualidade, tecnologia, responsabilidade socioambiental, educação permanente e científica, que auxiliam na criação do valor e fortalecimento da marca. São premissas a serem seguidas no processo de comunicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A manutenção de um relacionamento proativo, transparente, ético, de credibilidade e de parcerias com todos os seus agentes. • A padronização dos instrumentos de comunicação. • A integração das ações de comunicação interna e externa. • A avaliação permanente da imagem do Hospital do Câncer de Muriaé, das ações empreendidas por ela e da satisfação dos clientes com os serviços que lhes são prestados. • O fortalecimento e a consolidação da sua imagem, mantendo canais adequados de comunicação com agentes da sociedade previamente identificados e priorizados. • A divulgação de todas as ações e serviços para os agentes da sociedade de interesse. • A comunicação ética, honesta, clara e trabalhada de forma integrada.

Fonte: Documentos da organização pesquisada.

As diretrizes e intenções dessa política dão o embasamento necessário para que a atividade se desenvolva de forma adequada.

Com a intenção de operacionalizar esse programa de comunicação, há a definição dos seguintes canais e sua finalidade, como se pode verificar no QUADRO 17.

QUADRO 17 – Formas de comunicação

FORMAS DE COMUNICAÇÃO		
1	Jornal mural: a cada 15 dias os colaboradores da instituição têm acesso às principais notícias do hospital. Além de informação, traz quadros de motivação e conta com editoriais de entretenimento. Sua veiculação é feita nos murais e também é transmitido via <i>e-mail</i> .	TV de LCD: a comunicação interna conta com novas ferramentas de divulgação (TVs LCD) para mais funcionalidade e atratividade das informações.
2	Quadros de aviso: estão localizados em pontos de circulação dos colaboradores, com avisos, comunicados, informações do planejamento estratégico, resultados, metas, campanhas internas, notícias de eventos, entre outros.	Wallpaper: os famosos papéis de parede são instrumentos de informação indis-pensáveis atualmente para a disseminação de avisos, resultados, eventos e datas comemorativas. A atualização obedece à ordem de demanda da instituição, que utiliza o recurso nos computadores.
3	Website www.fcv.org.br: portal que disponibiliza dados de interesse interno e externo. A página abriga todas as informações da instituição, bem como as notícias, fotos e agenda dos principais eventos. O portal hoje é comprovadamente o meio mais utilizado de comunicação.	Telão: que se encontra no refeitório do Hospital do Câncer de Muriaé, onde são projetados principalmente vídeos informativos.
4	Palestra na integração: o setor de comunicação participa mensalmente das palestras de integração dos novos colaboradores e aborda o relacionamento com clientes internos e externos.	Discador eletrônico: utiliza gravações predefinidas para se comunicar com os nossos diversos públicos, inclusive com os colaboradores, por telefone.
5	Boletins informativos: a equipe de relacionamento institucional atua como suporte na elaboração de materiais informativos dos diversos setores. O conteúdo é de responsabilidade da área solicitante e a produção gráfica e divulgação cabem à equipe de comunicação.	Newsletter: informativo virtual com periodicidade quinzenal veiculado aos endereços estratégicos. A <i>newsletter</i> é ferramenta para atrair maior número de acessos ao <i>site</i> institucional.
6	Relacionamento com veículos de comunicação: o relacionamento com os veículos de comunicação engloba o atendimento à imprensa e concessão de entrevistas, se solicitadas ou necessárias. O conteúdo deve ser revisado pela assessoria de comunicação e, após, repassado aos jornalistas (<i>release</i>) pela área responsável de comunicação.	Visitas guiadas: o hospital disponibiliza hoje um profissional dedicado a acompanhar visitas sociais ao hospital a fim de apresentar a instituição aos que têm interesse de conhecer a estrutura e as instalações.
7	Comunicação informal: a comunicação informal ocorre além dos meios formais e é fruto das relações sociais entre os membros da instituição. As conversas, os rumores, a rede de boatos são os meios informais que ocorrem com mais frequência e podem ser transformados em oportunidades de diálogo e troca de informações, desde que recebam tratamento adequado.	E-mail institucional: é o canal de comunicação interno e externo com os agentes da sociedade para comunicados, convites, informações, campanhas ou notícias.
8	Eventos: a equipe de relacionamento institucional desenvolve iniciativas conjuntas de apoio a eventos científicos e inovadores no hospital, além de ações com parceiros. Tudo isso com o objetivo de reunir profissionais e membros da comunidade para tornar o hospital referência e de fácil acesso a todos os interessados.	Informe Hospital do Câncer: jornal bimestral de circulação externa, distribuído estrategicamente entre secretarias de saúde, hospitais, pacientes, fornecedores, doadores, outros.

continua

FORMAS DE COMUNICAÇÃO		
9	Interact Solutions®: módulo de ocorrências, módulo de auditoria em riscos.	Intranet: ferramenta de trabalho interna que tem como objetivo facilitar as ações profissionais e pessoais dos funcionários visando agilidade na execução de suas tarefas, qualidade no atendimento e excelência profissional.
10	Roda de conversa: reunião de pessoas envolvidas em eventos com características sistêmicas, para discussão de características de ocorrências em passado muito recente. Pessoas não envolvidas diretamente, mas passíveis da mesma situação também podem ser convidadas. Na parte final do evento, as lições aprendidas são definidas.	-
11	Urnas: sistemática de notificação voluntária e anônima (se desejável) para relato de eventos.	-

Fonte: Documentos da organização pesquisada.

Existem hoje algumas instituições no Brasil e no mundo que compartilham informações sobre riscos. Periodicamente são recebidas, pela organização pesquisada, comunicações atreladas ao tema segurança do paciente. Por meio de pesquisa documental puderam-se identificar dois programas com essas características: Programa Brasileiro de Segurança do Paciente - IQG; Rede Sentinela – ANVISA.

Dando sustentação a essa iniciativa, Donaldson, Corrigan e Kohn (2000, p. 86) asseveram que as organizações de saúde devem participar em sistemas de comunicação voluntária como um componente importante de sua GR, como forma de incremento de segurança do paciente.

Aprofundando em um canal específico de comunicação voluntária e vigente na organização, a notificação de eventos é considerada pelo grupo um fator crítico no sucesso da GR.

A partir da pesquisa documental, verifica-se como funciona o programa interno de notificação quanto à transparência e rastreabilidade, como segue:

- Transparência: via *software* dedicado (módulo ocorrências do *Interact Solutions®*):
 - i. O evento sentinela tem acesso restrito ao(s) gestor(es) envolvido(s), administração, comitê de gestão de riscos e sistema de gestão da

- qualidade; os dados são públicos para as demais classificações de eventos indesejáveis;
- ii. notificação em meio físico: restrito ao GR e SGQ como meio físico, pois logo após o recebimento essa notificação será cadastrada no módulo ocorrências.
- Rastreabilidade: arquivamento mensal de 100% das notificações e prontuários. *Back up* de dados informatizados.

O retorno da notificação também é considerado uma forma de comunicação que incentiva o estabelecimento da cultura de utilidade e evidencia a efetividade da GR.

Independentemente do tópico de GR a ser comunicado e do canal selecionado para tal, este é compatível com Nonaka e Takeuchi (1997) a respeito das duas dimensões da criação do conhecimento (FIG. 1). Ou seja: conhecimento tácito em conhecimento explícito, e vice versa; indivíduo para o grupo, do grupo para a organização, da organização para outras organizações, e vice versa.

Angeloni e Dazzi (2009) reconhecem que a comunicação está intimamente relacionada ao processo de gestão do conhecimento. Serve como importante alavanca na criação, no aprendizado e no compartilhamento e está principalmente relacionada a trocas humanas, constituindo-se em um processo de aprendizagem contínua baseada na interação social. Essas trocas humanas formam a base do compartilhamento da informação.

A comunicação em prol da disseminação e compartilhamento do conhecimento é exaustivamente explorada pela organização como forma de incremento da gestão de riscos.

Neef (2005) determina como faceta do oitavo passo preponderante para a integração *Knowledge Risk Management* a necessidade de a organização ter acesso a dados relevantes e obter a ordenação destes para usufruir do conhecimento.

Para que a tomada de decisão seja factual e tempestiva, os dados certos devem estar disponíveis na hora certa e para a pessoa certa. Com base nessas necessidades, buscou-se identificar como a organização atua nesse sentido, por meio das duas próximas perguntas. A primeira é: Como funciona a captura de informações externas úteis? “O gestor financeiro e o administrativo mandam *e-mail* direto pra gente das coisas que estão acontecendo em *sites* que eles visitam para saber das novidades das áreas [...]” (Responsável Técnica da Farmácia). A segunda pergunta é: Que outras fontes? Anvisa, Conselhos profissionais...

É assim: eu recebo da rede sentinela os boletins de farmacovigilância. Outra coisa, também, a Visa de Ubá, que é a nossa regional, sempre dispara os diários oficiais com recolhimento, suspensão de medicamento. E, aí, eles encaminham pra diretoria, administração e eles encaminham pra mim. O Conselho de Farmácia também faz a mesma coisa, então, eu utilizo essas ferramentas. (Responsável Técnica da Farmácia)

Na discussão ficaram nítidas as seguintes formas:

- Inserções na mídia de assuntos de interesse interno (via setor de comunicação);
- Recebimento de publicações externas (comunicados e periódicos);
- Visita a *sites*.

Há filtros de notória especialidade, pois as diferentes comunicações pertinentes são encaminhadas ao responsável/especialista interno para validação, antes de qualquer multiplicação ou adoção de direcionamentos internos. Porém, percebe-se que não existe uma sistemática direcionando os caminhos para tal, mas as práticas existem por completo na rotina de todos os setores/processos.

Pode-se afirmar que existe uma potência muito grande por parte da organização, no que diz respeito à exploração da comunicação como aliada da gestão do conhecimento e da gestão de riscos. Conhece-se essa potência pelas tecnologias empregadas, pela clareza da compreensão do conceito e pelo uso real na rotina.

4.1.3.3 Compartilhamento

Comunicar é uma forma de compartilhar. Na organização foi possível identificar inúmeros canais de multiplicação da informação (QUADRO 17).

Neef (2005), no QUADRO 7, define como uma das técnicas fundamentais para a integração do *Knowledge Risk Management* a promoção da cultura de partilha. Outros fatores já explorados estão fortemente ligados ao compartilhamento, tais como: aprendizado (subitem 4.1.3.4) e cultura e ambiente organizacional (subitem 4.1.3.1).

Para contextualizar e generalizar, foram identificadas as práticas organizacionais vinculadas às formas de conversão do conhecimento que envolvem compartilhamento (QUADRO 18).

QUADRO 18 – Modos de conversão do conhecimento e as práticas de compartilhamento

Formas de conversão do conhecimento, segundo Nonaka e Takeuchi (1997)	Práticas organizacionais de compartilhamento identificadas no grupo focal e pesquisa documental
Socialização (observação, prática e até mesmo imitação)	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões em geral para discussão de eventos, planos de ação. • Ferramenta de comunicação denominada de Roda de conversa. • Especialistas internos em atuação. • Pelas manifestações individualizadas e do grupo.
Externalização (criação de modelos e conceitos formais)	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões em geral para discussão de eventos, planos de ação. • Por consensos há o compartilhamento.
Combinação (sistematização de conceitos)	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões, <i>e-mails</i>, redes sociais, teleconferências, treinamento formal. • Comunidades de prática externas. • Procedimentos operacionais aprovados. • Compartilhamento por comunicação e disponibilização.

Fonte: elaborado pelo Autor

As formas de compartilhamento do conhecimento constituem um caminho para assegurar que a prática organizacional é rotina.

4.1.3.4 Aprendizado

Em uma organização, diante da dinâmica usual das relações interpessoais/profissionais na geração de produtos e serviços, o conhecimento é construído e reconstruído a cada instante (SILVA, 2011, p. 91).

Fleury e Fleury (2000) esclarecem que a criação de conhecimentos e o desenvolvimento de competências ocorrem a partir de processos proativos e reativos. Estes autores remetem ao uso desse conhecimento. São apresentadas a seguir as práticas identificadas na OPSS analisada.

a) Reativa: aprender com os erros

Uma das práticas organizacionais reativas, identificadas em pesquisa documental é a criação de “comunidades de prática” vinculadas somente a problemas internos. Tal iniciativa tem respaldo em Neef (2005, p. 116), que atesta que uma das técnicas fundamentais para a integração *Knowledge Risk Management* (QUADRO 6) é o uso de comunidades de prática com foco na atuação em rede para discutir problemas em comum.

É natural e intuitivo que as discussões internas numa organização sejam direcionadas a especialistas por apresentarem temáticas específicas. Porém, Neef (2005) cita (QUADRO 7) como uma das técnicas para a integração de conhecimento e riscos a ajuda de especialistas para comentários sobre os erros e acertos, diante de um evento.

Com a finalidade de investigar sobre o uso dos especialistas, foi solicitada ao grupo a opinião sobre a seguinte prática: após eventos indesejáveis, os especialistas internos comentam os acertos e os erros praticados?

A prática de uso dos especialistas é utilizada na rotina, diversificando por duas grandes variáveis: o especialista notório pelo exercício da função e os envolvidos naturalmente no evento/projeto. A declaração a seguir comprova essa assertiva:

O gestor, pelo que a gente instituiu e formalizou, ele não pode analisar sozinho. Ele vai acionar a gestão de riscos pra gente escolher a equipe de análise daquele evento [...] Além dos envolvidos na questão, aproveitamos muito o conhecimento do especialista. (Gestor de riscos)

Em relação a comunidades de prática com a presença de especialistas internos, a organização pesquisada utiliza uma ferramenta denominada de “roda de conversa”, como se pode perceber na fala seguinte: “É importante porque isso vai garantir o aprendizado organizacional. Agora, as vezes que aconteceu nas rodas de conversa, as ‘lições aprendidas’ *foram muito válidas*”. (Responsável Técnico da Farmácia)

O envolvimento das pessoas é ponto forte nessa ferramenta, como se pode identificar:

Aprendizado com o erro porque, infelizmente [...] Sei que acontece, mas é poderoso também, acho que esse é o que mais impacta, o que é mais interiorizado porque a pessoa se envolve. Porque, quando nós fizemos as lições aprendidas nos eventos, eles, assim, eles refletem com vontade, com força. Nós é que não prestamos atenção, nós é que deixamos de fazer os cinco certos, nós é que... a atenção não estava concentrada no procedimento. Então, eles... a autoavaliação, ela é poderosa. Ela acontece mesmo. Eu acho assim, mediante o erro o aprendizado é muito grande. Então, como nós tivemos eventos em que foi possível uma análise mais profunda, foi preciso mudança de rotina, de procedimento, criação de padrão, criação de novo POP, então, eu acho que isso também fez com que melhorasse o desempenho. (Gestor de Riscos)

Por essa declaração do gestor de riscos nota-se que a prática da “roda de conversa” é mantida e incentivada, pois os resultados (lições aprendidas) foram muito válidos e realmente propiciaram benefícios generalizados.

Dando suporte a essa prática, Webb (2012) lista alguns traços comuns das filosofias *Knowledge Management* e *Risk Management*, entre eles o uso de lições aprendidas, como fator crucial. Ratificando Webb (2012), Nohara, Acevedo e Vila (2005) aduzem que a aprendizagem a partir de experiência deve ser valorizada e as lições compartilhadas. E por meio dessa valorização necessária, é vital que a organização aprenda com os erros. Para tal, foi possível identificar quais são as formas utilizadas para esse aprendizado. Os resultados obtidos foram os seguintes:

- Revisão de procedimentos internos, políticas e sistemas, com divulgação posterior via canais de comunicação e treinamentos;
- Uso de ferramentas da qualidade consagradas mundialmente, como forma de aprofundar as análises (ex: RCA);
- Diante de evento sentinela, obrigatoriedade de revisar interações nas interfaces (mapas de processo e acordos intersetoriais), POPs vinculado(s) e mapa(s) de risco;
- Emissão de LNT extra para treinamento ao público vinculado, quando a causa do evento é focada no treinamento;
- Reuniões tipo “roda de conversa” para identificar as lições aprendidas;
- Comissões: gestão de riscos; obrigatórias;
- Grupo gestor;
- Auditorias (internas/externas);
- Encontro anual de gerentes de riscos – rede sentinela;

Observou-se que existem inúmeras práticas vinculadas ao aprendizado para a organização minimizar a reincidência dos eventos indesejáveis. É consenso do grupo que a organização trabalha muito neste sentido e que obtém total apoio da alta direção para todas as ações decorrentes desses aprendizados.

Essas práticas estão coerentes com o parecer de Heineman (2011) quando este esclarece que os erros devem ser estudados, compartilhados e discutidos por toda a empresa, a fim de aprender e melhorar as políticas e processos.

b) Preventiva: aprender para evitar erros

Conforme visto no referencial teórico, gerir riscos é sinônimo de prevenção. Quando se previnem erros, também se aprende. Heineman (2011) comenta acerca do aprendizado que as outras organizações podem oferecer por intermédio de informações e oportunidades similares para prevenção.

Buscando investigar aspectos do aprendizado para evitar erros, fez-se uma pesquisa documental para identificar a participação em comunidades de prática externa.

Por meio de pesquisa documental obteve-se que a organização participa de duas comunidades de prática externa: ANVISA – Programa Sentinela em Ação (atualização e intercâmbio de conhecimentos) e o Programa Brasileiro de Segurança do Paciente - IQG (rede de compartilhamento das melhores práticas).

Os usuários desses dois programas (presentes no grupo focal) concordam quanto à grande importância para a organização, porém mencionam que existem alguns detalhes nas duas redes que poderiam ser mais aperfeiçoados para melhor aproveitamento. Após declarações, ficou perceptível que por várias vezes eventos externos reais reportados pelas comunidades de prática já foram base de melhoria por meio de ações preventivas nos processos internos.

Fleury e Fleury (2000) aludem que a gestão do conhecimento deve estar ligada a um processo sistemático de aprendizagem pela inovação e capacitação de recursos humanos, para a geração de novos conhecimentos. Atrelado à capacitação de recursos humanos, outro fator para a prevenção de eventos indesejáveis é colocado em discussão com a pergunta: vocês têm suplentes naturais definidos para cada função?

Essa questão mesmo da competência, de garantia de um profissional que vai executar essa função. Porque, na verdade, assim, perfis são diferentes. Então, se eu exijo a mesma coisa de todos, todos têm que estar no mesmo nível. Eu não tenho todos no mesmo nível. (RT de Enfermagem)

Explorando ainda o mesmo assunto vinculado à gestão de pessoas, nova pergunta foi realizada ao grupo: há algum programa de capacitação para substituição temporária como forma de minimizar o risco de mau desempenho na função?

Percebe-se que a organização sabe da importância, mas não dispõe de sistematização para substituição temporária por intermédio de profissional com nível de competência mínimo para tal, conforme descrito nas declarações:

Não. O que a gente tem é quando o colaborador é admitido. É o programa de integração. (Responsável pelo treinamento)

Pra minimizar ou prevenir eventos, certo? [...] É uma coisa que eu falo muito, tenho falado, já falei com a RT de enfermagem, já falei com a gestora de pessoas, a importância do nosso esforço para capacitar [...]. Esse substituto tem que ter um conhecimento técnico pra atuar substituindo [...] (Gestor de Riscos)

Mas, aí, nós temos que escolher os estratégicos, os muito críticos com risco de impacto muito grande. Então, por exemplo, não é qualquer gestor que pode substituir o responsável pela TI, não é qualquer pessoa que pode substituir o gestor financeiro e vai por aí. Lógico que os finalísticos, nós vamos ter que ter isso muito bem alinhado e pensado. Aquela pessoa, ela tem que entender que a responsabilidade dele é muito grande [...] (Gestor de Riscos)

Aqui se registra que existe um espaço muito grande de evolução na gestão atual, pois ficou explícito pelo próprio gestor de riscos, com o apoio dos demais participantes, que a organização ainda não definiu sistemáticas para garantir uma sistemática de substituição temporária de colaboradores. A importância dessa evolução é ressaltada por Neef (2005) de que a chave para um processo proativo de gerenciamento de risco reside na capacidade da empresa em mobilizar os conhecimentos e as competências dos seus colaboradores.

Nohara, Acevedo e Vila (2005) também destacam a importância da aprendizagem contínua como sendo fundamental para a tomada de decisão mais consistente e proativa, pois contribui para o melhor gerenciamento de risco e fortalece a capacidade organizacional.

E é exatamente pelo enfoque dado sobre aprendizagem contínua que se buscou identificar, por pesquisa documental, como a organização desenvolve planos de treinamentos sem estímulo de eventos indesejáveis.

Foram identificadas as seguintes práticas de gestão:

- Há a sistemática de LNT periódica.

- Semestralmente o setor de tecnologia e desenvolvimento (T&D) solicita aos gestores o LNT e consolida em um grande plano da organização. A consolidação é feita com busca de dados no SAC e SGQ.
- Há um plano de treinamentos obrigatórios. Legislação, regras estatutárias, protocolos institucionais (sistêmicos) são *inputs*.
- Há um plano de treinamento setorial definido com base na matriz de competência.
- Programa Sentinela em Ação – Rede Sentinela. Eventos semanais por videoconferência.

Na intenção de explorar a existência de possíveis fontes de conhecimento explícito, mais um questionamento foi efetuado: existe um repositório de conhecimento? (Servem para armazenar, preservar, organizar e disseminar amplamente os dados, informações e conhecimentos auferidos).

Na pesquisa documental é possível afirmar que os dados existem como registros da qualidade, mas não há a prática de disponibilização e consulta a dados anteriores, apesar dos dados serem plenamente rastreáveis.

Com essas últimas quatro perguntas, pode-se afirmar que existe um modelo de gestão claro e interfaceado com outras gestões vinculadas (ex: gestão de pessoas), sendo esse modelo aplicado na rotina da organização.

As práticas da organização estão alinhadas aos autores, em especial Neef (2005, p. 114), que preconiza que as organizações necessitam capturar as lições aprendidas através de técnicas comprovadas de gestão de riscos, utilizando sistemas de apoio à decisão que ajudará a organização a desenvolver/otimizar políticas de prevenção de riscos de gestão e evitar a repetição de erros.

Pode-se afirmar que a organização desenvolve inúmeras atividades para aprender e apreender os conhecimentos, de forma reativa (pós-erro) e da forma proativa.

4.1.3.5 Síntese geral do objetivo

A cultura e o ambiente organizacional são facilitadores para que o compartilhamento do conhecimento seja praticado. O aprendizado depende exatamente do nível de compartilhamento. O processo de comunicação existente facilita o compartilhamento e o aprendizado e, em decorrência, a integração da GC à GR.

4.1.4 Contribuição da GC para a integração da GR em uma OPSS

Este subitem tem como objetivo responder à pergunta geral desta pesquisa e atingir o objetivo geral - identificar a contribuição da gestão do conhecimento para a integração com a gestão de riscos em uma OPSS.

Toda a análise deste subitem está baseada em dados já tratados nos subitens 4.1.1, 4.1.2, e 4.1.3 desta dissertação.

A identificação da contribuição da gestão do conhecimento para a integração à gestão de riscos no hospital pesquisado está baseada em quatro grandes focos, conforme o QUADRO 6 (NEEF, 2005):

a) 1º foco - Programa Coordenado de Gestão de Riscos

Neste foco Neef estabelece como caminho para a integração a existência de um programa específico de GR. Na pesquisa documental, foi possível identificar as seguintes práticas na organização pesquisada, que asseguram um programa coordenado de GR:

- Objetivo estratégico específico para a GR;
- valores institucionais coerentes com a prática de GR e divulgados;
- comissão de gestão de riscos com um regimento instituído;
- um líder da comissão de gestão de riscos reconhecido na organização;
- política de riscos institucional instituída e divulgada;

- programa de comunicação apoiado por uma política institucional de comunicação;
- Inúmeras práticas operacionais na forma de procedimentos e protocolos assistenciais e administrativos vinculados a riscos;
- um *software* a serviço da GR (*Interact Solutions®*).

A análise dos subitens 4.1.2.1 Estrutura: estratégia e mandato para gestão de riscos e 4.1.3.2 – Comunicação, dão sustentação para se perceber que esse foco primordial é atendido na íntegra.

b) 2º foco - Medição de desempenho da GR

Neef (2005) usa um adágio para se estabelecer: "não se pode gerenciar aquilo que você não pode medir". Constatou-se que a organização utiliza indicadores de desempenho para a tomada de decisão e que há o suporte do *software Interact Solutions®* para tratamento dos dados. O subitem 4.1.2.7 - Desempenho para melhoria contínua explicita todos os detalhes do atendimento, por parte da organização pesquisada. Este foco é plenamente atendido.

c) 3º foco - Transparência de relatórios

Aqui Neef (2005) defende que se devam adotar relatórios abertos, transparentes e verificáveis. Há o suporte do *software Interact Solutions®* para tratamento dos dados e para garantir o acesso às informações. O *software* é de uso generalizado pela empresa. Somente os dados dos eventos sentinela são restritos aos líderes. Quanto à rastreabilidade e à necessidade de os dados serem verificáveis, o próprio SGQ estipula essas características. O subitem 4.1.2.7 - Desempenho para melhoria contínua detalha o atendimento ao adágio, o que permite inferir que a organização atende a este foco.

d) 4º foco - Processo integrado de *Knowledge Risk Management*

Neste foco Neef preconiza que deva ser integrada à gestão de riscos a gestão do conhecimento com suas melhores práticas a partir de sistemáticas que atinjam os setores operacionais à diretoria da empresa. Para o autor, este foco em particular deve ser subdividido em oito passos cruciais para a integração *Knowledge Risk Management*, como segue:

d1) 1º passo de Neef (2005) - Mapeamento do conhecimento

Neste passo Neef afirma que há a necessidade de mapeamento do conhecimento, como forma de saber “quem sabe o quê” e ao mesmo tempo saber onde não se pode perder conhecimento. Os participantes do grupo focal consideram que não há um mapeamento específico de competências, apesar de alguns especialistas internos serem reconhecidos. Pelo exposto, apreende-se que este primeiro passo abre duas oportunidades de incremento na gestão de riscos, tais como: o mapeamento de competências e a implementação de sistemática de retenção de talentos, como forma de reter o conhecimento desses especialistas.

d2) 2º passo de Neef (2005) - Comunidades de prática

A consideração deste passo está vinculada à formação de redes de trabalhadores (internos ou externos), com interesses/experiências similares para discussão de temas/problemas em comum. Os participantes do grupo de discussão declararam que existem duas comunidades de prática externas, como ressaltado em 4.1.3.3 - Compartilhamento. Foi possível perceber que a organização pesquisada, por intermédio dos participantes do grupo focal, considera as reuniões das comissões, o grupo gestor, os seminários estratégicos de resultados, também como comunidades de prática, porém com enfoque interno. O grande enfoque deste passo rumo à integração é o compartilhamento de conhecimentos. A organização pesquisada pratica este passo de integração *Knowledge Risk Management*.

d3) 3º passo de Neef (2005) - “Hard-tagging” experts

Essa prática descrita neste terceiro passo está intimamente vinculada ao primeiro passo (mapeamento de conhecimentos). Pelas diversas falas dos componentes do grupo de discussão, existem certos especialistas vinculados a certos temas, mas não como uma sistemática de gestão de pessoas. Ex.: RT de farmácia e farmacovigilância. Da mesma forma, algumas comissões obrigatórias contam em seus quadros com especialistas. Ex: médico infectologista na CCIH; físico nuclear na comissão de radioterapia, entre outros exemplos. Para as análises de eventos sentinela, existe a prática de convocação dos envolvidos e dos especialistas da comissão de riscos. No uso da ferramenta de compartilhamento e aprendizagem denominada de “roda de conversa”, os especialistas estão presentes e há

consenso entre os participantes do grupo focal de que a prática é válida e muito importante (como ressalta o subitem 4.1.3.4 – Aprendizado). Dessa forma, a sistemática de “tutores” não é existente formalmente, porém várias práticas denotam que os especialistas são utilizados no compartilhamento dos conhecimentos especializados. É possível identificar a oportunidade de melhoria para a organização, criando uma sistemática que aproveite os especialistas com base no mapeamento do conhecimento, para quando um conselho especial for necessário sobre análises de incidentes.

d4) 4º passo de Neef (2005) - Aprendizagem

Este assunto está apresentado no subitem 4.1.3.4 – Aprendizado. Para que a aprendizagem aconteça, duas condições importantes devem estar satisfeitas, tais como: cultura e ambiente organizacional favoráveis ao compartilhamento, que constam das análises dos subitens 4.1.3.3 - Compartilhamento e 4.1.3.1 – Cultura e ambiente organizacional. O subitem 4.1.3.2 – Comunicação, ao ser apresentado e analisado, identifica inúmeros meios para a efetivação do aprendizado a partir do compartilhamento da informação. O terceiro passo para a integração “*Hard-tagging*” experts também está intimamente ligado ao aprendizado, pois é pela via de seus conhecimentos que a aprendizagem se concretiza. O grande desafio para qualquer organização é que a aprendizagem seja um processo contínuo e dinâmico.

d5) 5º passo de Neef (2005) - Promoção da cultura de partilha de conhecimentos
É considerado pelo autor como o passo central para a integração *Knowledge Risk Management*. O subitem 4.1.3.1 – Cultura e ambiente organizacional, ao ser apresentado e analisado, aborda todas as variáveis aplicadas. O subitem 4.1.3.2 – Comunicação evidencia direcionamentos que atendem à premissa de promoção da cultura de partilha e operacionaliza o compartilhamento para integração da GC à GR. Existem inúmeras características no ambiente organizacional que formam e moldam positivamente a cultura interna para a integração *Knowledge Risk Management*, tais como: atitude estratégica da alta direção; valores organizacionais difundidos em todos os níveis, sistemática de notificação via urnas; retorno às notificações; *software* aberto para transparência de dados, a

punição perante erros não ser usual, atitude de aversão aos riscos, entre outros. Há espaço para incremento da gestão de riscos pela criação de um código de conduta ético para todos os colaboradores, como forma de influenciar na cultura corporativa. Tal prática se justifica pelo entendimento do autor.

d6) 6º passo de Neef (2005) - Monitoramento de desempenho e relatórios

O subitem 4.1.2.7 - Desempenho para melhoria contínua apresenta as variáveis que interferem no desempenho e evidencia a importância dos relatórios rastreáveis, transparentes e verificáveis. O desempenho da GR é:

- Fruto da aprendizagem (subitem 4.1.3.4), por uma questão de quanto mais conhecimento auferido, maiores as chances de otimização dos resultados da GR que, por sua vez, é fruto da capacidade de compartilhamento (subitem 4.1.3.3).
- Alavanca da cultura e ambiente organizacional (subitem 4.1.3.1) favorável à integração *Knowledge Risk Management*, quando se trata de sucesso futuro da gestão de riscos e da organização.

Foi possível entender que a organização dispõe de práticas de qualificação dos dados como rastreáveis, transparentes e verificáveis. Os resultados de GR são divulgados nos seminários abertos bimestralmente. O *software Interact Solutions®* é uma ferramenta-chave nessa divulgação e credibilidade dos dados básicos.

d7) 7º passo de Neef (2005) - Comunidade e envolvimento das partes interessadas

O subitem 4.1.3.2 - Comunicação - explora todas as atividades, formas e canais de comunicação. Os canais atendem ao público interno e existem inúmeros outros canais para divulgação ao público externo, como explícito no QUADRO 17. A totalidade dos canais de comunicação disponíveis (SAC, fale conosco, ouvidoria) permite às partes interessadas a manifestação e a geração da oportunidade da organização pesquisada melhorar seus processos e sistemas. O uso das ferramentas de compartilhamento interno (ex:roda de conversa) e o acesso aos dados dos *softwares* evidenciam a credibilidade dos dados relevantes. A organização tem a oportunidade de incrementar sua GR a partir do

uso dos canais de comunicação, do incentivo do envolvimento das partes interessadas de forma proativa (comunicação e consulta) para atendimento à NBR ISO 31.000:2009 nesse requisito e atendimento a este sétimo passo.

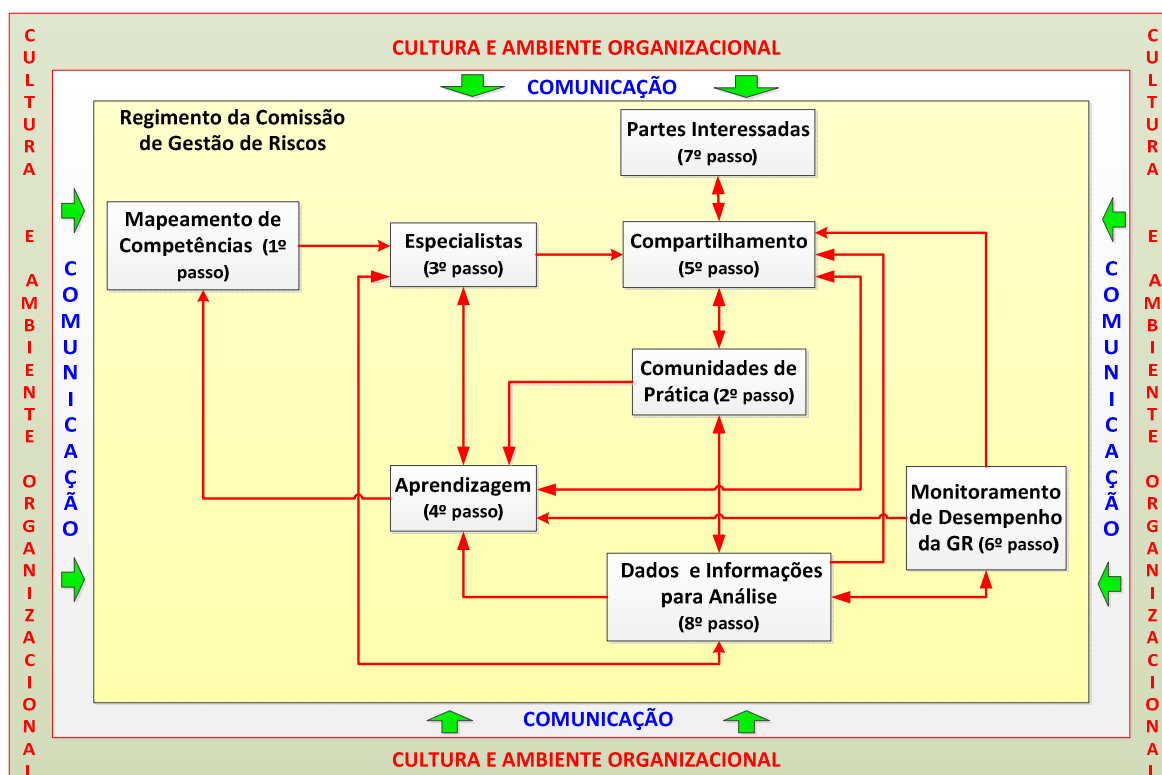
d8) 8º passo de Neef (2005) - Investigação e análise de dados do negócio

Com base nos depoimentos do grupo focal e pesquisa documental, foi possível apurar que há busca/recebimento de dados/informações externas pertinentes, bem como participação nas comunidades de prática externas. Aliada aos dados dos *softwares* de gestão da qualidade e de gestão hospitalar está a matéria-prima relevante, confiável, disponível no lugar certo e rastreável para a tomada de decisão factual. A busca das inserções espontâneas na mídia é utilizada como forma de identificar a reputação da organização na comunidade. Há um plano na organização pesquisada, para o incremento dessa capacidade, pela integração dos bancos de dados do *software* de gestão da qualidade (*Interact Solution®*) e do *software* de gestão hospitalar, revelando notória preocupação com essa integração *Knowledge Risk Management*. O subitem 4.1.3.2 – Comunicação mostra direcionamentos que atendem a essa premissa para integração da GC à GR, com base na captura e disseminação de dados relevantes.

e) Análise global dos oito passos de Neef (2005)

Pelas análises nos itens que compõem os focos e passos necessários para a integração de GC à GR, é possível mapear a interdependência, conforme a FIG. 24.

FIGURA 24 – Mapa de interdependência de focos e passos de Neef



Fonte: autor, adaptado de Neef (2005).

Analisando o mapeamento, é possível perceber e justificar as seguintes interdependências:

- A cultura e o ambiente organizacional são relevantes a ponto de poderem ser considerados pano de fundo da integração e fator crítico para que todos os passos e focos sejam realidades. Ex.: sem a cultura adequada o compartilhamento para aprendizado pode ser inibido.
- A comunicação permeia todos os passos e focos citados por Neef. Pela FIG. 5 a comunicação nasce no instante em que o indivíduo profere a primeira palavra e começa a transformar o conhecimento tácito que está na sua mente podendo cruzar as barreiras da organização chegando às partes interessadas.
- O regimento da comissão de gestão de riscos pode comportar todos os passos e focos citados por Neef².
- Mapeamento de competências:

² Apesar de não fazer parte do objetivo, registra-se que o regimento pode conciliar a estrutura e fases da ABNT NBR ISO 31.000:2009.

- i. Ao ser feito o mapeamento, naturalmente fica evidente quem são os candidatos a especialistas internos (*hard-tagging experts*).
 - ii. A cada ciclo de conhecimento realizado (aprendizado concluído), novas competências são inseridas no mapeamento.
- Especialistas:
 - i. Novos eventos de aprendizado enriquecem os especialistas;
 - ii. Uma vez dados/informações disponíveis, há um fluxo direcionado para os especialistas efetuarem análise.
 - iii. Ao proferirem análises públicas orais ou formais, o processo de compartilhamento se evidencia através de comunidades de prática interna ou externa, gerando aprendizado. É um ciclo que se fecha.
- Compartilhamento:
 - i. A participação dos especialistas é um dos motores das práticas de compartilhamento;
 - ii. Há troca com as comunidades de prática (interna e/ou externas) e outras partes interessadas;
 - iii. As informações inerentes a desempenho são matéria-prima típica para compartilhamento;
 - iv. Dados e informações para análise são direcionadas para as partes interessadas por meio de compartilhamento;
 - v. A partir do compartilhamento do conhecimento tácito ou explícito, o aprendizado é possível.
- Comunidades de prática:
 - i. São frequentadas por especialistas, através dos dados e informações compartilhadas;
 - ii. Os dados e informações são recebidos pelas comunidades internas para análise ou preparados para remessa para comunidades externas;
 - iii. seus dados são fonte de aprendizagem;
- Dados e informações para análise:
 - i. As bases do conhecimento estão intimamente ligadas ao aprendizado, especialistas, desempenho da GR, comunidades de prática e compartilhamento.

- Partes interessadas:
 - i. Recebem *inputs* e enviam *outputs* exclusivamente a partir do compartilhamento. Devem ser controlados (quem, como, quando e o quê?) pelo regimento de GR.
- Monitoramento de desempenho da GR
 - i. Convive de forma estreita com dados e informações a partir de *inputs* para tratamento estatístico;
 - ii. gera *outputs* para análise e aprendizado e compartilhamento via canais de comunicação.

Por meio dessas interligações, fica possível perceber onde se devem definir sistemáticas para a operacionalização da integração da GC à GR.

5 CONCLUSÕES

Procurou-se, nesta pesquisa, identificar como a gestão do conhecimento contribui para a gestão de riscos em um hospital do estado de Minas Gerais com um programa de qualidade já instituído e certificado pela ONA.

Como pano de fundo da pesquisa está a segurança do paciente e a credibilidade do setor junto à comunidade. Essas organizações convivem, cotidianamente, com o risco em seus processos assistenciais, sendo a segurança do paciente a tônica. Porém, não é possível gerenciar riscos somente nos processos assistenciais, mas em todos. Não há como obter êxito sob esse ponto de vista restrito. A gestão de riscos na área de saúde é cada vez mais considerada elemento-chave para a qualidade dos serviços prestados.

Na tentativa de melhorar a segurança dos pacientes e minimizar os problemas de sustentabilidade dos hospitais, inúmeros métodos em gestão de riscos têm sido implementados, tais como: adesão a várias campanhas mundiais realizadas pela OMS, programas de segurança de certificadoras, as próprias certificações existentes no mercado nacional e mundial, normas mundiais de GR, entre outras. A gestão do conhecimento surge como mais uma ferramenta para agregar valor aos esforços atuais de gestão de riscos. A integração entre essas duas gestões aparece como uma estratégia que propicia a alavancagem no rumo do incremento da segurança do paciente.

A pesquisa bibliográfica foi utilizada para a elaboração de um referencial teórico baseado em gestão do conhecimento e gestão de riscos. Com base nesse referencial, foi possível ter um embasamento teórico para a elaboração das perguntas orientadoras da pesquisa de campo e documental e pôde-se atender aos dois primeiros objetivos específicos.

O estudo caracteriza-se como descritivo, com duas etapas de coleta de dados, uma de campo e a outra documental.

Na primeira etapa foi realizado um grupo de foco com 13 colaboradores da organização pesquisada, que contribuíram com discussões sobre os temas. Na segunda etapa fez-se pesquisa documental nos documentos do sistema de gestão da qualidade da organização pesquisada.

Utilizando essas duas técnicas, os demais três objetivos específicos da pesquisa foram concluídos com sucesso, a partir da identificação das condições capacitadoras para a criação do conhecimento, identificação da estrutura e fases típicas da GR conforme a ABNT NBR ISO 31.000:2009 e o mapeamento e descrição de práticas para integração da GC e GR.

Em relação às condições capacitadoras para a criação do conhecimento, foi possível perceber que as condições estão presentes na organização em inúmeras práticas de forma que contribuem para a criação do conhecimento. Essas práticas correspondem a:

- Intenção: por via de práticas vinculadas à estratégia organizacional;
- autonomia: a partir de técnicas de compartilhamento e aprendizagem;
- flutuação/caos: pelo incentivo à quebra de paradigmas e interação sistêmica;
- redundância: pela validação de conceitos;
- variedade de requisitos: por incentivo à compreensão das interfaces e visão sistêmica.

A conclusão vinculada a esse objetivo específico é que existem práticas organizacionais que atendem às condições capacitadoras e, em decorrência, permitem a criação do conhecimento, à luz de Nonaka e Takeuchi (1997).

Quanto à estrutura e às fases típicas da GR aplicadas conforme a ABNT NBR ISO 31.000:2009, foi possível perceber que:

- A estrutura para gerir riscos está configurada a partir das seguintes práticas: estabelecimento de contexto; política de gestão de riscos; regimento da comissão; responsabilização; práticas em todos os

processos; definição de recursos; mecanismos de comunicação; monitoramento e análise crítica.

- As fases típicas do processo de gestão de riscos estão configuradas nas seguintes etapas: estabelecimento de contexto; comunicação e consulta; avaliação de riscos (identificação, análise e avaliação); tratamento e monitoramento e análise crítica.

O conjunto de análises feitas em relação a esse objetivo permite concluir que o nível de adequação da organização pesquisada em relação aos requisitos da ABNT NBR ISO 31.000:2009 é muito relevante, porém não é pleno. É possível afirmar que as práticas vigentes permitem que a GR esteja efetivada e avance no rumo do incremento contínuo da segurança do paciente e agregue valor às partes interessadas.

No tocante às práticas e ferramentas utilizadas para propiciar a integração de GC à GR, foi possível constatar que:

- Existe uma estrutura estratégica que permite que os valores institucionais sejam divulgados, um objetivo estratégico na perspectiva de processos que permite medição de desempenho e direcionamentos para cumprir a missão e visão.
- Existe um programa coordenado sedimentado no regimento da comissão de riscos e aplicado a toda a organização.
- A cultura vigente na organização e o clima organizacional são favoráveis para que o compartilhamento do conhecimento seja realidade e o aprendizado possa acontecer. Os canais de comunicação existentes e o forma como esse recurso é explorado (intensamente) facilitam a integração da GC à GR. A sistemática de urnas garante adequada notificação devido à cultura de não punição.
- Há um sistema de monitoramento de desempenho da GR que recebe dados e informações tempestivas para tratamento. As informações tratadas são usualmente disponibilizadas pelos canais de comunicação, permitindo compartilhamento e aprendizagem.

- A tomada de decisão é factual, com base em dados e informações capturados dos *sotwares* de gestão da qualidade e gestão hospitalar, fato que torna os dados rastreáveis, verificáveis e transparentes.
- Os especialistas participam de comunidades de prática, gerando informações pertinentes para os usuários internos, o que propicia aprendizado.
- O aprendizado/compartilhamento é estimulado por práticas (Ex.: roda de conversa) que asseguram o compartilhamento/aprendizado. O ciclo de criação do conhecimento é praticado.
- Duas ferramentas internacionais de avaliação e tratamento de riscos são utilizadas e permitem ganhos no processo de GR: RCA - ferramenta de análises de causas; e a HFMEA – ferramenta de avaliação de riscos.

O conjunto de análises feitas em torno desse objetivo específico permite concluir que há uma cultura consciente de riscos, pois são perceptíveis as seguintes características na organização:

- Fala-se em riscos cotidianamente;
- devido à própria atividade-fim, correr riscos faz parte da rotina;
- apesar da gestão profissionalizada, existem falhas;
- fracassos são rastreados e analisados;
- há aprendizado e melhorias contínuas para os processos;
- cronogramas que envolvem ações corretivas são monitorados cotidianamente;
- a gestão é inclusiva e os líderes compartilham ativamente os riscos nas suas áreas.

Pode-se afirmar que as práticas permitem a integração da GC à GR.

Portanto, afirma-se, a partir das conclusões desta pesquisa, que a gestão do conhecimento contribui para a gestão de riscos no hospital pesquisado. Essa contribuição se dá por meio de técnicas usuais das duas áreas, desde que mixadas por meio de um programa específico que integre a atuação (KRM), atendendo, desta forma, ao objetivo principal deste trabalho.

Para melhoria da organização pesquisada, sugerem-se as seguintes oportunidades:

- A adoção da ABNT NBR ISO 31.000:2009 – Gestão de riscos como modelo de gestão, a fim de sistematizar as análises críticas da estrutura e, principalmente, envolver sistematicamente as partes interessadas;
- o incremento da gestão do conhecimento como suporte à GR, a partir das seguintes ferramentas: repositório de conhecimento, mapeamento de competência e uso mais intensivo de especialistas internos;
- no âmbito da estratégia, cada vez mais ressaltar a disseminação dos valores institucionais vinculados à integridade.

Embora esta pesquisa tenha sido desenvolvida e concluída de forma a atingir os objetivos inicialmente estipulados, algumas considerações e recomendações devem ser feitas sobre as limitações a que a pesquisa está sujeita.

Na bibliografia pesquisada, poucos foram os trabalhos encontrados sobre a integração entre gestão do conhecimento e gestão de riscos.

Um outro fator foi o comportamento dos integrantes do grupo focal quanto à tímida participação de alguns poucos participantes. Por se tratar de colaboradores de uma mesma organização e o evento ter contado com a presença de um diretor, esse fato pode ter acarretado alguma inibição pessoal no instante da exposição de ideias, podendo ter gerado dados qualitativos menos poderosos em alguns temas discutidos.

Assim, não se buscou um significado ou conclusões absolutas associadas a esta pesquisa. Estudos mais conclusivos, utilizando métodos confirmatórios, poderão ser realizados com o intuito de ampliar o entendimento das questões levantadas neste trabalho.

6 CONTRIBUIÇÕES

- Para o pesquisador:
 - i. Pelo fato de terem sido utilizados trabalhos acadêmicos recentes, as perspectivas de aprendizado profissional foram muito relevantes para o desenvolvimento de competência individual, o aumento da consistência dos serviços futuramente prestados.
 - ii. A integração de duas áreas de pesquisa.
 - iii. Oportunidade de crescimento profissional na área de consultoria.
- Para a academia:
 - i. O trabalho desenvolvido reforça para a academia como a gestão do conhecimento é importante e está presente em todas as organizações e profissionais.
 - ii. A pesquisa realizada junto à organização mostrou que a gestão do conhecimento e gestão de riscos estão realmente imbricadas e presentes junto às pessoas, processos e sistemas das organizações, mas às vezes sem a clara percepção desse *link* e importância para o negócio ou para os profissionais.
 - iii. Este estudo também procurou identificar e reforçar alguns conceitos a respeito do tema, além da apresentação e “confronto” de modelos de autores diferentes. Essa identificação possibilitará à academia solidificar alguns conceitos já trabalhados.
- Para a organização pesquisada:
 - i. Obteve-se um diagnóstico organizacional em relação às suas práticas vigentes considerando-se as perspectivas acadêmicas mais representativas disponíveis. Pelas citações procurou-se indicar um rumo em que melhorias podem ser relevantes e favoráveis ao incremento da segurança do paciente.

- Futuras pesquisas:

Como pesquisador e usuário destes temas no cenário empresarial, é possível delinear focos interessantes de trabalho futuro. Desta forma, sugere-se que possam ser desenvolvidos:

- i. Um *software* de KRM específico baseado no artigo de Neef (2005).
- ii. Uma pesquisa para identificar que competências organizacionais uma instituição deve possuir e desenvolver para poder integrar a GC com a GR.
- iii. Uma pesquisa para dimensionar a correlação nos resultados da efetividade da GR, no mesmo hospital, após a implementação plena de todas as ferramentas de Dale Neef e da ANBT NBR ISO 31.000:2009.

REFERÊNCIAS

ABNT. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Apostila de Curso Institucional Gestão de Riscos**, outubro 2010.

ABNT-NBR-ISO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – NORMAS BRASILEIRAS - *International Organization for Standardization*. 31010:2012. **Gestão de riscos**: técnicas para o processo de avaliação de riscos Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2012.

ABNT-NBR-ISO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – NORMAS BRASILEIRAS - *International Organization for Standardization*. 31000:2009. **Gestão de riscos**: princípios e diretrizes. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. **Rede Sentinela**. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/areas_diretas.htm. Acesso em: 23 junho 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. Brasília, Jan-Jul de 2011, Volume 1, **Boletim 1** - Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/areas_diretas.htm. Acesso em: julho/2012.

ANGELONI, M.T.; DAZZI, M.C.S. **Compreendendo o significado de gestão do conhecimento e a importância da comunicação em seu compartilhamento**: Um estudo de caso. **EnANPAD 2009**.

AZ/NZS - AUSTRALIAN STANDARDS/NEW ZELAND STANDARDS, A.N.Z. AS/NZS 4360:2004: **Risk management**. New Zealand: Standard Australian/Standard New Zealand, 2004.

BATISTA, M.A. **Alinhamento pessoa-organização**: efeitos sobre o uso de ferramentas de compartilhamento do conhecimento. Dissertação de mestrado profissionalizante em administração. IBMEC, 2007.

BENTES, F.M. **Programa de gestão de riscos para tubulações industriais**. Dissertação de mestrado, UNB, 2007.

BERNSTEIN, P.L. **Desafio aos deuses**: a fascinante história do risco. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília: **DOU**, 20/9/1990.

BRASIL Ministério da Saúde. Lei n. 6360 de 23 de Setembro de 1976. ANVISA. Brasília: **DOU**, 24/9/1976.

BUKOWITZ, W.R.; WILLIAMS, R.L. **Manual de gestão do conhecimento**. São Paulo: Bookman, 2002.

CAI, Y. *et al.* **Identifying best practices in information technology project management**. 2004. Disponível em: < <http://www.pmforum.org/library/papers/2004/itpractices.pdf>>. Acesso em: 27/7/2006.

CHOO, C.W. **A organização do conhecimento**. São Paulo: Senac, 2006.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

COOPER, L.P. A research agenda to reduce risk in new product development through knowledge management: a practitioner perspective. **Journal of Engineering and Technology Management**, v. 20, n. 1-2, p. 117-140, 2003.

CPSI - The Canadian Patient Safety Institute. Disponível em: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/Pages/default.aspx> Acesso em: julho/2012.

DALL'AGNOL, C.M.; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan 1999.

DAVENPORT, T. **Ecologia da informação**. São Paulo. Futura, 1998.

DAVENPORT, T.; PRUSAK, L. **Conhecimento empresarial**. Rio de Janeiro, ed. Elsevier, 2003.

De CICCIO, F. **Diretrizes para implementação da AZ/ANS 4360/2004**. Coleção Risk Tecnologia, Série Risk management, 2006.

DE CICCIO, F.; FANTAZZINI, M.L. **Tecnologias consagradas de gestão de riscos**. Série Risk Management. São Paulo; 2003.

De CICCIO, F. Gestão de riscos AS/NZS 4360: a contribuição do compartilhamento do conhecimento para o gerenciamento de riscos em projetos: um estudo na indústria de software. 2010 - JISTEM - **Journal of Information Systems and Technology Management**, 2005.

DEMING, W.E. **Qualidade**: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

DESROCHES, A. Disponível em: http://www.ecp.fr/op/c49bms/lang/en/home/International_Relations/International_Development. Acesso em: jan/2012.

DONALDSON, M.S.; CORRIGAN, J.M.; KOHN, L.T. **To err is human**: building a safer health system, 2000. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>.

DRUCKER, P. **Post-capitalist society**. Butterworth Heinemann, Oxford, 1993.

DRUCKER, P. **The age of discontinuity**: guidelines to our changing society. U.S.A., Transaction Publishers, 1969.

DRUCKER, P. **The new realities**. U.S.A./U.K., Transaction Publishers, 1989.

DRUCKER, P. **The new society**: the anatomy of industrial order. U.S.A., Transaction Publishers, 1949.

DUTRA, E.C.R. *et al.* O gerenciamento de riscos na saúde: aplicação na atenção hospitalar. **Revista RHAIS** - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, n. 5, p. 87, jul/dez/2010. Disponível em: <<http://www.face.ufmg.br/revista/index.php/rahis/article/viewFile/1114/828>>. Acesso em: 31 set 2011.

FELDMAN, L.B. Acreditação de serviços de saúde e enfermagem. **Revista Nursing**. São Paulo, Grupo Editorial Bolina, 2009.

FERMA. FEDERATION OF EUROPEAN RISK MANAGEMENT ASSOCIATIONS. - AIRMIC, ALARM, IRM: 2002, translation copyright FERMA: 2003.

FIALHO, F.A.P. **Ciências da cognição**. Florianópolis: Insular, 2001.

FLEURY, A.; FLEURY, M.T.L. **Estratégias empresariais e formação de competências**: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. São Paulo: Atlas, 2000. 169 p.

GARTNER GROUP. **Knowledge Management Scenario**. Conference Presentation, 1999. Online. Disponível em: <http://www.gartner.com/technology/home.jsp>. Acesso em: 10/06/2012.

GASTAL, F.L. **Gerenciamento de riscos**. Palestra. AHMG, 2005.

GASTAL, F.L.; MURAHOVSKI D.; LOPES F.F.P.; ROESLER I.F. **TALSA - Treinamento em Avaliação de Serviços, Licenciamento Sanitário e Acreditação**. Módulo 1, ONA, 2006

GATTONI, R.L.C. **Gestão do conhecimento organizacional na condução de projetos corporativos em tecnologia da informação**: um caso prático. Dissertação de Mestrado – UFMG, 2000.

GOMES, AQF. **Iniciativas para a segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

GONÇALVES, J.O.S.; KOLB, J.J. Gestão do conhecimento. **Revista Gestão do Conhecimento, Tecnologia e Inovação**. 2010. Disponível em: <http://julianakolb.com/2010/10/12/gestao-do-conhecimento/>. Acesso em: junho/2012.

HALTIWANGER, G. *et al.* Understanding the relationship between Risk Management and Knowledge Management: a literature review and extension, **Int J Knowledge Management Studies**, v. 4, n. 3, pp. 281-300, 2010.

HEINEMAN, R. **Cinco segredos para uma gestão de riscos eficaz**. 2011. Disponível em: <http://www.poole.ncsu.edu/erm/index.php/articles/entry/risk-officer-success/>. Acesso em: 11/08/2012.

HIPÓCRATES. **Biografia**. Disponível em: www.ebiografias.net/biografias/hipocrates.php. Acesso em: 14 de set/2009.

ICPS - INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR PATIENT SAFETY. **Conceptual framework**. Version 1.1. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf. Acesso em: jan 2009.

IOM. INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. **To err is human**. Washington DC: National Academy Press; 2000. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309068371/html>. Acesso em: 22/out/01.

IQA. **FMEA - Análise de modo e efeitos de falha potencial**. Instituto da Qualidade Automotiva. **4. edição, junho 2008**

ISO/IEC Guide 73:2009 **Risk management**: Vocabulary. Guidelines for use in standards- 2009

KROGH, G.; ICHIJO, K.; NONAKA, I. **Facilitando a criação do conhecimento: reinventando a empresa com o poder da inovação contínua**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

KRUEGER, R.A. **Focus groups: a practical guide for applied research**. London: Sage Publications, 1996.

LANDAETA, R. **Knowledge management across projects**. Doctoral Dissertation in the Department of Industrial Engineering and Management Systems, University of Central Florida Orlando, Florida, 2003.

LELIC, S. Managing knowledge to manage risk. **Knowledge Management**, v. 6, n. 1, Sep. 2, 2002. Disponível em: www.kmmagazine.com. Acesso em: julho de 2012.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MALHOTRA, Y. **Knowledge management for the new world of business**. 1998. Online. Disponível em: <http://www.brint.com/km/whatis.htm>. Acesso em: 10/06/2012.

MATTAR, F.N. **Pesquisa de marketing**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996. 276 p.

MATTOS, P.L.C.L. A linguagem da consultoria organizacional: trilhas metodológicas para pesquisa. *In: XXVII ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO (ENANPAD)*, 2003, Atibaia. **Anais... eletrônico**. Atibaia: ANPAD, 2003.

MCELROY, M. **Knowledge and risk management**. 2003. Disponível em: http://www.macroinnovation.com/images/knowledge_and_risk_management.pdf. Acesso em: outubro de 2008.

MORGAN, David. L. **Focus groups as qualitative research**. Newbury Park: Sage, 1988. 85 p.

MOURA, M.L.O. **Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro**. Dissertação de mestrado, Fiocruz, 2010.

MURRAY, P.C. **New language for new leverage**: the terminology of knowledge management (KM). Disponível em: www.ktic.com/topic16/13_TERM2.htm , 1996. Acesso em: julho de 2012.

NCPS VA. NATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY VIDEOCONFERENCE COURSE PRESENTED. **HFMEA** – Disponível em: www.patientsafety.gov. Acesso em: 7 de julho 2012.

NEEF, D. **Managing corporate reputation and risk**: developing a strategic approach to corporate integrity using knowledge management. U.S.A., Elsevier Science, 2003.

NEEF, D. Managing corporate risk through better knowledge management. Chester, New Jersey, USA. **The Learning Organization**, v. 12, n. 2, p. 112-124, 2005.

NOGUEIRA, F.R. **Gerenciamento de riscos aliado à gerência do conhecimento**. IETEC, 2010.

NOHARA, J.J.; ACEVEDO, C.R.; VILA, A.R. Aplicação da gestão do conhecimento em processos de gerenciamento de risco. *In: XXV ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO*, Porto Alegre, RS, Brasil, nov de 2005. **Anais...**, 2005.

NONAKA, I.; TACKEUCHI, H. **Criação do conhecimento na empresa**: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. Tradução de Ana Beatriz Rodrigues e Priscila Martins Celeste. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

NORMAN, D.A. **Algumas observações sobre modelos mentais**. 2000. Disponível em: www.if.ufrgs.br/public/ensino/revista.htm. Acesso em: 20/11/03.

ONA. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual ONA**, 2000, 1ª publicação. Disponível em: <https://www.ona.org.br/Inicial>. Acesso em: agosto de 2012.

PBSP-IGQ. PROGRAMA BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO. Disponível em: <http://www.segurancahopaciente.com/introducao.php>. Acesso em: julho/2012.

PROBST, G.; RAUB, S.; ROMHARDT, K. **Gestão do conhecimento: os elementos construtivos do sucesso**. São Paulo: Bookman, 2000.

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 8, n. 33, 2006 out-dez. Disponível em: <www.cqh.org.br/?q=taxonomy/term/1>.

REASON, J. **Human error**. 3. ed. New York: Cambridge University Press, 1994.

SILVA, L.F.N. **Reorientação do gerenciamento de risco hospitalar do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia**. 2009. 76 f. Dissertação mestrado (Gestão de Políticas, Ciência, Tecnologia & Inovação em Saúde). FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://bvssp.iciet.fiocruz.br/pdf/25881_silvalfnm.pdf>. Acesso em: 16 junho 2012.

SILVA, R.C. **Gestão do ensino superior: temas atuais**. Biblioteca 24 horas, 2011.

STEWART, T.A. **A riqueza do conhecimento: o capital intelectual e a organização do século XXI**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

SVEIBY, K.E. **A nova riqueza das organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1998. Disponível em: <http://www.sveiby.com/Portals/0/articles/KnowledgeTheoryOffirm.htm>. Acesso em: 10/06/2012.

TEIXEIRA NETO, O.A.; ARAÚJO, V.T. **Implementando um modelo de gerenciamento corporativo de riscos em sistemas de transporte de passageiros sobre trilhos**. 2007. Disponível em: www.ferrovia.com.br/artigos/arquivos/gerenciamento_riscos_jun07.pdf. Acesso em: junho/2010.

TERRA, J.C.C. **Gestão do conhecimento: o grande desafio empresarial**. São Paulo: Negócio, 2005.

TONET, H.C.; PAZ, M.G.T. Um modelo para o compartilhamento de conhecimento no trabalho. **RAC**, v. 10, n. 2, p. 75-94, abr./jun. 2006.

VASCONCELOS, M.C.R.L. **Cooperação universidade/empresa na pós-graduação: contribuição para a aprendizagem, a gestão do conhecimento e a inovação na indústria mineira**. Tese de Doutorado – UFMG, 2000.

WEBB, J. **Risk management report and tool kit**. Free Pint Limited. ISBN: 978-1-904769-11-X. Disponível em: <http://web.freepint.com/go/shop/report/riskmanagement/>. Acesso em: julho de 2012.

WESTERMAN, George; HUNTER Richard. **O risco de TI**. Convertendo ameaças aos negócios em vantagem competitiva. 1. ed. São Paulo: M. Books do Brasil, 2008.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2006-2007**. Geneva: WHO Press, 2006. 56 p.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge: 2005-2006**. 2005.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety - Programme Areas: 2013**

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205 p.

YÓRIS, L.; VASCONCELOS, M.C.R.L.; JUDICE, V.M.M. A contribuição do compartilhamento do conhecimento para o gerenciamento de riscos em projetos: um estudo na indústria de software. JISTEM - **Journal of Information Systems and Technology Management**, São Paulo (Online) v. 7, n. 1, 2010

ZACHARIAS, C.C. **Uma análise comparativa das regulamentações existentes para empresas, bancos e seguradoras, com ênfase na Lei Sarbanes-Oxley**. IBMEC, 2006.

ZAMBON, L.S.; HILLEGONDA, M. **Introdução à segurança do paciente**. Disponível em: www.proqualis.net. Acesso em: 07/07/2012.

ZOUAIN, D.M.; VIEIRA, M.M.F. **Pesquisa qualitativa em administração**. Rio de Janeiro: FGV, 2004. 224 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Autorização da Pesquisa




TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, Sérgio Dias Henriques, Diretor do Hospital do Câncer de Muriaé – Fundação Cristiano Varella, autorizo Bruno Nunes Bono, aluno de mestrado da Fundação Pedro Leopoldo, a efetuar um estudo de caso para fins acadêmicos, em nossa organização sobre o tema:

A CONTRIBUIÇÃO DA GESTÃO DO CONHECIMENTO PARA A GESTÃO DE RISCOS NO HOSPITAL DO CÂNCER DE MURIAÉ.

Muriaé, 11 de Setembro 2012


Sérgio Dias Henriques
Diretor Administrativo
Hospital do Câncer de Muriaé



Entidade Beneficente de Assistência Social - CCEAS0365/2004 - CNPJ: 00.961.315/0001-03
Avenida Cristiano Ferreira Varella, número 555 - Bairro Universitário - Muriaé - Minas Gerais
Telefone.: (32) 3729-7000 - Fax: (32) 3729-7001
www.fcv.org.br

APÊNDICE B – Roteiro de condução do grupo focal

Roteiro para conduzir o grupo de foco:

1) Atividades iniciais

- 1.1 Apresentação do moderador para conduzir o grupo focal;
- 1.2 Solicitação de autorização para gravar as entrevistas (som);
- 1.3 Distribuição do questionário de caracterização dos participantes;
- 1.4 Apresentação dos objetivos principal e secundários da pesquisa;
- 1.5 Explicação sobre a metodologia de grupo focal para garantir o êxito, abrangendo os seguintes quesitos:

- Apresentação dos participantes;
- Garantia de sigilo pós gravação;
- Que os debates teriam a finalidade para convergência e/ou divergência;
- Delimitação de tempo de resposta para cada participante;
- Forma de giro da vez de resposta;
- Importância da participação de todos;
- Delimitação do tempo de trabalho;
- A armadilha da hierarquia em um grupo focal da mesma organização.

2) Apresentação da temática e compilado didático em relação ao referencial teórico

- 2.1 Gestão do conhecimento
- 2.2 Gestão de riscos
- 2.3 Integração KRM

3) Início do roteiro, abrindo espaço para respostas e discussões.

4) Agradecimentos

APÊNDICE C - Questionário de caracterização dos participantes do grupo focal

Caracterização dos participantes do grupo de foco

Esta parte do questionário busca informações gerais a seu respeito e à sua atividade profissional. Assinale com X a alternativa e/ou complete.

1.1 – Sexo: ☐ masculino ☐ feminino

1.2 Tipo de formação superior:

1.2.1 Curso superior em _____

1.2.2. Pós-graduação *Lato sensu* em _____

1.2.3. Pós-graduação *Stricto sensu* (mestrado) em _____

Outro: _____

1.3 – Área(s) de atuação como profissional NESTA organização:

☐ recursos humanos/gestão de pessoas ☐ financeira ☐ administrativa

☐ qualidade ☐ assistencial ☐ direção ☐ gestão ☐ Outras _____

1.4 – Há quanto tempo trabalha como profissional nesta atividade atual?

☐ menos de quatro anos ☐ de quatro a oito anos

☐ de nove a 13 anos ☐ de 14 a 18 anos

☐ de 19 a 23 anos ☐ 24 anos ou mais

1.5 – Como você conheceu o tema gestão de riscos

☐ neste hospital ☐ noutro emprego atual ☐ emprego anterior

☐ faculdade ☐ periódicos ☐ cursos abertos

APÊNDICE D – Roteiro de entrevistas para o grupo focal e pesquisa documental

Estrutura: Estratégia e Mandato para gestão de riscos	VIA DA PESQUISA	
	Documental	Grupo Focal
1. Qual a importância dada à GR no nível estratégico?		X
2. Como é feito o desdobramento hierárquico(top-down) da estratégia de GR? Quais canais de comunicação são utilizados?	X	
3. Qual o objetivo estratégico e estratégia definido para GR?	X	
4. Quais são os valores institucionais?	X	
5. Existe um programa Formal de Gestão de riscos	X	
6. Qual a estrutura da Comissão de Gestão de riscos? Qual a forma de liderança?	X	
7. Existe uma declaração formal instituindo diretrizes sobre riscos? Se sim, qual é?	X	

Responsabilização e Recursos	VIA PESQUISA	
	Documental	Grupo Focal
1. Há um plano de investimento em infraestrutura?		X
2. Como os recursos são instituídos para GC e para GR?		X
3. Há um orçamento previsto para investimento em Treinamento? Há um orçamento geral?		X
4. Como as competências necessárias para cada função na GR foram definidas?		X
5. Como as responsabilidades e autoridades para GR foram definidas e comunicadas na organização?	X	
6. Qual a participação da Alta Administração na estrutura de gestão de Riscos?	X	
7. Como que as responsabilidades e autoridades para GR são definidas e comunicadas na organização	X	
8. Investigação documental sobre vários tipos de recursos: ferramenta de avaliação de riscos; orçamentos, monitoramento de controles; auditoria baseada em riscos, procedimentos, treinamento de integração, mão de obra especializada em riscos, software dedicado, consultoria temática.	X	

Comunicação e Consulta	VIA PESQUISA	
	Documental	Grupo Focal
1. Quais são os canais para os clientes se manifestarem		X
2. As outras partes interessadas foram consultadas?		X

CONTEXTO	VIA PESQUISA	
	Documental	Grupo Focal
1. Quais os fatores foram levados em conta para definição do contexto externo e interno?	X	
2. Quais tópicos foram considerados para a definição do contexto do processo de GR? É abrangente a toda a organização?	X	
3. Como a organização decidiu sobre os limites de tolerância aos riscos ?	X	
4. Como foi definida a sistemática de mensuração do nível de riscos?	X	
5. Como foram definidos os critérios de risco?	X	
6. Qual foi o método utilizado para avaliação de riscos?	X	

IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS	VIA PESQUISA	
	Documental	Grupo Focal
1. Quais as formas que a organização usou para a identificação dos riscos?		X
2. Com qual frequência e estímulos são revisados os riscos listados?	X	
3. Como os colaboradores foram envolvidos no processo de identificação? E as outras partes interessadas?		X
4. Como os riscos identificados são validados?	X	
5. Quando a identificação dos riscos foi realizada, houve a fragmentação em setores/processos ou até mesmo em elementos chave? Como foi?	X	
6. Qual frequência e tipo de estímulo nos quais são revisados os riscos listados e a ferramenta HFMEA?	X	

TRATAMENTO DE RISCOS	VIA PESQUISA	
	Documental	Grupo Focal
1. Quais são as ferramentas da qualidade utilizadas para investigação de eventos?	X	
2. Como são realizados os registros dos tratamentos aplicados?	X	
3. Como é feita a classificação dos eventos, em termos de consequências(impactos)?	X	
4. Com base em quais critérios são selecionadas as pessoas para definir o tratamento necessário a um evento?	X	
5. Como funciona a sistemática de avaliação da eficácia de Ações corretivas implementadas?	X	
6. Como é que vocês reúnem hoje para analisar um evento Sentinela?		X

Análise e Avaliação	VIA PESQUISA	
	Documental	Grupo Focal
1. A ferramenta de dimensionamento de riscos foi aplicada a todos os setores?	X	
2. Os mapas de riscos estão distribuídos aos setores?	X	

MONITORAMENTO e ANÁLISE CRÍTICA	VIA PESQUISA	
	Documental	Grupo Focal
1. Como a eficácia dos controles internos para contenção dos riscos são monitorados?	X	
2. Como a eficácia dos controles internos para contenção dos riscos são Auditados?	X	
3. As responsabilidades estão definidas para monitoramento e análise crítica?	X	
4. Como as tendências de ocorrências são monitoradas?	X	
5. Como os riscos emergentes são identificados?	X	
6. Como o sucesso das iniciativas são transformadas em aprendizado?	X	
7. Com o os fracassos são transformados em aprendizado?	X	

DESEMPENHO	VIA PESQUISA	
	Documental	Grupo Focal
1. Como a organização vê o seguinte ditado: “ aquilo que não é medido, não é gerenciado”?		X
2. Como a organização mede o resultado da GR?	X	
3. Como a organização comunica os resultados obtidos?	X	
4. Como é garantido que todos os dados sejam transparentes e rastreáveis?		X
5. Quais dados são utilizados para medição do desempenho?	X	

CULTURA E AMBIENTE ORGANIZACIONAL	VIA PESQUISA	
	Documental	Grupo Focal
1. Como a organização vê o clima organizacional como elemento chave para a geração e compartilhamento do conhecimento?		X
2. Quais fatores são críticos no clima organizacional, para o incentivo ao compartilhamento?		X
3. Como que o ambiente organizacional deve ser para o encorajamento do compartilhamento e consequente aprendizado?		X
4. A organização tem algum sistema de reconhecimento dos esforços realizados e dos resultados favoráveis obtidos?		X
5. Qual a crença da organização quanto a punição diante de uma falha? E por sucesso?		X
6. Qual a sistemática de notificação?	X	
7. Como é que a GR garante o retorno ao notificador?	X	
8. Há efeitos do corporativismo na notificação?		X
9. Como a organização vê necessidade da notificação plena, mesmo que ainda existam problemas com os notificados?		X

COMPARTILHAMENTO	VIA PESQUISA	
	Documental	Grupo Focal
1. Quais são as práticas de conversão do conhecimento que envolve compartilhamento?	X	

COMUNICAÇÃO	VIA PESQUISA	
	Documental	Grupo Focal
1. Existe um programa dedicado de comunicação institucional?	X	
2. Há uma política de Comunicação?	X	
3. Qual o nível de importância dado pela organização para os processos que garantem a comunicação (em todos os níveis e direções)?		X
4. Quais são as atuais formas de comunicação utilizadas pela organização?	X	
5. A organização participa de sistemas de comunicação voluntária?	X	
6. Qual a importância dada à notificação interna?	X	
7. Como funciona o programa de notificação interna compulsória?	X	
8. Como funciona o programa interno de notificação quanto à transparência e rastreabilidade?	X	
9. Como é a comunicação em prol da disseminação e compartilhamento do conhecimento?	X	
10. Como funciona a captura de informações externas úteis?		X
11. Como ocorre a multiplicação dos dados externos internamente?		X

APRENDIZADO	VIA PESQUISA	
	Documental	Grupo Focal
1. A organização usa comunidades de prática?	X	
2. Quais as ferramentas utilizadas pela organização para apreender com os erros?	X	X
3. Vocês têm suplentes naturais definidos para cada função?		X
4. Após eventos indesejáveis, os especialistas internos comentam os acertos e os erros praticados?		X
5. Há algum programa de capacitação para substituição temporária, como forma de minimizar o risco de mau desempenho na função?		X
6. Como a organização desenvolve planos de treinamentos sem estímulo de eventos indesejáveis.	X	
7. Há um repositório de conhecimento?	X	

ANEXOS

ANEXO A - Iniciativas em prol da segurança do paciente

OMS – Organização Mundial da Saúde

O boletim Informativo nº 01 de julho 2011 da ANVISA comenta que a preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente em serviços de saúde tem sido uma questão de alta prioridade na agenda da OMS desde 2000.

Um marco importante nesse sentido ocorreu em outubro de 2004, quando a OMS lançou formalmente a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente.

O 1º desafio tratou sobre Cinco Altas Iniciativas, tais como:

- Segurança na coleta do sangue, processamento e uso de hemoterápicos;
- segurança nas injeções e vacinas;
- procedimentos clínicos seguros;
- higiene das mãos;
- água e vigilância sanitária no cuidado à saúde.

FIGURA 25 – Cinco
altas iniciativas



Fonte: www.who.int

Essa Aliança teve como objetivo despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência, além de apoiar os países no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para segurança do paciente em todo o mundo.

A área escolhida para outro desafio, em 2005–2006, foi sobre a melhoria do cuidado cirúrgico em todo o mundo, definindo padrões de segurança que podem ser aplicados em todos os países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS), conforme FIG. 19.

Por meio do projeto "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" conforme figura 20, o foco da iniciativa é a adoção, nos hospitais, de uma lista de verificações, um *checklist* padronizado, preparado por especialistas para ajudar as equipes cirúrgicas a reduzirem as ocorrências de danos ao paciente.

A medida também garante que eventos adversos apresentados em salas de cirurgia e recuperação sejam registrados de forma efetiva e possibilita ainda adequada atenção do paciente pós-cirúrgico, tanto na sala de recuperação como no leito hospitalar.

FIGURA 26 – Cirurgias seguras salvam vidas



Fonte: www.who.int

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

A ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária tem por atribuição legal (Portaria 1.565/94) a segurança do paciente, entre outras.

Em meados de 2002, criou a Rede Sentinela (ANVISA, 2012).

Rede Sentinela (2012)

Projeto integrante da área de vigilância em eventos adversos e queixas técnicas da ANVISA, em parceria com os serviços de saúde brasileiros (hospitais, hemocentros e serviços de apoio diagnóstico e terapêutica), Associação Médica Brasileira (AMB) e órgãos de vigilância sanitárias estaduais e municipais. O objetivo é construir uma rede de serviços em todo o país, preparada para notificar eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde; insumos, materiais e medicamentos, saneantes, *kits* para provas laboratoriais e equipamentos médico-hospitalares em uso no Brasil, para ampliar e sistematizar a vigilância de produtos utilizados em serviços de saúde e, assim, garantir melhores produtos no mercado e mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde.

Áreas parceiras e foco:

- Farmacovigilância: detecção, avaliação, prevenção e notificação dos efeitos adversos ou qualquer problema relacionado a medicamentos.

- Hemovigilância: identificação, análise, prevenção e notificação dos efeitos indesejáveis imediatos e tardios advindos do uso de sangue e seus componentes.
- Tecnovigilância: identificação, análise, prevenção e notificação de eventos adversos relacionados ao uso de equipamentos, artigos médicos e *kits* laboratoriais durante a prática clínica.
- Saneantes: identificação, análise e prevenção dos efeitos indesejáveis advindos do uso de saneantes no âmbito hospitalar.
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH): identificação, análise e prevenção de surtos e infecções hospitalares. Controle e uso racional de antimicrobianos em serviços de saúde.
- Monitoração de propaganda: identificação, análise e notificação de não conformidades relacionadas à propaganda de medicamentos e produtos de saúde.
- Inspeção: identificação, análise, prevenção e notificação de desvios de qualidade relacionados a medicamentos e produtos de saúde.

O Boletim Informativo nº 01 de julho 2011 da ANVISA cita que em 2004 foi criada a Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (RENISS), cujo objetivo era formar um grupo de profissionais treinados para investigar os surtos e eventos adversos hospitalares e intervir em ações rápidas em situações de risco sanitário, para reduzir a gravidade dos casos e o número de pessoas afetadas pelas infecções hospitalares (ANVISA, 2011).

No ano seguinte, o Ministro da Saúde constituiu o Comitê Técnico Assessor para Uso Racional de Antimicrobianos e Resistência Microbiana (CURAREM), composto por diversos representantes do Ministério da Saúde, da ANVISA e de diversas entidades de classe, como Infectologia, Patologia Clínica, Farmácia Hospitalar, Odontologia, Medicina Veterinária. O CURAREM definiu as Diretrizes para a Prevenção e Controle da Resistência Microbiana para o país, cujas propostas estão sendo desenvolvidas pelos diferentes órgãos executivos federais, em seus respectivos âmbitos de atuação.

Em 2006, a ANVISA/MS firmou parceria com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS) e com a Coordenação-Geral de Laboratórios

em Saúde Pública (GCLAB/SVS-MS) para criar a Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana, conhecida por “Rede RM”.

Em 25 de janeiro de 2010 emitiu a RDC nº 2, que dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde, visando aumentar a segurança na assistência à saúde nas OPSS.

Institute for Healthcare Improvement (IHI)

O IHI é uma entidade sem fins lucrativos, com atuação focada na condução do desenvolvimento da melhoria dos cuidados de saúde em todo o mundo. Fundado em 1991 e com sede em Cambridge, Massachusetts, desenvolve conceitos para melhoria da assistência ao paciente, por meio de campanhas e informações.

A campanha dos 5 milhões de vida é uma iniciativa voluntária para proteger os pacientes de incidentes e danos causados na assistência ao longo dos próximos dois anos (dezembro de 2006 - dezembro 2008).

FIGURA 27 –
Campanha 5
milhões de
vida



www.ihi.org

Joint Commission International (JCI)

Gomes (2008, p. 25) relata que em 2005 a OMS firmou parceria com a *The Joint Commission* e a *Joint Commission International (JCI)*, designando-as como participantes do centro colaborador (WHO *Collaborating Centre*) dedicado à segurança do paciente. Iniciativa liderada pelo centro colaborador implantada em 2006, que tem unido instituições da área da saúde ao redor do mundo, é o projeto intitulado “*High 5s Project*”, que direciona para o desenvolvimento e a implementação de protocolos operacionais padronizados para bloquear os cinco principais problemas de segurança do paciente:

- Manejo seguro dos concentrados eletrolíticos;
- medicação segura nos momentos de transição de cuidado;
- comunicação adequada na passagem de responsabilidade dos profissionais;

- realização do procedimento correto no local correto;
- higienização das mãos.

Instituto Qualisa de Gestão (IQG, 2008)

O Instituto Qualisa de Gestão (IQG) teve a iniciativa de desenvolver o Programa Brasileiro de Segurança do Paciente (PBSP) e movimentar junto com organizações mundiais - *Institute of Healthcare Improvement (IHI)*, *Canadian Safety Patient Institute (CPSI)*, *Patient Safety Crosswalk, Accreditation Canadá*, para que o tema segurança do paciente esteja em constante desenvolvimento nas organizações de saúde e sociedade.

Esse programa tem a meta de “Salvar 50.000 vidas e evitar 150.000 danos aos pacientes” e adota as conquistas já obtidas em outros programas internacionais, mas com grande diferença, pois pretende ser uma plataforma de banco de dados nacional (Núcleo Epidemiológico Integrado) sobre informações estruturadas de qualidade e segurança do paciente aqui no Brasil.

O IQG (2008), em seu programa, cita que à medida que continua crescendo a complexidade da assistência a saúde, os métodos tradicionais para controlar os riscos de segurança em nível aceitável tornam-se cada vez menos eficazes e eficientes.

Acreditação de organizações prestadoras de serviço de saúde

Hoje em dia, no Brasil, existem diversos movimentos para se tornar cada vez mais segura a assistência ao paciente, a partir do processo de acreditação de seus processos. Ressaltam-se os seguintes organismos:

- Organização Nacional de Acreditação (ONA)
- *Joint Commission (JCI)*
- *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO)*
- *Canadian Council for Health Services Accreditation (CCHSA)*

Quinto Neto (2009, p. 1) admite, nesse sentido de aperfeiçoamento dos modelos de gestão:

A prestação de serviços na área da saúde depende intensivamente de complexas interações entre pessoas, materiais, medicamentos, equipamentos e instalações e tal característica eleva a chance de algo sair errado. Consequentemente, cada vez mais a assistência médico-hospitalar necessita da aplicação do conhecimento gerencial para reduzir falhas e incidentes oriundos das discontinuidades existentes nos variados processos de cuidado do paciente.

Todos esses organismos certificadores embutem em seus arcabouços de requisitos modelos de gestão como ferramentas mandatórias.

ANEXO B – ONA

Organização Nacional de Acreditação - ONA (2012)

É uma ONG caracterizada como pessoa jurídica de direito privado com abrangência de atuação nacional.

Tem por objetivo geral promover a implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a melhorar a qualidade da assistência em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do país.

Em abril/maio de 1999 foi então constituída juridicamente a Organização Nacional de Acreditação (ONA), iniciando-se a partir daí a implantação das normas técnicas do Sistema Brasileiro de Acreditação.

Seu foco é a acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde. Pretende ser uma ação coordenada encarregada do desenvolvimento e implantação da sua metodologia.

Atualmente emite certificados para as seguintes áreas de saúde:

- Hospitais
- Laboratórios
- Hemoterapia
- Nefrologia e terapia renal substitutiva
- Atenção domiciliar
- Ambulatório e/ou Pronto-atendimento
- Diagnóstico por imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear
- Serviços de manipulação
- Serviços de processamento de roupas para serviços de saúde
- Programas de saúde e prevenção de riscos
- Serviços de dietoterapia
- Serviços de Odontologia
- Serviços de esterilização e reprocessamento de materiais

Cabe ressaltar que uma das tônica e requisitos mandatórios dos Manuais ONA é a gestão de riscos.

ANEXO C – Normas mundiais sobre gestão de riscos

Em diversos países existem iniciativas com a edição de normas de riscos, tais como:

- AS/NZS 4360 95/99/04 – Austrália
- FERMA: 2003 – Europa
- COSO 2 (ERM); 2004 – Estados Unidos
- JIS Q:2001 – Japão
- CAN/CSAQ 850:1997 – Canadá
- ONR 49000:2008 – Áustria (Alemanha/Suíça)
- BS 6079-3 – UK
- BSI PAS 56:2003 – UK
- AIRMIC, ALARM IRM:2002 – UK

A mais aceita pela comunidade internacional foi a AS/NZS 4360 2004 – Austrália, sendo ela a base para a *International Standart Organization* (ISO) 31.000 mundial.

ANEXO D – Conceitos ICPS

Conforme a classificação OMS/ICPS destacam-se os conceitos-chave utilizados no gerenciamento de riscos no cuidado de saúde, tais como:

- **Segurança do paciente:** redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável.
- **Incidente:** evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano (*harm*) desnecessário ao paciente.
- **Circunstância notificável (*reportable circumstance*):** circunstância em que houve potencial significativo para o dano (*harm*), mas o incidente não ocorreu.
- **Incidente sem dano (*no harm incident*):** o evento atingiu o paciente, mas não causou dano discernível.
- **Near miss:** incidente que não atingiu o paciente. Quase erro, quase lesão.
- **Dano (*harm*):** dano da estrutura ou função corporal e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo. Inclui doença, dano ou lesão (*injury*), sofrimento, incapacidade ou disfunção (*disability*) e óbito e pode ser físico, social ou psicológico.
- **Dano ou lesão (*injury*):** dano (*damage*) para os tecidos, causado por um agente ou um evento.
- **Grau de dano (*harm*):** gravidade e duração de qualquer dano (*harm*) e quaisquer implicações relacionadas ao tratamento, oriundo de um incidente.
- **Erro:** falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Pode ocorrer por fazer a coisa errada (erro de comissão) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução.
- **Evento adverso (*harmful incident*):** incidente que resulta em dano (*harm*) ao paciente. Erro que se concretiza no paciente e causa dano.

ANEXO E – FMEA

De Cicco e Fantazzini (2003), citados por Teixeira Neto e Araújo (2007), afirmam que a análise de modos de falha e efeitos (AMFE) permite a realização de uma análise mais detalhada das situações indesejáveis, possibilitando obter uma estimativa do nível de risco vinculado. A partir deste estudo podem-se estabelecer as providências necessárias para o aumento da eficiência dos controles e com isso aumentar a confiabilidade do sistema.

A sistemática está baseada em:

- Falha: quando um sistema ou parte dele comporta-se de maneira não desejada.
- Modo: a maneira na qual a falha pode acontecer (o modo de falha é a maneira na qual alguma coisa pode falhar).
- Efeito: são os resultados ou as consequências do modo de falha.
- Análise: o exame detalhado dos elementos de um processo.

A ferramenta baseia-se na definição da probabilidade de ocorrência, a capacidade de detecção antes da falha ocorrer e a(s) consequência(s) implícitas.

O = Ocorrência >> Probabilidade de ocorrer a situação.

S = Severidade >> Caso ocorra a situação, qual a severidade.

D = Detectabilidade >> Capacidade de detecção, antes da situação ocorrer.

NPR = $O \times S \times D$ >> Nível de prioridade de risco >> Dimensiona o nível de risco da atividade

Diante da definição dos valores de NPR, a definição do nível de riscos da situação pode ser estimada.

FIGURA 28 – Mapa de interpretação FMEA

MAPA de INTERPRETAÇÃO										
O	Remota	POUCA		MODERADA			GRANDE		MUITO GRANDE	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S	levemente percebida	Pouca importância		Levemente grave			grave		Extremamente grave	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D	grande	moderada				pouca			Muito pouca	Improvável
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fonte: IQA (2010).

ANEXO F – FERMA

Trata-se de uma instituição europeia de gestão de riscos.

Para a norma FERMA, foi utilizada a nomenclatura da Organização Internacional de Normalização - ISO no documento, *ISO/IEC Guide 73:2009 Risk Management - Vocabulary - Guidelines for use in standards*.

Na época em que essa norma foi publicada, o conceito de riscos foi reconhecido como:

A combinação da probabilidade de um acontecimento e das suas consequências. O simples fato de existir atividade abre a possibilidade de ocorrência de eventos ou situações cujas consequências constituem oportunidades para obter vantagens (lado positivo) ou então ameaças ao sucesso (lado negativo).

Segundo a FERMA (2003), o objetivo da gestão de riscos é acrescentar valor de forma sustentada a todas as atividades da organização, aumentando a probabilidade de êxito e reduzindo a possibilidade de fracasso oriunda da incerteza na obtenção de todos os objetivos globais da organização.

Essa instituição europeia de gestão de riscos congrega instituições de inúmeros países, tais como:

- *Asociacion Española de Gerencia de Riesgos y Seguros* (**AGERS**)
- *The association of Insurance and Risk Managers* (**AIRMIC**)
- *Association pour le Management des Risques et des Assurances de l'Entreprise* (**AMRAE**)
- *Associazione Nazionale dei Risk Manager e Responsabili Assicurazioni Aziendali* (**ANRA**)
- *Associação Portuguesa de Gestão de Riscos e Seguros* (**APOGERIS**)
- *Belgian Risk Management Association* (**BELRIM**)
- *Bundesverband firmenverbundener Versicherungsvermittler und -Gesellschaften E. V.* (**BfV**)
- *Dansk Industris Risk Management Forening* (**DARIM**)
- *Deutscher Versicherungs-Schutzverband e.V.* (**DVS**)
- *Nederlandse Associatie van Risk en Insurance Managers* (**NARIM**)

- *Swiss Association of Insurance and Risk Managers* (**SIRM**)
- *Swedish Risk Management Association* (**SWERMA**)
- *The National Forum for Risk Management in the Public Sector* (**ALARM**)
- *The Institute of Risk Management* (**IRM**)

Para a norma FERMA, foi utilizada a nomenclatura da Organização Internacional de Normalização - ISO no documento *ISO/IEC Guide 73 Risk Management - Vocabulary - Guidelines for use in standards*.

Na época em que essa norma foi publicada, o conceito de riscos foi reconhecido como:

A combinação da probabilidade de um acontecimento e das suas consequências. O simples fato de existir atividade abre a possibilidade de ocorrência de eventos ou situações cujas consequências constituem oportunidades para obter vantagens (lado positivo) ou então ameaças ao sucesso (lado negativo).

Essa norma de gestão de riscos foi o resultado do trabalho de uma equipe composta por elementos das principais organizações de gestão de riscos do Reino Unido - *The Institute of Risk Management* (IRM), *The Association of Insurance and Risk Managers* (AIRMIC) e *ALARM The National Forum for Risk Management in the Public Sector*.

Segundo a FERMA (2003), o objetivo da gestão de riscos é acrescentar valor de forma sustentada a todas as atividades da organização, aumentando a probabilidade de êxito e reduzindo a possibilidade de fracasso oriunda da incerteza na obtenção de todos os objetivos globais da organização.

O modelo de riscos preconizado por essa norma é o apresentado na FIGURA 29:

FIGURA 29 – Modelo de gestão de riscos - FERMA



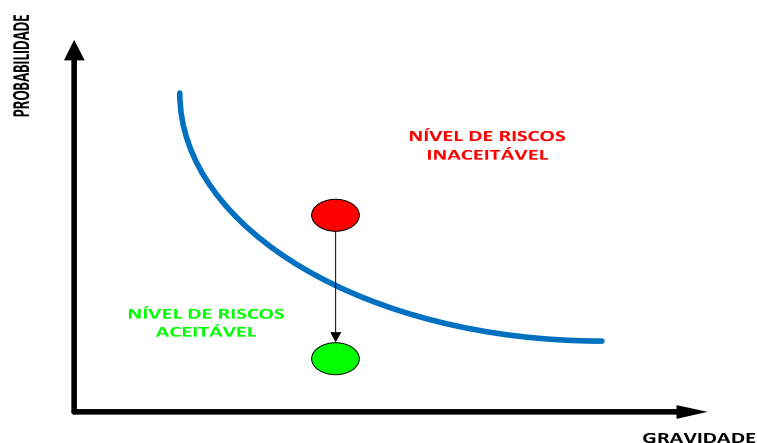
Fonte: AIRMIC, ALARM, IRM: 2002, translation copyright FERMA (2003).

ANEXO G - Tratamentos típicos de riscos

Desroches (2012) explicita de forma alternativa três formas de modificação do risco, como se segue:

- **Prevenção:** modificar o sistema de modo a diminuir a probabilidade de ocorrência e tornar o risco aceitável.

FIGURA 30 – Mudança de nível de probabilidade de um risco

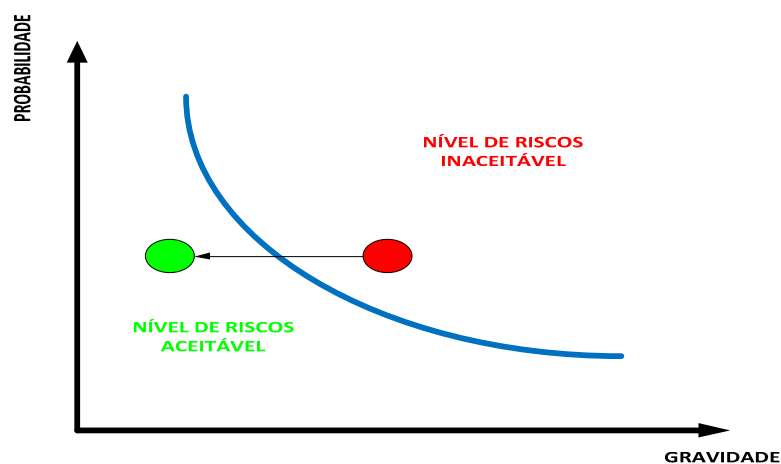


Fonte: Desroches, A. – p. 47.

É a forma mais fácil, pois gera mais prevenção ao sistema, a partir da criação de controles (barreiras).

- **Proteção:** modificar o sistema para diminuir a gravidade das consequências de e tornar o risco aceitável

FIGURA 31 – Mudança de nível de gravidade de um risco

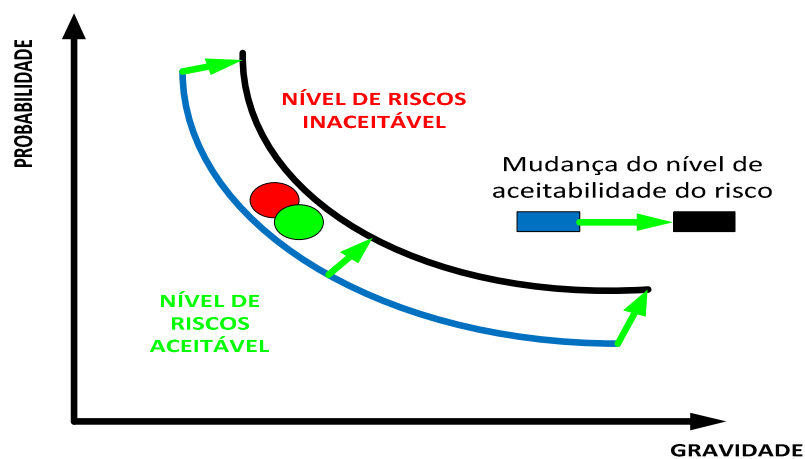


Fonte: Desroches, A. – p. 48.

A mitigação é a tônica, pois mantém a probabilidade estável, mas atua diretamente no nível de dado potencial.

- Derrocada: Tornar o risco aceitável aumentando artificialmente o domínio com risco aceitável.

FIGURA 32 – Mudança de limite de tolerância de riscos artificialmente



Fonte: Desroches, A. – p. 49.

O autor comenta que é considerada como mudança artificial, pois cria a falsa sensação de segurança.

ANEXO H – Programas da OMS - Segurança do Paciente

Iniciativas e desafios destacados por Organizações Internacionais

A Organização Mundial de Saúde criou em outubro de 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) com o objetivo de chamar a atenção para o problema de segurança. Hoje conhecida como *Who Patient Safety*. Sua abrangência é internacional, tendo como missão coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente em todos os países membros da Organização Mundial de Saúde.

A abordagem fundamental da Aliança é a prevenção de danos aos pacientes e o elemento central é a ação chamada “Desafio Global”.

Desde 2005 a Aliança publica a cada dois anos um programa (*Forward Programme*) estabelecendo suas atividades para os próximos anos, bem como um relatório de progresso detalhando suas maiores prioridades.

O QUADRO 19 apresenta um detalhamento de todas estas ações.

QUADRO 19 – Segurança do Paciente – OMS – Áreas de programas

Segurança do Paciente da OMS - Áreas de programa		
área	programa	descrição
1	Desafios globais para segurança do paciente	Uma Assistência Limpa é Uma Assistência Mais Segura.
2	Pacientes na segurança do paciente	Assegura que a voz dos pacientes seja o centro do movimento mundial de segurança do paciente e trabalha outros programas para assegurar que a voz do paciente seja sempre representada.
3	Investigação para a segurança do paciente	Voltada para a criação de uma agenda de pesquisa internacional para a segurança no cuidado de saúde nos países membros da Organização Mundial da Saúde.
4	Classificação internacional de segurança do paciente	A Classificação Internacional de Segurança do Paciente tem como objetivo definir, harmonizar e conceitos de grupos de segurança do paciente em uma classificação internacionalmente acordados.
5	Relato e aprendizagem para segurança do paciente	Reportar e aprender tem como objetivo gerar orientações de boas práticas para os sistemas de informação existentes e novos, e facilitar a aprendizagem precoce de informações disponíveis.

continua

Segurança do Paciente da OMS - Áreas de programa		
área	programa	descrição
6	Soluções para Segurança do Paciente	São intervenções ou ações para prevenir ou reduzir risco e dano ao paciente decorrente do processo de cuidado à saúde. As soluções serão promovidas, disseminadas e coordenadas internacionalmente pelo centro colaborador da organização mundial de saúde.
7	Cinco altas iniciativas	Alcançar redução significativa, sustentável e mensurável, na ocorrência dos cinco principais problemas de segurança do paciente ao longo de cinco anos, em sete países, e construir uma rede de aprendizagem para compartilhar conhecimento e experiências na implementação de Protocolos Operacionais Padronizados.
8	Tecnologia para Segurança do Paciente	Foca as oportunidades de submeter novas tecnologias para melhorar a segurança do paciente.
9	Gerenciamento do Conhecimento	Trabalha com países membros e parceiros para reunir e compartilhar o conhecimento sobre segurança do paciente mundialmente.
10	Infecções na corrente sanguínea associadas a cateter central	A Aliança visa demonstrar que os resultados do trabalho no estado de Michigan, EUA, sobre o tema infecções na corrente sanguínea associada a cateter central possam ser reproduzidos em outras instituições, o que poderia mudar a vida de dezenas de milhares de pacientes em todo mundo, especialmente em pacientes sob cuidado intensivo.
11	Educação para cuidados mais seguros	Desenvolve uma grade curricular para estudantes médicos, bem como implementa um programa de bolsas de estudo sobre segurança do paciente.
12	Prêmio da Segurança	Será criado um prêmio internacional para excelência no campo da segurança do paciente, que pretende ser um direcionador para mudanças e melhorias.
13	<i>Check list</i> para médicos	Depois do sucesso da Lista de verificação de segurança cirúrgica desenvolvida pela OMS em anos passados, estão sendo desenvolvidas listas de verificação adicionais em outras áreas de medicina, como por exemplo: uma lista de verificação de Parto Seguro, Checklist de Trauma Care, entre outros em desenvolvimento.

Fonte: WHO (2005)

GLOSSÁRIO

- Farmacovigilância: detecção, avaliação, prevenção e notificação dos efeitos adversos ou qualquer problema relacionado a medicamentos.
- Hemovigilância: identificação, análise, prevenção e notificação dos efeitos indesejáveis imediatos e tardios advindos do uso de sangue e seus componentes.
- Tecnovigilância: identificação, análise, prevenção e notificação de eventos adversos relacionados ao uso de equipamentos, artigos médicos e *kits* laboratoriais durante a prática clínica.
- Saneantes: identificação, análise e prevenção dos efeitos indesejáveis advindos do uso de saneantes no âmbito hospitalar.
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH): identificação, análise e prevenção de surtos e infecções hospitalares. Controle e uso racional de antimicrobianos em serviços de saúde.
- Monitoração de propaganda: identificação, análise e notificação de não conformidades relacionadas à propaganda de medicamentos e produtos de saúde.
- Inspeção: identificação, análise, prevenção e notificação de desvios de qualidade relacionados a medicamentos e produtos de saúde.