



Rita de Cássia Nascimento Gaudêncio

**Fatores Intervenientes na qualidade da gestão de
riscos em estruturas hospitalares: percepção de
Gestores de Operações**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-
graduação em Administração de Empresas do
Departamento de Administração da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Sandra Regina da Rocha Pinto

Rio de Janeiro
março de 2024



Rita de Cássia Nascimento Gaudêncio

**Fatores Intervenientes na qualidade da gestão de
riscos em estruturas hospitalares: percepção de
Gestores de Operações**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-
graduação em Administração de Empresas da PUC-Rio.
Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo:

Profa. Sandra Regina da Rocha Pinto
Orientadora
PUC-Rio

Profa. Maria Isabel Peixoto Guimarães
PUC-Rio

Prof. Eduardo Refkalefsky
UFRJ

Rio de Janeiro, 20 de março de 2024

Todos os direitos reservados. A reprodução, total ou parcial do trabalho, é proibida sem a autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Rita de Cássia Nascimento Gaudêncio

Graduou-se em Nutrição na UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro) em 1997. Tem MBA em Administração de Empresas pela FGV-RJ e cursa MBA em ESG, pelo IBMEC. Trabalha há 25 anos na área da saúde, em especial, no segmento hospitalar privado, com gestão da qualidade institucional e gestão de operações.

Gaudêncio, Rita de Cássia Nascimento

Fatores intervenientes na qualidade da gestão de riscos em estruturas hospitalares: percepção de gestores de operações / Rita de Cássia Nascimento Gaudência ; orientadora: Sandra Regina da Rocha Pinto – 2024.

119f. : il. color. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)-Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Administração, 2024.

1. Administração – Teses. 2. Gestão de riscos. 3. Operações hospitalares. 4. Infraestrutura. 5. Administração Hospitalar. 6. Sinistros. I. Pinto, Sandra Regina da Rocha. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Administração. III. Título.

CDD: 658

Agradecimentos

Agradeço à professora Dra. Sandra Regina por sua orientação, pelo apreço, compreensão e paciência, em todo o tempo da construção deste trabalho. Sua sabedoria e objetividade me mostraram que seria possível seguir, mesmo lutando contra o tempo, sempre!

Agradeço a meu esposo Marcelo, por ter sido o maior provocador para que esse dia chegasse, sendo testemunha de percalços e incentivando para eu fosse até o fim!

Agradeço a meus pais Jorge e Maria, pois tenho certeza de suas orações todos os dias! E a minha avó Bibi, com quem aprendi a gostar de cuidar.

Agradeço, ainda, a todos os meus amigos e colegas de trabalho, de uma vida de parceria profissional, que, sem hesitar, contribuíram como voluntários para esta dissertação, participando, ouvindo, opinando, torcendo e querendo ouvir *suas vozes*, na demonstração do trabalho.

Obrigada, Mãe, por passar a frente, todos os dias!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Resumo

Gaudêncio, Rita de Cássia Nascimento. Pinto, Sandra Regina Rocha. **Fatores Intervenientes na qualidade da gestão de riscos em estruturas hospitalares: percepção de Gestores de Operações.** Rio de Janeiro, 2024. 119p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Administração, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O setor de saúde, mais especificamente o ambiente hospitalar, pode ser classificado como um dos cenários de maior complexidade, no que se refere à cuidados com a saúde humana e a interface com outros aspectos indissociáveis para a execução de sua atividade-fim, como a arquitetura, os processos de gestão e monitoramento das condições ideais. Riscos de falhas e acidentes são inerentes a todo o processo do cuidado e existem alguns fatores que aumentam a probabilidade das falhas: a gravidade de doenças e estado do paciente; a tecnologia utilizada e seus mecanismos; o volume de atendimentos concorrendo com a atenção dos prestadores de cuidado; a velocidade com que as decisões precisam ser tomadas. Acidentes com ambiente, que promovam interrupções parciais ou definitivas e, em pior grau, danos ao paciente ou a população circulante, em um hospital, são lamentáveis e indesejáveis. No entanto, podem estar relacionados diretamente à assistência ao paciente, com os riscos com a terapêutica, com equipamentos e insumos ou ainda, com temas relacionados à infraestrutura (sistemas elétricos, sistemas de gases medicinais, sistemas de climatização, entre outros). O maior ou menor grau de vulnerabilidade de todo o sistema funcionante depende de como o tratamos, como o planejamos e o controlamos. Com metodologia de análise de conteúdo, as experiências de gestores da área de operações hospitalares formam a escolha do presente estudo, com representantes do segmento privado de grandes grupos de saúde do Brasil. Identificar os fatores intervenientes que afetam a gestão dos riscos, em especial, os estruturais, em hospitais, foi o objetivo do estudo. Destaque para a ótica do gestor de operações que faz parte da execução das atividades que permitem que o cotidiano aconteça, mas que não deve dissociar-se do planejamento de todo o mecanismo de funcionamento e estratégia de crescimento do negócio. Os registros provocaram nos próprios gestores, uma avidez por transformações a partir das oportunidades identificadas, com mais conexão com

a gestão de riscos e suas derivações e aplicabilidades que afetam direta ou indiretamente toda a administração hospitalar, fomentando interesse por conhecimento e a expectativa de práticas mais seguras.

Palavras-chave

Gestão de riscos; operações hospitalares; infraestrutura; administração hospitalar; sinistros.

Abstract

Gaudêncio, Rita de Cássia Nascimento. Pinto, Sandra Regina Rocha. (Advisor). **Intervening Factors in the Quality of Risk Management in Hospital Structures: Perception of Operations Managers.** Rio de Janeiro, 2024. 119p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Administração, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The health sector, more specifically the hospital environment, can be classified as one of the most complex scenarios, with regard to human health care and the interface with other inseparable aspects for the execution of its core activity, such as architecture, management processes and monitoring of ideal conditions. Risks of failures and accidents are inherent to the entire care process and there are some factors that increase the probability of failures: the severity of illnesses and the patient's condition; the technology used and its mechanisms; the volume of care competing with the attention of care providers; the speed with which decisions need to be made. Environmental accidents, which cause partial or permanent interruptions and, to a worse extent, damage to the patient or the circulating population, in a hospital, are regrettable and undesirable. However, they may be related to patient care, risks associated with therapy, equipment, and supplies or even issues related to infrastructure (electrical systems, medical gas systems, air conditioning systems, among others). The greater or lesser degree of vulnerability of the entire functioning system depends on how we treat it, how we plan and control it. Using content analysis methodology, the experiences of managers in hospital operations were the choice for this study, with representatives from the private segment of large health groups in Brazil. Identifying the intervening factors that affect risk management, especially structural ones, in hospitals was the objective of the study. Highlighting the perspective of the operations manager who is part of the execution of activities that allow everyday life to happen, but which must not be dissociated from the planning of the entire operating mechanism and business growth strategy. The records provoked in the managers themselves, an avidity for transformations based on the opportunities identified, with more connection with risk management and its derivations and applicability that directly

or indirectly affect the entire hospital administration, fostering interest in knowledge and the expectation of safer practices.

Keywords

Risk management; hospital operations; infrastructure; accidents; claims.

Sumário

1. O Problema de Pesquisa	15
1.1. Introdução	15
1.2. Objetivos Geral e Específicos	22
1.3. Relevância	23
2. Referencial Teórico	24
2.1. Gerenciamento de Riscos	25
2.1.1 Eventos Adversos	29
2.1.2. Gerenciamento de Riscos na Manutenção de Infraestrutura Hospitalar	31
2.1.3. Ocorrência de Sinistros	35
2.1.4. Exposição na Mídia	39
2.1.5. Perfil dos Hospitais Privados, no Brasil, Segundo ANAHP	42
2.1.6. Acreditação Hospitalar	45
2.2. Arquitetura Hospitalar: Como Fator Influenciador para o Gerenciamento de Riscos	49
2.3. Regulamentação que Condiciona a Segurança do Paciente. Foco em Controles Físicos-Estruturais	53
2.3.1. ANVISA	55
2.3.2. Corpo de Bombeiros	59
2.3.3. ABNT	60
2.4. A Experiência do Gestor de Operações	61
3. Metodologia	62
3.1. Tipo de Pesquisa	62
3.2. Análise de Conteúdo	62
3.3. Justificativa da Abordagem da Pesquisa	63
3.4. Coleta de Dados	65
3.5. Seleção de Sujeitos	67
3.6. Formulação de Roteiro de Perguntas	68
3.7. Limitações da Abordagem da Pesquisa	
4. Análise de Discussão de Resultados	71
4.1. As Entrevistas: Dados Demográficos	71
4.2. As Entrevistas: Dados do Programa de Gestão de Riscos em Ambiente Hospitalar	75
4.2.1. Reconhecimento e Cumprimento de Normas Regulatórias	76
4.2.2. A Experiência do Profissional Entrevistados e Sua Percepção sobre Conhecimento da Gestão de Riscos Estruturais	79
4.2.3. O Impacto da Arquitetura sobre Favorabilidade de Controle de Riscos	86

4.2.4. Os Aspectos Financeiros e Investimento Relacionado à Gestão das Estruturas Hospitalares	88
4.2.5. A Governança e Interação com o Tema Riscos	90
5. Considerações Finais	94
6. Referências Bibliográficas	97
7. Anexo	107
Apêndice	116

Lista de figuras

Figura 1 - Modelo de Queijo Suíço	16
Figura 2 - Definição de cultura de segurança do paciente	16
Figura 3 - Modelo de Cadeia Causal	27
Figura 4 - Número de incidentes notificados, por UF. Brasil, jan-dez/2022	30
Figura 5 - Porcentagem de incidentes notificados por macrorregiões. Brasil, jan-dez/2022	30
Figura 6 - Tipos de incidentes notificados com maior frequência. Brasil, jan-dez/2022	31
Figura 7 - Número de incidentes notificados por mês. Brasil, Jan-Dez, 2022	31
Figura 8 - Diagrama da Distribuição de Tipos de atendimento na Organização Físico-Funcional do hospital	34
Figura 9 - Incêndios estruturais por tipo de ocupação, no Brasil, 2022	36
Figura 10 - Incêndios por origem elétrica, por local de ocorrência, em 2022	36
Figura 11 - Série histórica de 2013 a 2023 de incêndios de origem elétrica por localidade (BR)	37
Figura 12 - Recortes de manchetes jornalísticas sobre incêndios e outros acidentes em hospitais, no Mundo	39
Figura 13 - Recortes de manchetes jornalísticas sobre incêndios e outros acidentes em hospitais, no Mundo (continuação)	39
Figura 14 - Distribuição de hospitais privados pela UF-Brasil, 2022	45
Figura 15 - Distribuição dos Hospitais Privados por região do Brasil, 2022	45

Lista de quadros

Quadro 1 - Diagrama de Escopo do Processo- Macrofluxo Hospitalar	18
Quadro 2 - Cadeia de Processos Hospitalares	19
Quadro 3 - Objetivos específicos e a correlação com fundamentação teórica	25
Quadro 4 - Dimensões e Definições de autoavaliação institucional de conformidade - ANVISA	28
Quadro 5 - Distribuição percentual da Despesa Total do Hospital	43
Quadro 6 - Distribuição da Receita Bruta por natureza	44
Quadro 7 - Tipos de acreditação dos hospitais associados ANAHP (2022)	44
Quadro 8 - Panorama da Acreditação Internacional no Brasil (2021)	47
Quadro 9 - Ficha de inquérito hospitalar- São Paulo- 1935	54
Quadro 10 - Padrões mínimos para Centro Cirúrgico do hospital. São Paulo - 1951	55
Quadro 11 - Finalidade e tipos de dados das Entrevistas de acordo com categoria e subcategoria	66
Quadro 12 - Caracterização dos Objetivos das Perguntas, por Subcategoria	69
Quadro 13 - Quantidade de Hospitais relatados x tempo de construção	72
Quadro 14 - Quantidade de leitos e estimativa de funcionários por hospital	73
Quadro 15 - Perfil dos hospitais e gestores de operações	74
Quadro 16 - Perguntas referentes a Normas; Protocolos; Regulatório	76
Quadro 17 - Perguntas referentes à experiência profissional do gestor de operações	80

Lista de siglas

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABRACOPEL - Associação Brasileira de Conscientização para os Perigos da Eletricidade
ACI - Accreditation Canada International
AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome
AMN - Associação Mercosul de Normalização
ANAHP - Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CA - Certificado de Aprovação
CAC - Colégio Americano de Cirurgiões
CBMERJ - Corpo de Bombeiros Militar do estado do Rio de Janeiro
CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CLT - Consolidação das Leis de Trabalho
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COSCIP - Código de Segurança Contra Incêndio e Pânico
COPANT - Comissão Pan-Americana de Normas Técnicas
CVA - Certificado de Vistoria Anual
DOE - Diário Oficial do Estado
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESG - Environmental, Social and Governance
EUA - Estados Unidos da América
HSOPS - Pesquisa sobre Cultura de Segurança em Hospitais
IAB - Instituto de Arquitetos do Brasil
ICPS - International Classification for Patient Safety
IEC - International Electrotechnical Commission
IOM - Instituto de Medicina dos Estados Unidos
ISO - International Organization for Standardization
JCI - Joint Commission International
LE - Laudo de Exigências
MS - Ministério da Saúde
NBR - Norma Brasileira Regulamentadora
NOTIVISA - Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária
NSP - Núcleo de Segurança do Paciente
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONA - Organização Nacional de Acreditação
PJ - Pessoa Jurídica
PROCON - Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor
PSP - Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde
QMENTUM - Qmentum Accreditation
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
SNVS - Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
WHO - World Health Organization

“A premissa básica na abordagem do sistema é que os seres humanos são falíveis e os erros são esperados, mesmo nas melhores organizações. Contramedidas são baseadas no pressuposto de que embora não possamos mudar a condição humana, podemos mudar as condições em que os seres humanos funcionam”.

James Reason

1

O problema de pesquisa

O objetivo deste capítulo é mostrar o problema que motivou a pesquisa, tendo a seguinte distribuição: contextualização com o tema; objetivo geral e objetivos específicos da pesquisa e relevância para os profissionais da área contemplada e, para estudos futuros.

1.1.

Introdução

Segundo a World Health Organization - WHO (2009), a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

A cultura de segurança do paciente, de acordo com Nieva e Sorra (2003), atualmente, tem recebido mais atenção, à medida em que se acredita que a própria sustentabilidade do negócio, e os impactos de erros ou quase-erros relacionados diretamente aos pacientes, são dependentes de uma prática de cultura, onde comportamento e conhecimento técnico são aliados para boa entrega assistencial.

Reconhecer a falibilidade de um processo, aceitar que a natureza humana é passível de cometer falhas, é importante para planejar e estabelecer mecanismos de controle que, minimamente, monitoram e reduzem a possibilidade do erro. Reconhecer que há riscos inerentes aos processos, assistenciais e operacionais é um ponto de partida interessante.

Para Reason (2000), os erros são consequências, não causas. Mas não podem convergir em aumento de tolerância para com a possibilidade de acontecimento do que reconhecemos como falhas, principalmente, se evitáveis. James Reason também utilizou o conceito do erro humano, na Saúde, além dos estudos com aviação e outros segmentos de indústrias.

No entanto, afastar-se de um campo tradicional de culpabilização do indivíduo e expandir para a leitura associada de avaliação do processo, pode apontar para as deficiências do sistema de prestação de serviço e a conclusão pode ser a de problemas associados a sistemas, produtos, equipamentos, prática estabelecida. Estes apontamentos não eximem um profissional de sua participação na investigação de um evento tido como falho. A responsabilização legal também existe e deve ser contemplada com a devida parcimônia e protocolos legais vigentes.

Reason (2000), em seu modelo de analogia chamado “Queijo Suíço”, objetivou demonstrar, com ilustração metafórica, o caráter multifatorial que as falhas de segurança podem possuir:

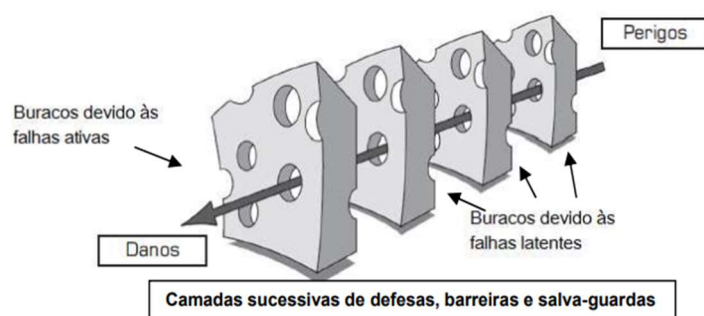


Figura 1 - Modelo do Queijo Suíço
Fonte: Adaptado de Reason (2000)

Figura 1. Modelo de Queijo Suíço
Fonte: Reason (2000)

Na figura 1, o autor expõe que, as fatias do queijo, representam camadas sucessivas de defesa, que de alguma forma são transpostas e possibilitam a ocorrência de danos.

A organização e sua cultura, suas práticas de gestão da qualidade e a capacidade de aprendizagem com os erros, para Santos *et al.* (2017), também fazem parte dos fatores sistêmicos que desencadeiam campo facilitador das falhas no cuidado. E, sendo as falhas de origem ativa ou latente ou ainda, pontual, merecem investigação e resolução.

Para Reason (2000), são exemplos de falhas ativas os atos de omissões ou os que a incerteza técnica pode propiciar. As latentes são como problemas “adormecidos”, reconhecidas ou não, até que um fator desencadeante a torne evidente, real e possivelmente, danosa. Um exemplo é a própria condição de trabalho se pensarmos no contexto de sobrecarga de horas trabalhadas (aumentando a suscetibilidade de ocorrência de erro). Outro exemplo é a atenção programada dada a manutenções e modernizações de sistemas utilitários de um hospital, como um sistema de climatização de ar, uma rede de gases ou um sistema elétrico.

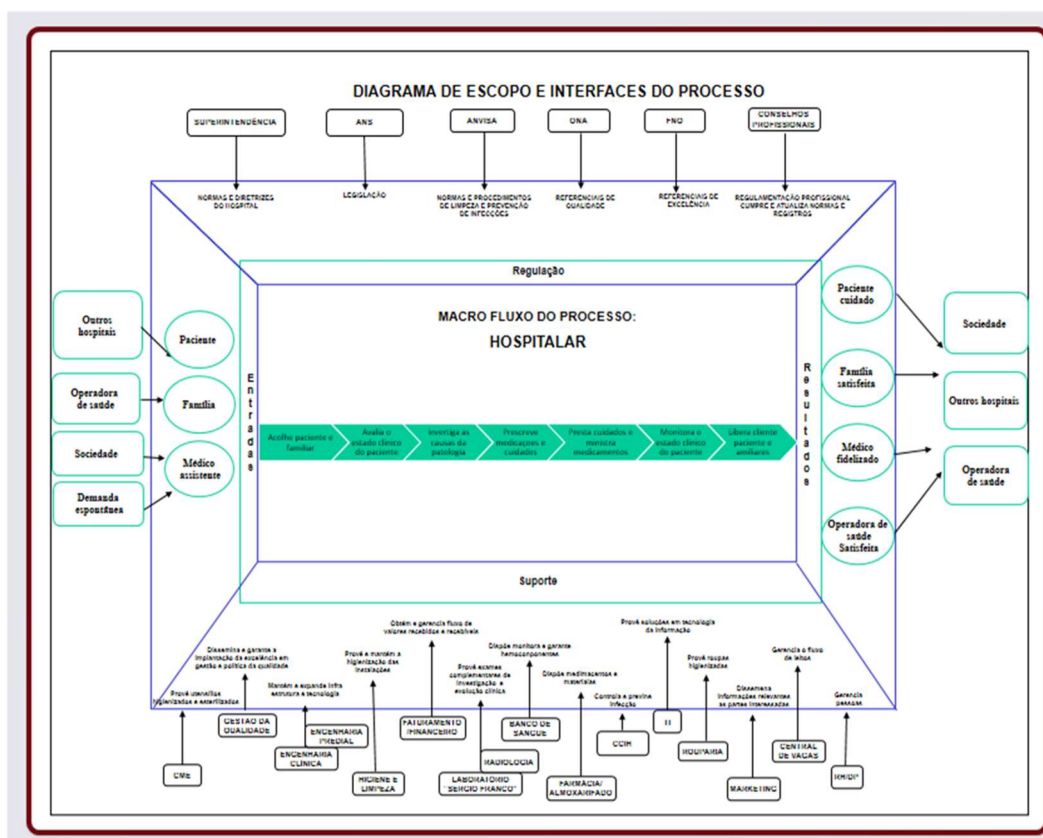
Gasparry *et al.* (2017) publicou um artigo sobre a implantação da gestão de riscos e disseminação da cultura de segurança do paciente, apontando desafios dos hospitais públicos, quando na verdade, os desafios são extensíveis também à rede privada de assistência à saúde e reforça, que dependendo da cultura de uma organização, pode enaltecer a boa prática constituindo uma acelerador de mapeamento de processos e elemento indissociável da qualidade para a melhor entrega a seus clientes e população circulante.

Não se deve enveredar para a crença de que, em matéria de capacitação, apenas um único treinamento, será suficiente e que por isto, nunca haverá falhas. Profissionais da saúde não estão em campo, com a intenção de errar, isto é certo, no entanto, a contemplação de diferentes saberes técnicos é fundamental, como destaca a WHO (2008), para apuração adequada dos riscos e, assim, retirar o estigma do erro.

Gerenciamento de riscos relacionados a estruturas hospitalares deve estar contido no monitoramento em estruturas físicas, na distribuição espacial dos serviços, uma vez que a preservação da segurança e da integridade de clientes e funcionários é parte inerente da proposta de um ambiente de cuidados, segundo a RDC 36 da ANVISA, publicada em 2013. O Artigo 8º desta Resolução, aplicável aos serviços de saúde, de assistência ao paciente e às áreas de ensino e pesquisa, de âmbito público e/ou privado, fala das estratégias e ações que o grupo de trabalho denominado Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) - uma obrigatoriedade do atendimento à Resolução supracitada - deve contemplar no Plano de Segurança do Paciente (PSP) em Serviços de Saúde. Entre as dezessete estratégias está a *promoção do ambiente seguro*, tópico de atenção do presente trabalho. Segundo o Art.3º da Portaria 3390, do Ministério da Saúde:

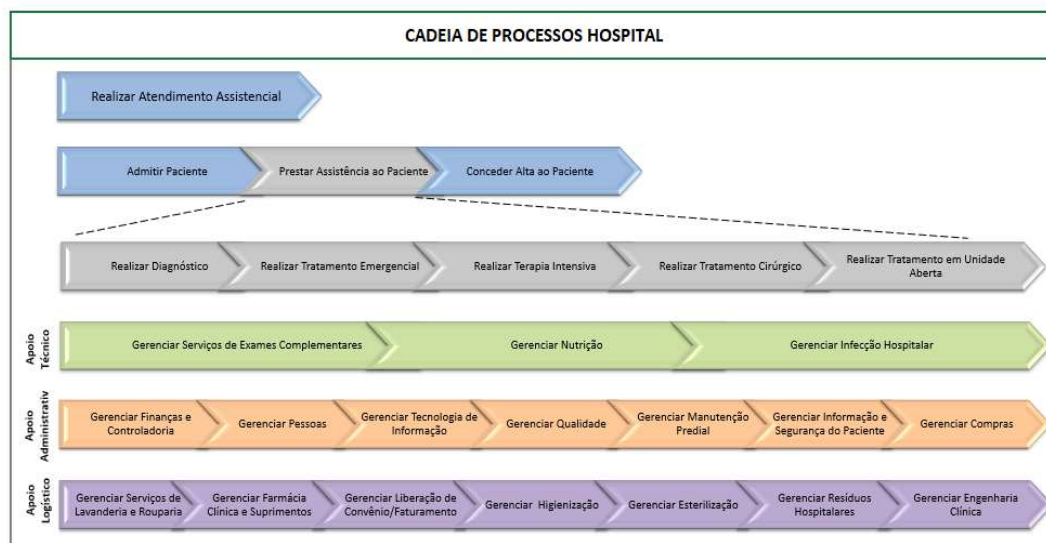
Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013b, p.2).

No entanto, acidentes acontecem em ambientes hospitalares e podem ser relacionados à complexidade da gestão de riscos inerentes aos processos. Dados europeus, como vistos no Brasil (2014b), demonstraram eventos adversos em até 12% das hospitalizações. Pensando em assistência direta, a OMS estimou que 50 a 70% de danos derivados dos eventos poderiam ter sido evitados se a prática regular deste monitoramento, com as devidas abordagens, estivesse ativa. Hospitais são complexos por natureza com multiplicidade de atividades que requerem muito cuidado em seu controle. Sequencialmente dois quadros demonstram o macrofluxo do processo de funcionamento hospitalar.



Quadro 1. Diagrama de Escopo do Processo- Macrofluxo Hospitalar

Fonte: Elaboração da autora, com base na metodologia BPM - Business Process Management (SILVA, 2017).



Quadro 2. Cadeia de Processos Hospitalares

Fonte: Elaboração da autora, com base na metodologia BPM - Business Process Management. (SILVA, 2017)

No Brasil, a incidência de eventos adversos foi de 7,6%, constatada em estudo randômico retrospectivo, de Mendes *et al.* (2009), que apontou para dados surpreendentes - quando não se pretende ter citação de vidas registradas em estatísticas como danos e perdas - de danos evitáveis: 8,5% evoluíram para morte. A amostra estudada tinha mais de mil pacientes e os dados foram de internações no ano de 2003.

Os eventos adversos assistenciais são subnotificados no Brasil. Em estudo com amostra de notificações na ANVISA, em que houve óbito, de 2014 a 2016, observou-se que apenas 0,6% foram decorrentes dos eventos adversos, logo em seguida à implementação da obrigatoriedade de notificações na plataforma NOTIVISA. Sugestivo de notificações de forma genérica, sem empenho de registros para análises que permitem melhoria do cuidado. Para Pronovost *et al.* (2004), conhecer profundamente a cultura existente em uma organização contribui consideravelmente para que os processos que precisam mudar, possam ser mais assertivos e assim, virar cultura.

Uma cultura de segurança deve ser justa, deve incentivar a participação; deve ser encorajadora para estimular a prática de notificação de eventos adversos e, por fim, deve ser de aprendizagem, para permitir a evolução a partir da memória de eventos passados. Destaca-se ainda, para WHO (2008) que, o sistema de notificação

de eventos adversos deve permitir a confidencialidade para promover a interlocução entre todas as camadas da instituição.

O assunto "segurança do paciente" é amplamente reconhecido em todo o mundo como de grande importância, especialmente no contexto hospitalar, devido aos impactos significativos na morbimortalidade dos pacientes, no sofrimento das famílias e dos profissionais de saúde, além dos elevados custos associados aos cuidados médicos. Para Souza (2023), compreender a dimensão desse desafio e os fatores que o influenciam é crucial para o desenvolvimento de políticas e programas eficazes na redução de eventos adversos durante a assistência, promovendo assim a segurança do paciente e aprimorando a eficácia e a eficiência do sistema de saúde.

Quinto Neto (2006) afirma que apenas um processo que transforme culturalmente a prática relacionada à manutenção de saúde e de processos seguros na assistência, envolvendo aspecto educacional das partes que interagem, ou seja, assistidos e cuidadores, veremos a qualidade intencionada com outro desempenho. Terá assim, influenciado o comportamento das pessoas. Segundo o autor, durante muito tempo os profissionais da área de saúde foram doutrinados a trabalharem quase que sozinhos, em especial, os médicos, uma prática que a história explica. Hoje não se pratica mais esta assistência, contemplando o ambiente hospitalar e toda sua complexidade, exigindo diferentes conhecimentos de equipe. O mundo mudou, a tecnologia expandiu, os hospitais cresceram em tamanho e especialidades e até aspectos não assistenciais são, hoje, percebidos pelo cliente, como indispensáveis, em seu tratamento.

Ocorrências como a de infecções hospitalares; acidentes com equipamentos; lesões por pressão; erros de administração de medicamentos; erros durante atos cirúrgicos, falhas na identificação de pacientes, são alguns exemplos de eventos adversos, que podem ser monitorados com uma adequada gestão dos riscos dos múltiplos processos que se fazem presentes em uma internação ou atendimento hospitalar. Ralston (2005) considera que existem alguns fatores que aumentam a probabilidade das falhas: a gravidade de doenças e estado do paciente; a tecnologia utilizada e seus mecanismos; o volume de atendimentos concorrendo com a atenção dos prestadores de cuidado; a velocidade com que as decisões precisam ser tomadas e o que, neste contexto, pode ser imprevisível, são fatores que influenciam sobre as chances de ocorrência de falhas. A natureza de riscos é diversa, podendo ser do tipo

inerente (natural a uma condição do paciente, por exemplo) ou adquirido (identificado em evidências e/ou circunstâncias ambientais). Pode ser relacionada diretamente à assistência ao paciente, com os riscos com a terapêutica, com equipamentos e insumos ou ainda, com temas relacionados à infraestrutura (sistemas elétricos, sistemas de gases medicinais, sistemas de climatização, entre outros). A importância atribuída ao assunto é fundamental, para que todo o processo de cuidado de saúde de seus clientes aconteça com o máximo de monitoramento e mitigação de riscos de acidentes. Os sistemas utilitários dos hospitais não são dispensáveis de monitoramento e modernização. Inclusive, a ausência de averiguações periódicas pode deixar em maior grau de vulnerabilidade e, possivelmente, impactar em paralisações de serviços. Todos, incluindo paciente e família, temos a responsabilidade de articular esforços e recursos baseados na ciência, como cita Souza (2023) para a transformação da segurança do sistema de saúde brasileiro.

Carvalho (2016) defende que a busca de qualidade nas manutenções de parque de equipamentos existentes, de sistemas de abastecimento e de projetos de obras, quando predomina o formato reativo, ou seja, quando há falhas ou interrupções de sistemas, podem elevar a vulnerabilidade de se manifestarem acidentes.

Existe Regulação da ANVISA por natureza de operação, representadas pelas Resoluções da Diretoria Colegiada- RDCs- e que precisa ser cumprida. Sua execução não pode depender de livre interpretação ou escolhas induzidas por circunstâncias diversas. A composição de uma equipe de manutenção de serviços hospitalares habitualmente é diversa e com vários níveis de escolaridade e formação, portanto, é imprescindível uma matriz de responsabilidades, de implementação de Plano de Manutenção; de auditorias de sistemas e de programação de intervenções, assim como do entendimento e validação de toda a cadeia de governança de atores de um conjunto hospitalar.

Segundo Cavalcanti e Martins (2015), sem apurar detalhadamente as circunstâncias potencializadoras de riscos, abre-se espaço para as armadilhas, para os vãos, que podem constituir acidentes.

A segurança do paciente não está focada apenas em uma assistência à saúde livre de danos, mas também à sua realização no momento certo, de um modo eficaz e equânime, e baseada na melhor informação científica e nas necessidades integrais e individuais, tanto do paciente, como de sua família. Para tal, os gestores de operações são agentes fundamentais, visto que o arcabouço de disciplinas que fazem a estratégia ser colocada em prática, estão sob seu comando, como engenharia predial, de meio ambiente, clínica, monitoramento de contratos de serviços relativos ao tema estrutural, estudos orçamentários e estratégia de sustentabilidade do negócio. Requer tempo e conhecimento dedicados ao tema. Compreender esta ótica faz parte deste estudo. A permeabilidade do papel deste perfil de gestor passa por todas as áreas dos serviços oferecidos no hospital.

Se a cultura de prevenção de acidentes não for plenamente disseminada, todos os circulantes de um ambiente que deveriam zelar pela segurança como prioridade, por receber pessoas com diferentes graus de vulnerabilidade (os pacientes) e todas as partes relacionadas ficarão expostas a uma aleatoriedade de situações na utilização de seus espaços e componentes.

1.2.

Objetivo geral e objetivos específicos

O Objetivo Geral do estudo pretende responder à pergunta: Quais os fatores que favorecem a vulnerabilidade na gestão dos riscos hospitalares, em especial, os estruturais, na percepção de gestores da área de Operações, de hospitais privados, no Brasil?

Como objetivos específicos, que serão os tópicos de exploração temática do estudo, temos: a exposição do conhecimento específico do gestor de operações sobre gestão de riscos estruturais e o contexto da influência de equipes técnicas subordinadas; se existem e como se processam os treinamentos; identificação do modelo de gestão na área de manutenção de infraestruturas hospitalares; como a arquitetura interfere no processo; a disponibilidade financeira para cuidados com o tema e, modelos contingenciais, em governança.

1.3. Relevância

A relevância da identificação dos fatores intervenientes na gestão de riscos relacionados à infraestrutura hospitalar também deriva de histórico vivido pela autora da pesquisa, ao longo de 25 anos de experiência com o segmento de saúde hospitalar e a intenção de trazer à evidência, a ótica do profissional de cadeira multidisciplinar como a de Operações, onde também atua. Há sobretudo, vidas envolvidas e sob responsabilidade de todos, o que é indispensável destacar.

O setor de saúde, mais especificamente um hospital, pode ser classificado como um dos ambientes de maior complexidade, no que se refere à arquitetura, engenharia, instalações e gestão. Dentro do ambiente hospitalar, falhas e mau funcionamento são particularmente pouco tolerados (CARVALHEIRO, 2016, p. 33). Por trás de toda uma complexa tecnologia que sustenta os atendimentos à pacientes, ainda para CARVALHEIRO (2016), deve haver uma gestão qualificada e especializada, com aplicação de planos de manutenções preventivas, com interação entre custo, segurança, riscos e prazos.

A partir deste levantamento com gestores da área supracitada, em hospitais privados do Brasil, poderemos provocar novos estudos sobre o tema segurança estrutural hospitalar, a partir da visão do gestor da área. Observar como o gestor participa do processo de mapeamento dos riscos estruturais e sua interação com o processo pode permitir que ele apresente propostas de ação à sua Governança, no combate aos problemas.

Também ao âmbito acadêmico, podemos oferecer informações e provocações para estudos sobre gestão hospitalar e sobre gerenciamento de riscos no aspecto segurança ambiental, fomentando políticas e programas de segurança do paciente. Provocar interesse por aumento de conhecimento e transformações que demonstrem maior adesão das instituições a programas de segurança para equilíbrio das atividades da assistência hospitalar.

2 Referencial teórico

A estruturação da fundamentação teórica apresentará tópicos que compõem a grandiosidade do tema gerenciamento de riscos na saúde, com suas diferentes vertentes e aplicabilidades para respondermos ao objetivo geral do estudo, que é a identificação dos fatores intervenientes na gestão dos riscos estruturais em hospitais.

A seguir, ressalva dos objetivos específicos, que serão explorados, em paralelo com o subsídio teórico. Na tabela abaixo, as principais referências.

Tópico	Objetivo específico	Fundamentação teórica
2.1	Conceituar Gerenciamento de riscos: o que é; quais impactos pode provocar na saúde da população hospitalar e principais registros no Brasil.	*ANVISA(2002;2014; 2017; 2021; 2022) *CARVALHEIRO (2016) *DONABEDIAN (1980) *WHO (2004) * REIS (2013) *TREIB, 2022
2.2	Conceituar a Arquitetura hospitalar como fator influenciador para o gerenciamento de riscos estruturais	*COSTA (2011) *GUIMARAES (2012) *PORTO <i>et al</i> (2008)
2.3	Elucidar a Regulamentação que condiciona a segurança do paciente – foco promoção de ambiente seguro	* ABNT- Associação Brasileira de Normas Técnicas * ANVISA (2002; 2014; 2017; 2021; 2022) *CORPO DE BOMBEIROS *Lei da Liberdade Econômica (Lei 13.874 de 20/09/19 *Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999) * Portaria do Ministério da Saúde de nº 1.660, de 22 de julho de 2009
2.4	Apresentar a experiência da área de Operações no gerenciamento de riscos em hospitais	*ROCHA (2014) * STANCZYK-HUGIET (2014) * DeWALT, K (2011) *MITRE (2018)

2.5	2.1-Fomentar oportunidades de debates para melhoria da tratativa do tema gestão de riscos no ambiente estrutural hospitalar	*ABREU (2018) *BOING (2003) * FELDMAN; PENTALAND (2005) * PHERRALLI (2011) * REIS (2013) * ZAPELLINI (2015)
-----	---	--

Quadro 3. Objetivos específicos e a correlação com fundamentação teórica

Fonte: Elaborado pela autora

2.1.

Gerenciamento de riscos

A segurança em assistência à saúde é considerada uma das dimensões da qualidade, segundo o Institute of Medicine, e só recentemente o assunto passou a ser estudado com mais afinco no Brasil e no Mundo (GASPARY *et al.*, 2017).

A Organização Mundial da Saúde - OMS, em 2004, lançou o programa de Segurança do Paciente, com intuito de destacar as ações e a contínua evolução necessária para aumento da segurança do paciente em todo seu percurso em busca de assistência à saúde. Os chamados Desafios Globais para a Segurança do Paciente, justamente chamam a atenção para a importância da identificação de riscos no cuidado ao paciente (BRASIL, 2013). No Anexo A, pode-se ver a Taxonomia da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS- International Classification for Patient Safety), publicada em 2011, pela OMS.

O Instituto de Medicina dos Estados Unidos também adotou critérios para se pensar e definir qualidade na prestação de serviço em saúde a partir de um diagnóstico realizado no trabalho denominado “Errar é humano” (KOHN *et al*, 2000). A qualidade pretende que a percepção dos usuários dos serviços reconheça consistência nos serviços prestados e com isto, aumentem as probabilidades de sucesso.

A referência que uma cultura organizacional deve trazer é a de um conjunto de valores, normas e competências que influenciam o comportamento e ações de uma equipe em uma organização.



Figura 2. Definição de cultura de segurança do paciente
 Fonte: Adaptado de FAMOLARO *et al.*, 2021

Muitas vezes associa-se a inexistência de dano como o suficiente para compreender que tudo foi bem controlado e assim não aconteceu um evento adverso. A afirmação pode não ser verdadeira em sua integralidade, uma vez que não há estabelecido um método de verificação, e a aleatoriedade, conforme apontado por Costa Júnior (2015) pode ser mais frequente do que se pretendia. Estudos estimam que a ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde, e em particular os eventos adversos (EA), afete de 4,0% a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos, o que sensibilizou sistemas de saúde em todo o mundo a melhorar a segurança do paciente (ANVISA, 2017).

GASPARY (2017) faz menção à segurança da gestão de incidentes, redução de perdas e de custos, percebidos como evitáveis, quando coligamos planejamento e monitoramento de riscos nas diferentes etapas do processo assistencial de pacientes. Recursos são mais bem alocados, aumenta-se a confiança entre as partes relacionadas, seja do prestador do serviço, seja do próprio paciente, e cumpre-se a regulação associada ao tema.

Outro modelo de análise de processos de qualidade do cuidado, parte de um sistema, é o de Brown *et al.* (2008) que relaciona intervenções a resultados e considera a cultura e o clima de segurança institucional. Propõe a distinção entre os processos de gestão (ou organizacionais), onde comumente estão as falhas latentes e, os clínicos ou assistenciais, propriamente ditos (que destacam a prática do cuidado em si, baseada em evidências).

Cultura e comportamento podem influenciar sobre como o processo do cuidado acontece. Para Brown *et al.* (2008), o modelo a seguir ilustra a cadeia causal e que aponta que “estrutura-processo-resultado” interferem sobre o que teremos de produto sobre o cuidado dos pacientes.

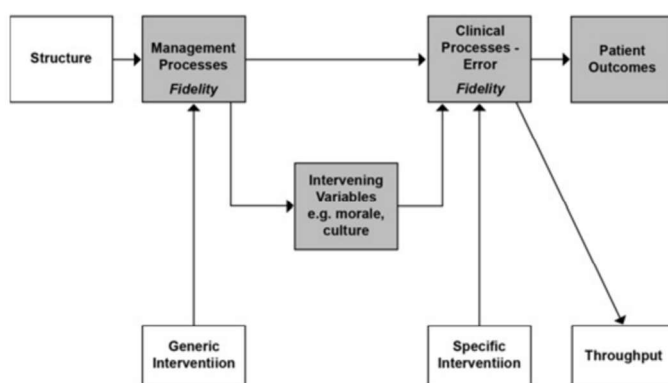


Figura 2 - Modelo da Cadeia Causal
Fonte: Brown *et al.*, 2008

Figura 3. Modelo de Cadeia Causal
Fonte: Brown *et al.* 2008

Estudos que avaliaram a implantação da gestão de risco citam como melhores práticas no gerenciamento de risco e para a cultura de segurança ações de treinamento e capacitações *in loco* e orientações à equipe, a comunicação e o registro dos eventos adversos e a existência de um comitê de segurança do paciente (SOUZA e MENDES, 2014).

Nesta sequência, há uma ilustração de quadro de definição das 12 dimensões que a ANVISA possui em seu *e-questionário* (Anexo B), utilizado pelas próprias instituições para a realização de uma autoavaliação de conformidade de requisitos de qualidade na assistência ao paciente e que pertence ao Relatório de Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais-2021, acessível no site da ANVISA.¹

¹ [relatorio-avaliacao-da-cultura-de-seguranca-2021.pdf \(www.gov.br\)](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/seguranca-do-paciente/relatorio-avaliacao-da-cultura-de-seguranca-2021.pdf)

Dimensões do HSOPS 1.0	Definição
Frequência de notificação de eventos	Relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem o paciente.
Percepção de segurança	Avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais.
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	Avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões e reconhecem a participação dos funcionários para a segurança do paciente.
Aprendizagem organizacional/melhoria contínua	Avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e avalia a efetividade das mudanças ocorridas.
Trabalho em equipe na unidade/serviço	Define se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe.
Abertura para comunicações	Avalia se os funcionários do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os funcionários com maior autoridade.
Feedback e comunicação sobre erros	Avalia a percepção dos funcionários no hospital: se eles notificam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e se discutem estratégias para evitar erros no futuro.
Resposta não-punitiva para erros	Avalia como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros podem ser usados contra eles e mantidos em suas fichas funcionais.
Dimensionamento de pessoal	Avalia se os funcionários são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	Avalia se a administração e gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promova a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioritária.
Trabalho em equipe entre unidades	Avalia se as unidades do hospital cooperam e realizam um trabalho integrado para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes.
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	Avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes são transferidas através das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno.

Fonte: Adaptação de REIS, 2013

Quadro 4. Dimensões e Definições de autoavaliação institucional de Conformidade – ANVISA
Fonte: Elaborado pela autora

Para fundamentar a importância do gerenciamento de riscos hospitalares, que, no presente estudo, quer dar ênfase aos riscos associados às estruturas físicas hospitalares, é importante que haja consulta às Regulações e Orientações de Órgãos que regulamentam sobre temas em Saúde Populacional. Do mesmo modo, existe a Regulação para Licenciamento, quanto às condições físico-estruturais, relacionadas ao Corpo de Bombeiros e uma série de Normas derivadas da ABNT- Associação Brasileira de Normas Técnicas citados no item 2.3.3. As ações de manutenção de serviços, em um hospital, são usadas para o bom funcionamento dos equipamentos/sistemas, de forma a controlar riscos, falhas e restabelecer o

equipamento em falha, deixando-o operacional, em estado de aptidão. (CARVALHEIRO, 2016).

Por fim, não podemos dissociar a gestão dos riscos apontados no estudo com a temática do ESG- Environmental, Social and Governance- uma vez que fatores ambientais, sociais e de governança podem convergir em ameaças e oportunidades com impacto sobre a reputação e o desempenho institucional. Esta correlação merece potenciais estudos dedicados.

2.1.1. Eventos adversos

De acordo com Couto *et al.* (2016), a responsabilidade de articular esforços para o sucesso da implementação de cultura de segurança do sistema de saúde brasileiro, deve ser de todos. Por exemplo, família e pacientes devem fazer parte da ciência para boa atitude em ambiente comum. Do mesmo modo, confrontar com os registros de eventos adversos com e/ou sem danos às pessoas assume importância nesta contextualização de valorização de práticas de controle e mitigação de riscos. Aproveitar a atitude positiva das equipes para incrementar o aprendizado organizacional. (ANVISA, 2022).

Duro (2015) faz menção ao relatório do Instituto de Medicina da Academia Americana de Ciências publicado em 2000, denominado “Errar é humano”, onde apurou que quase 100 mil mortes anuais nos Estados Unidos tinham relação com eventos adversos, mais diretamente relacionados à assistência. Kohn, Corrigan, Donaldson (2000) pensam que tal volume de mortes poderia ter sido amenizado ou reduzido se as causas dos problemas tivessem um roteiro de controle mais bem aplicado.

Ainda no relatório, vemos informação de que estatisticamente, as causas de mortes derivadas de assistência à saúde, converteram-se na 4ª maior causa de mortalidade nos EUA, ultrapassando as provocadas em acidentes de trânsito, câncer de mama e a AIDS. (DURO, 2015).

Os eventos adversos devem ser notificados à ANVISA, de acordo com a RDC 36, de 2013, que estabelece a obrigatoriedade de implementação do Núcleo de Segurança do Paciente, em serviços de saúde, do Brasil. As notificações são inseridas no NOTIVISA (plataforma própria de notificação de eventos adversos,

para recebimento destes registros). Para acessar, os serviços de saúde devem se cadastrar, assim como delegar a um profissional da instituição a responsabilidade deste cuidado de alimentação de informações na plataforma (ANVISA, 2013c).

De acordo com a mesma Resolução, além de monitorar, deve haver promoção do retorno de informações aos notificadores de eventos adversos, na plataforma NOTIVISA. Assim como é importante correlacionar os resultados com medidas de prevenção, que conduzam a práticas futuras preventivas, para redução de riscos e que diminuam a exposição dos pacientes a tais vulnerabilidades. O próprio órgão regulamentador informa que “notificar é comunicar a ocorrência de eventos”.

A seguir, demonstração gráfica dos eventos adversos notificados na plataforma da ANVISA, no ano de 2022:

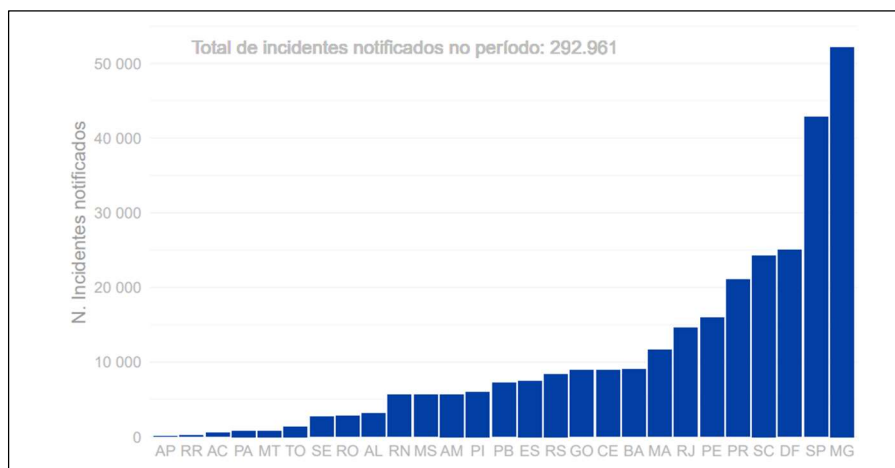


Figura 4. Número de incidentes notificados, por UF. Brasil, jan-dez 2022.

Fonte: NOTIVISA ([Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/anvisa))

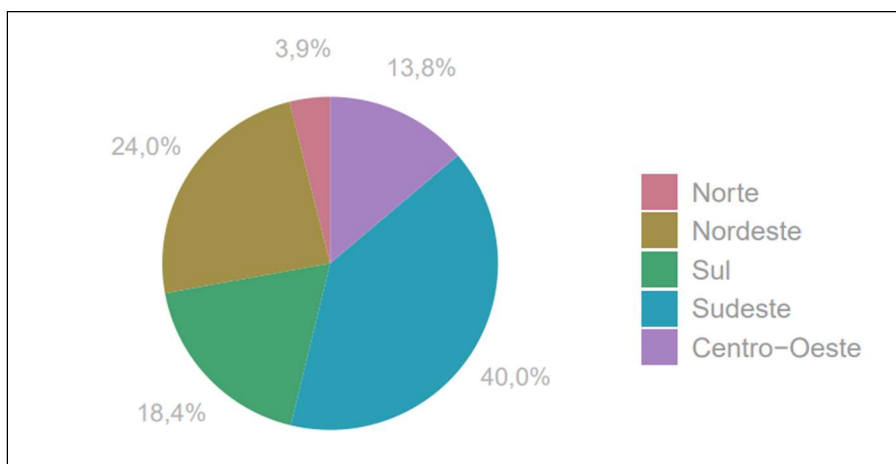


Figura 5. Porcentagem de incidentes notificados por macrorregiões. Brasil, jan-dez, 2022.

Fonte: NOTIVISA ([Anvisa \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/anvisa))

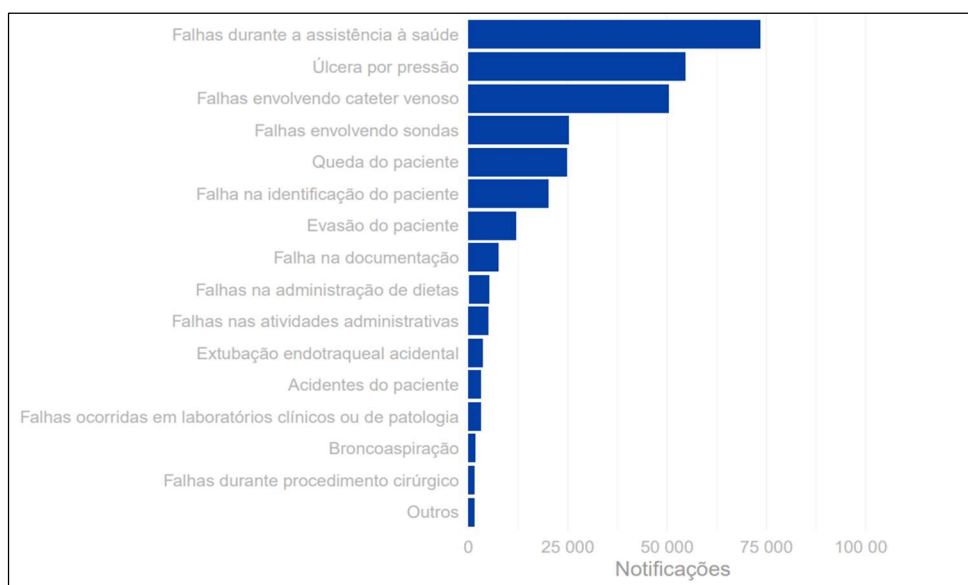


Figura 6. Tipos de incidentes notificados com maior frequência. Brasil, Jan-Dez, 2022.

Fonte: NOTIVISA ([Anvisa \(www.gov.br\)](http://Anvisa.gov.br))

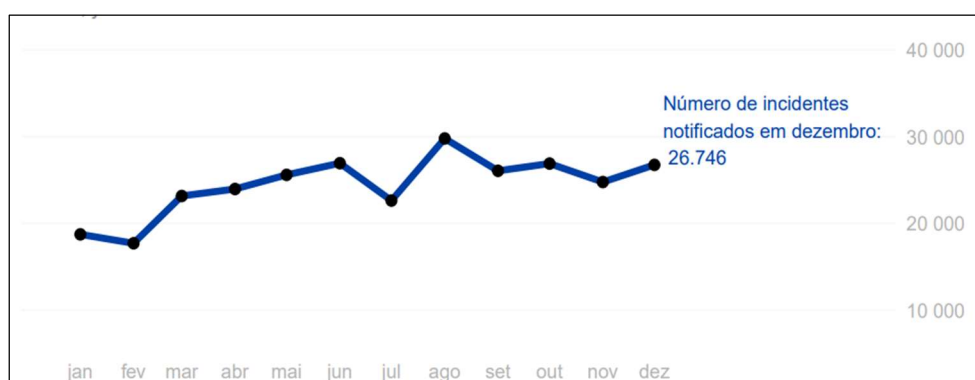


Figura 7. Número de incidentes notificados por mês. Brasil, Jan-Dez, 2022.

Fonte: NOTIVISA ([Anvisa \(www.gov.br\)](http://Anvisa.gov.br))

Para finalizar o tema dos eventos adversos e suas notificações, destacamos que, para Fernandes *et al.* (2014), o importante é compreender onde as defesas falharam e não perseguir pessoas, para encontrar avidamente culpados.

2.1.2.

Gerenciamento de riscos na manutenção de infraestrutura hospitalar

A política de manutenção de um hospital deve elucidar o que compõe seu Plano de Manutenção; que diretrizes segue; que estratégia está ambientada para cumprir requisitos legais; práticas corporativas e cotidiano de assistência de manutenção. Como avalia seu parque de equipamentos/sistemas, sua vida-média útil, os custos para manter e repor. Demonstrar como a instituição se planeja em

modelos contingenciais é de grande importância para que minimamente haja conhecimento de ponto de partida quando há interrupção de serviço. O plano deve estar adaptado a cada necessidade, não podendo ser único para todos os equipamentos (FRANÇOLIN, 2011).

Em seu Manual de Segurança no Ambiente Hospitalar- documento que pretende colaborar para a redução de todas as fontes de risco, englobando os cuidados com pacientes, funcionários e visitantes, bem como com os recursos e patrimônio da instituição hospitalar- a ANVISA (2020) sustenta que com toda complexidade existente em um ambiente hospitalar, não se pode excluir da pauta de análise de toda cadeia de administração, o monitoramento de riscos e seus graus de interferência na prestação do serviço em saúde, aos seus pacientes e a toda população relacionada, onde se inclui a força de trabalho, representada pelos funcionários. Avaliar tempo de interrupção de serviço e seu impacto sobre a prestação do cuidado aos clientes; à geração de receita, quando privado; ao próprio patrimônio, que pode requerer grandes intervenções e custos e à imagem da marca frente ao mercado de saúde.

O Questionário recomendado (16 perguntas) pela ANVISA (2022, p.4) para a abordagem no tema Segurança no Ambiente Hospitalar está no Anexo D.

A ANVISA publicou em 2002, a RDC nº 50, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (Anexo C). O regulamento aplica-se a instituições de saúde, públicas e privadas, compreendendo novas construções, reformas e ampliações. Associados à regulação, estende-se às Normas da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas), citadas no subcapítulo "Regulação para estruturas físico-hospitalares".

A RDC-50 (ANVISA, 2002) trata da elaboração dos projetos físicos de instituições de saúde, que devem conter um programa de necessidades, com as especificações e características do empreendimento a ser executado. Todos os ambientes devem fazer parte deste descritivo. Compõe requisito ainda, o estudo de viabilidade técnica; o estudo preliminar; o projeto básico; o projeto executivo.

Dentro do estudo preliminar são contemplados os aspectos legais, técnicos, econômicos e ambientais do empreendimento, o que solidifica a composição da arquitetura a ser projetada. Seguida pelo projeto básico, vemos o detalhamento de materiais, equipamentos que serão necessários ao Projeto. E não menos importante, mas sequencial, as informações que favoreçam o detalhe construtivo, ou seja, o plano executivo.

Projetar instalações elétricas, hidráulicas, de climatização, de estruturas e fundações, adequados aos princípios técnicos e legais de edificações, de qualquer natureza, é primordial para promover funcionalidade e segurança de todos os usuários. (KARMAN 1994, apud GUIMARÃES, 2012).

Os projetos sempre requerem aprovações de órgãos de fiscalização e controle, tais como o Corpo de Bombeiros, de acordo com a Lei 13.874 de 20/09/19, a Prefeitura Municipal e órgãos de fiscalização sanitária, ANVISA, em cumprimento à Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, o que não exime seus autores de projetos e construções, de responsabilidades legais, desde a projeção do empreendimento à sua continuidade ao longo dos anos.

Para cada estabelecimento há uma tipologia, que compreende as atribuições e os modelos funcionais do serviço. A descrição da organização técnica do trabalho do estabelecimento de saúde é fundamental para que haja sinergia de localização, cumprimento de legislação e um programa físico-funcional. Desta forma, projetistas e, no campo de análise construtiva, os auditores, têm acesso à diversidade explicativa do modelo construtivo e sua aplicabilidade.

No seu conjunto, a listagem de atribuições de cada estabelecimento de saúde do sistema delimita as redes físicas de atenção à saúde, definindo as distintas tecnologias de operação, assim como as metas a serem alcançadas e as ações a serem desenvolvidas, estabelecidas em um Plano de Atenção à Saúde já elaborado, que serve como base para a programação físico-funcional dos estabelecimentos assistenciais de saúde (ANVISA, 2014).

Em diagrama, podemos observar a seguinte distribuição da Organização Físico-Funcional:

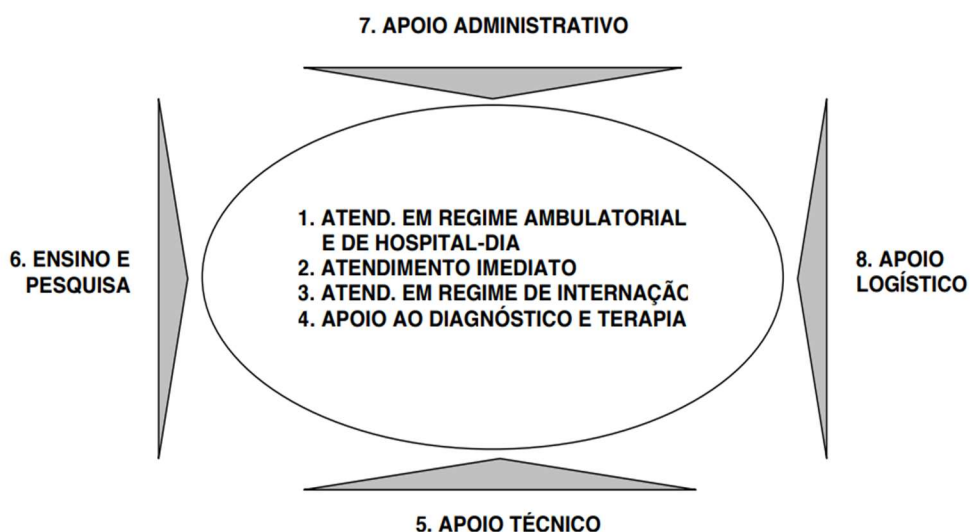


Figura 8. Diagrama da Distribuição de Tipos de atendimento na Organização Físico-Funcional de um hospital.

Fonte: RDC 50, 2002, p. 24.

Existem critérios a serem cumpridos, quando de estabelecimentos de cuidados de internação de pacientes, no que tange à promoção do ambiente seguro-que discorrem sobre proporcionar condições de segurança e vigilância do edifício, instalações e áreas externas:

- a) abastecimento de água;
- b) alimentação energética;
- c) geração de energia;
- d) geração de vapor;
- e) geração de água e ar frio.

E ainda, de atividades de preservação do meio ambiente, tais como a distribuição ou coleta de resíduos sólidos e radioativos; o cuidado com efluentes, com o tratamento de água; gases combustíveis (GLP e outros); óleo combustível; gases medicinais; esgoto. (BRASIL, ANVISA, 2002).

Para cada ambiente de apoio, pode haver variação de necessidades de distribuição de áreas, a ser definido de acordo com o ambiente-referência. Não é do interesse do estudo, elencar todos os critérios e seus desdobramentos para todos os tipos de construção de estabelecimento de saúde. Para efeito de explicitação do termo “promoção de ambiente seguro”, os apontamentos de nível generalizado são compreendidos como suficientes para trazer à atenção para a existência de pré-

requisitos que favoreçam uma construção adequada e segura e estão disponíveis para apreciação no Anexo D.

2.1.3.

Ocorrência de sinistros nos hospitais

De acordo com a ANVISA,

A ocorrência de um incêndio em um Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS) coloca em risco a saúde de todos os seus ocupantes, em especial, dos pacientes que se encontram fragilizados, tendo em vista as possíveis dificuldades de locomoção (BRASIL, ANVISA, 2014, p. 9).

O histórico de sinistros e perdas de atividades de empreendimentos por avarias nos sistemas principais, neste caso, de um hospital, corrobora a importância de cumprimento de requisitos legais e ainda, de devidas manutenções e planos de melhoria. A seguir, estatísticas e exemplos de sinistros (incêndios e outros derivados de energia elétrica) no Brasil, com destaque para a informação da ocorrência em unidades de saúde, públicos e privados, no período de Jan a Dez de 2022 e ainda, uma tabela com recorte de incêndios, nos últimos 10 anos, no Brasil, por finalidade de ocupação (residências; comércio; hospitais etc.).

Dados da Secretaria Nacional de Segurança Pública apontam que no Brasil, anualmente, ocorrem mais de 267.000 incêndios. Em 2011, houve registro de 1.000 mortes derivadas deste tipo de desastre, seja por inalação de fumaça ou contato com as chamas (ANVISA, 2014). A seguir, algumas ilustrações sobre a ocorrência de incêndios no Brasil e por tipo de ocupação. No total, foram registrados, de Jan a dez 2022, 2041 ocorrências de incêndios no Brasil.

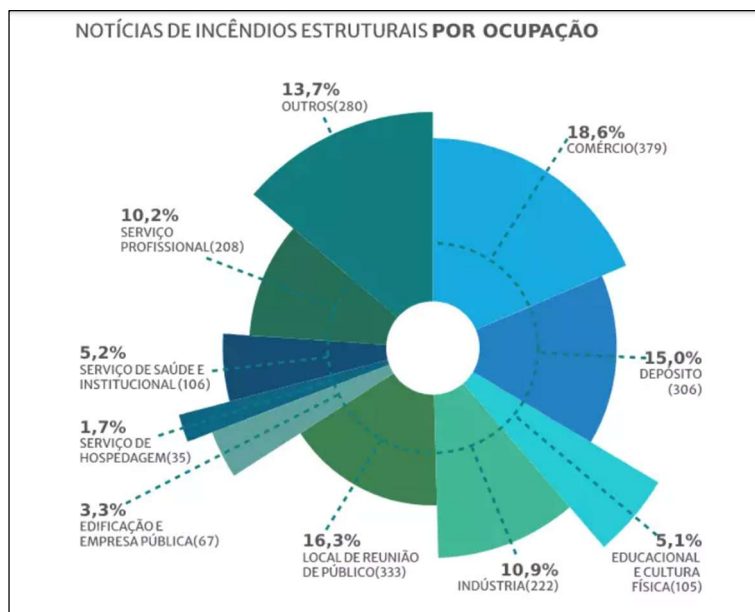


Figura 9. Incêndios estruturais por tipo de ocupação, no Brasil (ano 2022).

Fonte: Instituto Sprinkler ([Estatísticas 2022 - Instituto Sprinkler Brasil](#))

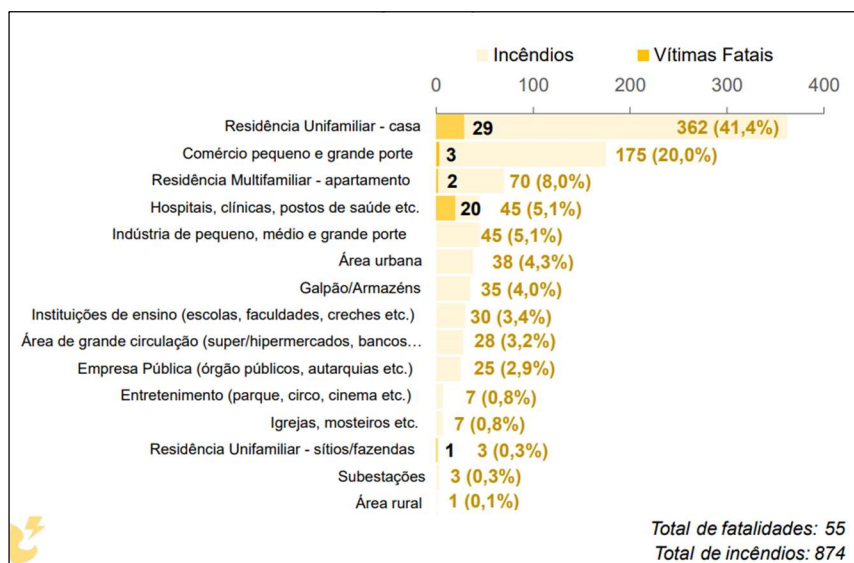


Figura 10. Incêndios por origem elétrica, por local de ocorrência, em 2022.

Fonte: Instituto Sprinkler ([Estatísticas 2022 - Instituto Sprinkler Brasil](#))

Local		Ano									
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Casa/Apto/Sítios/Fazendas	I ¹	77	136	199	212	215	252	320	312	343	435
	M ²	14	20	31	30	21	58	29	23	40	32
Comércio (pequeno e grande)	I	75	104	149	104	135	130	178	132	138	175
	M	0	0	2	1	8	1	10	0	0	3
Empresa Pública	I	47	25	31	28	22	44	24	20	26	25
	M	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0
Instituições de ensino	I	11	14	23	28	18	29	41	12	17	30
	M	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Hospitais/Clinicas/Postos etc.	I	20	3	14	22	20	24	36	42	45	45
	M	0	0	0	0	1	0	23	0	6	20
Indústrias	I	8	9	13	21	22	46	27	48	39	45
	M	2	0	0	0	0	1	2	1	0	0
Áreas de grande circulação	I	8	3	8	12	15	8	18	15	12	28
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outros	I	4	4	4	21	4	4	12	0	17	91
	M	0	0	0	1	0	0	10	0	0	0
TOTAL	I	250	298	441	448	451	537	656	581	637	874
	M	16	20	33	33	30	61	74	26	47	55
¹ I: incêndios. ² M: mortes.											

Figura 11. Série histórica de 2013 a 2023 de incêndios de origem elétrica por localidade (BR)

Fonte: ABRACOPEL- Out/2023- p. 78

A ABRACOPEL – Associação Brasileira de Conscientização para os Perigos da Eletricidade - ressalta no Anuário Estatístico de 2023, referência 2022, preocupação com o modo como se processa o dimensionamento do parque elétrico e suas revisões periódicas, de modo a evitar situações de sobrecarga. Apenas em 2022, registrou-se 45 incêndios em estabelecimentos de saúde, de origem elétrica e, 20 vítimas fatais. Os apontamentos direcionam para o grande número de casos de incêndios de origem elétrica na região Sudeste do Brasil, onde é evidente a mais elevada densidade populacional, mais de 40% de todo o país.

Pensar neste tipo de acidente no cenário hospitalar, acrescenta a preocupação de ser um local de muita diversidade de circulantes, desde uma extensa força de trabalho até os pacientes e, neste caso, há um grau de vulnerabilidade que pode se acentuar dependendo das condições de saúde deles, assim como de deslocamento. O monitoramento das condições da ambiência física deve ser valorizada e estimulada, de modo que a salvaguarda de pessoas e bens esteja em sua melhor aplicabilidade (LIMA, 2017).

Como responder a um evento de grande proporção com a melhor eficiência possível? LIMA (2017) responde que incerteza e complexidade permeiam soberanamente o comportamento das pessoas frente a uma situação paralisante. Por conseguinte, as ações de socorro precisam ser adequadamente gerenciadas para não aumentarem as chances de erros derivados de subjetividade e emoção. Como é muito difícil fazê-lo no imprevisto, ter o hábito de cuidar dos riscos favorece nos esforços deste tipo de socorro.

Para situações em que a evacuação de pessoas é indicada, a Defesa Civil do Rio de Janeiro aponta três tipos de movimentações, de acordo com a natureza da extensão e impacto do desastre, que pode ser um incêndio, um alagamento, um desabamento, escapamento de gases, entre outros (RIO DE JANEIRO (Cidade), 2012):

- Evacuação emergencial- risco forte de alcance e danos e deve ser imediata;
- Evacuação de urgência- prazo de em até quatro horas iniciar a retirada de pessoas;
- Evacuação planejada- que, avaliadas as condições, possibilita mobilização de pessoas em até 48 horas.

Em todo tipo de grande acidente, é imprevisível como se dará a reação das pessoas, em especial, das que estejam no ambiente do evento. A valorização dos treinamentos, minimamente das pessoas que compõem o quadro de funcionários de um estabelecimento, é primordial para amenizar as reações de pânico e inatividade que podem atingir os ocupantes do local. Portanto, a Lei nº 9.112, estabelece que diversos tipos de estabelecimentos, inclusive hospitais públicos e privados, devem obrigatoriamente constituir brigada profissional composta por Bombeiro Civil, dimensionado de acordo com a extensão dos estabelecimentos (RIO DE JANEIRO (Estado), 2020).

Da mesma forma, incentiva-se que a população cliente de um hospital, também receba, quando de sua chegada ao estabelecimento, nas condições normais de funcionamento, instruções acerca de rotas de fuga e de parque de identificação e combate, por exemplo, de incêndios, além dos dispositivos visuais distribuídos pelas áreas da edificação. “No dia a dia dos hospitais a comunicação é item básico e fundamental” (ANAHP, 2016, p. 1).

2.1.4. Exposição na mídia

Os recortes de notícias das imagens abaixo são reais e marcam a história das instituições de saúde- hospitais- uma passagem que pode colocar em dúvida, junto à comunidade consumidora de seus produtos e ao mercado de saúde, independente de natureza pública ou privada (com o agravante do privado ser comumente uma escolha direta do paciente, ao contrário do direcionamento público), a reputação de uma marca, além de concluir em prejuízos de ordem financeira, que podem requerer muito investimento para recuperação e retorno às atividades.



Figura 12. Recortes de manchetes jornalísticas sobre incêndios e outros acidentes em hospitais, no Mundo.

Fonte: Elaborado pela autora



Figura 13. Recortes de manchetes jornalísticas sobre incêndios e outros acidentes em hospitais no Mundo.

Fonte: Elaboração da autora.

Cada vez mais, marcas são reconhecidas ou anuladas, quase que instantaneamente, e gerenciar situações de crise requer muita habilidade e transparência na comunicação. O consumidor solicita coerência e consistência na prática de uma marca, segundo SALVADOR *et al.* (2017).

Greyser (2009) relaciona uma série de possíveis causas para a constatação de uma crise de imagem, tais como, resultados ruins da performance do negócio; falas desconstruídas entre representantes da marca, que repercutem negativamente com o público; perda de apoio de outros influentes do mercado; falha com responsabilidade social, entre outras possibilidades.

Na atualidade, muito rapidamente, uma notícia “viraliza” e alcança proporções gigantescas que podem ser alavancadoras para um produto/marca ou devastadoras, chegando a desvalorizar o *brand equity* (valor da marca) construído ao longo da vida da marca (SALVADOR, *et al.*, 2017, p. 2). Ainda segundo o mesmo autor, além do aspecto financeiro, o que nos remete rapidamente, quando de crises de marcas, há também o aspecto emocional, muito em especial de quem sentiu-se negligenciado pela imagem.

Apesar de serem poucas as referências em literatura brasileira reportando sobre casos reais e suas repercussões, Salvador (2017) defende que a publicidade negativa coloca em risco a própria sobrevivência de um negócio. Ponto muito importante é a postura da empresa em questão diante da crise e a importância e preocupações genuínas percebidos pelo consumidor.

Outros estudiosos afirmam que “O viés negativo, decorre de julgamentos morais” (SKOWRONSKI e CARLSTON, 1989). Deste modo, garantir percepção de qualidade, da idoneidade e de confiabilidade de uma empresa ou de um produto deve ser pauta contínua para quem estabelece verdadeiramente um canal de comunicação saudável com seus clientes.

E qual o efeito da negatividade em circunstâncias adversas, para instituições cujo produto é o serviço prestado, como os hospitais? Renkema e Hoeken (1998) levantaram três questionamentos sobre o impacto da publicidade negativa e que poderiam ser estendidos a estudos de diversos segmentos. A formação da opinião e sua atitude medirão o grau do dano provocado pela marca; o quanto se convencem pelas notícias propagadas e o tempo de duração desses efeitos, sobre si ou sobre uma coletividade. Em todo tipo de negócio, estas são as considerações dos clientes.

Grupos hospitalares que congregam diversos hospitais em sua grade, correm riscos com a reputação da marca da empresa, mesmo que um acidente tenha ocorrido em um único dos seus estabelecimentos, pois significaria uma fragilidade que aponta para falha de padrão, afinal, não estaríamos falando de um grande porte de administração?!

Estudos, avaliações da percepção do cliente e da dinâmica competitiva são cruciais para estabelecer a estratégia de administração da marca ou branding. Há que se implementar estratégias eficientes de comunicação. Criar vínculos e estabelecer fidelidade é crucial para se compreender os laços estabelecidos e a credibilidade conquistada. Por vezes, mesmo em crise, quando de uma fidelidade sólida, o cliente ainda aposta em sua performance, de acordo com MEDINA *et al.* (2021).

O mesmo autor enfatiza que planos anuais; indicadores; departamentos específicos de monitoramento da marca não são luxo. Dentro de um universo de capitalização internacional, quando, inclusive os hospitais, estão imersos no cenário de Bolsa de Valores, com seus muitos acionistas agregados, reunir todos os fatores que impactam sobre a prosperidade do empreendimento é importante.

Para favorecer a comunicação, toda a cadeia deve ser preparada para os dias de normalidade e para os momentos de crise. Por exemplo, de acordo com Archiopoli *et al.* (2016), profissionais de saúde por terem contato muito próximo com os clientes e famílias, incorrem no risco de uma informação mal trabalhada ser dita e comprometer, por vezes, o trabalho de toda uma instituição. De mesmo modo, o despreparo institucional que não estabeleça uma corrente contínua de troca de informações com seu grupo de trabalho, perde a oportunidade de ter uma expressão genuína e mais acessível a seus clientes, de forma positiva. Comunicação interpessoal é de grande importância neste contexto. Medina (2021) reforça que inovação e processos eficientes são necessários nos hospitais e assim, a integração entre todos da cadeia será melhor.

O autor defende ainda que ter profissionais especialistas em marketing e comunicação e ainda, os relacionados à prática assistencial com foco no trabalho de comunicação, determinado como departamento na empresa, aprimora os processos de tomada de decisão e favorece o gerenciamento de emergências.

Estabelecer diálogo construtivo e verdadeiro, que denote para o consumidor que ele não está sendo enganado, é fundamental para o sucesso da comunicação entre cliente e prestador de serviço. Aplica-se perfeitamente aos hospitais, durante ou fora de momentos de crise.

2.1.5.

Perfil dos hospitais privados, no Brasil, segundo ANAHP

Apresentar um retrato do nicho analisado – hospitais privados, pode ser interessante para contribuir com o entendimento do que queremos evidenciar e trazer tangibilidade para a exploração do assunto.

Desta forma, a seguir, ilustrações gráficas são exibidas, com perfis dos hospitais privados do Brasil, associados à ANAHP- Associação Nacional dos Hospitais Privados- encontradas no Observatório 2023. São cento e vinte e sete hospitais- membros da Associação, cujos leitos correspondem a mais de 11% do total dos leitos privados, no Brasil.

A ANAHP é uma entidade que existe desde maio de 2001 que tem o propósito de contribuir estrategicamente, com o contexto político e institucional da saúde, na defesa dos interesses e necessidades da saúde suplementar e promover continuamente debate sobre os temas e práticas da Saúde do Brasil, além das fronteiras do segmento privado.

De modo formal, em sua plataforma digital sua Missão pode ser consultada e nos traz a seguinte afirmação: “Representar os legítimos interesses dos seus hospitais-membros, desenvolvendo uma imagem de agregação de valor e, por meio de iniciativas inovadoras e modelos de excelência, promover a qualidade da assistência médico-hospitalar no Brasil” (ANAHP, 2024, p. 1).

Dentro do portfólio de ações, a ANAHP oferece cursos, fóruns, programas, e possui um sistema de indicadores que permite acesso aos hospitais- membros, de métricas comparativas, com desempenhos assistenciais, demográficos e financeiros, que favorecem conhecimento e tomada de decisões, para melhores práticas.

Os hospitais associados à ANAHP responderam por 19,46% das creditações nacionais e por 61,19% das creditações internacionais, em 2022.

São cento e vinte e sete hospitais-membros, apurados em março deste ano, e que correspondem a quase um quarto (24,69%) do total de despesa com assistência na rede suplementar de saúde. Até dezembro de 2022, a receita bruta computada estava na ordem de 53,84 bilhões de reais. Os empregos gerados, acumuladamente, destes hospitais, aproximam-se de duzentos e dezesseis mil reais. Importante destacar que apenas um dos hospitais cujos gestores participaram deste estudo, não está associado à ANAHP.

O II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar do Brasil (2018) destaca que embora seja de grande relevância a possibilidade de troca de informações entre instituições de saúde e o público em geral, com demonstração de boas práticas, não parece ser suficientemente acessível de modo a permitir formação de opinião e escolhas, pelos seus clientes. Para compreensão do que o sistema de indicadores possibilita como troca entre hospitais do mercado, vejamos como se comportam a distribuição das despesas e da receita, percentualmente, nos hospitais associados.

DISTRIBUIÇÃO DA DESPESA TOTAL SEGUNDO TIPO DE DESPESA (%) Média dos hospitais Anahp					
Tipos de despesa	2019	2020	2021	2022	Desvio-padrão 2022
Custo de pessoal	37,03	35,33	35,11	42,01	28,30
Contratos técnicos e operacionais	14,33	14,80	14,54	11,74	8,80
Medicamentos	10,63	11,48	12,88	10,56	5,00
Outras despesas	9,09	9,77	8,31	7,57	9,49
OPME	6,56	5,91	6,18	6,51	4,53
Materiais	5,74	5,80	6,44	4,98	2,44
Despesas financeiras	2,15	2,10	2,80	3,92	5,34
Outros insumos	3,13	3,40	3,34	3,61	2,83
Depreciação	2,82	3,21	3,15	2,95	1,67
Contratos de apoio e logística	4,03	3,73	3,42	2,79	2,12
Manutenção e assistência técnica	2,02	2,05	1,83	1,72	1,24
Utilidades	2,23	2,16	1,70	1,44	0,79
Gases medicinais	0,23	0,26	0,30	0,21	0,17

Fonte: Sistema de Indicadores Hospitalares Anahp.

Quadro 5. Distribuição percentual da Despesa Total do Hospital por tipo de Despesa.
Fonte: Sistema de Indicadores ANAHP

DISTRIBUIÇÃO DA RECEITA BRUTA POR NATUREZA (%)					
Média dos hospitais Anahp					
Tipos de receita	2019	2020	2021	2022	Desvio-padrão 2022
Outras receitas operacionais	19,02	20,39	21,69	23,58	15,14
Diárias e taxas	22,90	22,90	22,57	23,20	11,71
Medicamentos	25,75	25,84	25,02	23,01	11,31
Materiais	18,32	16,37	15,84	15,32	8,56
OPME	8,27	7,07	6,62	8,28	5,38
Outras receitas de serviço	3,45	5,25	6,11	4,93	6,50
Gases medicinais	1,83	1,72	1,75	1,01	0,75
Doações	0,46	0,46	0,39	0,67	1,15

Fonte: Sistema de Indicadores Hospitalares Anahp.

Quadro 6. Distribuição da Receita Bruta por natureza (%)
Fonte: Sistema de Indicadores ANAHP

A seguir alguns dados de creditações hospitalares destes grupos hospitalares vinculados a ANAHP:

2022			
Acreditação	Anahp*	Brasil	% Anahp
ONA III (acreditado com excelência)	55	207	26,57
Qmentum International	40	77	51,95
JCI	38	49	77,55
ONA II (acreditado pleno)	14	102	13,73
ONA I (acreditado)	11	102	10,78
DIAS/NIAHO	2	3	66,67
ACSA International	2	5	40,00
TOTAL	162	545	29,72
Internacionais	82	134	61,19

*Os hospitais Anahp podem ter mais de uma acreditação.

Quadro 7. Tipos de acreditação dos hospitais associados ANAHP/2022.
Fonte: Sistema de Indicadores ANAHP

Em continuidade ao contexto do cenário hospital, destacamos a distribuição dos hospitais privados no Brasil, por Estado, em 2022.

A concentração em SP aponta para oitocentos e setenta e dois hospitais, em dados do CNES, equivalente a 19,5% do total. E, o Rio de Janeiro, outro ponto focal da referência do presente estudo, com sua representação percentual de 7%, em quinto lugar no ranking de volume de hospitais privados no Brasil.

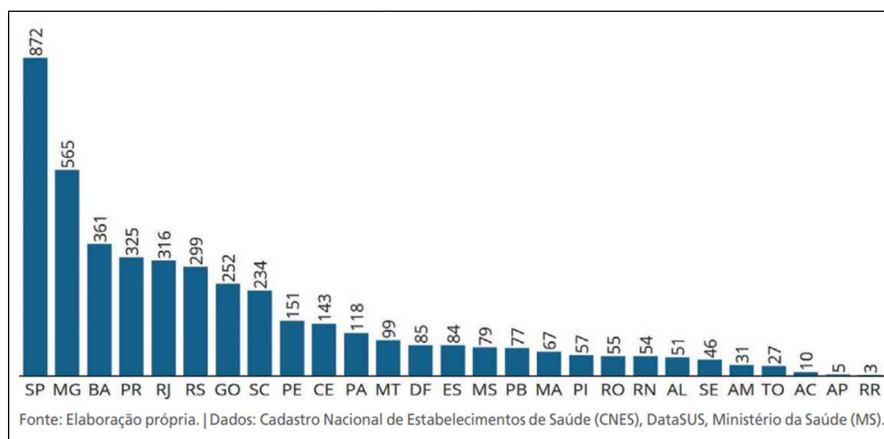


Figura 14. Distribuição de hospitais privados por UF-Brasil, 2022

Fonte: Sistema de Indicadores ANAHP

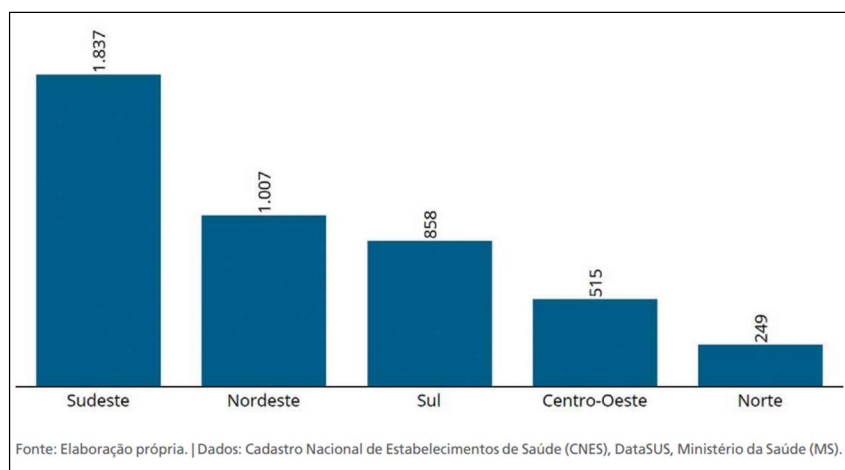


Figura 15. Distribuição dos Hospitais Privados por região, Brasil, 2022.

Fonte: Sistema de Indicadores ANAHP

2.1.6.

Acreditação hospitalar

Após a II Guerra Mundial, na primeira metade do século XX, a Teoria da Melhoria Contínua da Qualidade foi desenvolvida no Japão por Edward Deming e Joseph Juran. Os princípios da busca constante por oportunidades de aprimoramento de todos os processos na indústria, conhecidos como Qualidade Total, foram posteriormente estendidos ao setor de saúde por REIS (2013).

Na década de 80, Donabedian (1980), inspirado na teoria dos sistemas, propôs modelo para se avaliar o cuidado em saúde, baseado na intersecção de processos, estrutura e resultado. Com isto, a compartimentalização do cuidado, como se cada etapa e parte fossem independentes e, quando danos ocorriam de eventos adversos, eram individualmente analisados, com uma outra ótica de interpretação e atitude.

Entre as formas de monitoramento de riscos e sua minimização de ocorrência, está a de certificar, por modelo organizado de auditoria, realizado por empresas externas às instituições de saúde e sempre em caráter voluntário de participação, a qualidade dos serviços de saúde. É o que ficou conhecido como *acreditação*. “A acreditação se constitui na forma mais antiga de avaliação de organizações de saúde” (QUINTO NETO, 2006, p. 4).

Surgiu no setor Saúde e diferentemente de outras avaliações de qualidade vistas no mercado extra-saúde, tais como indústrias- ISO e Prêmio Nacional da Qualidade- foi criada para a avaliação dos temas da Saúde (ABREU *et al.*, 2018).

Para REIS (2013), o conteúdo do que chamamos qualidade do cuidado foi sendo refinado, seus atributos, suas dimensões, afinal, qualidade é por si só, um termo complexo.

Segundo Quinto Neto (2006), quando a leitura é para estabelecer mínimos padrões com visibilidade à redução de riscos de eventos adversos, diminuição de custos com danos provocados a pessoas e às instituições, com envolvimento de todas as partes do sistema- apoio técnico; diagnóstico; administração; apoio logístico; alta liderança; infraestrutura e, ensino e pesquisa- as organizações tornam-se adeptas de um processo em que se percebe valor.

O processo conhecido como *acreditação*, procura oferecer metodologia de análise para identificar padrões de conformidade e excelência de serviços em saúde, de maneira sistemática, periódica, procurando resultados satisfatórios e seguros para os pacientes. Importante destacar que a avaliação destes processos é realizada por empresas independentes e externas às instituições avaliadas. (ABREU *et al.*, 2018). O caráter de uma Acreditação não tem cunho punitivo ou de fiscalização (não se trata de órgão regulador e fiscalizador), mas essencialmente, orientador, dentro de preceitos legais (traz à luz normativas de diferentes Órgãos Regulamentadores) para a melhoria contínua dos serviços. Trata-se de uma estratégia de gestão da qualidade (ONA, 2014). O preceito de qualidade pode ser interpretado como uma forma de realizar gestão de riscos E, apesar de não ser simples, é valioso para as partes relacionadas, a saber, pacientes; funcionários e a própria instituição (ABREU *et al.*, 2018).

Um processo em que, em todas as camadas da instituição deve haver intenção de colaboração, objetividade em transformar para uma condição melhor, todos os campos da assistência e implementação das ações definidas. No entanto é um empreendimento oneroso e quanto mais antiga é a instituição, maior pode ser o dispêndio de tempo e dinheiro para atender os requisitos contidos nos padrões. De mesmo modo, alguns estudos existem no sentido de procurar atestar que hospitais com tais processos – de acreditação- poderiam referir impactos positivos em resultados econômicos (TREIB, 2022). Importante frisar que “No Brasil não há incentivos por parte dos governos ou das operadoras de saúde para que mais hospitais busquem a acreditação. Não há nenhuma vantagem em ser acreditado no Brasil, nem penalidade por não sê-lo.” (ABREU, 2018, p. 7).

Não é difícil encontrar barreiras para a implementação da Acreditação e, estas, podem ter características de limites em recursos financeiros e de pessoas. Segundo Treib (2022, p. 2): “No Brasil, as iniciativas sobre a Acreditação datam do final da década de 1990 e início dos anos 2000, de maneira espontânea e voluntária, ou seja, ainda é um sistema de gestão relativamente recente no país.” Reforçando o autor, há o destaque para a importância de utilizar indicadores, que são métricas para compilar informações importantes sobre todo o processo da instituição, em suas diferentes áreas.

A seguir, dados de 2021, de trabalho de elucidação do Panorama da Acreditação internacional no Brasil:

Tipo de Estabelecimento de saúde	Metodologia Acreditadora				
	ONA	JCI	ACI	QMentum	Geral
	(n=867) n (%)	(n=63) n (%)	(n=43) n (%)	(n=149) n (%)	(N=1.122) n (%)
Hospital	309 (35,6)	40 (63,5)	33 (76,7)	14 (9,4)	396 (35,3)
Unidade de Apoio Diagnóstico-Terapêutico	231 (26,6)	1 (1,6)	-	68 (45,6)	300 (26,7)
Consultório Médico, Clínica ou Policlínica e serviços ambulatoriais	206 (23,7)	16 (25,4)	8 (18,6)	49 (32,9)	279 (24,9)
Hospital-Dia	33 (3,8)	0 (0)	2 (4,7)	2 (1,3)	37 (3,3)
Home Care	11 (1,2)	5 (7,9)	-	-	16 (1,4)
Unidade de Atenção Primária à Saúde	2 (0,2)	-	-	9 (6)	11 (1,0)
Pronto-Socorro	10 (1,1)	-	-	-	10 (0,9)
Unidade Móvel Terrestre	-	1 (1,6)	-	1 (0,7)	2(0,2)
Outros*	29 (3,3)	-	-	6 (4)	35 (3,1)
Não identificado	36 (4,1)	-	-	-	36 (3,2)

ONA - Organização Nacional de Acreditação; JCI - Joint Commission International; ACI - Accreditation Canada International; QMentum – Qmentum Accreditation;
* Inclui Centro de Atenção Hemoterápica, Farmácia, Unidade Mista e Central de Abastecimento. Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 8. Panorama da Acreditação Internacional no Brasil (2021)

Fonte: Treib, JN/ Escola Anna Nery 26 2022, p. 4

Ainda de acordo com o estudo do Panorama de Acreditações no Brasil, cabe comentar que pelos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no Brasil, em setembro de 2021, havia 6.424 hospitais cadastrados. Pela estatística demonstrada de hospitais *acreditados*, isto é, atestados pelos selos de certificação, apenas 6,1% do total possui alguma das certificações.

As mais frequentes certificações são: ONA (Organização Nacional de Acreditação), com metodologia nacional; JCI (Joint Commission International), vinda dos EUA; ACI (Accreditation Canada International) e Qmentum International (as duas últimas de origem canadense).

A adesão a estas metodologias de avaliação não precisam (e nem devem) ficar restritas às instituições de natureza privada. No setor público, o índice de participação é inferior a 10% de seu total de instituições hospitalares. Os processos precisam contar com sustentabilidade organizacional. Assim como os selos são conferidos ao final de um processo, eles têm prazo de validade e podem ser retirados, uma vez que, em processos recertificadores, os níveis de conformidade tenham sofrido declínio em níveis não suficientes para atestar seu grau de excelência, tão divulgado e certamente, moeda de atração para diferentes *players*, tais como operadoras de saúde e o próprio cliente.

Acredita-se que obter uma compreensão abrangente da situação da Acreditação em instituições de saúde certificadas, tanto por métodos nacionais quanto internacionais, pode orientar a formulação de políticas para promover a gestão de qualidade no setor de saúde do Brasil. Dessa maneira, é possível aprimorar continuamente a qualidade dos serviços prestados à população (TREIB *et al.*, 2022).

Conceituando os três modelos principais de acreditação utilizados no Brasil, iniciamos pelo de certificação nacional-ONA- que apresenta quatro categorias de classificação, a saber: Acreditado, Acreditado Pleno, Acreditado com Excelência e Selo de Qualificação, este último com delimitação de campo específico dentro do rol dos serviços hospitalares, tais como o de Central de Esterilização de Material, serviço de lavanderia e serviço de Nutrição.

Para passar ao nível de *acreditado pleno*, as conquistas do nível 1 devem ser mantidas e a elas, acrescidas gestão integrada, com processos estabelecidos e seguidos por toda a instituição e a comunicação efetiva e assertiva. Para o nível 3, o que se pretende certificar é o grau de maturidade institucional.

A segunda certificação presente em nossos hospitais, refere-se à de metodologia da desenvolvido pela Accreditation Canada- Qmentum- e, se destaca pela interseção que propõe entre os tópicos Governança Clínica; Gestão do Conhecimento e Dimensões da Qualidade; Time de Alta Performance e Rotinas Padronizadas. Pode conceder os selos Ouro, Platina e Diamante.

Quanto à JCI- líder mundial em certificação de organizações de saúde- o rigor de metodologia, pleiteado por conceitos e padrões também internacionais, na intenção de nivelamento pelo máximo da eficiência referenciada no tema, é seu ponto característico. Traz padrões mais numerosos e rigorosos para elevar o padrão de desempenho.

ABREU (2018), defendeu que dentre os impactos de um processo de acreditação estão o de maior qualificação dos profissionais das instituições candidatas à certificação, pois a ênfase em treinamento e reciclagem é aumentada. O outro aspecto positivo estaria, por consequência, relacionado à possível melhoria do desempenho organizacional.

De outro lado, vê-se como negativo a “burocratização e aos seus altos custos de implantação” do processo de preparo das transformações que os requisitos exigem. Gerenciar qualidade nos serviços de saúde, e, seus riscos intrínsecos, é um campo vasto a ser explorado e difundido, para que o que o cliente vai buscar seja encontrado em seu melhor desfecho (TREIB, 2022).

2.2.

Arquitetura hospitalar como fator influenciador para o gerenciamento de riscos

A compreensão das edificações faz parte do desdobramento do tema, uma vez que a abordagem quer trazer para a pauta o gerenciamento dos riscos estruturais sob ótica do gestor, para que a história das edificações de saúde participe como ponto importante no gerenciamento de riscos institucionais de hospitais.

Costa (2011), afirma ser promissor e estar longe de ser esgotado, o aprofundamento sobre esta relação do perfil de assistência que prestamos no Brasil e sua arquitetura, quando pensamos em ambientes hospitalares. Há uma perspectiva transversal que pode ser traçada, segundo o autor, para melhor compreensão patrimonial, de arquitetura e de efeito sobre como processamos a assistência à saúde, nestes ambientes.

No Brasil, o hospital moderno nasceu na passagem do modelo religioso para o modelo pavilhonar, em meados do século XIX, e procurava acompanhar a trajetória dessas construções na Europa, regidas primeiramente sob o princípio da construção em claustro, mas que sofreram profundas transformações depois do higienismo e ainda mais com os trabalhos de Louis Pasteur e a bacteriologia. Durante as primeiras décadas do século XX, os projetos hospitalares estiveram sob a influência dessas ciências, porém atentos ao modelo que se consolidava nos EUA – a construção em bloco único, que é a tônica do modelo hospitalar até hoje (COSTA, 2011).

Podemos partir do modelo hospitalar religioso, citando o exemplo do Hospital São Cristóvão (1549-1893), na Bahia, a mais antiga das capitais do Brasil, até que se transformasse o Hospital Santa Izabel, e que demonstra nos estudos de Renilda Barreto (2011) o perfil populacional e de doenças. Era preciso superar divisões tradicionais entre médicos e cirurgiões e o regime, que contava com mão de obra escrava para a realização dos serviços mais pesados e menos qualificados. Atendia uma diversidade de pacientes, independente de sua classe e/ou condição social e como diz o pesquisador, a qualquer estatuto jurídico, matrimonial, étnico e econômico.

A questão epidemiológica, em que diferentes doentes ocupavam o mesmo espaço, mesma ala de internação, por vezes, mesma enfermaria, começa a ganhar discussões do ponto de vista de controle de infecções, em um sentido mais higienista, o que passa a provocar uma mudança, inclusive, na distribuição espacial dos chamados hospitais. Sua condição arquitetônica tem redirecionamento, em especial a partir da segunda metade do século XVIII e cem anos depois culminam em hospitais em pavilhões, arquitetura defendida por Tollet. Enquanto o primeiro adotava enfermarias presas a um corpo central, apresentando plantas de diversas composições (em X, em pente, radial, duplo E, H etc.), o segundo tornou as

enfermarias de fato independentes. O modelo de hospital higienista (ventilação aumentada nas áreas de internação era uma característica de destaque) foi referência para as construções no Brasil (1920-1950). A esta disposição atribuíam-se melhor aeração, entrada de luz solar, higiene e até mais conforto. Um exemplo é o da concepção das casas-sanatório, como a Colônia Juliano Moreira, em um bairro do Rio de Janeiro chamado Engenho Novo, mais afastadas dos grandes centros, para propiciar outras oportunidades como a de maior interação com a natureza, visto serem áreas comumente descendentes de antigas fazendas. Buscou-se um local ‘conveniente’ para a nova colônia, que pudesse aliar o trabalho agrícola e a assistência familiar no tratamento do doente mental.

Porto *et al* (2008) cita que existe uma relação histórica, que evolui com o passar dos anos, e com a inserção das múltiplas tecnologias, entre o pensamento médico-científico e a arquitetura das instituições médico-hospitalares. Estende a compreensão para o âmbito da leitura do binômio doença x saúde.

No livro, descrevem:

A década de 50 do último século, escolhida como marco final de nosso estudo, indica a consolidação da arquitetura hospitalar e do momento em que o arquiteto passa a assumir inteiramente os projetos de edificação dos hospitais. O hospital moderno, vertical, é uma tendência presente desde a década de 1930. (PORTO *et al*, 2008, p. 12).

Tendo sido, a cidade do Rio de Janeiro, capital do Brasil (1763-1960), natural que fosse de interesse público e político, os investimentos nos serviços diversos em uma Capital. (GUIMARAES, 2012). Assim, muitas instituições de saúde ganham destaque em suas formatações de arquitetura, podendo inclusive destacar, em 1958, a conclusão da construção do Hospital da Lagoa (RJ), projetado por Oscar Niemeyer e Hélio Uchoa, expoente da construção moderna hospitalar. Aqui queremos traçar o paralelismo da modernização do campo da saúde, pois, em 1953, surge o Ministério da Saúde, marco no desenvolvimento da Saúde do Brasil.

Com a arquitetura moderna, o arquiteto passa a utilizar o programa hospitalar como forma de exercitar ao máximo sua capacidade de articulação de usos complexos de conhecimento científico em uma construção civil.

O hospital como instrumento de cura é invenção recente do final do século XVIII. Isso porque, segundo ele, o hospital não era lugar da prática médica, e o médico não fazia do hospital lócus de atuação ou de aprimoramento de seus estudos terapêuticos. O hospital era território de religiosos e suas irmandades, que visavam a amparar os pobres até sua morte. Entre 1772 e 1788, o Hôtel-Dieu de Paris, passou por uma reconstrução após incêndio e entre outros pontos de vulnerabilidade, constatou-se o das precárias condições higiênicas dos estabelecimentos de cuidado, de hospitais de caridade. Passa-se a questionar o formato em cruz que os hospitais tinham, para a adoção de forma em pavilhões, utilizando inclusive classificação para alocação de tipos de pacientes, conforme enfermidade. Surge, assim, nova proposta de distribuição espacial das áreas hospitalares, a exemplo do que havia sido nomeada a nova concepção de hospital e sua funcionalidade - o Hospital Stonehouse, de Plymouth (EUA). A proposta fala de numerosos leitos, mas acompanhado de possibilidade de isolamento para casos mais críticos e contagiosos; de maior ventilação nos leitos, favorecendo renovação de ar; de organização dos pavilhões com ordenamento, para ajudar no fluxo do atendimento. (PORTO, 2008, p. 119).

Em continuidade a fala do autor, ao longo da segunda metade do século XIX, os hospitais comandados pelas igrejas dariam lugar a hospitais organizados por médicos, e a arquitetura dos espaços de saúde passaria a ser entendida como instrumento de cura tanto quanto “um regime alimentar, uma sangria e um gesto médico” (PORTO, 2008, p. 120).

Houve uma lei na França, em 1893, que revolucionou as características da admissão hospitalar no país e que reverberaram para prática em outros países, que instituía a assistência médica gratuita. Essa lei possibilitava que as comunas financiassem a internação de cidadãos privados de recursos e obrigava os hospitais a atenderem-nos. Deste modo, as freiras perdem o poder de gerenciar a chegada dos enfermos e este controle passa para os médicos. A importância da citação está no fato de que esta mudança estrutural também determina como a cultura da prática hospitalar se desenvolve na linha do tempo e chega aos dias atuais. Podemos pensar paralelos entre as linhas religiosas de atender e curar até a linha dos preceitos higiênicos e ainda, de arquitetura funcionalista.

Do mesmo modo que a medicina não seguiu de maneira linear, com o passar dos anos, a arquitetura hospitalar, seguiu na coexistência de ciências, procurando atender aos desafios propostos pela demanda da saúde.

Para o arquiteto Jarbas Karman, diretor do curso oferecido pelo IAB -Instituto de Arquitetura Brasileiro- o hospital moderno era “uma das mais complexas, dinâmicas e especializadas instituições”. Dia a dia, novas aplicações, pesquisas e descobertas o vêm transformando. Gradativamente, o que ainda resta de empírico e tradicional dará lugar ao científico e ao racional” (PORTO, 2008, p. 126).

Assim, podemos propor que elucidar o modo como foi concebido o lugar de assistência à saúde, chamado Hospital, sua evolução na cronologia, suas características inseridas social, política e culturalmente, contribuem para o entendimento da aplicação de monitoramentos, como o de riscos institucionais associados a estruturas físicas e como podemos desenvolver melhorias. (GUIMARÃES, 2005).

2.3.

Regulamentação que condiciona a segurança do paciente. Foco em controles físico-estruturais.

De acordo com Quinto Neto,

A primeira legislação que abordava a qualidade da assistência em saúde foi datada de 1792-1750 A.C., pelo imperador da Babilônia, o Código de Hamurabi, que dizia “não causar mal a alguém”. Depois veio o juramento de Hipócrates, de 460 anos A.C., “primum non nocere”, que significa primeiro não causar dano. (QUINTO NETO, 2002).

Feldman (2005) estudou que algum início de padronização do cuidado como se pensa hoje em associar à qualidade, parece datar de 1918, quando 692 hospitais foram avaliados (100 leitos, no total) e deste estudo, nos EUA, apenas 89 cumpriam exigências previstas.

E se, durante muito tempo acreditou-se que a responsabilidade pelo sucesso do cuidado estava apenas nas mãos dos médicos, uma enfermeira chamada Florence Nightingale, durante a Guerra da Criméia (1853-1856) alertou e trabalhou para que o ambiente do cuidado fosse mais favorável à cura e não ao seu agravamento por infecções disseminadas.

Em 1924, foi implementado na América, o Programa de padronização Hospitalar (PPH), que tratava do estabelecimento mínimo de padrões assistenciais para garantir a qualidade da assistência prestada aos pacientes. O Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) intenciona com isto, trazer à prática, conceitos que favorecessem o atendimento, desde orientação para o correto preenchimento dos registros em prontuário médico, a evolução clínica e o processo de alta, assim como o entendimento de recursos de apoio diagnóstico e terapêutico, sem os quais, poderia haver maior comprometimento evolutivo do tratamento de um paciente.

Os primeiros padrões eram limitados em abrangência de averiguação de estado mínimo de conformidade para funcionamento e aumento da segurança do paciente, mas surgiu como um precursor de padronização para a adequada assistência.

Embora essas diretrizes se concentrem nas condições essenciais para a execução de procedimentos médicos e no decorrer do processo laboral, elas deixem de contemplar outras exigências e serviços cruciais, tais como atendimento 24 horas, a avaliação dos desfechos junto ao paciente e a infraestrutura física hospitalar, é primordial, conforme destacado por Feldman (2005).

O quadro 9 demonstra o exemplo de uma Ficha de Inquérito Hospitalar, de 1935, com tópicos de deveriam ter padrões mínimos para se organizar um hospital, tais como Corpo Clínico organizado, também corpo administrativo e alguns departamentos, como laboratório e farmácia, entre outros, para garantir condições de funcionamento de um hospital, não podendo contar com aleatoriedade do não previsível no cotidiano.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Corpo clínico organizado, com obrigatoriedade de médico plantonista residente 2. Corpo administrativo. 3. Corpo de Enfermeiros e auxiliares em número proporcional à capacidade e serviços clínicos do hospital, inclusive para plantão noturno. 4. Serviços radiológico e fisioterápico. 5. Laboratório clínico. 6. Necrotério com equipamento para necropsia. 7. Salas de operações com equipamentos suficientes e anexos. 8. Farmácia. 9. Serviços auxiliares (cozinha, lavanderia, desinfecção). |
|---|

Quadro 9. Ficha de inquérito hospitalar- São Paulo- 1935

Fonte: Carvalho L. Ver Paul Hosp. 1973, 21(3): 107.

Em 1951, no primeiro Congresso nacional do capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões, em São Paulo, vê-se nascer uma sucinta padronização para centros cirúrgicos (CARVALHO, 1973).

- 1) Chefia: A administração do Centro cirúrgico será exercida por uma enfermeira, devidamente treinada.
- 2) Pessoal: Deverá ter número suficiente, devidamente treinado.
- 3) Regulamento: O regulamento do Centro cirúrgico deverá fazer parte do Regulamento do Hospital.
- 4) Rotinas: Deverá ser assegurado o seu bom funcionamento e divulgado a todos.
- 5) Avaliação do trabalho profissional: Será organizado um fichário contendo elementos que permitam avaliar a capacidade profissional do cirurgião.
- 6) Prontuário médico: a) nenhum doente poderá ser operado sem possuir prontuário médico que deverá conter o diagnóstico provisório; b) ao citado prontuário serão anexados: descrição do ato cirúrgico, ficha de anestesia, diagnóstico operatório e evolução pós-operatória, devendo o prontuário ser assinado pelo médico responsável.

Quadro 10. Padrões mínimos para Centro Cirúrgico do hospital. São Paulo - 1951
 Fonte: Carvalho L. Ver Paul Hosp. 1973, 21(3): 107.

Não passa muito tempo, e, em 1956, o Decreto 25.465 estabelece padrões de alcance nacional (AZEVEDO, 1993, apud DURO, 2015). Versa sobre o Regulamento do Conselho Estadual de Assistência Hospitalar, da Secretaria de Estado da Saúde Pública e da Assistência Social.

Falhas não são raras, menos ainda, intratáveis. Segundo Quinto Neto (2004), os próprios profissionais de saúde parecem subestimar a possibilidade do erro, talvez, simplesmente, por assumirem que não tem intenção de errar. Mendes (2013) apontou em um estudo em 3 hospitais escolas do Rio de Janeiro, uma incidência de 7,6% de eventos adversos. Surpreende que o estudo para classificação em que 66,7% seriam preveníveis. O que se pode observar, entre outros fatores, foi o tempo estendido de internação, acima de trezentos dias.

2.3.1. ANVISA

No caso de licenciamento de funcionamento, o Órgão Regulador é o Corpo de Bombeiros, que exige uma série de conformidades para liberar o estabelecimento para sua finalidade. A averiguação de espaço físico e distribuição de serviços e componentes físicos, além de treinamentos obrigatórios de prevenção e combate de seu corpo funcional, o alcance à comunidade (educação); formação de Brigada de Incêndio, são parte da vistoria.

De acordo com as Normas Técnicas do Corpo de Bombeiros- deve haver planilha de informações operacionais que facilite a identificação de áreas do estabelecimento, tais como a composição da edificação, quantidade de pavimentos; circulação horizontal ou vertical, e áreas de risco, com mapeamento de equipamentos inclusive de combate a acidentes (recalques; hidrantes); armazenamento de produtos perigosos e sinalizações pertinentes de saídas.

A resolução RDC 36 (BRASIL, ANVISA, 2013), versa sobre a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Algumas definições contidas nesta Resolução merecem destaque pela importância que assumem no cenário de valorização de medidas de prevenção e monitoramento de riscos, quando da utilização de serviços em instituições privadas e/ou públicas de serviços de atenção à saúde.

Relevante expormos aqui algumas definições contidas no Artigo 3º:

I - **Boas práticas de funcionamento do serviço de saúde:** componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;

II - **Cultura da segurança:** conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

III - **dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

IV - **Evento adverso:** incidente que resulta em danos à saúde;

V - **Garantia da qualidade:** totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;

VI - **Gestão de risco:** aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

VII - **incidente:** evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

VIII - **núcleo de segurança do paciente (NSP):** instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

IX - **Plano de segurança do paciente em serviços de saúde:** documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

X - **Segurança do paciente:** redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

XI - **serviço de saúde:** estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;

XII - **tecnologias em saúde:** conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

Esta mesma Resolução determina ainda que haja um Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) e que deve ser elaborado pelo colegiado que constitui o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) - grupo desenvolvido pela e na própria unidade de saúde para promover ações de controle e mitigação de riscos dos processos de cuidado aos pacientes. Defende ainda, a Resolução, que este Núcleo deve ser multiprofissional, para abordar diferentes conhecimentos profissionais e estender o arcabouço de temas contidos neste cuidado, que ultrapassa tão somente o ato do cuidado direto, como em uma consulta e/ou procedimento terapêutico, mas engloba ainda, o que está no entorno deste processo, com disseminação de boas práticas, com instituição de mecanismos de identificação e análise de não conformidades, que envolvem o ato humano, assim como o uso de equipamentos e tecnologias afins participantes do processo do cuidado. O Plano de segurança elaborado deve ser sistematicamente acompanhado para que se acompanhe as ações vinculadas a ele, por este Núcleo de profissionais componentes do colegiado.

Em 2015, a ANVISA publica o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente, com intuito de direcionar a operação e o monitoramento dos eventos, que sobretudo orienta os profissionais que trabalham no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), contudo, abrange também quem está na frente de trabalho no NSP e no grupo de CCIH- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

A atitude proativa e monitoradora dos riscos existentes não se restringe aos componentes do NSP, mas deve estar ao alcance e compreensão de toda a instituição, com suas distribuições de papéis e atribuições. E, quando do ato de ocorrência de evento adverso, deve haver notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, por meio de seu site eletrônico².

² Portaria do Ministério da Saúde de no 1.660, de 22 de julho de 2009

A ANVISA publica em seus boletins informativos, a consolidação de informações dos notificantes.

A alínea XII do Art. 1º traz a seguinte definição- tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde. Nesta dissertação, será objeto de observação a relação das regulações com o monitoramento de infraestruturas hospitalares.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, instituída pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1992, constitui "uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro no Distrito Federal, prazo de duração indeterminado e atuação em todo território nacional."

A ANVISA tem como função primordial a promoção da saúde da população, atuando no controle sanitário de diversos produtos, tais como medicamentos, alimentos e cosméticos; serviços e até mesmo na fiscalização de portos, fronteiras e aeroportos.

A Portaria nº 529, de 2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) traz no Art. 2º, p.2: o objetivo geral é "contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional".

Contido nas Definições do Artigo 8º da Portaria da ANVISA supracitada, o Plano de Segurança do Paciente (PSP) compreende mapeamento dos riscos e a estratégia para minimizá-los (e até eliminá-los, quando possível), de modo a prevenir eventos adversos- incidente que pode resultar em danos à saúde- que afetem o estado de conformidade física e mental dos pacientes, o que também estende-se para o ponto de vista de resguardo institucional, como patrimônio.

O NSP deve ser constituído pela Direção do Serviço de Saúde e garantir a disponibilização de recursos para o adequado desempenho do papel da Comissão. Sobre princípios e diretrizes, está no Artigo 6º da RDC 36:

- I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Pertence à competência do NSP o desenvolvimento de ações, de cunho multiprofissional, para a prevenção de acidentes/incidentes nos serviços de saúde. O aspecto de capacitação de profissionais deve fazer parte do Plano (PSP), assim como a implementação de protocolos de segurança. Cabe ao NSP dar ciência à Direção da Instituição, das ocorrências de eventos adversos e das tratativas estabelecidas, assim como à Vigilância Sanitária, por meio de plataforma específica de Notificação, do Órgão em questão.

Assim, cabe ilustrar o papel do PSP, nas 17 estratégias de promoção de controle de riscos (BRASIL, ANVISA, RDC 36, 2013), que deve, entre outros compromissos, contribuir para a identificação, análise e tratativa dos riscos; deve estimular a implementação do que o Ministério da Saúde estabelece; cuidar da segurança ao prescrever, ao assistir, ao administrar medicamentos; deve estimular a comunicação efetiva entre os membros da equipe multiprofissional e cuidar do ambiente.

2.3.2. Corpo de bombeiros

Decreto Estadual nº 42/2018 – COSCIP: Regulamenta o Decreto-Lei nº 247, de 21 de julho de 1975, dispondo sobre o código de segurança contra incêndio e pânico- COSCIP, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. Entre outras orientações, elenca documentos que as edificações devem possuir para que seu funcionamento esteja apto e autorizado:

Lauda de Exigências (LE): documento expedido pelo CBMERJ como resultado da análise e aprovação do Projeto de Segurança Contra Incêndio e Pânico, no qual constam as medidas de segurança contra incêndio e pânico projetadas para uma edificação, estabelecimento, área de risco ou agrupamento.

Certificado de Aprovação (CA): documento que certifica que as edificações e áreas de risco estão regularizadas, após a comprovação do cumprimento das medidas de segurança contra incêndio e pânico exigidas.

Certificado de Vistoria Anual (CVA): documento que certifica o cumprimento das medidas de segurança contra incêndio e pânico pelas edificações e áreas de risco com atividade de reunião de público. Válido por 1 ano.

2.3.3. ABNT

A ABNT é o único Foro Nacional de Normalização, por reconhecimento da sociedade brasileira desde a sua fundação, em 28 de setembro de 1940, e confirmado pelo Governo Federal por meio de diversos instrumentos legais. É responsável pela elaboração das Normas Brasileiras (NBR), destinadas aos mais diversos setores. A ABNT participa da normalização regional na Associação Mercosul de Normalização (AMN) e na Comissão Pan-Americana de Normas Técnicas (COPANT) e da normalização internacional na International Organization for Standardization (ISO) e na International Electrotechnical Commission (IEC).

Uma relação importante de Normas Técnicas pode ser consultada a respeito de requisitos para conformidade de produtos/equipamentos/procedimentos. Em especial, recomendamos consulta em plataforma oficial da ABNT³.

A NBR 6574:2012 diz que:

As edificações apresentam uma característica que as diferencia de outros produtos: elas são construídas para atender seus usuários durante muitos anos, e ao longo deste tempo de serviço devem apresentar condições adequadas ao uso que se destinam, resistindo aos agentes ambientais e de uso que alteram suas propriedades técnicas iniciais. (ABNT NBR 5674: 2012, p.5).

James Reason foi professor de psicologia, na Universidade de Manchester (1977 a 2001). Suas contribuições sobre o comportamento humano e das organizações nos sistemas complexos que vivemos em alguns segmentos é valiosa pois aborda o erro humano, a distração e como lidamos com os riscos. Serve de referência nos campos de estudos sobre aviação, sobre área de energia nuclear, bancos e, também, na área da saúde (FERNANDES *et al.*, 2014). Transformou-se, inclusive, em tema de artigo científico para correlacionar suas contribuições com os processos de segurança do paciente.

³ [ABNT Catálogo \(abntcatalogo.com.br\)](http://abntcatalogo.com.br)

Na abordagem do sistema, defesas, barreiras e salvaguardas, Reason citava que estes pontos ocupam uma posição-chave. Possuir camadas defensivas eficientes, com tecnologia moderna converte-se, muitas vezes, nos obstáculos necessários ao impedimento de um acidente (como alarmes, barreiras físicas, desligamentos automáticos). Reason (1995) complementava ainda que o medo de se admitir falho aumenta o risco, pois engana primeiro ao dono do medo e não favorece o cuidado seguro.

Alguns outros mecanismos são inerentes à prática humana e suas habilidades desenvolvidas, como as de cirurgiões, anestesistas, pilotos, operadores da sala de controle. Mas não podemos excluir os que são procedimentos e controles administrativos, uma vez que sem eles, não há administração da conjuntura de um organismo como hospital. (FERNANDES *et al.*, 2014).

2.4.

A experiência do gestor de operações

O presente trabalho quer elucidar a percepção dos gestores da área amplamente denominada Operações e que tem em seu escopo uma abrangência de temas multisetoriais, com metas específicas de contribuição para a performance do hospital e que contemplam, por exemplo, as engenharias predial e clínica e a variabilidade de infraestrutura que deve garantir a execução de atividades relacionadas a seus usos, com cronograma de trabalho, investimentos, assessoria de especialistas de sistemas críticos. No entanto também, habitualmente contempla as disciplinas de Administração; Departamento de Pessoal; Faturamento e Financeiro; Hotelaria e Atendimento; Nutrição e Farmácia; interface com Jurídico, Marketing, Segurança do Trabalho, Controle de Serviços terceirizados de apoio à operações (lavanderia; limpeza hospitalar; coleta de resíduos; controle de acesso) e contexto que integra operações com a estratégia da Companhia com participação ativa na elaboração de Planejamento Estratégico, Orçamento Anual; Monitoramento de Projetos de Arquitetura e Plano Diretor. Uma extensão sensível de cadeiras de atuação que merecem dedicação de tempo bem distribuído e métricas de acompanhamento e adequado dimensionamento técnico de pessoal.

A experiência deste perfil profissional foi coletada por meio de entrevistas com foco no entendimento do entrevistado sobre o tema da pesquisa.

3

Metodologia

3.1.

Tipo da pesquisa

Como metodologia neste estudo, foi utilizada abordagem qualitativa. A vivência dos diferentes gestores permite explorar um tema com diferentes cenários, já que se trata de experiências vividas em hospitais diferentes. Para enriquecimento metodológico, foi aplicada a análise de conteúdo.

3.2.

Análise de conteúdo

A Análise de Conteúdo não procura enumerar, segundo Godoy (1995) e empregar estatística nas informações encontradas. O que se pretende com esta metodologia é a compreensão dos fenômenos, com destaque para a perspectiva dos participantes do estudo.

O método é utilizado tanto em pesquisas qualitativas como quantitativas, no entanto, a escolha do método está associada à ampla possibilidade de captura e interpretação de informações dadas pelos sujeitos atuantes no processo, sem a preocupação de frequências estatísticas, embora para compreensão de alguns dados, haja, nos resultados a exposição numérica de algumas informações. Objetivo de apoiar a compreensão do contexto citado.

Cardoso *et al.* (2021, p. 100) diz que:

A Análise de Conteúdo, enquanto procedimento de pesquisa, desempenha um importante papel nas investigações no campo das pesquisas sociais, já que analisa com profundidade a questão da subjetividade, ao reconhecer a não neutralidade entre pesquisador, objeto de pesquisa e contexto.

O fato de haver múltiplos significados em uma mensagem, traz a influência de questões ideológicas, sociais, situações econômicas, códigos linguísticos, e para tal emprego, sem preocupação de perda do sentido. Decerto, de acordo com Franco (2008), a mensagem expressa um sentido. A matéria prima do presente estudo foi de obtenção oral, com entrevistas aos gestores.

Das maneiras de análise de conteúdo de material desta metodologia de pesquisa (análise categorial, análise do discurso, análise de avaliação, análise de enunciação, análise de expressão e de relações, optou-se neste estudo, pela análise categorial, distribuindo as informações em categorias, sendo classificadas por sua natureza temática e explicitação de frequência de presença nas informações.

3.3.

Justificativa da abordagem da pesquisa

A escolha do método da análise de conteúdo favoreceu a exploração do conteúdo junto aos entrevistados, contemplando as características de suas experiências e a liberdade de suas exposições, em conjunto com as da autora do estudo.

O tema da dissertação nasce da vivência da autora no ramo hospitalar, com dedicação à área privada, tendo percorrido áreas assistenciais e de operações, no Brasil, ao longo dos últimos vinte e cinco anos. Houve a proximidade com o paciente e testemunho de seus anseios, na prática clínica, tendo sido este, todo o tempo, em diferentes cargos e posições, o foco da atuação. Em um recorte dessa trajetória, vamos à restrição ao período da prática na área de Operações, área esta que foi apresentada com granularidade, a partir de estudos e trabalhos dedicados à Qualidade e Segurança do Paciente, (há quinze anos) e que se intensificou ao assumir postos cada vez mais executivos e decisores. A Qualidade quer remeter à visão holística do cuidado, onde assistência direta ao paciente não pode ser entendida como desconectada do que não é diretamente assistencial.

No entanto, pode-se reportar que a vivência resgata uma época em que se achava que Qualidade possivelmente era sinônimo de *pesquisa de opinião*, (destas que nos remetem àqueles folhetos onde se registra opinião após atendimento) e, felizmente, foi possível ver e participar da evolução do conceito e da prática na assistência à saúde. De acordo com a WHO, no documento The world health report

2000 – Health systems: Improving performance, Qualidade existe para dar sustentação às necessidades e expectativas dos pacientes e da equipe de serviços de saúde.

Discorrer sobre Qualidade, no campo hospitalar, oportuniza falar sobre mapeamento de processos e a rica contribuição que trouxe para a autora em seu cotidiano, proporcionando releituras de sequências de atividades, que melhoram o cuidado (direto e indireto), à medida em que as fragilidades são identificadas e podem ser, assim, resolvidas (CUNHA E COSTA, 2019).

Os últimos quinze anos, em especial, foram muito marcados na vivência da pesquisadora deste estudo, por circunstâncias que subsidiam o acontecimento do atendimento hospitalar, ou seja, pelo que, na maior parte das vezes, não está ao alcance do público direto, diria, em expressão popular, nos “bastidores”. Comum vermos, quando no papel de clientes, os profissionais que nos recebem em um hospital, tais como as recepções, e, por aqueles que mais diretamente vão ouvir, diagnosticar e tratar do problema levado a seu encontro em seu ambiente de trabalho- os médicos, os enfermeiros e toda a cadeia de profissionais que compõem o quadro assistencial. Raramente a tratativa passa por abordagens e conversas com outros profissionais que também estão ali, tais como, profissionais de hotelaria/ limpeza, do campo jurídico, administrativo e até da área financeira, salvo uma Tesouraria. Neste aspecto, não faz parte direta do tratamento buscado. Fica subentendido que existe um apoio e toda uma rede que suporta efetivamente o atendimento assistencial, contribuindo para a satisfação do paciente e a entrega de cuidados.

De fato, estes contatos não estão vinculados diretamente ao que o cliente requer e precisa durante sua passagem em um atendimento/ internação hospitalar. O foco deve ser: entregar o que ele foi buscar! E, para tal, os “bastidores” têm que funcionar e ser reconhecidos pela boa entrega que fazem em conjunto.

Desfechos esperados e prósperos, em especial, do ponto de vista do paciente e família e, desfechos que não gostaria que existissem, foram testemunhados, pela autora, durante esta trajetória. Após temporada específica atuando como Gestora da Qualidade, com oportunidades valiosas de transformação de cultura da prática da segurança e qualidade hospitalar, e conquistas de Selos de Acreditação Hospitalar, foi possível trabalhar com Mapeamento de Processos, favorecido por época de

mudança de modelo de gestão na empresa em que atuava. Deste modo, toda a cadeia de processos existentes em um sistema de saúde privado, foi permeada. Experimentou-se momentos de avaliação e de mitigação de riscos, assim como os de acidentes, que levaram a algum grau de interrupção da regularidade do atendimento hospitalar e que provocaram na autora, uma inquietude em não *normalizar* o que pode ser prevenido, seja de pequeno, médio ou grande impacto. (GUIMARAES, 2012).

A escolha da visão do gestor de operações justamente foi construída para trazer à voz, os apontamentos da vivência deste profissional, explorar o tema e abrir espaço para ouvir, refletir, assimilar e provocar mudanças em nosso modo de fazer gestão de negócios, na saúde.

3.4.

Coleta de dados

Ao todo foram realizadas treze entrevistas, com profissionais da Gestão da área de Operações de hospitais privados da Região Sudeste do Brasil, especificamente Rio de Janeiro e São Paulo, aplicando trinta e seis perguntas, distribuídas conforme finalidade; categoria e subcategoria. A quantidade de entrevistados primeiramente intencionada era de quinze, contudo, houve desistência de dois convidados, pela impossibilidade de ajustes em suas agendas.

O tempo de duração de cada entrevista foi programado para acontecer entre vinte e trinta minutos, tendo sido utilizada a plataforma do *google meet*- ferramenta do Google para reuniões pela internet. Houve variação de tempo no total das treze abordagens em que o menor tempo fora de vinte e três minutos de entrevista e o maior tempo alcançou 54 minutos. Um mesmo roteiro com o questionário fora compartilhado com os entrevistados, durante as entrevistas. As entrevistas foram gravadas, em áudio, e a transcrição utilizou da plataforma Transkriptor®.

	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	QUANTIDADE PERGUNTAS
FINALIDADE	O que se pretende com a abordagem	Especificidades temáticas para a abordagem	-
	Dados demográficos	Dados demográficos	06
DIVISÃO POR TIPOS DE DADOS	Dados de Reconhecimento de Gestão de Riscos no Ambiente Hospitalar	Normas/Protocolos/Regulatório;	07
		Experiência Profissional	12
		Arquitetura	02
		Aspectos Financeiros	03
		Governança.	06

Quadro 11. Finalidade e tipos de dados das Entrevistas de acordo com Categoria e Subcategoria.

Fonte: Elaborado pela autora.

O conteúdo do questionário, com as perguntas, pode ser consultado **Anexo**.

A metodologia de pesquisa qualitativa, com roteiro de perguntas estruturado, conduziu à prática de uma escuta cuidadosa e não direcionadora de respostas pois a intenção foi de coletar o descritivo da experiência e do conhecimento dos entrevistados, transmitindo aos mesmos, toda credibilidade possível com a aplicação das perguntas, ainda que a maior parte dos entrevistados conheçam a história profissional ou tenham trabalhado com a autora da pesquisa. Durante o processo da realização das perguntas, foi dada ênfase sobre alguns comentários, para que um leitor não conhecedor desta natureza de trabalho, compreendesse minimamente a que se referia uma fala específica. As terminologias próprias de um cotidiano que parecem muito natural a quem as executa, não podem ser reconhecidas como um padrão em toda comunidade. É neste ponto que o observador se comporta como a metodologia pede, com o distanciamento e objetividades, convenientes. (DeWALT, 2011).

A formalidade nas entrevistas (individuais) foi praticada, com etapas de um roteiro para agendamento das entrevistas em si; disponibilidade de informação de tempo programado para duração das entrevistas; respeito ao script de perguntas elaboradas e consentimento de autorizações para a gravação de áudio da entrevista para posterior transcrição, assim como, ao convidar e ao iniciar as entrevistas, houve esclarecimento do objetivo da atividade para compor dissertação do mestrado.

3.5. Seleção de sujeitos

As entrevistas foram realizadas com treze gestores da área de Operações Hospitalares, de treze hospitais privados do Brasil, com o objetivo de permitir que os indivíduos entrevistados relatassem sua visão do tema, a partir de suas experiências.

Os entrevistados trabalham no eixo Rio-São Paulo, onde está mais de um quarto dos hospitais privados do Brasil. A distribuição deste perfil de hospitais apurada em 2022, pelo CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), identificou 1.188 hospitais privados localizados na região citada. No estudo, o alcance dos hospitais da região foi favorecido pela proximidade da pesquisadora com o campo de atuação da empresa e com grupos de contatos para acesso a diferentes redes de hospitais. Um entrevistado contribuía, indicando um novo gestor para participar. A cronologia das etapas que se sucederiam, na composição do estudo, acabou delimitando a obtenção de um número ainda maior de entrevistados versus conflitos de agendas e disponibilidades diversas das partes.

A plataforma utilizada para as entrevistas foi o Google Meet – ferramenta para videoconferências, desenvolvida pelo Google, uma vez que o distanciamento geográfico e de agendas do pesquisador e dos entrevistados impossibilitaria a realização das entrevistas em modalidade presencial. Ainda assim, como relato, houve momentos de necessidade de reagendamento de algumas entrevistas.

Os treze profissionais entrevistados, que ocupam posição de gestor (coordenação; gerência e/ou direção) da área de Operações, tem entre suas atribuições que garantir a eficiência dos processos, a qualidade dos serviços prestados, a gestão de recursos humanos e materiais, bem como a implementação de práticas e políticas que visam a excelência operacional.

Os entrevistados têm as seguintes formações: oito engenheiros; três administradores de empresas; um contador; um arquiteto. Todos referiram especializações em áreas correlatas com a posição de gestor, tais como, pós-graduações em Projetos; Finanças; Logística; Marketing; Gestão Empresarial; Engenharia de Negócios e ainda, de Elétrica e Segurança do Trabalho. Dos treze, apenas um não reportou possuir pós-graduação.

Com responsabilidade abrangente, o agrupamento de áreas sob sua governança, compreende, comumente: Gestão de Recursos Humanos; Gestão de Instalações e Equipamentos; Logística e Suprimentos; Gestão de Processos Operacionais; Orçamento e Finanças; Hotelaria e Atendimento; Gestão de Contratos; Relações Interdepartamentais; Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente. A maneira como as equipes são constituídas em quantidade e em capacitação técnica varia muito por hospital, pois pode depender de modelo de gestão; maturidade da gestão, recursos diversos e do porte de assistência do hospital, referindo-se à complexidade. Não fora o dimensionamento de pessoal, alvo de discussões, no presente estudo.

As entrevistas contemplaram representantes de quatro grandes redes de hospitais privados, no Brasil, tendo sido seis entrevistados pertencentes a um mesmo grupo hospitalar, cujas unidades possuem perfis diferentes em tamanho, recursos financeiros e possibilidades terapêuticas. Dois outros agrupamentos de redes hospitalares tiveram representatividade, com três entrevistados cada, e um único representou mais um terceiro grupo de rede hospitalar. Foi assegurado não haver exposição de nomes dos entrevistados, assim como de seus hospitais e empresas pertencentes. Formalmente, todos receberam convite eletrônico para agendamento dos pleitos, assim como a divulgação da necessidade de concordância com a gravação de áudio das entrevistas.

3.6. Formulação do roteiro de perguntas

As trinta e seis perguntas foram elaboradas a partir das metas pretendidas- a de compreender a visão do perfil de gestor de operações e, dos objetivos específicos, tais como: o conhecimento específico do gestor sobre controle de riscos, assim como das equipes técnicas subordinadas; regularidade de treinamentos; modelo de gestão estabelecido para monitoramento de riscos estruturais; orçamento e investimentos disponíveis para o tema e, modelos contingenciais. Estes objetivos foram informados aos entrevistados quando do início das entrevistas. Na correlação das perguntas com os objetivos, podemos ver a seguinte distribuição:

	SUBCATEGORIA	OBJETIVO
FINALIDADE	Especificidades temáticas para a abordagem	Caracterizar o perfil do entrevistado e da organização.
DIVISÃO	Normas/Protocolos/Regulatório;	Identificar se há programa de gestão de riscos no hospital e, em especial, se há contemplação da gestão dos riscos estruturais. Identificar conhecimento e/ou conformidade com as Normas vigentes brasileiras.
	Experiência Profissional	Constatar a experiência vivida e impressões sobre variáveis na gestão dos riscos estruturais hospitalares
	Arquitetura	Captar Impacto da concepção física sobre favorabilidade de controle de riscos
	Aspectos Financeiros	Identificar existência /aplicabilidade de investimento relacionado à gestão das estruturas hospitalares
	Governança	Capturar a percepção do gestor da área de operações quanto ao modelo de governança estabelecido, plano, políticas e contingência em cultura organizacional.

Quadro 12. Caracterização dos Objetivos das Perguntas, por Subcategoria.

Fonte: Elaborado pela autora.

A elaboração do roteiro de perguntas foi estimulada, sobretudo, pelos aspectos normativos, que pela característica ampla da expressão “promoção de ambiente seguro”, remonta à RDC 36, da ANVISA, ressaltando que para conformidade com a segurança, todos os aspectos e recursos precisam ser considerados. Assim, para uma posição que é decisora, as categorias regulatórias e o quanto o gestor apossa-se do tema e os aspectos que favorecem o entendimento das circunstâncias, como anatomia predial; o equilíbrio financeiro; o exercício de planejamento e sua experiência profissional, correlacionados com a vivência da pesquisadora, foram contemplados no roteiro. Não houve uma regra para a definição da quantidade de perguntas contidas nas subcategorias, no entanto, a quantidade maior ficou com a subcategoria que trata da experiência do gestor, entendido como campo de maior exploração e que poderia enriquecer as perguntas das outras subcategorias.

O início das entrevistas demarca os perfis do entrevistado e das instituições, seguido dos aspectos normativos brasileiros, sobre monitoramento de riscos estruturais; o relato dos gestores sobre suas experiências; o impacto do modelo construtivo, dos aspectos financeiros e da governança institucional, sobre o gerenciamento do tema.

Enfim, à luz deste roteiro, vamos seguir à exposição do resultado das entrevistas realizadas e dos estudos correlacionados para alcance do objetivo geral: a identificação dos fatores intervenientes na qualidade da gestão de riscos em estruturas hospitalares na percepção de Gestores de Operações.

Por fim, como último questionamento, foi pedido a cada entrevistado, que dissesse o que viria como necessário para melhorar o gerenciamento dos riscos estruturais hospitalares, independente de uma resposta associada ao seu local de trabalho, podendo expandir para o modelo de saúde praticado nos hospitais (privados) no Brasil, ao passo que comentários livres e valiosos foram recolhidos, e, alguns trechos serão demonstrados nos resultados.

3.7.

Limitações da abordagem de pesquisa

De acordo com Bauer e Gaskel (2002), deve haver cuidado na interpretação dos dados obtidos de pesquisas qualitativas, de modo a não criar vieses e invalidar as convergências e até mesmo as divergências. Estas fazem parte do processo que recolhe diversidade de visões acerca de um tema de uma amostra variada.

Assim, houve preocupação em não deixar de fora, contribuições ricas, com sua linguagem, sem adulterar seus sentidos, ao sintetizar as falas para entendimento das mensagens trazidas por cada resposta. A limitação está em não poder expor na íntegra, todos os comentários e não obtenção de documentos de propriedade de cada instituição.

As respostas não serão classificadas como certas ou erradas, não é esta a intenção, e sim, contempladas com suas diferenças para agregar valor à questão abordada.

4

Análise e discussão de resultados

Este capítulo pretende ilustrar o resultado da abordagem realizada com profissionais da Gestão de Operações Hospitalares, à luz dos objetivos pretendidos, referenciando literatura sobre o tema e expondo trechos de algumas respostas dadas às entrevistas, de modo a enriquecer e contextualizar o resultado.

Houve preocupação com a análise de resultados (identificação de categorias, por meio do agrupamento das concepções, e apresentação de modo hierárquico (da concepção mais superficial, de respostas com única palavra, até a mais profunda, com comentários) pelo receio em eleger trechos e ao compor a síntese, não abdicar de importantes falas de descritivo de tamanha importância, preservando sua transparência e clareza, por vezes, surpreendentes do ponto de vista da confiança do entrevistado em expor suas observações.

A seguir, exposição da parte inicial das entrevistas, com dados que demonstram as características dos hospitais abordados, tais como, seu tempo de existência construtivo, sua distribuição de leitos, sua característica como perfil de atendimento e ainda, informações acerca dos profissionais entrevistados, como o seu tempo no cargo e área de formação. Estas informações fornecem a circunstância do cenário estudado.

Para favorecer a interpretação dos dados obtidos, a autora agrupou os questionamentos que têm correlação entre si, de acordo com a categoria estabelecida no roteiro de entrevista.

4.1.

As entrevistas: dados demográficos

Os treze hospitais onde atuam os entrevistados da presente pesquisa, são de origem privada, sendo caracterizados como hospital geral- “hospital destinado a prestar assistência sanitária a doentes, nas quatro especialidades básicas”- de acordo com a Terminologia Básica em Saúde, do Ministério da Saúde, 1987), com serviço de emergência, apresentando, nestes casos, entre oitenta (menor quantidade) e trezentos leitos (maior quantidade).

A variabilidade de tamanhos de hospitais e quantidade de leitos não foi fator influenciador sobre as observações contidas nas respostas quanto às fragilidades percebidas em suas instituições, no entanto, sua idade cronológica, seu tempo de existência como construção, sim, assim como a forma de distribuição dos espaços, que, segundo os entrevistados, recai negativamente sobre melhor distribuição de fluxo de serviços, onde se inclui os de segurança, dos hospitais. (SANTOS, 2013)

Quase todos os hospitais reportados resultaram de adaptações físicas, ao longo dos anos, de construções pré-existentes, criadas para outras finalidades de utilização, às vezes, tendo sido originados de edificações residenciais. Um único hospital destacou-se pela construção mais recente, originária dos primeiros 15 anos do século XXI.

Tempo construtivo do Hospital	Quantidade de Hospitais
De 0 a 30 anos	03
De 31 a 60 anos	03
De 61 a 90 anos	04
Acima de 90 anos	03

Quadro 13. Quantidade de Hospitais relatados x tempo de construção.

Fonte: elaborado pela autora.

Os hospitais foram identificados na tabela abaixo, por ordem da realização das entrevistas, sem nomes, de modo a manter o acordo de sigilo de identificação nominal deles. À direita, quantidade de funcionários do quadro contratado de cada hospital, disposto em intervalo quantitativo, pela imprecisão de respostas dos entrevistados, em especial, quando da indagação da informação de se, Pessoas Jurídicas também faziam parte da informação.

Em algumas das entrevistas, o gestor sabia apontar para a quantidade composta por contratações CLT e PJ. Embora perguntado, o intuito era o de receber informação da quantidade de pessoas circulantes e sua importância sobre riscos inerentes, para fins de indagação sobre recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para a prestação dos serviços, administrados, em tese, pelos gestores entrevistados. Os gestores reportaram imprecisão no dado de quadro de pessoal e circulantes em seus hospitais, o que pode denotar vulnerabilidade na gestão circunstancial de mecanismos de combate em uma emergência.

Hospital	Quantidade de Leitos	Quantidade de Funcionários
1	200	1000 a 2000
2	200	1000 a 2000
3	80	Até 600
4	300	Acima 2000
5	200	1000 a 2000
6	250	1000 a 2000
7	212	1000 a 2000
8	180	1000 a 2000
9	80	Até 600
10	140	Até 1000
11	219	1000 a 2000
12	140	1000 a 1500
13	300	Acima 2000

Quadro 14. Quantidade de leitos e estimativa de funcionários por hospital.

Fonte: elaborado pela autora.

Quanto às equipes de Gestores de Operações, observou-se que são mistas em formação acadêmica, variando de nível de graduações a especializações nos mais diversos campos, tais como, especialização em Projetos; em Marketing; em Finanças; em gestão de Saúde; em Engenharia de Segurança, entre outros e graduação nos campos de Administração de Empresas, Contabilidade, Engenharia e Arquitetura, o que de fato, não é um padrão ou uma exigência para ocupação do cargo, no ramo hospitalar. A tabela a seguir ilustra os dados desta composição e sua distribuição está por ordem cronológica das entrevistas.

Hospital	Perfil Hospital	Formação do Gestor	Cargo	Tempo no Cargo (meses)
1	Geral	Engenharia de segurança/ pós-graduação em gestão de estratégia de negócio.	Coordenador	19
2	Geral	Engenharia elétrica/ pós-graduação em engenharia de segurança do trabalho e engenharia clínica	Gerente	8
3	Geral	Eng eletrotécnico e técnico em mecânica.	Supervisor	132
4	Geral	Arquitetura/ especialização em gestão em Saúde	Gerente	10
5	Geral	Engenharia Civil	Coordenador	12
6	Geral	Engenharia elétrica	Gerente	9
7	Geral	Gestão Hospitalar	coordenador	24
8	Geral	Engenharia elétrica; mba em gestão empresarial; pós graduação em gestão de gestão administrativa e em engenharia de negócios	Gerente	10
9	Geral	Administração/MBA Finanças e Administração	Diretor	17
10	Geral	Engenharia Civil	Coordenador	72
11	Geral	Engenharia, especialista de projetos e finanças	Gerente	12
12	Geral	Ciências Contábeis e Marketing/ Especialização em projetos, finanças e logística.	Gerente	48
13	Geral	Administração de empresas	Coordenador	108

Quadro 15. Perfil hospitais e gestores de operações
Fonte: elaborado pela autora.

Quanto a seus tempos de experiência na posição ocupada, o menor tempo citado fora de oito meses, enquanto o maior tempo reportado fora de 132 meses, o que corresponde a onze anos. Esta informação pode acompanhar o entendimento do gestor acerca de determinadas explanações, denotar maior ou menor segurança em suas falas, potencializar seus comentários pela vivência, tendenciar a uma sensação de propriedade da posição.

4.2.

As entrevistas: dados do programa de gestão de riscos no ambiente hospitalar

De acordo com Creswell (2010), é importante que o pesquisador, enquanto coleta dados, na pesquisa qualitativa, interaja com a interpretação e análise do que está obtendo. Para tal, foram realizadas as seguintes etapas de análise de dados:

- a) Transcrição, leitura e organização em planilha, das perguntas e respostas obtidas;
- b) Leitura e interpretação de dados;
- c) Análise do conteúdo.

Para Colbari (2014), a codificação e a categorização são essenciais para a análise do conteúdo, uma vez que estabelecem a lógica entre o que foi pesquisado e os resultados.

Deste modo, com a finalidade de obter especificidades do tema gestão de risco estrutural hospitalar, na categoria do Reconhecimento de Gestão de Riscos no Ambiente Hospitalar, as perguntas foram agrupadas da seguinte forma:

4.2.1-Regulamentação vigente no país (sete perguntas), para identificar se há programa de gestão de riscos estruturais, no hospital;

4.2.2- A experiência do profissional entrevistado e sua percepção do conhecimento da equipe (doze perguntas);

4.2.3- O impacto da arquitetura sobre favorabilidade de controle de riscos (duas perguntas);

4.2.4- Os aspectos financeiros e investimento relacionado à gestão das estruturas hospitalares (três perguntas);

4.2.5- A governança e interação com o tema riscos (seis perguntas).

4.2.1.

Reconhecimento e cumprimento de normas regulatórias

As sete perguntas relativas ao tema reconhecimento e cumprimento das Normas vigentes no país, para gestão de riscos, vão além do tópico construções e manutenções de estruturas hospitalares, pois é abrangente para todo o cuidado com pacientes.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	PERGUNTAS
PROGRAMA DE GESTÃO DE RISCOS NO AMBIENTE HOSPITALAR	NORMAS/ PROTOCOLOS/ REGULATÓRIO	A. Estando em ambiente hospitalar, a expressão “Gestão de Riscos” lhe é conhecida?
		B. No hospital/ companhia, em que atua, há um comitê chamado Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)? Se sim, você é membro do grupo?
		C. Existe plataforma específica para a realização de Notificação de Eventos Adversos? Nesta plataforma, todo tipo de evento adverso pode ser notificado ou apenas ligado à Assistência direta ao paciente?
		D. Independente da participação no NSP, já realizou registros (notificou) de eventos relacionados à estrutura física hospitalar? Foi convidado a participar da tratativa?
		E. Como o <i>Executivo de operações</i> percebe seu papel e autonomia, na identificação, avaliação e mitigação de riscos hospitalares?
		F. Durante seu tempo na empresa, recebeu algum treinamento específico sobre Gestão de Riscos Hospitalares? Se sim, modo presencial ou EAD? Conteúdo de riscos assistenciais ou também estruturais?
		G. Você se recorda de ter incentivado outra pessoa a fazer a Notificação no sistema sobre eventos adversos relacionados à riscos de estrutura física, independente de ocorrência de acidente ou de danos à paciente/setor/hospital?

Quadro 16. Perguntas referentes à Normas; Protocolos; Regulatório

Fonte: Elaborado pela autora.

Assim, a pergunta inicial abordou os entrevistados indagando se a expressão “Gestão de Riscos” lhe era conhecida? As respostas foram afirmativas, ainda que, em algumas tenha sido acompanhada de complementos como: “sim, ouvi falar”, o que poderia induzir à reflexão de não se tratar de um tema familiar ou rotineiro.

Uma vez compreendido que o termo não é desconhecido destes profissionais, vamos às perguntas complementares, tais como a que indaga a existência do Comitê Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), se este gestor é membro oficial do grupo e se há plataforma específica para Notificação de Eventos Adversos. Duas perguntas fazem referência à RDC 36, da ANVISA (2013), cabendo a atribuição da nomeação do NSP, à Direção da Unidade Hospitalar. Não há recomendação nominal de quais categorias profissionais devam compor tal comitê, no entanto, partindo do princípio de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde, a multidisciplinaridade é importante.

Quase todo o grupo de entrevistados afirmou saber que o comitê NSP existe em seu hospital, no entanto, não constituem membros oficiais do Núcleo, então, não participam sistematicamente dos encontros deste grupo. Eventualmente, são convidados a assistir e/ou responder questões relativas a eventos adversos.

Os gestores reconhecem que, ainda que com grade extensa de responsabilidades, a participação deles, ou o incentivo de membros ligados à sua equipe direta, é fundamental para valorizar e melhorar a segurança hospitalar (FERNANDES, 2014).

O fato de o gestor de operações entrevistados não comentar sobre o NSP, com familiaridade pode denotar um distanciamento- não necessariamente intencional- mascarado pela impressão de que os temas assistenciais, tão somente, deveriam ser os tratados nos encontros do NSP, talvez por serem os mais frequentemente discutidos e evidenciados. Desse modo, os assuntos operacionais que também envolvem a “promoção segura do ambiente”, ficam destinados a outros fóruns, quando há, e, por vezes, exclusivamente do âmbito de engenharia, sem que haja o registro do risco (por vezes, de acidentes também) no canal de notificações de eventos adversos ou outros sistemas próprios do hospital, levando ao que chamamos de subnotificação. A reflexão sobre este aspecto é importante pois sem maneiras de olharmos o conjunto de acontecimentos e suas naturezas, a vulnerabilidade para acidentes aumenta. Tornar o cuidado mais seguro não pode ser entendido como uma opção, mas como uma necessidade, segundo (FERNANDES, 2014). Os Órgãos que procuram acompanhar as estatísticas de acidentes relativos a estruturas e sistemas, por vezes relatam dificuldade em retratar com fidelidade um

histórico, que pareça ascendente ou descendente em volume, devido a desconexão do ato de registrar o sinistro. (DE SOUZA, 2023).

Em sentido oposto, a disponibilização de plataforma digital para que os registros de eventos adversos aconteçam, surpreendeu como resposta afirmativa pelos entrevistados e foi positiva a colocação de que todo tipo de evento poderia ser reportado no canal formal estabelecido. Foram citados os sistemas Interact® e Epimed® como os existentes, para as notificações. Cabem ainda, as perguntas: E o ato de notificar, é praticado por estes gestores? Alguma notificação realizada referente a gestão de estruturas?

A maioria dos respondentes disse que sim, já fizeram notificação desta natureza, na plataforma de seu hospital. Um exemplo de citação chamou atenção pelo fato de ter acontecido no dia da entrevista:

Acabei de responder a uma questão judicial. Uma especificação técnica de um piso que o paciente, na verdade, um acompanhante de um paciente, alegou que não era antiderrapante. De vez em quando eu tenho que responder sobre essas questões técnicas, porque eu tenho que usar material que seja certificado.

As últimas duas perguntas deste agrupamento questionam se faz parte da rotina do gestor, incentivar que sua equipe faça notificações e se já recebeu treinamento sobre o tema.

Mais da metade do grupo informou não ter recebido nenhum tipo de treinamento formal a respeito de riscos, alguns lembram dos relativos aos planos de Segurança do Trabalho. Já para o incentivo para que pessoas de suas equipes façam notificações de risco ou de acidentes, as respostas foram categóricas e representativas de que sim, promovem este tipo de incentivo. Durante as respostas foi notada esta divergência narrativa entre saber explicar sobre gestão de riscos, sobre o quanto acontecem treinamentos no tema, em que suas posições sejam incluídas, sobre a iniciativa em buscar conhecimento e assim, corroborar com a preocupação e os atos relativos à segurança hospitalar além dos incentivos tidos como prioritários para que funcionários pratiquem a notificação de eventos adversos. Segundo Reason (1994), falhar faz parte da condição humana, contudo, não podemos modificá-la, mas podemos modificar as condições de trabalho. Treinar para o ato de notificar, aprender sobre como lidar com o próprio sistema, foi um conflito, nas falas dos entrevistados.

A colaboração do método, com a absorção do que é similar e do que é divergente, nas descrições de experiências, não quer denotar significado de conjecturas psicológicas, próprias do ser humano, mas de como foi sua exploração com o que viveu. Cito Da Costa e Rocha-Pinto (2021, p.40), pela importância com que tratam as questões de processos e rotinas e colocam que “uma vez que novos procedimentos são criados, novas competências são requeridas dos trabalhadores”. Pherralli (2011) traz contribuições importantes quando reforça que há uma construção de conhecimento com o ensaio, em que os aspectos socioconstrutivista-interpretativo se encontram para formar um conceito do exercício.

4.2.2.

A experiência do profissional entrevistado e sua percepção do conhecimento da gestão de riscos estruturais

Para compreensão do perfil do gestor e da riqueza de sua fala, na sequência demonstraremos os questionamentos relativos ao ato de administrar e da cultura implementada nos hospitais.

A pesquisa qualitativa traz a possibilidade de ver de outro jeito a realidade empírica, pois importa o processo que o sujeito tenha vivido (QUEIROZ, 2007). Na sequência, tabela com as perguntas referentes à subcategoria Experiência Profissional do gestor de operações.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	PERGUNTAS
Dados de Reconhecimento de Gestão de Riscos no Ambiente Hospitalar	Experiência Profissional	H. Quais são os principais desafios que sua equipe de operações (Eng. de Manutenção/ de Obras) enfrenta ao lidar com a gestão de riscos estruturais em um ambiente hospitalar?
		I. Você já vivenciou alguma ocorrência de acidente- desde que trabalha na área de operações hospitalares- em que houvesse interrupção, total ou parcial, de sistemas de infraestrutura, em seu hospital? Por exemplo, situação com interrupção de energia elétrica; abastecimento de gases; fornecimento de água/vazamentos, ou outros?!
		J. Impacto sobre patrimônio, pessoas e financeiro?
		K. Qual é o envolvimento do <i>Executivo de operações</i> na revisão e atualização das políticas de segurança e prevenção de acidentes do hospital?
		L. Há plano de contingência para situações emergenciais e/ou de catástrofes, formal e disseminado no hospital? Houve treinamento de líderes e de equipes de engenharia e segurança?
		M. Quais práticas e elementos que podem contribuir para a redução de acidentes em hospitais?
		N. A equipe de manutenção é treinada para agir eficazmente em situações de risco estrutural, como vazamento de gases ou incêndios?
		O. Como você garante que as instalações hospitalares estejam em conformidade com as normas e regulamentações de segurança estrutural?
		P. Há um Plano de Manutenção formal implementado no hospital em que trabalha?
		Q. Você diria que as experiências e conhecimentos do <i>Executivo de operações</i> são levados em consideração nas decisões sobre investimentos em infraestrutura e tecnologia para melhorar a segurança do hospital?
		R. O hospital em que trabalha tem selo de acreditação? Pode citar qual?
		S. Como a cultura organizacional do hospital promove a participação ativa do <i>Executivo de operações</i> no gerenciamento de riscos e na prevenção de acidentes (obras; expansão; novos projetos)?

Quadro 17. Perguntas referentes à Experiência Profissional do Gestor de Operações.

Fonte: Elaborado pela autora.

Este profissional da gestão foi abordado quanto a como percebe seu papel e sua autonomia para agir, na identificação, avaliação e mitigação de riscos hospitalares. As respostas ao questionamento variaram entre os profissionais que disseram ter autonomia para administrar os riscos e segurança sobre seu conhecimento neste processo. A seguir, duas falas transcritas como exemplos:

Fala 3: Não tenho conhecimento total, não. Aí eu acredito que a instituição de saúde, ela deva contratar uma empresa que faça avaliação do risco.

Fala 8: Então, eu acho que as pessoas, de forma geral, não entendem a importância de alguns sistemas dentro do hospital (...). Sim, participo de alguma tomada de decisão desse controle de risco estrutural.

Ao pesquisador cabe decifrar o significado das falas reportadas, dentro do contexto do comportamento humano (QUEIROZ, 2007). Como reflexão, parece ser indissociável aprender, sem viver, sem experimentar. As categorias chamadas de descrição do fenômeno estudado- dispositivos eurísticos- com suas vertentes diferentes, possibilitam reflexão do que foi observado e apoiam o aprendizado. (SANTOS E SILVA, 2015). Pode-se explicar que conhecimento e tempo de experiência são potencialmente aliados, se vão em mesma direção e foi objeto de observação nas falas, que o maior tempo de experiência denotou falas mais longas, querendo significar maior posse do tema ou da questão em si.

As perguntas sobre a participação do gestor na elaboração de políticas próprias a segurança hospitalar, sobre como entende seu conhecimento no contexto, se este conhecimento é considerado quando se fala em investimentos e se faz parte da cultura organizacional a inserção de sua posição nas discussões e decisões a respeito da gestão de infraestrutura. Os apontamentos variaram entre os entrevistados que faziam um autorretrato de nível de conhecimento suficiente para acompanhar a temática do risco, dentro de seu contexto. Também houve falas que acrescentaram que, diante do exposto, com as perguntas, daqui para frente lançariam um *outro olhar*, uma nova observação seria empregada no cuidado com gestão de riscos. Duro (2015) defende que a promoção de práticas seguras é facilitada por uma cultura positiva de segurança, que se manifesta por meio do aprimoramento da comunicação, da colaboração em equipe e do compartilhamento de conhecimentos. Assim, equipes multidisciplinares devem ser contempladas nas análises e tratativas de problemas. Quanto ao incentivo da governança, não houve uniformidade de interpretação positiva dessa pauta para os riscos estruturais, o que pode representar uma preocupação em não cometer um equívoco quanto ao que se entende ser incentivo para rotina deste monitoramento ou outras frentes de investimentos mais evidentes.

O campo dos desafios e perigos reconhecidos por eles nos cuidados com infraestrutura, se sua equipe é treinada regularmente no tema e se possui Plano de Manutenção, dando cobertura aos artefatos culturais, tecnológicos e sociais explora uma outra vertente da abordagem aos gestores.

Mais uma vez, há volume de entrevistados apontando para a estrutura física pré-existente como o maior desafio para lidar com os obstáculos para uma melhor gestão física do ambiente. A afirmação de que não há treinamento regular de suas equipes de manutenção, nos temas críticos, em caráter padrão, assim como a inexistência do documento formal orientador da prática de manutenção, o chamado Plano de Manutenção, acompanhou a prevalência das respostas. Os que têm ambas as práticas, reforçam suas importâncias como constância na rotina, para dar mais segurança às atividades mais simples e as mais robustas. Pertinente falarmos sobre rotinas organizacionais como um construto básico da teoria evolutiva do aprendizado (STANCZYK-HUGIET, 2014). A perspectiva interpretativa da competência, que se vincula intimamente à maneira como a competência é vivenciada e aprimorada diariamente por meio da prática (SANDBERG, 1996), é a melhor maneira de avaliarmos os dados obtidos. As falas dos gestores demonstram que não há um padrão hospitalar entre os mecanismos de suas atribuições, que pode ser dependente de decisão hierárquica, do perfil do hospital, da cultura estabelecida.

Não deixou de ser citado o aspecto da preocupação com o cumprimento da Legislação como parte do desafio para a conformidade, assim como o de mais planejamentos, inclusive de obras e atividades de mapeamento de riscos.

Guimarães (2008), reportou que:

A gerência e a manutenção da infraestrutura física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde das redes pública e privada têm sido deficitárias, pois, entre outras razões, nem sempre as etapas básicas em um processo de desenvolvimento gerencial são articuladas entre o planejamento, o projeto, a execução de obras e a aquisição de equipamentos, sendo que a manutenção, até por uma questão cultural, é negligenciada levando à descontinuidade e à baixa qualidade na prestação de serviços. (GUIMARAES, 2008, apud GUIMARAES, 2012, p.11)

Não podemos abstrair da importância dos cuidados em serviço de manutenção hospitalar. Alguns sistemas devem ter regularmente suas qualidades aferidas e, neste ínterim, estamos falando de ensaios elétricos; qualidade do ar; gestão ambiental; análise de temperatura e de óleos e ainda, de acústica. Não são disciplinas optativas, são obrigatórias como condicionantes de um bom funcionamento do ambiente e controle de riscos (EBSERH, 2002).

Vamos, assim, a abordagem de histórico de acidentes que os gestores tenham referenciado em suas entrevistas, como parte de suas experiências:

Pergunta 15: “Você já vivenciou alguma ocorrência de acidente- desde que trabalha na área de operações hospitalares- em que houvesse interrupção, total ou parcial, de sistemas de infraestrutura, em seu hospital? Por exemplo, situação com interrupção de energia elétrica; de abastecimento de gases; fornecimento de água/vazamentos.” Comente ainda sobre impacto patrimonial, financeiro ou sobre pessoas e plano de contingência.

Algumas respostas apresentam conteúdos marcantes, que respaldam quanto ao pragmatismo da série de cuidados que deve haver no ambiente com tanta suscetibilidade de sistemas e vidas. Sim, os entrevistados confirmaram terem vivido acidentes em seus hospitais, que levaram à parcial ou total interrupção das atividades da instituição. Três exemplos de falas estão descritos a seguir:

Fala 1: Sim. Incêndio. Interrupção parcial. (...)elétrica e do fornecimento de gases(...).

Fala 3: O maior impacto que eu já vi acontecer na unidade foi no desabastecimento de água, rompimento de tubulação (...)

Fala 7: Sim, teve uma ocorrência bastante significativa dentro do sistema elétrico. Tivemos que transferir todos os pacientes para outros hospitais.

A variação de tipos de eventos também surpreendeu, mas a capacidade adaptativa em todos os casos, não extinguiu as atividades dos hospitais abordados, de modo permanente. Houve respostas e soluções e recuperação, a seu tempo.

A maioria dos entrevistados reconheceu impactos de ordem patrimonial, assim como de ordem pessoal e financeira, ainda que em diferentes graus. Alguns entrevistados entregaram mais tempo em suas falas a esta pergunta, fazendo com que a entrevista ficasse mais longa, mas suas declarações não foram interrompidas, pois trariam, possivelmente, contribuições importantes para a compreensão do contexto. A questão foi cercada de ênfases, apreensões e sentimentos mais intensos, como frustração, tristeza, decepção, resiliência e determinação. Natural de

processos de alto impacto, alcance e desestabilização da normalidade. A esse respeito acrescenta-se, a experiência da autora do estudo na compreensão da intensidade das falas, uma vez que tendo vivido circunstâncias adversas nesta trajetória, esteve atenta para entender as narrativas, com o objetivo de capturar as mensagens contribuintes para a finalidade da pesquisa.

Sobre Plano de Contingência, dentro das respostas, foi perceptível o incômodo dos relatos dos gestores que disseram não haver formalidade do Plano em suas unidades, como que em uma incompletude de um script que deveria ser padrão. Para Stańczyk-Hugiet (2014), o êxito de uma entidade é reconhecido não pela eficácia, mas pelos critérios de adaptação, sobrevivência e ajuste aprimorado.

Plano de Contingência é uma exigência legal, por exemplo, na Cidade do Rio de Janeiro (Lei nº 7.577/2022), assim como em São Paulo (Lei 12.608/12) e dispõe, também, sobre Plano de Evacuação e obrigatoriedade de Brigada de Incêndio, de modo que os hospitais estejam mais próximos de um assunto que não é raro-preparar-se para momentos difíceis, de interrupção mesmo que temporária, de serviços à saúde para orientar os atores e a distribuição das responsabilidades dentro da organização hospitalar, sobre riscos. Cabe à própria instituição a elaboração, com conhecimento de seus detalhes físicos e fluxo hospitalar. Necessário que haja o cuidado para não confundir as expressões que podem representar o plano de contingência, como plano de recuperação ou plano de continuidade.

Aqui falamos em processo de rotinas organizacionais, uma vez que os artefatos surgem como meios no caminho para se compreender as rotinas e como as equipes as aplicam. Viver situações emergenciais provocam nos agentes, uma nova forma de fazer o que até então era usual. Em contingências em assistência à saúde, pensa-se em planos alternativos para evitar danos e morte.

Três outras abordagens foram feitas aos entrevistados, ainda dentro do agrupamento que se refere ao cumprimento e conhecimento de normativas sobre o tema segurança estrutural, para saber sobre:

- * Como garantir que haja conformidade com as Normas vigentes no país?
- * Que práticas e elementos podem contribuir para a redução de acidentes em hospitais?
- * Se o hospital em que trabalha tem selo de acreditação?

Algumas palavras que, por vezes, poderiam ser interpretadas como sinônimos, adaptadas ao cenário construído que aborda garantia de conformidades, foram citadas pelos entrevistados, tais como: auditoria; mapeamento; laudos; checklist; preventivas; conhecimento de normativas; treinamento; especialistas. As falas retratam que por meios destes veículos, pode-se acrescentar valor ao monitoramento dos sistemas e da conformidade com o que existe de regulatório. (BRASIL, ANVISA, RDC 36, 2013).

Sobre as práticas que contribuiriam para o controle de riscos, novamente podemos referenciar o aprendizado organizacional como prioritário. As respostas proferidas valorizaram o aspecto educacional, reconhecendo capacitação como fundamental (treinamento e mapeamento, com presença como palavras-chave, no inquérito) para enxergar onde os problemas estão e como devem ser tratados, sem medos de hierarquia ou insegurança quanto à manifestação de suas constatações (REIS, 2013).

A pergunta a seguir quis saber se os hospitais já possuem selos de acreditação- “processo de avaliação externa, sistemática, periódica, sistêmica e reservada, com base em padrões de qualidade previamente definidos como ótimos e que pode gerar uma certificação aos serviços aderentes”(TREIB, 2022, p.2), ao passo que as respostas dos diferentes gestores foi positiva e apenas uma das unidades de saúde não tem nenhum selo que ateste grau de maturidade em processos de qualidade e segurança hospitalar. Os selos de Qmentum (Canadense), JCI e ONA foram citados como os conquistados pelos hospitais acreditados.

Como adição ao fato de a maioria dos hospitais aqui, ir de encontro aos processos que visam melhoria contínua, cabe o destaque, pela ANVISA (2016), de que por meio de padrões de qualidade, em um acultramento da organização para práticas mais controladas e seguras, com emprego das estratégias estabelecidas pelos NSPs, se favorece diagnóstico situacional, adesão à regulamentação e melhores perspectivas da cultura de segurança.

Abordamos assim, os questionamentos complementares que perguntam sobre garantia da conformidade e técnicas que ajudam no controle de riscos (perguntas 19 e 21). As sugestões dadas pelos entrevistados de que treinamento e mapeamento de processos, onde inclui-se compreender espaços e estruturas, devem ser prioritárias para avanços mais maduros, promoção de intervenções necessárias em

tempo adequado, corroboram com REIS, C. T. (2013), em sua defesa sobre cultura de segurança do paciente, quando vemos as organizações mobilizadas em maior esforço de melhores práticas, quando são inseridas em processos de avaliação qualitativa como os de acreditação hospitalar, e deve envolver toda a instituição.

Do ponto de vista dos gestores, a correlação nas falas destacou que a acreditação faz bem para o hospital, pois é um atestado de qualidade, mas não pode parecer uma corrida contra o tempo para que haja internalização dos processos.

4.2.3.

O impacto da arquitetura sobre favorabilidade de controle de riscos

E a apresentação física de um hospital? Poderia ser fator influente sobre o controle dos riscos estruturais? Nestas perguntas, os entrevistados são abordados quanto ao impacto que a arquitetura hospitalar assume, favorecendo ou dificultando o processo de monitoramento dos riscos. E, ainda, se conhece o tempo construtivo do hospital em que trabalha.

A totalidade das respostas atribuídas à arquitetura predial como influenciadora do modo como o fluxo é estabelecido e assim, como os processos e o formato de cuidado próprio com o cliente e com a conservação e melhorias da própria edificação, ilustra como a qualidade do ambiente pode favorecer o bem-estar de todos. O modo como foi concebido e a trajetória de crescimento, influenciam sobre como funcionários e circulantes de um modo geral perceberão conforto e segurança neste ambiente, segundo BOING (2003).

As falas dos gestores reportaram construções antigas, datadas, em maioria, do século passado, com outros objetivos de circulação e oferta de serviços, o que conflita com a realidade atual, quanto à distribuição dos espaços físicos e outros aparatos relativos à segurança. Adaptar, segundo os gestores, decerto é muito oneroso e mais complicado do que fazer um novo hospital. Difícil fazer transformações muito grandes com locais que não podem interromper o fluxo de atendimento. As idades de tempo construtivo foram demonstradas na seção dos dados demográficos.

Os edifícios precisam atender às necessidades dos indivíduos e a ergonomia pode trazer contribuição rica para a arquitetura na saúde, reforça BOING (2003). Requer ainda, acompanhar em que a tecnologia (artefato tecnológico) pode contribuir para aumentar eficiência do uso dos espaços, sem contudo, torná-lo inseguro. O modo como os artefatos tecnológicos, como elementos das rotinas, interferem positiva ou negativamente no processo de gestão deste tipo de risco, foi uma leitura enfática dos respondentes.

Neste aspecto, foi pedido exemplos de tecnologia e inovação aos entrevistados, ao passo que a automação foi citada como um importante contribuinte para monitoramento de sistemas, já que apenas a condição humana x quantidade de sistemas a avaliar, não permite alcançar.

Também houve respostas sem citação de exemplos claros, mas que quiseram destacar que a tecnologia pode facilitar, otimizar e acompanhar a gestão desse processo, do risco e pode trazer eficiência. Enquanto as respostas que apontaram para a automação, não necessariamente traziam o que há de mais moderno em seus hospitais, querendo dizer que nem sempre é do último equipamento que se fala, mas também de melhorias processuais. Vemos aqui, visões diferentes que podem merecer estudos sobre entendimento dos gestores acerca de tecnologia, arquitetura e riscos estruturais.

Trazemos como referência para corroborar com a defesa da argumentação e favorecer entendimento dos pontos de vistas dos gestores, quando BOING (2003, p. 188) fala que “O projeto arquitetônico deve ir além da síntese das diferentes engenharias e instalações em um único projeto, deve priorizar a eficiência do edifício hospitalar”. Tecnologias que otimizam circulação, funcionamento de equipamentos e sistemas podem contribuir com boas consequências para o ambiente hospitalar. São artefatos tecnológicos trazendo sua representação na pesquisa qualitativa.

4.2.4.

Os aspectos financeiros e investimento relacionado à gestão das estruturas hospitalares

Como quarto agrupamento de perguntas e respostas, abordamos a categoria financeira, para capturar a visão do gestor de operações quanto ao grau de impacto que acidentes ou riscos não identificados em tempo suficiente para mitigação de problema possam ter provocado nos hospitais. E se esta identificação afetou com mais proeminência o âmbito de Pessoas (que pode contemplar não apenas pacientes, mas a todo circulante); se desequilibrou o aspecto financeiro e, por conseguinte, o patrimônio.

Uma resposta (transcrita, abaixo) resumiu o quão seria interessante fazer comparação entre hospitais, a respeito de investimento x acidentes:

Sim, com certeza. Por causa do risco de paradas (interrupção de serviço), de disponibilidade de leitos. Eu acho que poderia cruzar (indicadores), por exemplo, de investimento e disponibilidade de leitos.

(...) neste ano a gente teve uma inserção maior referente a como vai ser construído, quais os números financeiros que a gente precisa entregar dentro do meu setor.

Na sequência, a pergunta foi: Você acredita que os investimentos em segurança influenciam a qualidade dos cuidados e a satisfação dos pacientes?

É um desafio cuidar do que não é tão aparente para o cliente final. Entretanto, se não houver o cuidado, a evidência pode ser notada quando da ocorrência de falhas e, às vezes, de danos às pessoas. Nem todos os gestores entrevistados reportaram que a prioridade do investimento em segurança derive de algum apontamento, observação ou crítica do cliente final.

A maior parte do que faz referência ao tema não está visível para esta parte do público e soma-se a isto que não há conhecimento para uma maioria de abordagens, além de não ser o foco de sua atenção. Sua preocupação evidente é pelos cuidados diretos com o cuidado do que foi buscar.

Os sistemas de instalações elétricas, hidráulicas, o sistema estrutural e construtivo, a distribuição de gases medicinais, entre outros fazem parte do arcabouço da anatomia da edificação hospitalar. A percepção de falta de conforto ou de estética pode ser percebida e até reclamada, pelo paciente, entretanto, o cuidado com modalidades de segurança institucional talvez possa ser mais bem apurado em pesquisa específica com este público (TREIB, 2022). O conceito de

que o “uso de um design padronizado economiza tempo de planejamento, e principalmente, evita grandes surpresas a respeito da aparência e funcionamento do futuro hospital”, foi defendido por BOING (2003, p. 63).

Como última pergunta deste agrupamento foi levantada a seguinte questão: As regulamentações e padrões de segurança em saúde impactam a abordagem/decisão dos hospitais em investimentos em segurança?

Pode causar surpresa haver respostas negativas, mas algumas falas foram reticentes ou evasivas, quanto a ser obrigatório, afinal, é Lei, sendo o lado financeiro, um fator limitador para execuções muito dispendiosas, como disseram. Pode haver nas falas, uma apreensão associada ao desejo de ter todas as necessidades prontamente concluídas, e estas não se restringem a apenas o aspecto estrutural, mas a todo um conjunto de ações que exigem muito planejamento e controle. Vale a pena pensar em criticidade para fazer uma classificação das necessidades.

Nas falas transcritas, vemos observações dos gestores:

-(...) Óbvio que como executivo, eu entendo (que) se não tem dinheiro, não tem como fazer nada.

-É uma classificação de risco e vai pelo risco maior.

- Acho que (influencia) bastante, né? Até porque o paciente, ele se sente bem, se ele estiver num ambiente bom.

Contido na abordagem da pesquisa qualitativa, os agrupamentos dos assuntos, das perguntas, puderam facilitar o modo como a análise de conteúdo foi utilizada no estudo. A intersecção de dados de treze diferentes gestores e suas treze diferentes instituições trouxe um pouco das rotinas organizacionais praticadas e a maneira como os padrões se apresentaram em diferentes artefatos. Ouviu-se sobre a existência ou inexistência de documentos, que seriam os artefatos mais habituais e que, segundo FELDMAN; PENTLAND (2008) dão consistência para a construção dos processos, em especial se reconhecidos como importantes em melhorias.

As regulamentações já foram expostas em capítulo específico e devem ser cumpridas. A RDC 50 (BRASIL, ANVISA, 2022), por exemplo, aponta para a necessidade de planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos. Conciliar produção, resultado econômico e atendimento de requisitos legais, que em alguns momentos requerem custos elevados, precisa existir no equilíbrio do negócio. Nenhuma frente deve ser entendida como opcional, neste

quesito. No entanto, com planejamento e trabalho por criticidade, e ainda, estabelecimento de prazos regulamentares com os órgãos fiscalizadores, pode-se ir de encontro ao sucesso do negócio.

4.2.5.

A governança e interação com o tema riscos

Como último agrupamento, trataremos dos questionamentos sobre a Governança. Foram seis perguntas, distribuídas para compreender:

- * se os planos de comunicação funcionam internamente, na instituição e com a comunidade do seu entorno;
- * se há parcerias com órgãos públicos no sentido de treinamentos preventivos;
- * se há mapeamentos de riscos estruturais com especialistas;
- * se existe incentivo da governança para implementação de métricas que apurem o tema no cotidiano
- * o que o gestor percebe como valioso para melhorar este tipo de controle no ambiente hospitalar, independentemente de ser no seu local de trabalho.

Os comentários sobre o Plano de Comunicação, em especial com o entorno, vieram com respostas sobre informativos visuais como os de Rotas de Fuga. A pergunta quis abordar se o cliente é informado adequadamente sobre as práticas que ele mesmo pode ajudar a controlar, ou seja, processo de comunicação, um dos artefatos sociais mais destacados quando da análise de sucesso organizacional. (FELDMAN; PENTLAND, 2005).

O Plano de Comunicação foi muito confundido com Planos de Evacuação ou de Emergência e houve esclarecimento quando desta constatação. Apesar de não ser item obrigatório em regulações, é conveniente e traz mais conforto e segurança para todas as partes (interna e externa do hospital), com conversas mais regulares, como partes que se relacionam, ainda que não tenham a mesma finalidade na ocupação de área física próxima.

Reunir pacientes, familiares e cuidadores regularmente para discussão de oportunidades e melhorias dos serviços, estruturas e processos do hospital já é uma prática, no Brasil. Alguns hospitais podem ser citados nesta prática, por exemplo o Albert Einstein (SP), com participação voluntária de pacientes/familiares, com utilização dos serviços do hospital dentro do período máximo de um ano de sua internação. (<https://www.einstein.br/conselhoconsultivo>, acesso em 12/12/2023). Outro exemplo é o Hospital Oswaldo Cruz (SP) e destacam em seu site que o objetivo é “envolver os pacientes e familiares na discussão para a tomada de decisões que melhorem suas experiências.” ([O paciente como centro de atenção na tomada de decisões | Hospital Alemão Oswaldo Cruz \(hospitaloswaldocruz.org.br\)](https://hospitaloswaldocruz.org.br/))- consulta em 12/12/2023).

Comumente vemos as visitas de auditorias tanto do corpo de Bombeiros, como da Defesa Civil, do Meio Ambiente e da ANVISA, em seus cumprimentos regulares de inspeções. Na atualidade, já é uma prática, por exemplo, com o Corpo de Bombeiros, planejar em parceria, treinamentos de evacuação de ambientes, por exemplo, para capacitar a equipe que trabalha no hospital e ainda, treinar no plano de reação a catástrofes, com interação que envolve justamente o Órgão atuante em socorros.

O processo de melhoria contínua compreende também a qualificação do ambiente em que cuidamos dos pacientes. Assim, uma hotelaria que aparenta beleza e conforto é válida para preencher uma das necessidades dos clientes, no entanto, existem aquelas outras importantes necessidades que correspondem a manter apto e seguro todo o arcabouço onde os serviços são prestados. Novamente um parêntese para a acreditação, Abreu (2018) disse que este processo confere à rotina, uma nova atitude, uma atitude de prevenção de acidentes, de toda natureza. Melhora a assistência, o processo de aprendizado, cria instrumentos de gerenciamento.

Sobre o estímulo da governança quanto a implementação e monitoramento de indicadores relacionados à segurança hospitalar, mostrou-se reconhecimento de apoio para desenvolvimento e monitoramento por meio de indicadores, sobre riscos com estruturas. Como os perfis dos hospitais eram diferentes, não houve generalização desta afirmativa, o que é próprio da interpretação individual que cada um faz da administração organizacional e claro, de sua aproximação como rotina e tratativa de problemas relativos ao tema. A preocupação do estudo é qualitativa,

acentuando aqui que a visão do gestor sobre o tema proposto e como sua experiência pode ser traduzida, neste contexto, virá de maneiras diferentes.

O desafio do pesquisador foi articular as diferentes posições a respeito de um mesmo objeto, para validação e convergência dos dados e dar significado às conclusões do estudo. Embora a consolidação de dados e o agrupamento por categorias aproxime respostas e expressões, cada contribuição foi contemplada para a reflexão dos resultados e quando de falas em extremidades opostas, algumas foram transcritas para respeito às contribuições.

Como questionamento final, foi perguntado a cada gestor: “o que você vê como necessário para melhorar no âmbito hospitalar este gerenciamento crítico, dos riscos relacionados às estruturas?”

A diversidade e riqueza de respostas merecem citações, pois enriquecem a fala dos gestores de operações:

-Acho que primeiro identificar todos os riscos. Quando você compara uma unidade hospitalar com uma indústria, esta, localiza-se muito mais na frente com o quesito plano de evacuação, com o plano de manutenção, um investimento, questão voltada de CAPEX ou OPEX, quando se compara à área hospitalar.

-Melhor planejamento, acho que falta mais. Mão de obra capacitada dentro da própria unidade.

-Eu vejo que a gente precisa ter pessoas mais qualificadas. Além disso, a manutenção é vista como custo. E tem que ter investimento mais bem direcionado para manutenção.

As entrevistas trouxeram uma perspectiva positiva na prática da gestão estrutural hospitalar, uma vez que houve uma demanda consistente por mapeamento de processos e sistemas, bem como por capacitação de equipes técnicas (GUIMARAES, 2012). Também se reverberou a necessidade de maior alinhamento com a Governança, independente do modo como esteja organizada por porte de instituição, à estratégia de sustentabilidade do negócio, destinação de recursos planejados para tratativa dos aspectos estruturais, que não compreendem apenas área física construída e conservação de leitos de internação, mas cuidado com sistemas críticos e que devem acompanhar a evolução e crescimento do hospital e sua capacidade de atendimento (GUIMARAES, 2012). Dos sistemas críticos, sobressaem citações ao elétrico como de maior prevalência de comentários, seguido do hidráulico e de gases.

Embora não caiba na presente explanação, a demonstração das trinta e seis indagações com suas exatas respostas individualizadas, a autora informa poder disponibilizar para leitura àqueles que se façam interessados, ressalvando que as identidades de respondentes e seus hospitais estarão preservados.

5

Considerações finais

Foi gratificante poder capturar a visão de uma parte representante dos profissionais da área de operações, que sente o impacto do cotidiano das diferentes disciplinas, no universo hospitalar e sua atenção no cuidado do negócio. Fazer registros provoca uma avidez por transformações a partir das oportunidades identificadas. Inclusive de novas pesquisas, com amostras maiores, com outras abordagens temáticas ou com cruzamento de temas para compreensão de relação causal. Para conduzir a pesquisa de maneira eficaz, é essencial que a relação envolva a seleção de um ponto de partida e a confrontação dos resultados obtidos com diferentes métodos, populações etc. Além disso, é fundamental comparar esses resultados com as conclusões derivadas da perspectiva originalmente adotada para orientar o estudo, isto é, da procura pelos fatores intervenientes na gestão proposta. O estudo provocou nos próprios entrevistados, dito por eles, uma necessidade de buscar mais conhecimento sobre gestão de riscos; sobre ampliar o que sabem e maior interação com as camadas mais diretamente ligadas à ação cotidiana do cuidado dos riscos, como o próprio NSP. Também foi possível constatar que a composição de equipes técnicas de áreas de manutenção precisam ser inseridas em rituais de treinamentos específicos, dando margem ao crescimento da confiança em si mesmos; registrar eventos adversos também foi notado como ponto frágil por esta área cuidadora de infraestrutura, inclusive pelo gestor de operações, mesmo reconhecendo que há instrumento para tal, levando-se pela cultura da notificação restrita ao que acontece diretamente com o paciente na beira do leito; alcance de equipes multidisciplinares em treinamentos no tema segurança de infra hospitalar; aprimoramento do modelo de gestão na área de manutenção de infraestruturas hospitalares (sistemas elétricos; de gases medicinais; de climatização, entre outros), utilizando dos meios já existentes em muitos canais, inclusive da área pública, para planejamento e execução em tempos hábeis; importância de participação concisa do processo de orçamento e da programação de investimentos que sustentam esta anatomia hospitalar; necessidade de interação com outros

componentes quando de redes de hospitais, para compartilhamento de melhores práticas; implementação de sistemática de reconhecimento – por todo o hospital – da existência e do conteúdo dos modelos contingenciais.

De acordo com ZAPPELLINI (2015), nesta área, a maneira como se atinge uma conclusão sobre o fenômeno em investigação é, no mínimo, tão crucial quanto o próprio conhecimento. Os procedimentos empregados para concebê-lo devem ser especificados, compreendidos, debatidos e refinados, a fim de possibilitar sua aplicação a uma realidade empírica.

Como consequência, pretendeu-se provocar nos gestores de tal cadeira – Operações Hospitalares- em atividade e, para futuros gestores, a consciência da promoção de monitoramento dos riscos, associados às estruturas hospitalares, como ponto indispensável no script total de atividades do gestor de operações, que é extenso e múltiplo, com diferentes naturezas de complexidade e, sem demérito de importância e, assim, provocar reflexões no grupo de gestão de operações e na cadeia de governança em administração em saúde, para tomada de decisão de pontos convergentes com os tópicos abaixo:

- uma compreensão clara de como gerenciamento de riscos estruturais alcançam a qualidade do atendimento ao paciente;
- A necessidade de implementação de método para identificar e avaliar riscos, estabelecer respostas proativas aos riscos e monitorar os resultados;
- Estratégias de manutenção robustas que maximizam as operações, a longevidade dos equipamentos e a segurança do paciente e da equipe;
- Treinamento regular de equipes relacionadas à manutenção;
- Ferramentas de gerenciamento de projetos de melhoria de desempenho bem definidas;
- Programas escritos para monitorar e manter o ambiente físico hospitalar adequado;
- Monitoramento de investimento e gestão de custos de forma planejada.
- Inserção de saberes (disciplinas) multidisciplinares na gestão, com valorização de capacitação técnica.

Após cumprimento do roteiro de perguntas indaguei aos entrevistados, se eles acrescentariam alguma pergunta que compreendessem agregar ao projeto. Ou se pretendiam deixar uma observação ou mensagem final. Assim, me surpreendi com a profunda eloquência manifestada pelos meus entrevistados ao oferecerem sugestões que considero não apenas valorosas, assim como potencialmente viáveis, para serem implementadas não apenas no contexto desta dissertação, mas, de fato, no âmbito prático laboral, concretizando, assim, as reflexões verbalmente apresentadas.

Creio ser oportuno também, desenvolvimento de estudos, a partir deste mapeamento, que deem foco na gestão de custos hospitalares a partir do planejamento regular e o cruzamento com instituições de referência para compreensão do grau de investimento para monitoramento, prevenção e controle na gestão de riscos estruturais hospitalares.

Também parece fazer-se emergente reunir as diferentes frentes de atuação de controle de engenharia e arquitetura hospitalares e *formar fóruns* que tragam, junto às equipes multidisciplinares, informações acerca de melhores práticas no assunto, desmistificando o que parece obscuro e distante do entorno.

De mesmo modo, provocou na autora uma intenção de desenvolvimento de novo projeto, de caráter prático, que traga para a execução, o encontro de *cases* e tratativas, como em evidencição de Boas Práticas, desconectados da presunção de concorrência e desvinculado de traços de receios profissionais, que obstruam um diálogo transparente.

A riqueza no emprego do método é aprimorada pela forma como um grupo diverso de indivíduos absorve um evento, reage a ele e modela suas atitudes. Isso viabiliza a coleta de diversas interpretações e a identificação de variabilidade na categorização e compreensão da experiência, de acordo com STAKE (2011).

Os fatores intervenientes na qualidade da gestão de riscos em estruturas hospitalares, pela leitura dos Gestores de Operações foram identificados nas falas claras e nas entrelinhas, na sinceridade, no profissionalismo, na seriedade com que disponibilizaram seus tempos para refletir sobre o tema, como fatores que interferem, hora como obstáculos, hora como fatores promissores, carregados de expectativa de que há campo para melhorar e muito para fazer.

Referências bibliográficas

ABREU, A.; ABRANTES, M. L. A importância da acreditação hospitalar na assistência à saúde no Brasil. **Revista Acadêmica Oswaldo Cruz**, n. 18, 2018. Disponível em: <http://revista.oswaldocruz.br/Edicao_18/Artigos>. Acesso em: 09 jan. 2024.

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. **ABNT NBR 6492**: Representação de projetos de arquitetura. Rio de Janeiro: ABNT, 27 p. 2021.

AGUERREBERE, P. M. Building meaningful brands through social media: a case study about hospitals. **Harvard Deusto Business Research**, v. 10, n. 1, p. 176- 189, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.48132/hdbr.342>>. Acesso em: 07 jan. 2024.

AHRQ Agency for Healthcare research and Quality. **Hospital Survey on Patient Safety Culture**, 2023. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>>. Acesso em: 03 dez. 2023.

AKERLIND, G. Uma fenomenografia abordagem para o desenvolvimento acadêmico compreensão da natureza do ensino e da aprendizagem. **Docência no Superior Educação**, n. 13, p. 633-644, 2008.

ANAHP. **Comunicação no ambiente hospitalar**: como integrar o corpo clínico e a equipe assistencial nas instituições, 2016. Disponível em: <<https://www.anahp.com.br/noticias/comunicacao-no-ambiente-hospitalar/>>. Acesso em: 07 jan. 2024.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002, Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html>. Acesso em: 18 dez. 2022.

_____. Resolução da diretoria colegiada – **RDC nº 1933**, de 9 de outubro de 2003. Institui o Programa Nacional de Controle da Dengue, o Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do Programa e dá outras providências. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1933_09_10_2003.html>. Acesso em: 8 dez. 2022.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC nº 36**, de 25 de julho de 2013, Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 18 dez. 2022.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança contra Incêndios em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. Brasília: Anvisa, 2014. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-seguranca-contraincendio-em-estabelecimentos-assistenciais-de-saude.pdf/view>>. Acesso em: 20 dez.2022.

_____. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 20 dez.2022.

_____. **Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/relatorio-avaliacao-da-cultura-de-seguranca-2021.pdf>>. Acesso em: 20 dez.2022.

_____. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 20 dez. 2022.

_____. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025**. Brasília: ANVISA, 2021.

_____. **Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em hospitais**. Brasília: ANVISA, 2022.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, p. 470-490, 2002.

BOING, C. V. A. **Sistemas de circulação vertical e horizontal no deslocamento dos funcionários em edifícios hospitalares**. Florianópolis: Moro Bins Ely, 2003.

BRASIL. Norma Regulamentadora - **NR 23**. Proteção contra incêndios. 1997. Disponível em: <<https://www.guiatrabalhista.com.br/guia/nr23.htm>>. Acesso em: 08 dez. 2023.

_____. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1660, de 22 de julho de 2009. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde - SUS . **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 jul. 2009

_____. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013a. Institui o programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 abr. 2013.

_____. Portaria nº 3390, de 30 de dezembro de 2013b. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013c. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jul. 2013. Seção I, p.32-33.

_____. **Segurança contra Incêndios em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. Brasília, DF, 2014a.

_____. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF, 2014b.

_____. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**: Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF, 2016.

_____. Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019. Institui a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica. **Diário Oficial da União**: edição extra, Brasília, DF, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025**. Brasília, DF, 2021.

_____. **Equipamentos Médico-Hospitalares e o gerenciamento da Manutenção**. 2023a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipamentos_gerenciamento1.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2022.

_____. **[colocar aqui o texto lido sobre Definição de Hospital]**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/>. Acesso em: 28 mai. 2023.

BROWN, C. *et al.* An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 1. Conceptualising and developing interventions. **Qual Saf Health Care**, n. 17, p. 158-62, jan. 2008.

CARDOSO, M. R. G.; OLIVEIRA, G. S.; GHELLI, K. G. M. Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, v. 20, n. 43, p. 98-111, mar. 2021.

CARVALHEIRO, Cristian Gomes. **Avaliação da Gestão da Manutenção de Equipamentos Hospitalares**. 2016. 88 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Tecnologia Biomédica, Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Bragança, Portugal, 2016. Disponível em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14074/1/Carvalho_Cristian.pdf. Acesso em: 03 dez. 2023.

CAVALCANTI, A. C. F.; MARTINS, C. D. P. Influências do gerenciamento de riscos na melhoria das aquisições públicas de um hospital da rede Sentinela. **Revista Gestão e Saúde**, v. 6, n.2, p. 1726-1748, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3001>>. Acesso em: 18 dez. 2022.

CELLIGOI, M. C. **Adequações em uma unidade hospitalar para obtenção de certificado de vistoria em estabelecimento**. 2017. 46f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Tecnológica

Federal do Paraná, Londrina, 2017. Disponível em: <http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/20210>. Acesso em: 08 dez. 2023.

CHERMAN, A.; ROCHA-PINTO, S. R. Fenomenografia e Valoração do Conhecimento nas Organizações: Diálogo entre Método e Fenômeno. **Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro**, 2016. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/rac>>. Acesso em: 07 jan. 2024.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR - RJ. **Notas Técnicas**. 2024. Disponível em: <https://www.cbmerj.rj.gov.br/notas-tecnicas>>. Acesso em: 9 jan. 2024.

COSTA, R. G-R. Apontamentos para a arquitetura hospitalar no Brasil: entre o tradicional e o moderno. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, dez. 2011, p. 53-66. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/15388>>. Acesso em: 18 dez. 2022.

COSTA JUNIOR, H. **Qualidade e Segurança em saúde: os caminhos da melhoria via Acreditação Internacional – relatos, experiências e práticas**. Rio de Janeiro: DOC Content, 188p. 2015.

CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto. In: **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Artmed, 2010.

CUNHA E COSTA, A. M. C. **A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade no meio hospitalar e o papel da Auditoria Interna: Caso do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE**. Coimbra, 2019.

DA COSTA, L. P. *et al.* **Um olhar para rotina de produção de conteúdo dos Estúdios Globo durante a pandemia de Covid-19**. Rio de Janeiro, 2021. 65p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Administração, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

D'ADDERIO, L. Artifacts at the centre of routines: performing the material turn in routines theory. **Journal of Institutional Economics**, v. 7, n. 2, p. 197-230, 2011.

DALL'ALBA, G.; SANDBERG, J. Educating for competence in professional practice. **Instructional Science**, v. 24, n. 6, p. 411-437, 1996.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment**. Administration Press, 1980. Disponível em: <https://philpapers.org/rec/DONEIQ>>. Acesso em: 03 dez. 2023.

DURO, A. P. M. **Estudo de caso para ensino: Errar é humano: um desafio na busca da segurança do paciente em unidade pública de saúde**. 2015. Dissertação de Mestrado. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, 2015. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/5848/1/DM_Joel%20Rocha_2014_MECIM.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2022.

DEWALT, K.; DEWALT, B. **Participant observation: a guide for fieldworkers**. 2. ed. Maryland: Altamira Press, 2011.

EBSERH. **Gestão de Manutenção Predial Hospitalar para os hospitais da Rede Ebserh**. Produzido pelo Serviço de Manutenção Predial, Projetos e Obras da Coordenadoria de Infraestrutura Hospitalar e Hotelaria (CIH) – Brasília: Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2022.

EINSTEIN. **Estão abertas as inscrições para os Conselhos Consultivos de Pacientes**. 2024. Disponível em: <<https://www.einstein.br/conselhoconsultivo>>. Acesso em: 9 jan. 2024.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação**. Acta Paul. Enferm., São Paulo, v. 18, n. 2, jun. 2005.

FERNANDES, L. *et al.* Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para prática de enfermagem. **Revista de Enfermagem: UFPE on line**, Recife, n. 8, p. 2507-2512, jul. 2014.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise do conteúdo**. Brasília: Liber Livro, 2008.

FRANCOLIN, L. **Gerenciamento da Segurança do Paciente nos Serviços de Enfermagem Hospitalar**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-26092013-154151/publico/LUCILENAFRANCOLIN.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2023.

GASPARY *et al.* Implantação da gestão de risco e disseminação da cultura de segurança: desafios de um hospital público. **Revista Acreditação**, v. 7, n.13, p. 60-76, 2017. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6130785>>. Acesso em: 18 dez. 2022.

GODOY A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 2, mar-abr, p. 57-63, 1995.

GREYSER, S. A. Corporate brand reputation and brand crisis management. **Management Decision**, v. 47, n. 4, p. 590-602, 2009. Disponível em: . <<http://dx.doi.org/10.1108/00251740910959431>>. Acesso em: 08 jan. 2024.

GUIMARÃES, J. M. C. **A problemática da manutenção predial e de equipamentos em estabelecimentos de saúde pública do município do Rio de Janeiro**, 2012. 66f. il. Dissertação (Mestrado Profissional). Curso de Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

HARADA, M. *et al.* **O erro humano e a segurança do paciente**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 217p. 2006.

JCI. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde: Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: Líder Global em Qualidade de Cuidados de Saúde e Segurança do Paciente | Comissão Mista Internacional (jointcommissioninternational.org).

KOHN L. T *et al.* **To err in human: building a safer health system**: a report of the Committee on Quality of HealthCare in America. Institute of Medicine, Washington, DC: National Academy Press; 2000.

LIMA, M. L. **Esvaziamento emergencial de locais ocupados por pessoas com mobilidade reduzida**: estudo aplicado a edificações hospitalares. 2017. Trabalho de conclusão de curso (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade Federal de Santa Catarina: Repositório Institucional da UFSC, Florianópolis, 2017. 168 p.

LIMA, R. J. C *et al.* **Abordagem de Competências**: Racionalidade Legitimada, Formalismo e Faz de Conta? Um Estudo em Organizações Públicas e Privadas. XXXIII Encontro da ANPAD. São Paulo, 2009.

MARQUES, E. P. *et al.* Uma análise da gestão da manutenção em equipamentos hospitalares: um estudo de caso no hospital Unimed em Campos do Goytacazes. **Exatas & Engenharias**, v. 2, n. 3, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.25242/885X2032012176>>. Acesso em: 18 dez. 2022.

MATOS, C. A.; VEIGA, R. T. Os efeitos da publicidade negativa nas atitudes dos consumidores. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 69-86, abr/jun, 2003.

MENDES, G. H. S. *et al.* Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. **Scielo Brasil**, São Carlos, v. 22, n. 3, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/gp/a/vYk5yKTqSLvSHJMDb65x7hk/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 07 jan. 2024.

MENDES, W. *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.

MIQUELIN, L. C. **Anatomia dos Edifícios Hospitalares**. São Paulo: Cedas, 1992.

MITRE, J. **Satisfação do cliente como ponto de partida para aumentar a competitividade de um hospital especializado**, 2018. 68f. Orientadora: Laura Schiesari Dissertação (MPGC) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

NEXXTO. **Gerenciamento de riscos e segurança hospitalar: diagnóstico e solução**. 2023. Disponível em: <<https://nexxto.com/gerenciamento-de-riscos-e-seguranca-hospitalar>>. Acesso em: 18 dez. 2022.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. S. Safety Culture Assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **National Library of Medicine**, Maryland, p. 17-23, 12 dez. 2003. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/>>. Acesso em: 04 dez. 2023.

OLIVEIRA, A. **Estudo das normas NR 10 e NBR 5410 aplicado a instalações elétricas hospitalares**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Londrina, 2017. Disponível em: <<http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/20234>>. Acesso em: 18 dez. 2022.

ONA. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde – Brasília**: Organização Nacional de Acreditação, 2011. Disponível em: ONA | Organização Nacional de Acreditação.

OSWALDO CRUZ. **O que é conselho consultivo de pacientes e familiares?** 2004. Disponível em: <<https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/pacientes/conselho-consultivo>>. Acesso em: 9 jan. 2024.

PARANÁ. Norma de Procedimento Técnico - **NPT 016**. Plano de Emergência Contra Incêndio. Corpo de Bombeiros BM/7, [mês]. 2014. Disponível em: <http://www.bombeiros.pr.gov.br/sites/bombeiros/arquivos_restritos/files/documento/2018-12/NPT017BIPT2DO2017.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2023.

_____. **NPT 0003**. Terminologia de Segurança Contra Incêndio. Corpo de Bombeiros BM/7, [mês]. 2016. Disponível em NPT_003.pdf (bombeiros.pr.gov.br). Acesso em: 08 dez. 2023.

_____. **NPT 017**. Brigada de incêndio. Versão 05. Corpo de Bombeiros BM/7, dez. 2017. Disponível em: <http://www.bombeiros.pr.gov.br/sites/bombeiros/arquivos_restritos/files/documento/2018-12/NPT017BIPT2DO2017.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2023.

PENTLAND, B. T.; FELDMAN, M. S. Organizational routines as a unit of analysis. **Industrial and corporate change**, n. 14, ed. 5, p. 793-815, 2005.

_____.; _____. Designing routines: On the folly of designing artifacts, while hoping for patterns of action. **Information and Organization**, v. 18, n. 4, p. 235-250, 2008.

PETTIGREW, A. **The management strategic change**. Oxford: Basil Blackwell, 1987.

PHERALI, T. J. **Phenomenography as a research strategy**: Researching Environmental Conceptions. Germany: Lambert Academic Publishing, 2011.

PORTO, A. *et al.* (orgs). **História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. 167 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/7f83x/epub/porto-9788575415993.epub>>. Acesso em: 20 dez. 2022.

PRONOVOST, P. J. *et al.* Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. **Jt Comm J Qual Saf**, n. 30, p. 59-68, 2004.

QUEIROZ, D. T. *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem**. UERJ, p. 276-283, 2007.

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde / Patient, professional, and organization safety: a new healthcare standard. **Revista de Administração em Saúde**: São Paulo, n. 33, p. 153-158, out.-dez. 2006. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-451167>>. Acesso em: 03 dez. 2023.

RALSTON, J. D.; LARSON, E. B. **Crossing to safety: transforming healthcare organizations for patient safety**. J. Postgrad. Med., v.51, n.1, p. 61-67, Jan./Mar. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15793345>>. Acesso em 08 jan. 2024.

REASON, James. Human error: models and management. **National Library Of Medicine**, Maryland, p. 768-770, 18 mar. 2000. Disponível em: Tracing the foundations of a conceptual framework for a patient safety ontology. Acesso em: 04 dez. 2023.

_____. Safety in the operating theatre – Part 2: Human error and organizational failure. **National Library Of Medicine**, Maryland, p. 56-61, 14 fev. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743973/>>. Acesso em: 04 dez. 2023.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. 203f. Tese (Doutorado) – Ciências em Saúde Pública - FIOCRUZ, Rio de Janeiro: s.n., 2013. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>>. Acesso em: 03 dez. 2023.

RENKEMA, J.; HOEKEN, H. The Influence of Negative Newspaper Publicity on Corporate Image in the Netherlands. **The Journal of Business Communication**, [S.l.: s.n.], v. 35, n. 4, p. 521-535, 1998.

RIO DE JANEIRO (Cidade). **Defesa Civil**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://defesacivil.rj.gov.br/index.php/10-suop>>. Acesso em: 08 jan. 2024.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei 9.112, de 25 de novembro de 2020. Dispõe sobre a obrigatoriedade de manutenção de brigada profissional composta por bombeiro civil no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. **Diário Oficial do Estado do Rio de**

Janeiro, RJ, 2020. Disponível em: Lei 9112/20, Rio de Janeiro | Jusbrasil. Acesso em: 20 dez 2023.

RIO DE JANEIRO (Estado). Decreto nº 42, de 17 de dezembro de 2018. Regulamenta o Decreto-lei nº 247, de 21 de julho de 1975, dispondo sobre o Código de Segurança Contra Incêndio e Pânico - COSCIP, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, n. 237, p.16, 26 dez. 2018. pt. 1.

ROCHA, J. S. P. **Metodologias e Ferramentas da Gestão da Manutenção e da Metrologia numa Unidade Hospitalar**. 2014. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Engenharia do Porto, 2014. 168 p. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/5848/1/DM_Joel%20Rocha_2014_MECIM.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2022.

RUNCIMAN, W. B. *et al.* Tracing the foundations of a conceptual framework for a patient safety ontology. **National Library Of Medicine**, Maryland, p. 1-5, 19 dez. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20702442/>. Acesso em: 04 dez. 2023.

SAFETY. **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. World Health Organization; 2009. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?q=WORLD+HEALTH+ORGANIZATION+The+Conceptual+Framework+for+the+International+Classification+for+Patient+Safety&hl=en&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar>. Acesso em: 18 dez. 2022.

SALVADOR, A. B. Gestão de crise e seu impacto na imagem de marca. **SciELO Brasil**, São Carlos, v. 24, n. 1, p. 15-24, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/gp/a/Z4dyHPdHHZvWKjw9BsPn4jn/?lang=pt#>. Acesso em: 08 jan. 2024.

SANTOS, D. R. C. **O Fluxo como Condicionante na Arquitetura dos Hospitais**. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Arquitetura .Covilhã, 2013.

SANTOS, V. S. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)**. Brasil Escola. 2023. Disponível em: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) - Brasil Escola (uol.com.br). Acesso em 20 dez. 2023.

SILVA, A. C. L. **BPM Business Process Management**: Introdução sobre BPM em uma Visão Integrada e Didática para Gestão Estratégica de Processos de Negócio. São Paulo: 2017. v. I.

SKOWRONSKI, J. J.; CARLSTON, D. Negativity and Extremity Biases in Impression Formation: a review of explanations. Lancaster, PA: American. **Psychological Association**, v. 105, n. 1, p. 131-142, 1989.

SORRA J. S. *et al.* Hospital Survey on Patient Safety Culture. **AHRQ Publication**, Rockville, p. 1-45, jan. 2016. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/resources/hospcult.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2023.

SOUSA, P.; MENDES, W. (org). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. EAD/ENSP: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/tzvzr>>. Acesso em: 18 dez. 2022.

SOUZA, D. F. (Org.) **Anuário Estatístico de Acidentes de Origem Elétrica 2023 Ano Base 2022**. Salto(SP): ABRACOPEL, 2023.

STAKE, R. E. **Pesquisa Qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Porto Alegre: Penso, 2011

STANCZYK-HUGIET, E. Routines in the process of organizational Evolution. **Department of Strategy and Management Methods**. Wroclaw University of Economics Routines in the process of organizational Evolution, 2014. Article in Management . December 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/271726939_Routines_in_the_process_of_organizational_evolution>. Acesso em: 07 jan. 2024.

TREIB, J. N. *et al.* **Panorama da acreditação (inter)nacional no Brasil**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem. Porto Alegre, RS, Brasil. Esc Anna Nery, 2022;

WHO World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety**. Summary of the evidence on patient safety: implications for research, 2008. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2023.

_____. **Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19: interim guidance**, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-in-adjusting-publichealth-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>. Acesso em: 19 jun. 2023.

_____. **Patient Safety – Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**, 2009. Disponível em <http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2023.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZAPPELLINI, M. B.; FEUERSHUTTE, S. G. O uso da triangulação na pesquisa científica brasileira em administração. **Administração: Ensino E Pesquisa**, p. 241-273. 30 jun. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.13058/raep.2015.v16n2.238>>. Acesso em: 07 jan. 2024.

Anexo A

Tabela de conceitos

Relação de Conceitos e Definições da International Classification for Patient Safety (ICPS), OMS, 2011.

* Paciente: pessoa que recebe cuidados de saúde. ICPS: o termo paciente é usado no lugar de consumidores ou clientes, pois é mais abrangente que esses termos.

- Cuidado de saúde: serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorar ou restaurar a saúde.

- Saúde: estado de bem-estar físico, mental e social completo e não apenas ausência de doença ou enfermidade (consistente com a definição da OMS).

- Doença: disfunção fisiológica ou psicológica.

- Segurança: redução, a um mínimo aceitável, de risco de dano desnecessário.

- Perigo: circunstância, agente ou ação que pode causar dano.

- Circunstância: situação ou fator que pode influenciar um evento, agente ou pessoa.

- Evento: algo que acontece com ou envolve o paciente.

- Agente: substância, objeto ou sistema que age para produzir mudança.

- Segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

- Fatores contribuintes: circunstâncias, ações ou influências que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de incidente. Podem ser externos, organizacionais, estar relacionados ao staff ou a um fator individual do paciente.
- Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. ICPS: certas formas de dano, como uma incisão para laparotomia, são necessárias, não sendo, portanto, consideradas incidentes. Já falhas, violações, abusos ao paciente e atos deliberadamente inseguros ocorridos no cuidado de saúde são incidentes.

*Incidentes podem ser oriundos de atos intencionais ou não intencionais. Falhas são, por definição, não intencionais, enquanto violações são intencionais, embora raramente maliciosas, e podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos.

- Falha (neste trabalho, os autores utilizam o termo “falha” em detrimento do original “erro”

em vista da associação à punição que esta palavra possui no Brasil): definida como um erro não intencional ao executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Pode ocorrer ao fazer errado (falha de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (falha de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução.

* Violação: divergência deliberada de um procedimento cirúrgico, um padrão ou uma regra. Tanto falhas quanto violações aumentam o risco, até mesmo se um incidente não ocorrer realmente.

- Risco: probabilidade de um incidente ocorrer.
- Dano: dano da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo. Inclui doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte, e pode, assim, ser física, social ou psicológica.
- Dano associado ao cuidado de saúde: dano surgido por ou associado a planos ou ações realizadas durante o cuidado de saúde ao invés de a uma doença de base ou lesão. O dano associado ao cuidado de saúde reconhece que o cuidado de saúde é prestado por diversos indivíduos, incluindo pacientes, em locais diversos (ambulatório, casa, entre outros).
- Circunstância notificável (incidente notificável): circunstância em que houve potencial significativo para o dano, mas o incidente não ocorreu. Exemplo: um desfibrilador presente na sala de emergência que não funciona, apesar de não ter sido necessário o seu uso.
- Near miss: incidente que não atingiu o paciente. Erro que não se concretiza no paciente. Exemplo: unidade de sangue conectada ao paciente de forma errada; erro detectado, porém, antes do início da transfusão.
- Incidente sem danos: o evento atingiu o paciente, mas não causou danos discernível.

O incidente se concretiza no paciente, mas não causa danos. Quase lesão. Exemplo: a unidade de sangue acabou sendo transfundida para o paciente, mas não houve reação.

- Incidente com dano (Evento adverso): incidente que resulta em dano ao paciente. Falha que se concretiza no paciente e causa danos. Evento adverso maior é aquele

com risco de o paciente vir a falecer ou de causar danos com repercussão na qualidade de vida.

- Detecção: ação ou circunstância que resulta na descoberta de um incidente.

Mecanismos de detecção podem ser parte do sistema ou podem resultar de um processo de checagem, de vigilância ou de “consciência” da situação.

- Fator de mitigação: ação ou circunstância que previne ou modera a progressão de um incidente de causar dano a um paciente. O mecanismo que pode causar o dano começou, mas este ainda não ocorreu ou não chegou ao dano máximo possível.
- Resultado do cuidado: impacto em um paciente que é total ou parcialmente atribuível a um incidente.

Lesão: dano para os tecidos causado por um agente ou um evento.

Sofrimento: experiência de algo subjetivamente desagradável. Inclui dor, mal-estar, náusea, vômito, depressão, agitação, medo e aflição.

Incapacidade: qualquer tipo de limitação relacionada à estrutura ou função do corpo, limitação de atividade e/ou restrição de participação na sociedade, associado a um dano passado ou presente.

Resultado na organização: impacto em uma organização que é total ou parcialmente atribuível a um incidente.

- Ação de melhoria: ação realizada ou circunstância alterada para melhorar ou compensar qualquer dano depois de um incidente.
- Ações tomadas para reduzir o risco: ações tomadas para reduzir, administrar ou controlar qualquer dano futuro, ou a probabilidade de dano, associado a um incidente. Essas ações podem ser proativas ou reativas.

Ações proativas: podem ser identificadas por técnicas como análises de efeito e análise probabilística de risco.

Ações reativas: são aquelas tomadas em resposta aos aprendizados [insights] ganhos depois de um incidente ocorrido.

- Qualidade: grau com o qual os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.
- Falha no sistema: refere-se a uma falta, desarranjo ou disfunção no esquema operacional, processos ou infraestrutura de uma organização.

- Melhoria no sistema: resultado de cultura, processos e estruturas que estão relacionadas à prevenção de falhas no sistema e à melhoria da segurança e da qualidade.

Análise das causas: processo sistemático segundo o qual os fatores que contribuem para um incidente são identificados pela reconstrução da sequência de eventos e pelo constante questionamento do porquê da ocorrência do incidente até a sua elucidação.

Óbito hospitalar: todo aquele que ocorreu em paciente admitido.

Anexo B**Questionário da ANVISA sobre Segurança no Ambiente Hospitalar**

1. a. As obrigações legais referentes à segurança do trabalho estão sendo cumpridas? Estão resultando em níveis de segurança aceitáveis?
2. b. Os profissionais da área clínica estão utilizando equipamentos tecnologicamente compatíveis com a demanda? Sabem operá-los adequadamente?
3. c. Existem no hospital, programas de treinamento e reciclagem adequados para uso da tecnologia médica?
4. d. O hospital possui equipe de manutenção? Essa equipe possui os recursos necessários para a manutenção de equipamentos médicos e de infraestrutura? É realizada a manutenção preventiva dos equipamentos vitais?
5. e. Possui Brigada Contra Incêndio (BCI)? Possui sistemas automáticos para extinção de incêndio? São eficientes e suficientes?
6. f. Possui sistema de geração de energia elétrica de emergência?
7. g. Os custos gerados com acidentes envolvendo funcionários e pacientes no ambiente hospitalar são compatíveis com os investimentos feitos nas áreas de aquisição, treinamento e uso de tecnologias?
8. h. Os funcionários usam os equipamentos de segurança? São suficientes? Os riscos ambientais estão identificados e corrigidos?
9. i. Os funcionários utilizam adequadamente suas ferramentas de trabalho? São suficientes para garantir o funcionamento seguro dos equipamentos e sistemas?
10. j. Os pacientes e visitantes recebem algum tipo de orientação sobre como agir em caso de incêndio?
11. k. Existem no hospital, profissionais com dedicação exclusiva na área de segurança?
12. l. Existem em seu hospital todos os projetos de arquitetura e engenharia atualizados que possibilitem a tomada de decisões com maior precisão e segurança?
13. m. O hospital possui planos de emergência para enfrentar situações críticas como falta de energia elétrica, água, incêndio e inundações?

14. n. Existe no hospital uma lista de empresas prestadoras de serviços, que estejam aptas a prestar serviços aos equipamentos e instalações de acordo com as normas de segurança aplicáveis?
15. o. Existe no hospital a ficha cadastral dos equipamentos existentes que indique a periodicidade dos testes de segurança e de desempenho deles?
16. p. São feitas, frequentemente, pelo menos mensalmente, reuniões com a comunidade de saúde, para discutir problemas de segurança existentes em sua unidade de saúde?

Anexo C

As diferentes atribuições e atividades desenvolvidas nos diferentes tipos de estabelecimentos de saúde, estão distribuídos como cita a RDC 50/2002-ANVISA:

1-Prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia - atenção à saúde incluindo atividades de promoção, prevenção, vigilância à saúde da comunidade e atendimento a pacientes externos de forma programada e continuada;

2-Prestação de atendimento imediato de assistência à saúde - atendimento a pacientes externos em situações de sofrimento, sem risco de vida (urgência) ou com risco de vida (emergência);

3-Prestação de atendimento de assistência à saúde em regime de internação- atendimento a pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a 24 horas (pacientes internos);

4-Prestação de atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia- atendimento a pacientes internos e externos em ações de apoio direto ao reconhecimento e recuperação do estado da saúde (contato direto);

5-Prestação de serviços de apoio técnico- atendimento direto a assistência à saúde em funções de apoio (contato indireto)

6-Formação e desenvolvimento de recursos humanos e de pesquisa- atendimento direta ou indiretamente relacionado à atenção e assistência à saúde em funções de ensino e pesquisa;

7-Prestação de serviços de apoio à gestão e execução administrativa- atendimento ao estabelecimento em funções administrativas;

8-Prestação de serviços de apoio logístico - atendimento ao estabelecimento em funções de suporte operacional.

Anexo D

Requisitos mínimos para a implementação de área de atendimento de Urgência/Emergência e de Internação na utilização dos espaços físicos, extraídos da RDC 50/2002.

UNIDADE FUNCIONAL: 2 – ATENDIMENTO IMEDIATO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
2.1.2.2	Atendimentos de Urgência e Emergência			
	<i>Urgências (baixa e média complexidade)</i>			
	Área externa para desembarque de ambulâncias	1	21,00 m ² de área coberta	
2.1.1	Sala de triagem médica e/ou de enfermagem	1	8,0 m ²	HF
2.1.2	Sala de serviço social	1	6,0 m ²	
2.1.3/2.2.3	Sala de higienização		8,0 m ²	HF-HQ
2.1.4/2.1.5	Sala de suturas / curativos	1	9,0 m ²	HF-FAM:EE
2.1.4/2.1.5	Sala de reidratação		6,0 m ² por leito	HF-FAM:EE
2.1.4/2.1.5	Sala de inalação	1	1,6 m ² por paciente	HF-FAM:FO:EE
2.1.4	Sala de aplicação de medicamentos		5,0 m ²	HF
2.1.4/2.1.5	Sala de gesso e redução de fraturas	1	10,0 m ² quando houver boxes individuais = 4,0 m ² por box	HF-HQ:CD:EE
2.1.5	Sala para exame indiferenciado	1. Cálculo do nº de salas: NAU= PG . CHA . A ¹	7,5 m ²	HF:EE
2.1.5	Sala para exame diferenciado (oftalmo, otorrino, etc)		A depender do equipamento utilizado	HF:EE:ADE
2.1.5/2.1.7	Sala de observação	1 quando não existir a unidade de emergência	8,5 m ² por leito	HF:EE
2.1.4	Posto de enfermagem e serviços		6,0 m ²	HF:EE

AMBIENTES DE APOIO:
Urgência (baixa e média complexidade)
 -Área para notificação médica de pacientes
 -Área de recepção de pacientes
 -Sanitários para pacientes (geral - mas. e fem. e consultórios de gineco-obstetrícia, urologia e proctologia)
 -Sala de utilidades
 -Sala de espera para pacientes e acompanhantes
 -Depósito de material de limpeza
 -Área para guarda de macas e cadeira de rodas
 -Rouparia
 *-Sala administrativa
 *-Copa

¹NAU= nº de atendimentos de urgência
 PG= População geral
 CHA= nº de consultas/habitantes/ano
 A= Estimativa percentual do total de consultas médicas que demandam atendimento de emergência

UNIDADE FUNCIONAL: 2 – ATENDIMENTO IMEDIATO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
2.1.2.2	Atendimentos de Urgência e Emergência (cont.)			
	<i>Urgências (alta complexidade) e Emergências</i>			
2.2.4	Posto de enfermagem / prescrição médica	1 para cada 12 leitos de observação	6,0 m ²	HF:EE
2.2.4	Sala de serviços	1	5,7 m ²	HF:EE
2.2.4 a 2.2.7	Sala de isolamento		8,0 m ²	HF-HQ:FO:FAM:EE
2.2.4 a 2.2.7	Sala coletiva de observação de pediatria	1 de pediatria, 2 de adulto (mas e fem). O nº de leitos é calculado sobre a estimativa do total de atendimento de emergência e urgência. A sala de pediatria é opcional quando o nº de leitos total de obs. for ≤ a 6.	8,5 m ² por leito	HF:FO:FAM:EE
2.2.4 a 2.2.7	Salas coletivas de observação de adulto – masculina e feminina ¹		8,5 m ² por leito	HF:FO:FAM:EE
2.2.1/2.2.3 a 2.2.6	Sala de procedimentos especiais (invasivos)		15,0 m ²	FO:FN:FVC; FAM:AC:EE:ED
	Área de escovação	2 torneiras por sala invasivos	1,10 m ² por torneira	HF-HQ
2.2.1/2.2.3 a 2.2.6	Sala de emergências (politraumatismo, parada cardíaca, etc)	1	12 m ² por leito (2 leitos no min.), com distância de 1 m entre estes e paredes, exceto cabeceira e pé do leito = 1,2 m. Pé-direito mínimo = 2,7 m	HF:FO:FN:FVC; FAM:AC:EE

AMBIENTES DE APOIO (deve-se acrescentar os ambientes de apoio da urgência de baixa e média complexidade):
Atendimento de Urgência e Emergência
 -Área para guarda de pertences de pacientes
 -Sala/área para estocagem de hemocomponentes²
 -Banheiros para pacientes (salas de observação e isolamento)
 -Rouparia
 -Sanitários para funcionários
 -Banheiro para funcionários (plantão)
 -Quarto de plantão

-Depósito de equipamentos
 - Sala de distribuição de hemocomponentes ("in loco" ou não)
 *- Salas administrativas
 *- Copa
 *- Posto policial

UNIDADE FUNCIONAL: 3 – INTERNAÇÃO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
3.1	Internação geral (lactente, criança, adolescente e adulto) ¹			
3.1.2;3.1.3	Posto de enfermagem / prescrição médica	1 posto a cada 30 leitos	6,0 m ²	HF;EE
3.1.3	Sala de serviço	1 sala p/ cada posto de enfermagem	5,7 m ²	HF;EE
3.1.2;3.1.3	Sala de exames e curativos	1 a cada 30 leitos (quando existir enfermaria que não tenha subdivisão física dos leitos)	7,5 m ²	HF;FAM;EE
3.1.2	Área para prescrição médica		2,0 m ²	
3.1.3	Área de cuidados e higienização de lactente	1 a cada 12 berços ou fração	4,0 m ²	HF;HQ
3.1.1 à 3.1.5;3.1.7	Enfermaria de lactente	15 % dos leitos do estabelecimento.	4,5m ² por leito = lactente	HF;HQ;FO;FAM;EE;ED; FVC (no caso do uso para “PPP”);EE;AC ¹
3.1.1 à 3.1.5;3.1.7;4.5.9	Quarto de criança	Deve haver no mínimo 1 quarto que possa servir para isolamento a cada 30 leitos ou fração	9,0m ² = quarto de 1 leito 5,0m ² por leito = criança Nº máximo de crianças até 2 anos por enfermaria = 12	
3.1.1 à 3.1.5;3.1.7	Enfermaria de criança		10,0m ² = quarto de 1 leito, ou 14,0m ² com dimensão mínima de 3,0m no caso do uso para “PPP” 7,0m ² por leito = quarto de 2 leitos 6,0m ² por leito = enfermaria de 3 a 6 leitos	
3.1.1 à 3.1.5;4.5.9;4.7.2;4.7.3	Quarto de adolescente		Nº máximo de leitos por enfermaria = 6 Distância entre leitos paralelos = 1m Distância entre leito e paredes: cabecceira = inexistente; pé do leito = 1,2 m; lateral = 0,5m	
3.1.1 à 3.1.5	Enfermaria de adolescente		Para alojamento conjunto, o berço deve ficar ao lado do leito da mãe e afastado 0,6 m de outro berço.	
3.1.1 à 3.1.5;4.5.9;4.7.2;4.7.3;3.2.1	Quarto de adulto	A cada 30 leitos ou fração deve existir no mínimo 1 quarto para situações que requeiram isolamento	1,2 m ² por paciente em condições de exercer atividades recreativas / lazer	
3.1.1 à 3.1.5;3.2.1	Enfermaria de adulto			
3.1.6	Área de recreação / lazer / refeitório	1 para cada unidade de pediatria, psiquiatria e crônicos	1,8 m ²	HF
8.6.3; 8.6.4	Área ou antecâmara de acesso ao quarto de isolamento		1,8 m ²	HF
3.1.7	Sala de aula		0,8m ² por aluno	

UNIDADE FUNCIONAL: 3 - INTERNAÇÃO (cont.)				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
3.3	Internação intensiva-UTI / CTI (1)			
		É obrigatória a existência em hospitais terciários e em hospitais secundários com capacidade ≥ 100 leitos, bem como nos especializados que atendam pacientes graves ou de risco e em EAS que atendam gravidez (parto de alto risco. Neste último caso o EAS deve dispor de UTIs adulto e neonatal.		
3.3.2;3.3.3; 3.3.5	Posto de enfermagem / área de serviços de enfermagem	1 para cada área coletiva ou conjunto de quartos, independente do nº de leitos.	Ao menos um dos postos (quando houver mais de um) deve possuir 6,0m ² .	HF;EE
3.3.2	Área para prescrição médica		1,5 m ²	
3.3.1 à 3.3.3; 3.3.5; à 3.3.7	Quarto (isolamento ou não)	Mínimo de 5 leitos podendo existir quartos ou áreas coletivas, ou ambos a critério do EAS. O nº de leitos de UTI deve corresponder a no mínimo 6% do total de leitos do EAS.	10,0 m ² com distância de 1 m entre paredes e leito, exceto cabeceira e pé do leito = 1,2 m.	HF;FO;FAM;AC;EE;FVC;ED;E
3.3.1 à 3.3.3; 3.3.5; à 3.3.7	Área coletiva de tratamento (exceto neonatologia)	Deve ser previsto um quarto de isolamento para cada 10 leitos de UTI ou fração.	9,0 m ² por leito com distância de 1 m entre paredes e leito, exceto cabeceira, de 2 m entre leitos e pé do leito = 1,2 m (o espaço destinado a circulação da unidade pode estar incluído nesta distância	HF;FO;FAM;AC;EE;FVC;ED
5.3.1;5.3.2	Sala de higienização e preparo de equipamentos / material	1. Dispensável se esta atividade ocorrer na CME	4,0m ² com dimensão mínima igual a 1,5 m	HF
3.3.8	Sala de entrevistas		6,0m ²	

Apêndice - Roteiro estruturado

Apresentação aos entrevistados

“Olá, (nome do entrevistado). Gostaria de agradecer sua participação na pesquisa que fará parte da minha Dissertação de Mestrado a ser defendida no IAG da PUC-Rio, sob orientação da Professora Dra. Sandra Regina da Rocha Pinto. O objetivo principal da pesquisa é compreender a percepção dos gestores da área de Operações sobre gestão de riscos estruturais hospitalares.

Suas respostas serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, **preservando sigilo, anonimato e confidencialidade**. O nome da empresa não será mencionado e as informações serão utilizadas apenas para os fins de divulgação científica, salvaguardando as diretrizes universalmente aceitas da ética na pesquisa científica e, em respeito a LGPD (Lei n 13.709/1018). A entrevista tem expectativa de duração aproximada de 30 a 40 minutos e pedimos autorização para gravação, a fim de possibilitar posterior transcrição. Desde já, agradeço a sua participação.”

Roteiro de perguntas aplicado na pesquisa qualitativa.

	QUESTÕES
1	Qual a esfera administrativa da Organização: Privada ou Pública.
2	Aponte o Tipo de Organização: 1.Hospital geral com Emergência; 2.Hospital especializado (ex. Maternidade) com Emergência; 3. Hospital- Dia.
3	Quantos funcionários trabalham na Organização? Quantos leitos há?
4	Cargo atual:
5	Há quanto tempo trabalha na organização, nesta posição?
6	Formação acadêmica:
7	Estando em ambiente hospitalar, a expressão “Gestão de Riscos” lhe é conhecida?

8	No hospital/ companhia, em que atua, há um comitê chamado Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)? Se sim, você é membro do grupo?
9	Existe plataforma específica para a realização de Notificação de Eventos Adversos? Nesta plataforma, todo tipo de evento adverso pode ser notificado ou apenas ligado à Assistência direta ao paciente?
10	Independente da participação no NSP, já realizou registros (notificou) de eventos relacionados à estrutura física hospitalar? Foi convidado a participar da tratativa?
11	Como o <i>Executivo de operações</i> percebe seu papel e autonomia, na identificação, avaliação e mitigação de riscos hospitalares?
12	Durante seu tempo na empresa, recebeu algum treinamento específico sobre Gestão de Riscos Hospitalares? Se sim, modo presencial ou EAD? Apenas conteúdo relativo a riscos assistenciais ou também aos estruturais?
13	Você se recorda de ter incentivado outra pessoa a fazer a Notificação no sistema sobre eventos adversos relacionados à riscos de estrutura física, independente de ocorrência de acidente ou de danos à paciente/setor/hospital?
14	Quais são os principais desafios que sua equipe de operações (Eng. de Manutenção/ de Obras) enfrenta ao lidar com a gestão de riscos estruturais em um ambiente hospitalar?
15	Você já vivenciou alguma ocorrência de acidente- desde que trabalha na área de operações hospitalares- em que houvesse interrupção, total ou parcial, de sistemas de infraestrutura, em seu hospital? Por exemplo, situação com interrupção de energia elétrica; de abastecimento de gases; fornecimento de água/vazamentos.
16	Houve impacto sobre patrimônio, pessoas e/ou aspecto financeiro?
17	Qual é o envolvimento/participação do <i>Executivo de operações</i> na revisão e atualização das políticas de segurança e prevenção de acidentes do hospital?

18	Há plano de contingência para situações emergenciais e/ou de catástrofes, formal e disseminado no hospital? Houve treinamento de líderes? E de equipes de engenharia e segurança?
19	Quais práticas e elementos que podem contribuir para a redução de acidentes em hospitais?
20	A equipe de manutenção é treinada para agir eficazmente em situações de risco estrutural, como vazamento de gases ou incêndios?
21	Como você garante que as instalações hospitalares estejam em conformidade com as normas e regulamentações de segurança estrutural?
22	Há um Plano de Manutenção formal, implementado no hospital em que trabalha?
23	Você diria que as experiências e conhecimentos do <i>Executivo de operações</i> são levados em consideração nas decisões sobre investimentos em infraestrutura e tecnologia para melhorar a segurança do hospital?
24	O hospital em que trabalha tem selo de acreditação? Poderia citar qual?
25	Como a cultura organizacional do hospital promove a participação ativa do <i>Executivo de operações</i> no gerenciamento de riscos e na prevenção de acidentes (obras; expansão; novos projetos)?
26	Você crê que a arquitetura hospitalar pode influenciar (e como?) no gerenciamento dos recursos e sobre modelo de manutenção praticado no hospital? Quantos anos de construção deve ter o hospital a que se refere?
27	Poderia me dar exemplos de tecnologia (e inovação) utilizadas para melhorar a gestão de riscos estruturais em instalações hospitalares?
28	É possível comparar o desempenho financeiro de hospitais que investem em medidas preventivas e infraestrutura adequada com aqueles que negligenciam esses aspectos? Quais métricas poderiam ser usadas para essa comparação?
29	Você acredita que os investimentos em segurança influenciam a qualidade dos cuidados e a satisfação dos pacientes? Em resumo: o cliente percebe?
30	As regulamentações e padrões de segurança em saúde impactam a abordagem/decisão dos hospitais em investimentos em segurança?

31	Há plano de comunicação (ou de treinamento) formalmente estabelecido (dentro da política do hospital) que informa o cliente quanto às atitudes para circulação segura no hospital onde trabalha? Em caso positivo, que tipo de comunicação é feita (por qual veículo)? Fica registrado em algum sistema?
32	E quanto à comunidade do entorno, existe algum protocolo de comunicação, um conselho consultivo, por ex., que relacione regularmente, as partes, para tratar temas de interesse de ambos? Poderia comentar?
33	Quais parcerias ou colaborações você estabeleceu (ou viu ser estabelecida) com agências de segurança pública ou outras organizações para aprimorar a preparação e resposta a riscos estruturais?
34	Existe (ou existiu) algum mapeamento formal, com empresas de engenharia ou instituições acadêmicas, para avaliar e melhorar a segurança estrutural do hospital?
35	Como a alta administração e a equipe de operações colaboram para estabelecer metas e indicadores de desempenho relacionados à segurança hospitalar?
36	No geral, o que você vê como necessário para melhorar no âmbito hospitalar este gerenciamento crítico, dos riscos relacionados às estruturas?