

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Marisa Aparecida Tolentino

**“GOVERNAÇÃO CLÍNICA, GESTÃO DE
RISCO E A SEGURANÇA EM CUIDADOS
DE SAÚDE PARA OS DOENTES EM
ANGOLA”**

VOLUME 1

Dissertação no âmbito do Mestrado de Gestão e Economia da Saúde orientado pelo
Professor Doutor Vítor Manuel dos Reis Raposo e apresentada à Faculdade de Economia
da Universidade de Coimbra

Outubro de 2020

Marisa Aparecida Tolentino

**“GOVERNAÇÃO CLÍNICA, GESTÃO
DE RISCO E A SEGURANÇA EM
CUIDADOS DE SAÚDE PARA OS
DOENTES EM ANGOLA”**

*Dissertação no âmbito do Mestrado de Gestão e Economia da Saúde
orientada por Professor Doutor Vítor Manuel dos Reis Raposo e
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.*

Outubro de 2020

Abstract

The objective of this study was to identify clinical risk management studies and risk management, seeking to aggregate the most relevant characteristics that allow defining the appropriate profile that the risk manager should have in the context of Angola.

To this end, a review of the literature focused on the Southern African Development Community (SADC), of which Angola is a member, was conducted over a period of 5 years (2015 to 2020) in several databases (Ebscohost, Springer, Web of Science, PubMed (Medline), using several key words related to the subject in question that resulted in the selection of 12 relevant articles.

The results show that risk management work in the health context is much broader than health care provision presupposes and for its effective outcome the inclusion of all professionals, from the general services team to specialized professionals, is paramount. The literature proves the existence of risks in health care, which routinely causes harm to patients, but the level of understanding of risk management by nurses, doctors and other health professionals in Angola and most SADC countries is not identified. It is also proven that South Africa is a strong influence on other countries, by the effective implementation of risk management in various areas of knowledge.

Based on the literature review, the skills required of a risk manager were studied by academics and professional bodies. It is important to emphasize that the similarities in the literature suggest a combination of knowledge, skills, values and attributes, such as leadership and experience. Some also include the attitudes, behavior and experience required to be an effective risk manager. Knowledge includes activity knowledge, organizational knowledge and risk management, while skills include management skills and techniques. The main difference in the literature is that not all the papers consulted considered risk management from the point of view of being a profession and having a code of ethics.

Keywords: risk management; safety and health care.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo identificar estudos de gestão do risco clínico e de gestão do risco, procurando agregar as características mais relevantes que permitam definir o perfil adequado que o gestor do risco deve ter no contexto de Angola.

Para o efeito, foi realizada uma revisão da literatura focada na Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC), da qual Angola é membro, para um período de 5 anos (2015 a 2020) em diversas bases de dados (Ebscohost, Springer, Web of Science, PubMed (Medline), utilizando diversas palavras chave relacionadas com a temática em questão que resultou na selecção de 12 artigos relevantes.

Os resultados demonstram que o trabalho de gestão do risco no contexto da saúde é muito mais amplo do que a prestação de cuidados de saúde pressupõe e para seu resultado efetivo é primordial a inclusão de todos os profissionais, desde a equipa dos serviços gerais até os profissionais especializados. A literatura comprova a existência de riscos nos cuidados de saúde, que rotineiramente causa danos aos doentes, mas não se identifica o nível de compreensão sobre a gestão do risco por parte dos enfermeiros, médicos e demais profissionais de saúde em Angola e na maioria dos países da SADC. Também se comprova que a África do Sul, é um forte influenciador aos demais países, pela implantação efetiva da gestão do risco em várias áreas do saber.

De acordo com a revisão da literatura efetuada, as competências exigidas a um gestor do risco foram estudadas quer por académicos quer por corpos profissionais. É importante ressaltar que as semelhanças da literatura sugerem uma combinação de conhecimentos, habilidades, valores e atributos, como liderança e experiência. Alguns também incluem as atitudes, comportamento e experiência necessários para ser um gestor do risco eficaz. Conhecimento inclui conhecimento da actividade, conhecimento organizacional e gestão do risco, enquanto as habilidades incluem habilidades de gestão e técnicas. A principal diferença na literatura é que nem todos os trabalhos consultados consideravam a gestão do risco do ponto de vista de ser uma profissão e ter um código de ética.

Palavras-chave: gestão do risco; segurança e cuidados de saúde.

Índice

Abstract	ii
Resumo.....	iii
Índice	v
Lista de figuras.....	vii
Lista de quadros	viii
Lista de Gráficos.....	ix
Lista de Tabelas e Anexos	x
Lista de siglas	xii
Agradecimentos	15
Enquadramento da investigação	1
1.1 Introdução.....	1
1.2. Enquadramento do tema e formulação do problema	3
1.3.Objetivo	6
1.4. Estrutura da tese.....	6
PARTE CONCEPTUAL	8
2. A governação clínica e o risco em saúde	9
2.1. Governação clínica.....	9
2.2. Conceitos associados ao risco e a segurança dos doentes.....	13
2.3. Riscos, erros e eventos adversos na área da saúde.....	15
2.4. Fatores de risco nos cuidados de saúde	20
3. Gestão do risco nos cuidados de saúde.....	23
3.1. Contextualização	23
3.2. A gestão do risco clínico e a segurança dos doentes	25
3.3. O profissional de gestão do risco em saúde	31
3.4. Competências do gestor de risco em saúde.....	37
3.5. A qualidade	48
4. O contexto da saúde em Angola.....	53

4.1. Contexto político e histórico	53
4.2. O Sistema Nacional de Saúde	59
4.3. Situação económica.....	61
4.4. Situação epidemiológica e indicadores.....	65
4.5. Gestão das unidades de saúde	69
4.6. Capital humano	77
PARTE EMPÍRICA	88
5. Metodologia	89
5.1 Desenho do estudo.....	89
5.2 Apresentação de resultados	95
5.3 Caracterização dos estudos selecionados	98
6. Discussão e Resultados.....	113
7. Conclusões.....	117
Referências	119
ANEXOS.....	

Lista de figuras

Figura 1	Governança Clínica	10
Figura 2	Diagrama com as oito componentes essenciais da Governança Clínica	11
Figura 3	Passos para Governança Clínica	13
Figura 4	Risco clínico - Complicações dos atos clínicos	26
Figura 5	O quadro de medição e monitorização da segurança	29
Figura 6	Suscitamento, atividades/estágios do gestor de risco	39
Figura 7	O processo da gestão do risco	39
Figura 8	Processo de Avaliação do Comité de Avaliação de riscos	43
Figura 9	A governança clínica e a qualidade	50

Lista de quadros

Quadro 1	Soluções para a segurança do doente	17
Quadro 2	“Never event” segundo o NHS/ National Patient Safety Agency	17
Quadro 3	Conceptual da International Classification for Patient Safety (ICPS)	29

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Quantitativo de artigos científicos por países da SADC	18
Gráfico 2	Representação em percentagem dos artigos científicos extraídos por base de dados	18
Gráfico 3	Representatividade de artigos por país e bases de dados	30

Lista de Tabelas

Tabela 1	Atributos da governação clínica (definição de Som's 2004)	11
Tabela 2	CrITÉrios para aprovação do gestor de risco	31
Tabela 3	Competências de gestão do risco segundo Marx & Swardt	36-37
Tabela 4	Definições de qualidade segundo alguns autores	48
Tabela 5	Alguns dos principais problemas de saúde identificados ao longo dos anos	55
Tabela 6	Principais Indicadores de Saúde em Angola e Região Africana do Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde 2012-2025	65
Tabela 7	Cargos de Direção e Chefia das Unidades de Saúde de Angola	71
Tabela 8	Atribuições da Inspeção Geral de Saúde Comparativa dos Decretos Presidenciais, dos anos de 2013 e 2018	84
Tabela 9	Nível de escolaridade dos profissionais de Inspeção Geral da Saúde e sua distribuição no País	86
Tabela 10	Fases da extração de dados	93
Tabela 11	Quantitativo de artigos científicos extraídos por cada país da SADC	96
Tabela 12	Características dos estudos incluídos na amostra	105-113

Tabela 13	As implicações e competências requeridas para qualificação de um estudante universitário em gestão do risco	115-116
Tabela 14	Competências e Responsabilidades do Gestor do Risco em Saúde	116-117

ANEXOS

Processo de simulação de consenso- Interpretação do Coeficiente de Concordância Kappa e Concordância Kappa	ANEXO I
Mapa conceitual de gestão do risco de acordo com as competências identificados	ANEXO II

Lista de siglas

ACHE	American College Healthcare Executives
ACPE	American College of Physician Executives
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AGRASS	Avaliação da Gestão do risco Assistenciais em Serviços de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar do Brasil
AONE	American Organization of Nurse Executives
ASHRM	Society for Healthcare Risk Management
BdD	Base de Dados
CEO	Chief Executive Officer
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
COSO	Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission
CPD	Desenvolvimento profissional contínuo
CPHRM	Health Care Risk Management Certificate
CPLP	Comunidade de Países de Língua Portuguesa
DNME	Direção Nacional de Medicamentos e Equipamentos
DRM	Disaster risk management for health
FMEA	Failure Mode and Effect Analysis
GRH	Health risk management
HFA	Hyogo Framework for Action
HFdFMEA	Human Factor dependent FMEA
HFMA	Healthcare Finance Management Association
HIMSS	Healthcare Information Management Systems Society

HRA	Human Reliability Assessment
HSE	Health Service Executive
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
ICH	Índice de capital humano
IGAS	Inspeção Geral das Atividade em Saúde
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IHMT	Instituto de Higiene e Medicina Tropical
IIMS	Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde
INADEC	Instituto Nacional de Defesa do Consumidor
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INFAMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INSA	Instituto Nacional de Saúde
IPST	Instituto Português do Sangue e da Transplantação
ISO	International Organization for Standardization
JACHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations
MaPSaF	Estrutura de Segurança dos Doentes de Manchester
MAT	Ministério da Administração do Território
MGMA	Medical Group Management Association
MINFAMU	Ministério da Família e Promoção da Mulher
MINFIN	Ministério da Saúde e Ministério das Finanças
MINSa	Ministério Nacional de Saúde
MRC	Risk Consulting management
MRSA	bactérias resistentes chamadas de Staphylococcus aureus - metilina-resistente
NHS	National Health Service
OD	Órgãos Dependentes
OGE	Orçamento Geral do Estado

OIM	Organização Internacional para as Migrações
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PASS II	Programa de Apoio do Setor da Saúde II
PATHS	Ferramenta de avaliação de desempenho para melhoria da qualidade em hospitais
PAV	Ventilador Associado a Pneumonia
PMCRHC	Programa de Melhoria da Capacidade de Resposta dos Hospitais Nacionais
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
REGUSAP	Regulamento das Unidades Sanitárias
SADC	Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SIDM	Society to Improve Diagnosis in Medicine
UO	Unidades Orçamentais
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Deus pela, saúde, proteção e cuidados dado à mim e a minha família neste período, também ao meu esposo Kapeth Gaspar dos Santos da Costa pelo respeito, amor e apoio incondicional nesta caminhada e a menina dos meus olhos Lis Maria Kapeth Tolentino da Costa por ser a inspiração em eu querer progredir e abrir horizontes que possibilitem alicerçar sua vida.

Em segundo lugar, gostaria imensamente de agradecer ao meu Orientador e Prof. Doutor Víctor Manuel dos Reis Raposo pela excelência profissional no âmbito da docência, algo que promoveu à mim inspiração, desde o percurso acadêmico conduzindo a perspectiva da realização deste estudo, e não só, mas também pela competência, dinamismo e disponibilidade de sempre no processo de orientação à realização desta dissertação.

Em terceiro lugar, os meus sinceros agradecimentos aos meus pais, Maria Aparecida Santiago Tolentino e António Nicolau Tolentino (in memoria), e aos tios e também pais Sônia Helena Santiago Coral, Neide Ataíde Santiago e António Coral, à todos, pelas orações, educação, apoio e imensurável carinho de sempre.

Por fim, gostaria de agradecer ao Dr. António Sanchez, pela sincera amizade e por sugerir valiosas considerações ao meu trabalho, mesmo com as dificuldades apresentadas no período de pandemia.

Um afetuoso abraço a Todos.

Se não medir resultados, não distingue entre o êxito e o fracasso
Se não reconhece o êxito, não pode recompensar
Se não recompensar o êxito, provavelmente recompensa o fracasso
Se não reconhecer o êxito, não pode aprender com ele
Se não reconhecer o fracasso, não pode corrigir
Se não existir resultados, não ganha reconhecimento dos outros

David Osborne

Enquadramento da investigação

1.1 Introdução

As organizações de cuidados de saúde são ambientes com elevada complexidade de gestão e sujeitos a uma constante exposição a riscos (Etges, de Souza, Kliemann Neto, & Felix, 2019).

A governação clínica, por ser um sistema de intervenção eficaz para melhorar os padrões do funcionamento dos serviços clínicos e da própria prática clínica, permite reduzir ineficácias nos cuidados de saúde (Raposo, 2007), e ser utilizado como o instrumento de política para a modernização de cuidados de saúde (Fenn et al., 2010). Pode também ser considerado um sistema de conhecimentos, de atitudes e de práticas de pilotagem individual, de equipas e de serviços para obter resultados em termos de efetividade com equidade (ganhos em saúde) para as pessoas, famílias e comunidades, com o envolvimento de todos, através da melhoria da qualidade dos processos assistenciais e de intenção em saúde (Felício & Rodrigues, 2017).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, quando adicionada a uma gestão do risco, promove ações para reduzir, gerir ou controlar o dano, ou a probabilidade de dano associado a um incidente (WHO, 2010). Em particular, a gestão do risco é um método orientado para o processo que proporciona um quadro estruturado para identificar, avaliar e reduzir os riscos em momentos apropriados para as organizações de cuidados de saúde e conseqüentemente utiliza-se como uma abordagem capaz de proteger os prestadores de cuidados de saúde contra os riscos desfavoráveis (Ferdosi, M., Rezayatmand, R., & Taleghani, 2020).

A prestação de cuidados de saúde é uma atividade complexa, incerta no resultado e com elevado potencial de causar danos para os utentes, para os próprios profissionais de saúde e para a organização (STAREY, 2003). A elevada prevalência de riscos clínicos ou riscos de cuidados de saúde, tais como eventos adversos, quase-acidentes, erros, e outros incidentes clínicos criaram globalmente, grandes preocupações para as organizações de cuidados de saúde. Para

além dos seus efeitos nos doentes, têm também impactos socioeconómicos significativos (Farokhzadian, Dehghan Nayeri, & Borhani, 2015).

Os Estados-membros da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC), reconhecem que uma população saudável é um catalisador necessário para o desenvolvimento económico e social (SADC, 2020).

Neste âmbito, é perceptível em Angola à semelhança de outros países em vias de desenvolvimento, o registo em termos económicos e sociais, de consideráveis perdas de vidas ao elevado fardo das doenças transmissíveis, de mortes prematuras e evitáveis, sobretudo em mulheres e crianças (Decreto presidencial n.º 262/10 de 24 de Novembro). Assim como a operacionalização e funcionalidade das instituições do Sistema Nacional de Saúde, são desafios, com vista à prestação de serviços e cuidados de saúde de qualidade (Decreto presidencial n.º 262/10 de 24 de Novembro).

Em Angola a ação de intervenção no quesito prevenção e a perceção da possibilidade de ocorrências de incidentes na ação clínica tem tendencialmente demonstrado limitada importância, centrando-se primordialmente no carácter curativo.

Entretanto, a alta prevalência de riscos clínicos e incidentes de segurança têm aumentado as preocupações e desafios para os sistemas de saúde. Embora as estimativas do tamanho do problema sejam imprecisos, é provável que milhões de pessoas sofram lesões incapacitantes ou morte em consequência do risco clínico e incidentes de segurança (Farokhzadian, Dehghan Nayeri, & Borhani, 2018).

É mais persuasivo dizer que são necessárias estratégias multifacetadas para lidar com a questão da melhoria da qualidade da assistência em contextos tão complexos, e muitas vezes, os agentes de melhoria assumem que a mudança ao nível da política, meso ou microsistema é o que é necessário para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde (Braithwaite et al., 2020). Dessa forma, a gestão do risco desempenha um papel importante na redução das incertezas e no aprimoramento de ricas oportunidades para diferentes áreas do Sistema de Saúde (Ferdosi et al, 2020)

Neste sentido, uma estratégia que pode ser adoptada é promover a cultura de gestão do risco a todos os profissionais de saúde (Bolcato, Fassina, Rodriguez, Russo, & Aprile, 2019), que resultará também em um ambiente mais seguro (Paula, Etges, Grenon, Lu, et al., 2018). Para o efeito, podem-se utilizar duas abordagens intervencionistas que foram desenvolvidas em vários níveis para organizações prestadoras de cuidados de saúde: uma é o gerenciamento de riscos como já foi dito e a outra é a segurança do doente (Ferdosi, et al, 2020) que consequentemente direcionará à qualidade dos serviços prestados.

1.2. Enquadramento do tema e formulação do problema

De acordo com um estudo, realizado pela Universidade de *Harvard*, constata-se que a falta de segurança do doente causa 42.7 milhões de incidentes com dano ao redor do mundo por ano, e que desse total, dois terços ocorrem nos países em desenvolvimento e nos países em transição (Machado, 2015).

Após este estudo, muitos outros foram desenvolvidos em vários países, e o panorama descrito não difere em relação à incidência de eventos adversos relacionados ao cuidado de saúde, e à associação de eventos adversos com a morte dos doentes, (Sousa, P., & Mendes, 2019). Como exemplo, temos um relatório que estima que só nos Estados Unidos o número de mortes por erro está mais próximo das 400.000 mortes por ano (Zadeh, Haussmann, & Barton, 2019).

Em outro estudo, foi constatado que em África apenas 2,7%, de estudos são direcionados à gestão do risco em saúde, afirmando que os países desenvolvidos detêm a maioria dos estudos a cerca deste tema, assim, identificando a necessidade de mais pesquisas em gerenciamento de riscos nos países em desenvolvimento (Ferdosi et al, 2020).

Para reafirmar a importância destes estudos, cita-se como o exemplo que o risco de infeção associada à assistência médica em alguns países em desenvolvimento é vinte vezes maior do que nos países desenvolvidos (Farokhzadian et al., 2018). No que tange a Angola, o país está gravemente debilitado em termos de saúde (ONU, 2019) não sendo conhecido quais são riscos a que os doentes estão expostos nos cuidados de saúde, assim como uma avaliação do processo e conduta clínica com seus respectivos resultados.

É imperioso saber que na última década, tem havido uma crescente consciencialização de que os erros e falhas na prestação de cuidados de saúde são muito mais comuns e sérios do que os utilizadores, prestadores e financiadores da área de saúde gostariam (Jha, Perlin, Kizer, & Dudley, 2003) sendo registada incidência de eventos adversos com alta percentagem de evitabilidade destes, em vários países (Kohn, Corrigan, & Molla, 2000). Desta forma, dada a complexidade das tarefas diárias realizadas por médicos e enfermeiros, o ambiente de saúde requer uma abordagem sistemática para o atendimento ao doente (Chandrasekaran, Senot, & Boyer, 2012).

Apesar do mencionado sobre as perdas económicas, sociais e das vidas dos angolanos, ser proveniente de um documento datado no ano de 2010, lamentavelmente, nota-se recrudescimento desta situação na atualidade, até porque o mesmo é reafirmado no documento (Estratégia de Cooperação OMS-Angola, 2015-2019), pois mantêm-se ainda como desafios relevantes para Setor da Saúde, focalizar na redução das mesmas etiologias de morbimortalidade, juntamente ao reforço do Sistema Nacional de Saúde, à preparação e resposta

rápida às epidemias e eventos que ameaçam a saúde pública nacional e internacional; e a promoção da saúde e do ambiente saudável (WHO, 2016). De um modo geral, os países africanos enfrentam enormes desafios na melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade (ONU, 2019).

Ainda que o empenho despendido por parte do Ministério da Saúde Angolano tenha ocasionado melhorias, não obstante, a afecção à saúde não tem resultado, pois o país permanece possuindo péssimos resultados quanto ao estado de saúde das pessoas, algo demonstrado nos indicadores de saúde, comparados a África Subsaariana e aos critérios da Organização Mundial de Saúde.

Muitas dificuldades básicas ainda são enfrentadas, tais como: relatórios perdidos ou danificados, classificações inadequadas, gerenciamento inadequado de dados, falta de modelagem, falta de exigência e controle dos responsáveis por essas funções, o que significa que a informação não é completa, nem é confiável, oportuna, clara, suficiente e económica, o que leva o gestor à confusão e desinformação no seu ambiente de trabalho (Félix, 2012).

Foi somente no ano de 2017 que se implementou uma plataforma Integradora Nacional com a primeira versão do Plano de Implantação do *District Health Information Software - DHIS2 2017-2019*, com a finalidade de melhorar e ultrapassar as dificuldades do Sistema de Informação e Gestão de Saúde, mas o facto é que o débil fornecimento de dados ainda é uma constante e a governação clínica seria de grande valia para a concretização da fidedignidade dos dados clínicos.

É evidente que para melhorar a segurança do doente, a ênfase deve ser colocada sobre o sistema de prestação de cuidados que deve ser confiável, aprender com os erros do passado, prevenir danos ao doente, fornecer uma informação de segurança ao sistema de informação para a avaliação e monitorização da corrente, e por antecipação futura, desenvolver uma cultura de segurança que envolve profissionais de saúde, organizações e doentes (Crema & Verbano, 2015).

Uma das principais estratégias é a construção de um sistema de comunicação destinado a recolher e monitorizar informações de eventos adversos e, em particular, eventos sentinela, os quais são definidos como “ qualquer evento inesperado em um ambiente de saúde, resultando em morte ou lesão física ou psicológica grave, ou esse risco não relacionado ao curso natural do doente - doença ou condição subjacente (Bolcato et al., 2019).

A transparência é um elemento vital dos esforços para melhorar segurança do doente, (Loren et al., 2010). Pois os sistemas de informação são uma das seis principais intervenções estratégicas que a Organização Mundial de Saúde, estimula para a qualidade do cuidado em sistemas de saúde (André & Sales, 2020).

Mas outra debilidade que talvez pode ser considerada como a base de tudo, está no facto de que o país sofre de escassez de profissionais de saúde capacitados e uma reduzida formação e

educação acabou por contribuir para a baixa qualidade dos serviços de cuidados de saúde no país (Lambert, 2018). O capital humano ainda é baixo - índice de capital humano (ICH) = 0.36, abaixo da média da África Subsariana de 0.40 (World Bank Group, 2019) condicionando o objetivo no âmbito da Nova Agenda para o Desenvolvimento Sustentável 2030, (ODS 3), que defende e garante o acesso a saúde de qualidade e a promoção do bem-estar para todos (PNUD, 2018).

A pandemia do COVID-19, forçosamente suscitou aos estados membros da SADC, inúmeras reflexões sobre a real capacidade dos Sistemas Nacionais de Saúde, até porque o novo cenário fez com que se desarticulasse o funcionamento já precário de cuidados de saúde de muitos, para a mobilização e atenção ao COVID-19, ou seja é pressuposto que os riscos clínicos se exacerbaram neste período.

Uma proposta para a solução que tem impacto no controlo da infeção e na resposta a emergências, é a utilização de avaliações de risco rápidas para dar prioridade a estratégias de redução do risco para as práticas de prevenção e controlo de infeções (Wilkason, Lee, Sauer, Nuzzo, & McClelland, 2020).

Todas estas situações citadas já são imensamente preocupantes e algo que substancia ainda mais a preocupação no que confere aos cuidados de saúde, é o conhecimento de que Angola, tem o terceiro crescimento populacional mais rápido do continente, ou seja, é mais uma potencial fonte de fragilidade, que irá alimentar a demanda nos próximos anos (Peace, 2019).

O aumento da demanda de produção é considerado um desafio para gerentes de hospitais no que concerne a prestação de atendimento com redução de capital humano o que pode levar ao esgotamento, fadiga e, eventualmente, erros médicos (Zadeh et al., 2019). Ocasionalmente a ocorrência de erros aos demais clínicos envolvidos nos cuidados de saúde.

Uma intervenção capaz de inovar a Saúde deste país seria notabilizar a governação clínica na componente de gestão do risco na amplitude do seu papel e na monitorização de seus resultados.

A implementação da gestão do risco nas organizações de cuidados de saúde melhora a alocação de recursos de saúde, a gestão de processos, a tomada de decisões, a redução das perdas organizacionais, a segurança dos doentes, a melhoria contínua da qualidade, a satisfação do cliente, o desempenho organizacional, a reputação do hospital e não só, e a melhor criação da comunidade (Ferdosi et al, 2020).

O fato de não possuírem a real perceção dos serviços clínicos e da prática clínica junto a gestão do risco neste ambiente tão intrincado, pode interferir no cumprimento do objetivo da segurança do doente, de fornecer um ambiente seguro, com capacidade de explorar a possibilidade de falha, e criar "defesas" que o possibilitem mudar o sistema atual de operação, a fim de reduzir o potencial de falha (Youngberg, 2010) e consequentemente tornar as

organizações mais fiáveis, diminuído de certa maneira o peso atribuído ao estado, seu maior financiador.

Uma vez que, de acordo com a constituição da República de Angola, a saúde é um direito fundamental de todos os angolanos e um dever inalienável do Estado e a sua concretização passa por instrumentos de política pública (MINSa, 2016).

1.3. Objetivo

O objetivo deste trabalho é identificar estudos de gestão do risco clínico e de gestão do risco relativos à Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC), da qual Angola é membro, procurando agregar as características mais relevantes que permitam definir o perfil adequado que o gestor do risco deve ter no contexto de Angola considerando as suas particularidades.

1.4. Estrutura da tese

A gestão do risco nas organizações de saúde é um tema em crescente evolução, principalmente em países desenvolvidos, com expressivas organizações de saúde acreditadas internacionalmente, e entende-se, que tal situação também deveria ocorrer em países em desenvolvimento, como é o caso do estado Angolano, com o propósito de prestarem cada vez mais, cuidados de saúde fiáveis, com conhecimento técnico e científico, orientação e gestão dos riscos factíveis de ocorrer em todo o processo da prestação de cuidados de saúde.

Desta forma, o presente trabalho divide-se em duas partes:

- A parte conceptual onde é realizada uma caracterização e contextualização dos conceitos da governação clínica, gestão do risco em saúde, o profissional de gestão do risco e conceitos associados como a qualidade e segurança do doente. Seguida de uma contextualização sobre o estado Angolano no que tange a saúde e características económicas, assim como enquadramento da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC).

- Uma parte Empírica onde é apresentada a metodologia que orientou a revisão da literatura, e os resultados com a respectiva discussão. No final são também apresentadas as principais conclusões.

PARTE CONCEPTUAL

2. A governação clínica e o risco em saúde

2.1. Governação clínica

Inicialmente a governação clínica, foi introduzida no Reino Unido em 1998, no *National Health Service* (NHS), como importante iniciativa política para melhorar a qualidade dos cuidados clínicos, crucialmente dependente do desempenho do corpo clínico, que por sua vez, é determinada pelas políticas e práticas que definem o número de funcionários, as suas qualificações, sua implantação e as suas condições de trabalho (Som, 2007).

Atualmente a governação clínica seria, então, um sistema vincadamente participativo e apontado para a melhoria contínua da qualidade da prática clínica, o conceito implantado anteriormente evoluiu rapidamente, assim superando o modelo tradicional de comando-controlo e de dominação burocrática, na expectativa de que a qualidade iria melhorar incrementalmente no futuro, estimulando a autonomia responsável dos profissionais integrados em equipas de saúde, e com o apoio explícito dos decisores políticos. Sendo assim, atividades emergentes tais como a auditoria clínica ou, mais tradicionais como seja a investigação o desenvolvimento profissional contínuo e a gestão do risco constituíram-se, então, as pedras angulares para a consagração da Governação Clínica (Felício & Rodrigues, 2017).

O gerenciamento de riscos é crucial, pois aborda o risco clínico que afeta os doentes, (Cagliano, Grimaldi, & Rafele, 2011) e promove o planeamento do desenvolvimento do capital humano, plano de formação e programas integrados de identificação e correção do mau desempenho (Pereira, 2012).

Os principais componentes da governação clínica são: uma cultura aberta e de participação, em que a educação, pesquisa e a partilha das boas práticas são esperadas e valorizadas; uma definição clara de linhas de responsabilidade pelos cuidados clínicos; a existência de um programa compreensivo de atividades para a melhoria da qualidade; o desenvolvimento da capacidade de liderança ao nível clínico; a disseminação sistemática da prática baseada na evidência das inovações; a implementação de bons programas de gestão do

risco clínico e o trabalho em equipa multidisciplinar em todos os níveis da organização (Carneiro, Saturno, & Campos, 2010) .

No entanto, os componentes da governação clínica Figura: 1, poderão ser entendidos como redutores, se pensarmos em todos os determinantes da qualidade clínica, englobando todas as questões que dizem respeito aos *inputs* (recursos financeiros, instalações, recursos humanos, etc.), às estruturas, aos processos e aos resultados (Carneiro et al., 2010).

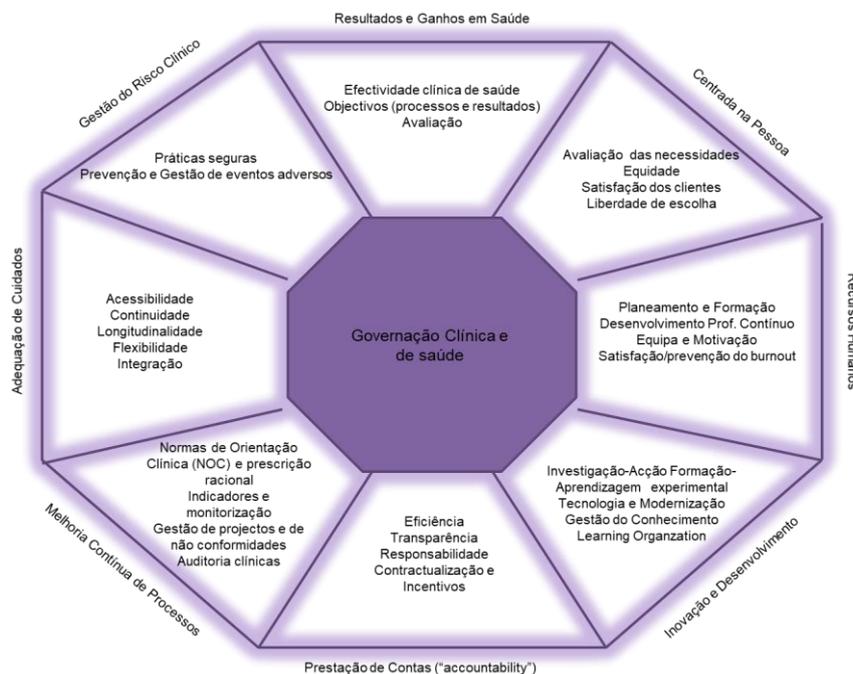
Figura: 1. Governação Clínica



Fonte (Felício & Rodrigues, 2017)

Por intermédio da prática sistemática da auditoria clínica que se promoveu o aumento da efetividade clínica, da gestão do risco, da formação, da inovação e desenvolvimento e da transparência mediante a divulgação dos resultados alcançados, e é a convergência simultânea destes vetores que torna a Governação Clínica uma realidade transformadora (Felício & Rodrigues, 2017).

Figura: 2. Diagrama com as oito componentes essenciais da Governação Clínica



Fonte: APMCG Projetar a Década:2011-2020 (Casimiro, 2015)

Os pilares essenciais da governação clínica são as pessoas, tanto utentes como profissionais; a equipa de governação ou de pilotagem que deve ter competências para a missão da gestão; os pontos de partida que são os problemas e as necessidades de saúde, e a sua priorização; os pontos de chegada, isto é, dos objetivos e metas a atingir; os caminhos/percursos mais adequados, ou seja, a escolha das melhores estratégias para atingir os resultados desejados; a seleção e uso correto de métodos e instrumentos de navegação; um sistema de monitorização que permita verificar o rumo e o ritmo de progressão adequados para atingir o programado e desejado; um modelo de avaliação que permita verificar, no final, o grau de sucesso atingido; é necessário um bom sistema de informação, no qual a qualidade dos registos clínicos desempenha um papel crucial (Casimiro, 2015).

Elucidando os princípios fundamentais da governação clínica, que tem como objetivo ser uma parceria afetiva doente-profissional, são (Haxby, 2011):

- Eficácia clínica: A medida em que as intervenções e tratamentos de saúde funcionam.
- Eficácia da gestão do risco: Minimização do risco para doentes, pessoal e organizações.
- A experiência do doente: Assegurar que os serviços estão centrados nas necessidades dos doentes.

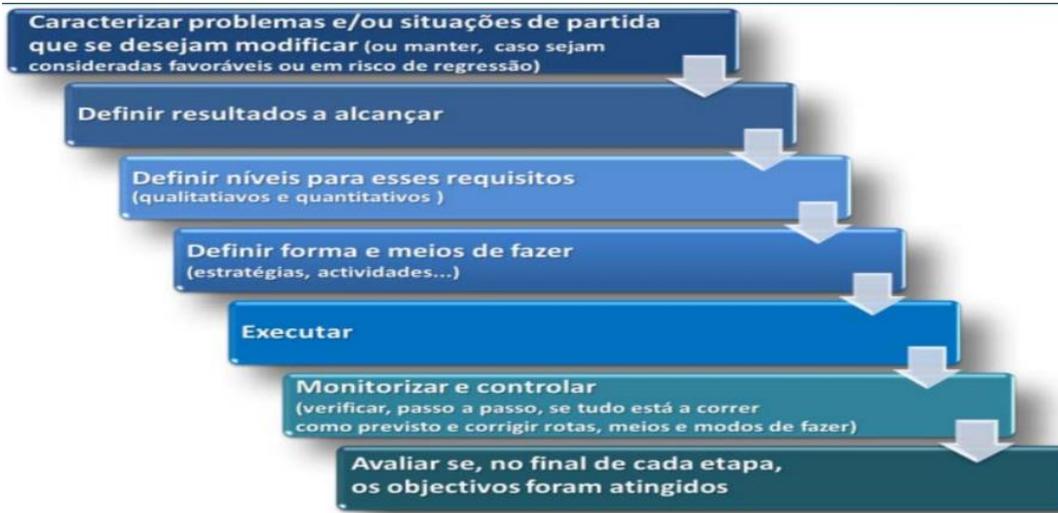
- Eficácia da comunicação: Canal de comunicação para uma adequada carga de informação com os doentes, público e em toda a organização.
- Eficácia de recursos: Utilização de recursos, incluindo pessoal, equipamentos e instalações, para o melhor benefício para os doentes.
- Eficácia estratégica: Planejamento, entrega e desenvolvimento de serviços, que reflitam os requisitos locais e nacionais.
- Eficácia na aprendizagem: Desenvolvimento profissional contínuo de todo o pessoal.

Tabela: 1. Atributos da governação clínica (Som, 2004)

Entradas	Inclui recursos financeiros, recursos humanos, infra-estruturas e política (onde a qualidade é um requisito legislativo da organização).
Estrutura	Inclui o requisito de proporcionar educação e formação e desenvolvimento profissional contínuo, diretrizes para cuidados clínicos, por exemplo vias de cuidados integrados, gestão do risco clínicos, promoção da medicina baseada na evidência (Evidence Based Practice), auditoria e desenvolvimento de liderança. O Chefe do Executivo é responsabilizado pelo padrão de cuidados prestados.
Processos	Inclui a implementação da gestão do risco, educação e formação, desenvolvimento de liderança, auditoria e gestão da informação dos doentes (confidencialidade e anonimato). Inclui também processos para registar 'quase-acidentes' e eventos adversos.
Resultados	Inclui melhorias contínuas da qualidade, satisfação dos doentes e redução do número de "quase-acidentes" e eventos adversos. É também salientada uma melhor relação entre doentes e clínicos e uma melhor colaboração entre profissionais e gestores. Além disso, são incluídas as intervenções que estão a ser apoiadas através da Prática Baseada na

Fonte: (Viner, 2010).

Figura: 3. Passos para Governação Clínica



Fonte (Felício & Rodrigues, 2017)

As recentes mudanças biomédicas, tecnológicas e normativas levaram as organizações de saúde a implementação da governação clínica como forma de assegurar a melhor qualidade de cuidados de saúde num ambiente cada vez mais complexo. A gestão do risco é um dos aspetos mais relevantes da governação clínica e as abordagens apresentadas na literatura destacam a necessidade de realizar análises abrangentes destinadas para descobrir as causas de raiz dos acontecimentos adversos (Cagliano et al., 2011).

É certo que a governação clínica pressupõe um desafio para a inovação das organizações de saúde, assim como para todos os profissionais da área da área clínica e não só, pois permite conhecer as falhas a fim de promover mudanças adequadas de práticas erróneas, melhorando consecutivamente o desempenho profissional, a sustentabilidade e a transparência organizacional.

2.2. Conceitos associados ao risco e a segurança dos doentes

A gestão do risco e a segurança do doente tem associado uma série de conceitos que apresentamos de seguida:

- Erro - É qualquer desvio significativo da expectativa, (Pereira, 1983). Os erros acontecem por falhas não percebidas, envolvendo múltiplos fatores. E, segundo Reason, isso é demonstrado através da “Teoria do Queijo Suíço” , em que as inconformidades são repetidas em diversas etapas do processo (Dutra, 2010).
- Erro Humano - No setor da saúde, o emprego do conhecimento humano, em maior escala, no processo de tomada de decisão na identificação das fontes de risco é muito comum, e muitas vezes o erro humano no processo resulta em efeitos adversos de riscos não reconhecidos, provocando anualmente muitos milhares de mortes evitáveis e mais de um milhão de feridas críticas desnecessárias (Bhalaji, Bathrinath, & Saravanasankar, 2019). Os erros humanos são uma das principais fontes de acidentes em qualquer indústria, incluindo os cuidados de saúde (Streimelweger, 2016).
- Perigos - O resultado de um ato inseguro é um perigo. Um perigo aumenta a probabilidade de um evento adverso como uma saída de uma ação. A diferença entre perigos e eventos adversos é que um evento adverso é a realização do potencial de dano que está associado a um perigo. Esta transição do potencial para a realidade pode ser devida a vários contribuintes. Um dos fatores que contribuem para essa transformação é que as defesas que não estão no lugar para proteger os doentes e o trabalho de saúde não são eficazes. Outra razão é que as defesas são intencionalmente incapacitadas. Finalmente, é possível que as condições que levam a um determinado perigo não tenham sido previstas e que as defesas não estejam disponíveis. Assim, a falta de defesas eficazes em conjunto com um ato inseguro pode levar a um evento adverso (Carayon, 2012).
- Danos - deterioração da estrutura ou do funcionamento do corpo e/ou qualquer efeito deletério daí decorrente, incluindo doença, lesão, sofrimento, deficiência e morte, que pode ser físico, social, ou psicológico (Vincent, 2020) ou danos à propriedade ou ao meio ambiente (Jones, Iii, Taylor, & Weber, 2002).
- Risco - Combinação da probabilidade de ocorrência de dano e a severidade desse dano (Jones et al., 2002).
- Evento adverso - Considerado um problema de qualidade do cuidado relacionado à dimensão segurança do doente, pode ser compreendido como mudança indesejável no estado de saúde do doente, que, por sua vez, pode ser atribuída à atenção recebida anteriormente, e não ao problema de saúde desse doente e à gravidade. Essas mudanças, isto é, resultados adversos ou indesejáveis, podem ocasionar morte, incapacidade, doença ou insatisfação com o serviço (Mendes, 2019).

- Incidente: um acontecimento ou circunstância não intencional que possa ter resultado, ou tenha resultado, em danos desnecessários a um doente ("desnecessário" implica que é potencialmente inevitável) (Vincent, 2020).
- Fator contribuinte: uma circunstância, ação, ou influência que se pensa ter desempenhado um papel na origem ou desenvolvimento de um incidente ou para aumentar o risco de um incidente (Vincent, 2020).
- Prevenível: um incidente que está a ser aceite pela comunidade como evitável no conjunto particular de circunstâncias (Vincent, 2020).
- Quase acidente: um incidente que não reagiu ao doente (Vincent, 2020).

2.3. Riscos, erros e eventos adversos na área da saúde

Os sistemas de gestão do risco dos cuidados de saúde foram inicialmente desenvolvidos nos Estados Unidos nos anos 60 com o objetivo de estabelecer uma cultura mais pró-ativa para reduzir os custos dos riscos clínicos (Turón, 2017).

O risco em uma instituição de saúde pode ser definido como uma situação que envolve exposição ao perigo, onde uma probabilidade ou ameaça de dano, lesão, responsabilidade, perda, ou qualquer outra ocorrência negativa causada por vulnerabilidades externas ou internas que exista e que possa ser evitada por meio de ações preventivas (Chugh, 2015). O mesmo autor julga que para minimizar um risco, o risco deve ser gerenciado. Isso novamente nos leva a questão do gerenciamento de riscos.

Por outro lado, mesmo com taxas potencialmente elevadas de erros humanos nos cuidados de saúde, nem todos os erros resultam em danos ao doente e isso se deve ao fato de que na área da saúde, como em outras indústrias, existem defesas que são medidas de proteção postas em prática para reduzir a probabilidade de resultados negativos resultantes de um ato inseguro, com objetivo de criar uma melhor compreensão e consciência dos perigos presentes e/ou fornecer alguma orientação, fazendo com que as pessoas sigam protocolos ou listas de verificação (Carayon, 2012).

Dessa forma, a *Human Reliability Assessment (HRA)*, fornece uma classe de técnicas muito poderosas para melhorar a confiabilidade e a segurança no setor de saúde com uma abordagem que visa identificar erros e pontos fracos examinando o sistema e as pessoas que trabalham nele, em uma perspectiva sistêmica, analisando a contribuição humana para as configurações técnicas e organizacionais, dentre as principais fases da HRA incluem coleta de

dados, descrição de tarefas, simulação de tarefas, identificação e análise de erros humanos e quantificação de erros humanos (Cagliano et al., 2011).

As forças gerais que estão presentes nos contextos profissionais são geralmente assimétricas, ou seja, favorecendo atos seguros. Entretanto, como isto também é um reflexo da organização, aprender a estruturar suas ações, a inovação e novos tipos de ações necessárias podem inicialmente, devido à falta de experiência, favorecer atos menos seguros do que atos totalmente inseguros. Finalmente, existem fortes compensações e mecanismos em vigor que apoiam a realização de comportamentos de sucesso (Carayon, 2012).

Tratando-se da operacionalização de um programa de gerenciamento de riscos, pode-se classificar em riscos clínicos e não clínicos. O primeiro compreende todo risco associado à ação direta ou indireta dos profissionais da área da saúde, resultante da ausência/deficiência de políticas e ações organizadas na prestação de cuidados de saúde. Como exemplos, podemos citar (Dutra, 2010):

1. Risco de cirurgia não segura;
2. Risco de identificação incorreta do doente;
3. Falha na segurança medicamentosa;
4. Risco de aquisição de infecção;
5. Risco de queda.

Para os riscos não clínicos são apresentados aqueles relacionados com a segurança das instalações ou atendimento aos processos de prestação de cuidados aos doentes. Incluem-se aqui também os riscos gerados por quebra nas condições adequadas de trabalho. Como exemplos podemos citar (Dutra, 2010):

1. Riscos relativos à utilização de equipamentos (defeito no equipamento, erro de utilização do usuário, uso em circunstâncias impróprias, falta de manutenção preventiva);
2. Riscos relativos à segurança predial (laudo de pára raio, manutenção de elevadores, manutenção do sistema de ar condicionado, segurança dos vasos de pressão - autoclave, caldeira, sistema de vapor, gases medicinais, vácuo, ar comprimido, proteção radiológica, condições da água, sistema de aterramento).
3. Riscos relativos à segurança ocupacional (situação vacinal, exames periódicos, risco de incêndio, acidentes ocupacionais).

Dentre as variadas causas de erros, podem incluir falhas na administração de medicamentos, realização de cirurgias, relato de resultados laboratoriais e realização de um diagnóstico, dentre outros, e os mais graves destes erros são referidos como eventos sentinela, por refletir a gravidade da lesão (por exemplo, amputação da perna errada) e a probabilidade de que a investigação de tal evento revele problemas graves nas políticas ou procedimentos atuais (Kaplan, 2018).

Apesar de todas as medidas já implementadas, as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), continuam a ser um problema de saúde pública e uma ameaça à segurança dos doentes. Como exemplo as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), devido às características dos doentes internados e aos procedimentos invasivos implementados, incluindo o uso de dispositivos médicos, são destacadas por uma maior incidência de IACS, incluindo infecções respiratórias e PAV (Ventilador Associado a Pneumonia), sendo o último uma causa de morbidade, mortalidade e aumento dos custos com a saúde em doentes críticos (Cotrim & Hignett, 2019).

Outra comparação, um dos maiores contribuintes para a propagação da infecção adquirida pelos cuidados de saúde no surto de febre de Lassa de 2018 na Nigéria foi a falta de diagnóstico diferencial, apesar das indicações sintomáticas claras (Wilkason et al., 2020).

Em 2015, a *Society to Improve Diagnosis in Medicine* (SIDM) na 8ª Conferência Internacional explorou o tema *Diagnostic Error in Medicine*, depois do Relatório da Organização Internacional para as Migrações (OIM): O que se segue?, com o contributo da *Society for Healthcare Risk Management* (ASHRM) com uma discussão intitulada "*How Can Risk Managers Contribute to improve diagnostic safety*", o relatório da OIM, publicado pelo Instituto de Medicina em 2015, procurou iluminar uma percepção quanto ao défice (ou seja, um "ponto cego") na entrega de qualidade dos cuidados de saúde. Embora todos concordem que a obtenção do diagnóstico correto é um aspecto chave dos cuidados de saúde, por vezes os clínicos não conseguem "acertar" (West, 2016).

O novo relatório da OIM, de acordo com West (2016), possui um amplo material de saúde pública, com abordagem orientada para o estudo e a melhoria do diagnóstico, segurança clínica e factores ambientais, de acordo com os autores, o erro de diagnóstico é definido como [ênfase acrescentada] "a incapacidade de (a) estabelecer um e explicação atempada do (s) problema (s) de saúde do (s) doente(s) ou (b) comunicar essa explicação ao doente". Incluindo o impacto sobre o doente na definição de erro de diagnóstico realça a importância de uma comunicação eficaz ao longo de todo o processo de diagnóstico.

Alguns mecanismos fundamentais e causas básicas através dos quais um doente pode ser ferido ou morto são: Overdose, Eletrocussão, Sufocamento/barotrauma, lesões da pele (queimaduras e outras), Esmagamentos, Embolia, Incêndio, Falha no desempenho (Dhillon, B. S, 2011).

Em 2014, a *AON Corporation* (multinacional britânica que fornece gerenciamento de riscos), publicou o Relatório da Indústria da Saúde, baseado na investigação em colaboração com várias organizações de cuidados de saúde propondo dez riscos comuns de saúde (Paula, Etges, Grenon, Lu, et al., 2018):

1. Alterações regulamentares/legislativas;
2. Incapacidade de atrair ou reter talentos de topo;
3. Abrandamento económico/recuperação fraca;
4. Aumento da concorrência;
5. Danos à reputação/marca; incapacidade de inovar/meet;
6. Necessidades dos clientes;
7. Falta de infra-estruturas tecnológicas para apoiar as necessidades comerciais;
8. Risco político/descertezas;
9. Escassez de mão-de-obra;
10. Fluxo de caixa/liquidez.

De acordo com Ramos & Trindade (2011), a nível internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou nove soluções para a “Segurança do Doente” (Quadro 1) e lançou vários desafios a nível mundial, destacando-se a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, as Cirurgias Seguras, a criação de Sistemas de Relatos de Incidentes para partilhar e aprender com os erros, o Envolvimento do Doente na sua Segurança entre outros; Um dos projetos lançados foi um guia orientador para os profissionais de saúde com o título de “*Seven Steps to Patient Safety*”, sendo o primeiro passo “Construir uma Cultura de Segurança” (Quadro 2).

Quadro 1 – Soluções para a Segurança do Doente

Solução	Título
1	Medicamentos com nome e som do nome semelhantes
2	Identificação do doente
3	Comunicação durante a passagem de turno e a transferência do doente.
4	Realização de procedimentos correctos nos locais correctos
5	Controlo de soluções concentradas de electrólitos
6	Segurança na medicação nas transições de cuidados
7	Conexões correctas entre cateteres e sondas
8	Uso único de dispositivos injectáveis
9	Higiene das mãos para prevenir a infecção associada aos cuidados de saúde

Quadro 2 – “Never events” segundo o NHS /National Patient Safety Agency

Lista dos “Never Events” no Reino Unido
Cirurgia do lado errado
Retenção de instrumentos pós-cirurgia
Administração de quimioterapia pela via errada
Erro de trajecto de sonda naso/orogástrica não detectado antes da sua utilização
Suicídio no internamento
Fuga de doentes (presidiários) de áreas restritas de serviços de saúde mental
Morte materna por hemorragia pós-parto após cesariana electiva
Erro de administração de Cloreto de Potássio concentrado intravenoso

Fonte: (Ramos & Trindade, 2011)

Os gerentes e clínicos podem então modificar procedimentos e sistemas para prevenir ou reduzir a ocorrência de tais eventos através de linhas bases, como por exemplo, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JACHO)*, que emitiu avisos de eventos sentinela para áreas-chave de identificação - complicações pós-operatórias, erros de medicação, cirurgias em locais errados, quedas, lesões ou mortes em contenções, e erros transfusionais (Johnson, 2010).

Ainda, de acordo com Conselho para Segurança e Qualidade em Saúde da Austrália as principais causas de eventos adversos estão relacionadas à (Dutra, 2010):

- 65% Comunicação
- 58% Educação, treinamento
- 36% Avaliação inicial do doente
- 20% Disponibilidade da informação
- 18% Diferenças entre níveis profissionais
- 15% Ambiente físico
- 13% Continuidade do cuidado
- 12% Competências/credenciamento
- 12% Conformidade com procedimentos
- 8% Sistemas de alarmes
- 8% Cultura organizacional

Preparar para e durante as emergências de saúde, uma avaliação rápida e ferramentas de mitigação podem então assegurar que o risco para os profissionais de saúde e doentes seja avaliado e gerido com precisão, estas estratégias são necessárias para proteger os profissionais de saúde, construir e manter a confiança no sistema de saúde, e limitar os fatores de transmissão de infecções adquiridas nos cuidados de saúde (Wilkason et al., 2020).

Um dos métodos de avaliação de risco é a Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) - um instrumento de análise de fiabilidade e avaliação de risco amplamente utilizado em várias indústrias, porém, existem várias falhas na obtenção de uma estimativa de qualidade das classificações de falhas com FMEA, especialmente quando os fatores humanos desempenham um papel importante, deste modo, pode-se utilizar um novo método de avaliação do risco denominado *Human Factor dependent FMEA (HFdFMEA)* baseado na dependência dos parâmetros utilizados e na observação dos fatores humanos, para abordar os inconvenientes (Lui, 2019).

Em geral, tem havido algum movimento de uma abordagem centrada na pessoa para uma abordagem baseada no sistema de compreensão da produção e redução de erros em muitas áreas, incluindo os cuidados de saúde. Uma abordagem sistémica centra-se em melhorar o sistema do que em culpar indivíduos. A compreensão de modelos de erro humano pode ser útil na compreensão da razão pela qual os erros ocorreram no passado, onde as vulnerabilidades futuras podem estar relacionadas, e como os profissionais de saúde podem tomar medidas para tornar a prática clínica mais segura (Franklin, 2020).

Organizações de elevada fiabilidade, com sistemas que operam em condições perigosas que têm menos do que a sua quota-parte justa de eventos adversos, oferecem modelos importantes para o que constitui um sistema resiliente. Tal sistema tem uma "saúde de segurança" intrínseca e é capaz de resistir aos seus perigos operacionais e ainda assim alcançar os seus objetivos (Reason, 2000).

2.4. Fatores de risco nos cuidados de saúde

A saúde não é um sistema único, mas sim múltiplos sistemas que interagem entre si, e estes microssistemas clínicos são definidos como um grupo de clínicos e funcionários que trabalham em conjunto com um propósito clínico partilhado de prestar cuidados de saúde a uma população de doentes e mesmo com o processo evolutivo destas organizações de saúde, ainda assim, trata-se de um contexto de total complexidade predispondo aos doentes, serem prejudicados por erros médicos (clínicos) provocados pela complexidade juntamente com a capacidade inerente de erro humano (Kaplan, 2018). Toda a contextualização foi embasada aos erros médicos mas sabe-se que há uma gama muito maior de profissionais clínicos factíveis de cometer tais erros à saúde de um doente.

Primeiramente as organizações de saúde se caracterizam por serem sistemas de grande complexidade constantemente expostas a riscos independentemente de serem públicas ou não, devendo-se ter em conta os seguintes aspectos (Sousa et al., 2009):

- a) A missão para que estão orientadas (norteadas em muitos países por princípios de equidade, universalidade, acessibilidade, etc.);
- b) As atividades que desenvolvem (atividade de mérito assente na prestação de cuidados de saúde; mercado imperfeito; imprevisibilidade na procura, etc.);

c) As características do seu público-alvo (em geral com escassos conhecimentos sobre os assuntos em causa, logo pouco poder de decisão; expectativas por vezes muito elevadas, associado a situações de fragilidade física, emocional, psicológica, social etc.);

d) Os processos que desenvolve (conjunto de técnicas de diagnósticos e/ou terapêutica de complexidade tecnológica variável e realizada em contextos com inúmeras particularidades);

e) Os profissionais que nelas trabalham (profissionais com formação muito específica; forte componente do trabalho em equipas multidisciplinares; atividade intensa e numa área em constante evolução técnica e científica).

A posteriori, poderemos realizar a definição dos fatores por níveis (Dhillon, B. S, 2011):

- Ao nível do Departamento: Falta de afetação de recursos humanos e/ou financeiros para apoiar projetos de melhoria da segurança.
- Ao nível Hospitalar: Falta de estrutura para sustentar iniciativas de segurança do doente.
- Ao nível da falta de Comunicação: Falta de trabalho em equipa e de respeito pela contribuição de cada um para o cuidado do doente e desalinhamento de objetivos. Exemplo disto é o relatório de 2016 da Agência Federal para a Investigação e Qualidade dos Cuidados de Saúde que em 2016, reportou que trabalhadores da saúde observam rotineiramente comportamentos, condições e práticas inseguras mas muitas vezes não comunicam, e Chassin e Loeb, 2013 dizem que a má comunicação dentre equipas é uma das razões da falta de relatórios; especialmente quando os profissionais de saúde estão habituados a uma comunicação deficiente, ficam dessensibilizados aos seus perigos (Ebrahim Zadeh, 2018).
- Ao nível do Fornecedor: falta de receptividade a novas ideias problemas pessoais que afetam a concentração e a falta de vontade de trabalhar em equipa.
- Ao nível do doente: falha em informar a equipa de saúde, alergias conhecidas, relutância em questionar ações desconhecidas e conflitos entre doente e família.
- Ao nível do ambiente de trabalho: Falta de acesso, falta de fornecimentos adequados e manutenção preventiva e suficiente para assegurar o funcionamento dos equipamentos e dispositivos.
- Ao nível de complexidade dos próprios processos de cuidados: elevado grau de dificuldade e inter-relações com outros processos que afetam a capacidade de completar a tarefa tal como se pretende.

E também a falta de metodologias de gestão, identificação, avaliação e controlo do risco por parte do pessoal que manuseia equipamentos biomédicos é causa de recorrência de acidentes relacionados com esses equipamentos e, para reduzir essa falha, é necessário dispor de um grupo multidisciplinar que capacita o pessoal na identificação dos riscos básicos dos equipamentos, propondo controlos e soluções para problemas comuns (Sánchez, Betancourt, & Mantilla, 2017).

Outro fator de risco a se considerar é o comportamento inadequado dos profissionais de saúde como causa de uma segurança diminuída e este comportamento inadequado engloba o comportamento que afeta negativamente a moral, o foco, a concentração, colaboração, e comunicação, porém anteriormente era aceite simplesmente como parte da cultura organizacional e ignorado como um problema, a Joint Commission's reconheceu a urgência do problema, ligando os comportamentos à segurança; Dentre os termos que identificam os comportamentos inadequados, incluem-se (Zadeh et al., 2019):

- **Bullying:** ocorre quando um o empregado é constantemente escolhido ou humilhado por outros pessoais ou supervisores
- **Violência horizontal:** ocorre quando trabalhadores da mesma categoria, em vez de atuarem como gradientes de potência, exibem certos comportamentos
- **Incivildade:** ocorre quando as pessoas não respeitam ou prestam atenção às normas previstas no local de trabalho
- **Mobbing:** acontece quando uma pessoa está molestada por um grupo de trabalhadores

Os fatores que contribuem para comportamentos inadequados podem ser internos tais como idade, sexo, etnia, cultura, ou perfil de personalidade, e/ou externos tais como formação, fatores ambientais, interações sociais, e expectativas. Outros fatores que podem contribuir podem ser o trabalho intenso, a má comunicação e personalidades problemáticas (Ebrahim Zadeh, 2018).

Quando se trata de prestação de cuidados de saúde, como reconhece Don Berwick "Mesmo que os perigos nos cuidados não possam ser eliminados, os danos aos doentes podem e devem ser reduzidos continuamente, em qualquer lugar e para sempre (Stavert-Dobson, 2015).

Realçando a perspectiva de que a gestão do risco nos cuidados de saúde cabe até mesmo, a responsabilidade sobre os riscos relacionados com a conformidade empresarial e a ética organizacional (Carroll, 2001).

3. Gestão do risco nos cuidados de saúde

3.1. Contextualização

A gestão do risco dos cuidados de saúde preocupa-se com uma enorme variedade de questões e situações que têm potencial para a organização em termos de responsabilidade ou perdas por acidentes. Para ser verdadeiramente abrangente, um programa de gerenciamento de riscos deve abordar o escopo completo das seguintes categorias de risco (Carroll, 2019):

1. Cuidados ao doente - relacionado
2. Pessoal médico - relacionado
3. Empregado - relacionado
4. Propriedade - relacionado
5. Financeiro e Outros

Dentre os objetivos do gerenciamento de risco, destaca-se o objetivo de reduzir os riscos clínicos e não clínicos, e para tal o Instituto para Melhoria dos Cuidados à Saúde - *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* - propõe ações e intervenções de atuação nos seguintes pontos (Dutra, 2010):

- Prevenir infecções cirúrgicas;
- Prevenir pneumonia associada à ventilação mecânica;
- Prevenir infecção em cateter venoso central;
- Prevenir eventos adversos de medicação (anticoagulantes, narcóticos, sedativos, insulina);
- Prover Tratamento Baseado em Evidências para Infarto Agudo do Miocárdio;
- Atender rápido os doentes que demonstrem sinais de deterioração clínica, prevenindo assim parada cardíaca;

- Prevenir danos causados por determinados medicamentos considerados críticos (anticoagulantes, sedativos, narcóticos);
- Diminuir complicações cirúrgicas;
- Prevenir úlceras de Pressão;
- Prevenir infecção por MRSA (bactérias resistentes chamadas de Staphylococcus aureus - meticilina-resistente);
- Prover tratamento baseado em evidências para Insuficiência Cardíaca Congestiva;
- Envolver a alta administração no processo.

Diante dos riscos existentes na complexidade da área da saúde, recomenda-se a estruturação da gestão do risco de forma que busque os seguintes benefícios para a organização (Burmester, H.,2017):

- Maior controle;
- Diminuição das crises e de seus impactos;
- Diminuição da ocorrência de surpresas e problemas;
- Proteção contra perdas catastróficas
- Atendimento à regulação;
- Maior previsibilidade;
- Aumento da probabilidade de sucesso.

Mas transmitir valor aos doentes deve ser o principal objetivo da prestação de cuidados de saúde em uma organização de saúde (Etges et al., 2019).

E o valor aumenta quando as organizações se concentram em resultados, e através da adoção de processos sistemáticos a fim de melhorar a eficiência (Paula, Etges, Grenon, Souza, et al., 2018).

Uma característica chave da gestão do risco na prática diária diz respeito ao reconhecimento dos riscos relacionados com o serviço de gerir e ter em funcionamento os sistemas e processos para reduzir o risco de que estes ocorram ou se fazem-no, para minimizar o seu impacto. O risco, porém, não deve ser visto apenas como negativo, mas também como positivo, ou seja, como um quadro dentro das quais podem ser tomadas decisões que, a um nível de serviço, podem impulsionar a mudança e a inovação (HSE, 2010).

3.2. A gestão do risco clínico e a segurança dos doentes

Após a publicação de *To Err Is Human and Crossing the Qualidade Chasm*, os gestores de risco de saúde foram desafiados a enfatizar a segurança dos doentes e a melhorar a eficácia dos sistemas de saúde (West, 2016).

A OMS descreve a segurança dos doentes como: "A liberdade do doente de danos desnecessários ou potenciais danos causados por eventos adversos em qualquer contexto de cuidados de saúde" (Runciman et al. 2009).

A atenção para o tema (segurança dos doentes), aumentou consideravelmente nas últimas décadas (Vincent, 2020).

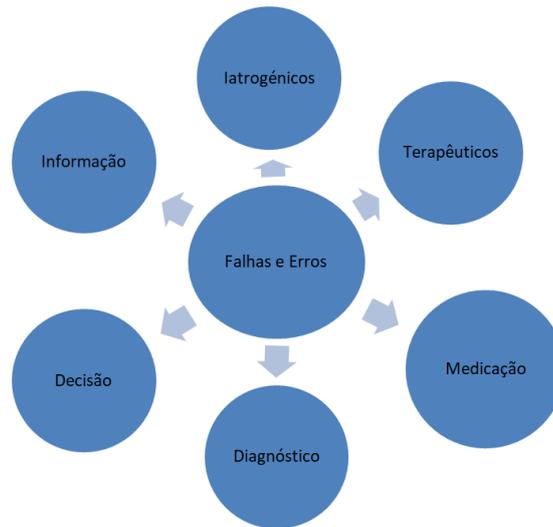
No setor da saúde, a segurança dos doentes tornou-se um dos principais objetivos de qualidade, com o objetivo de reduzir os riscos (Lui, 2019).

Como os riscos clínicos podem ser considerados como riscos operacionais dos cuidados de saúde. Na sequência da publicação do Relatório *Errar é humano* e das ações de acompanhamento da OMS, com a resolução de 2002 sobre a melhoria da qualidade e da segurança nos cuidados de saúde, e da subsequente Aliança Mundial para a Segurança dos Doentes em 2004, sendo assim, o foco da gestão dos riscos começou a deslocar-se para a qualidade e a segurança dos doentes (Turón, 2017).

Sendo que a principal abordagem à gestão do risco envolve tentativas de melhorar a segurança da prática, reconhecendo a possibilidade de erro e desenvolvendo estratégias de redução de erro (Walshe, Sheldon, & Walshe, 2016).

Os autores, Wilson e Tingle (1999), referem-se ao risco clínico como erro clínico estar em desacordo com o tratamento pretendido, cuidado, intervenção terapêutica ou resultado de diagnóstico. Venda, (2005) e Kohn et al. (1999) definem o risco clínico como a probabilidade de um doente ser afetado por um acontecimento adverso causado voluntária ou involuntariamente por tratamentos médicos. No entanto, o risco clínico não se deve apenas a atividades médicas com impacto direto nos doentes, mas é dependente sobre um conjunto maior de atividades e profissionais. Pode ser determinado por muitos fatores relacionados com o sistema, o ambiente, e a interação de indivíduos que operam nos processos ligados a prestação de cuidados e em uma perspetiva mais ampla sobre o risco clínico, inclui todos os eventos que possam afetar direta e indiretamente a segurança dos doentes (Cagliano et al., 2011).

Figura: 4. Risco clínico - Complicações dos atos clínicos



Fonte:(Nuno Alves, 2011)

Na área da saúde, o risco é abordado pelos atores de gestão em saúde, em ações que podem vir a causar danos, não intencional devido a acidentes clínicos. Visto que afinal, os erros e eventos adversos em que as pessoas são prejudicadas por tratamento médico, são mais comuns do que se pensa (Walshe & Sheldon, 1998). Entretanto foi constatado, que hoje a maioria desses erros médicos evitáveis não foram atribuídas à ação de um único indivíduo, mas é mais provável em sistemas defeituosos, processos e condições que permitiram estes erros médicos a ocorrer apesar das boas intenções (Carroll, 2015).

A maioria das lesões e mortes relacionadas com a segurança são evitáveis através da conceção de segurança e planeamento de processos e técnicas (Farokhzadian et al., 2018).

No que concerne os cuidados de saúde, estes estão frequentemente fragmentados entre vários prestadores de cuidados de saúde e todos têm de aceitar que têm uma responsabilidade individual pela segurança dos doentes e que também têm de estar dispostos a trabalhar com os vários outros profissionais que são normalmente necessários para cuidados de saúde eficazes (Sandars & Cook, 2013).

A gestão do risco clínico assume assim um papel primordial nas instituições de saúde no intuito de assegurar cuidados mais seguros.

Há que ter em conta que a segurança é apenas uma das dimensões da qualidade dos cuidados de saúde, com acesso, oportunidade, eficácia, eficiência, adequação e aceitabilidade (Runciman, 2006) mas dado a sua magnitude, o tema da segurança acabou por ser transformado de um problema profissional privado para uma importante questão de saúde pública global (Bowden, C, 2018).

Ao gestor clínico cabe identificar as circunstâncias que colocam os doentes em risco de danos e, de maneira a agir para evitar ou controlar esses riscos (Bolcato et al., 2019).

A partir da gestão do risco pode-se definir as bases para a exposição ao risco clínico e posteriormente, apresentar quais as estratégias para lidar com os riscos em áreas específicas de exposição, sendo que muitos destes são provenientes dos cuidados de saúde, a fim de melhorar as ações, aumentar a responsabilização profissional, o último já embasado na teoria da negligência profissional quando o mesmo viola o seu dever de prestar cuidados razoáveis a um doente, resultando em uma prática abaixo das normas que, por sua vez, causou danos (Carroll, 2001). Salientando a integração dos profissionais em um processo de análise e aprendizagem para a cultura de segurança positiva.

Em 2005, a *WHO* identificou 6 áreas problemáticas na assistência médica (prática clínica) e instituiu um conjunto de medidas para promover melhorias no atendimento hospitalar dentre as quais são metas internacionais de segurança do doente (WHO, 2017b):

1. Identificação correta do doente
2. Melhorar a comunicação entre os profissionais da assistência
3. Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância
4. Assegurar cirurgias em local de intervenção, procedimentos e doentes corretos
5. Reduzir o risco de infecção associada aos cuidados de saúde
6. Reduzir os riscos de lesões decorrentes de quedas

Mas que em suma, pode vir a ser enquadrado para toda a rede de cuidados de saúde, sem especificidade para a carreira médica, mas também para todos os profissionais clínicos.

A Organização Internacional de Normalização (ISO) desenvolveu princípios, estrutura e processo para orientar a gestão dos riscos. Todavia as normas (que são diretrizes voluntárias) enfatizam a necessidade específica e a estrutura da organização em particular (Kavaler, 2014).

As diretrizes (*guidelines*) da prática clínica são ferramentas para padronizar e implementar cuidados, e destinam-se a influenciar a tomada de decisões clínicas com consequências nos resultados dos doentes, custos do sistema de saúde e utilização de recursos (Wilkinson et al., 2018).

Para garantir a segurança do doente

A Agência Nacional de Segurança do Doente (*National Patient Safety Agency* <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/sevensteps>) publicou um guia, direcionado aos gestores clínicos e, em especial, aos gestores do risco das instituições do Sistema Nacional de Saúde, onde foram

apresentados os 7 passos para garantir a segurança do doente, que enumeram, em uma tradução livre, as seguintes ações (Junior, H. C., 2017):

1. Construa uma cultura de segurança;
2. Dirija e dê suporte aos seus profissionais;
3. Integre as suas atividades de gerenciamento de risco;
4. Promova as notificações;
5. Envolver e se comunique com os doentes e com o público;
6. Aprenda e compartilhe lições sobre segurança e
7. Implemente soluções para prevenir danos.

Existem diversos exemplos de métodos para avaliações de segurança:

- Sistemas de classificação para a segurança do doente dentre os quais, destacamos:

Quadro conceptual da *World Health Organisation International Classification for Patient Safety (WHO ICPS) conceptual framework (World Health Health Organisation 2009)*, *JCAHO Patient Safety Event Taxonomy (Chang et al. 2005)*, *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (Brixey et al. 2002)*, and the *Advanced Incident Management System (AIMS) of the Australian Patient Safety Foundation (Patient Safety International 2010)* (Johnson, 2010).

- Ferramenta para avaliar as percepções dos profissionais de saúde sobre atitudes relacionadas à segurança:

O *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* é a ferramenta de pesquisa mais usada para avaliar as percepções dos profissionais de saúde sobre atitudes relacionadas à segurança do doente em várias áreas clínicas e ambientes de saúde (Braithwaite et al., 2020). Existem muitas versões do SAQ, incluindo adaptações da pesquisa para a Unidade de Terapia Intensiva, cirurgia, Departamento de Emergência, farmácias, cuidados ambulatoriais e assim por diante (Braithwaite et al., 2020).

- Ferramenta para avaliar o progresso no desenvolvimento de uma cultura de segurança:

A *Primary Care Trust* indica a abordagem que estão a adotar através de uma Estrutura de Segurança dos Doentes de *Manchester (MaPSaF)* e que foi desenvolvido para ajudar as organizações do Sistema Nacional de Saúde a avaliar o seu progresso no desenvolvimento de um cultura de segurança. A

ferramenta assiste as equipas de saúde em medir o seu progresso no sentido de tornar o doente seguro, um foco central dentro da sua organização. E pode ajudar a identificar áreas de pontos fortes particulares ou fraqueza que ajudando a canalizar recursos em a forma mais apropriada de melhorar a cultura de segurança do doente (Parker, 2009).

➤ **Medição e monitorização da segurança**

Uma alternativa de medição e monitorização da segurança (Vincent et al., 2014). Desenvolvido por um estudo abrangente dos sistemas de medição e controlo de segurança e quadros em várias indústrias de alto risco, com abordagem à segurança; Aborda as cinco dimensões: danos passados, fiabilidade, sensibilidade ao funcionamento, antecipação e preparação, e integração e aprendizagem. Sendo que aplicação contínua de cada dimensão é necessária como parte da medição e monitorização da segurança e é representado na figura 4, sob a forma de círculos ligados (Ebrahim, 2018).

Figura: 5. O quadro de medição e monitorização da segurança



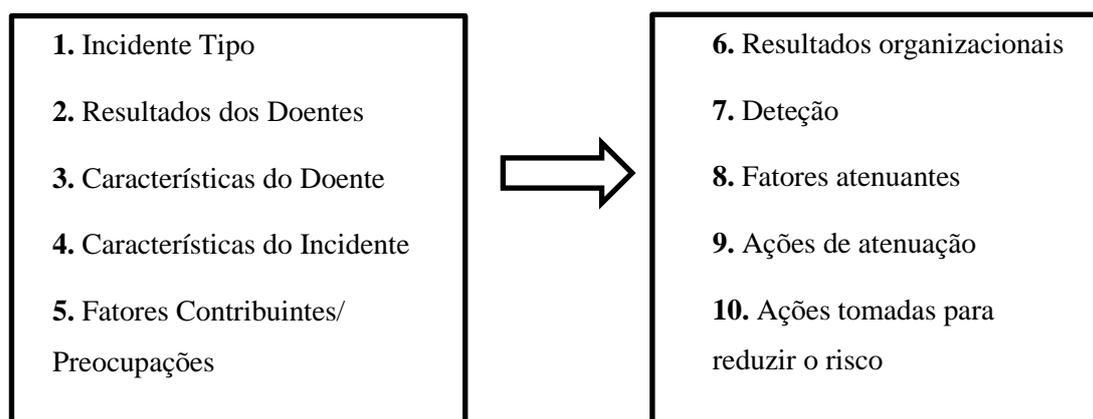
Fonte: (Ebrahim, 2018)

Figura: 5, De "Medida de segurança e monitorização nos cuidados de saúde: Uma estrutura para orientar as equipas clínicas e os cuidados de saúde

organizações na manutenção da segurança", por Vincent, (2014) no documento intitulado *British Medical Journal Quality and Safety*, 23, p. 672 (Ebrahim Zadeh, 2018).

Para reduzir os riscos pode-se seguir as classificações ilustradas no Quadro 3, conceptual da *International Classification for Patient Safety* (ICPS).

Quadro: 3. Conceptual da *International Classification for Patient Safety* (ICPS)



Neste âmbito, as ações tomadas para reduzir os riscos representam uma aprendizagem coletiva, a partir das informações classificadas nas 10 classes de alto nível, necessárias para melhorar o sistema, reduzir os riscos e melhorar os cuidados prestados aos doentes (WHO, 2010).

E para tal é importante que as organizações de saúde e principalmente a gestão do risco não apenas entendam a distinção entre a gestão do risco e a segurança do doente, mas que reconheçam como ela pode ter impacto na forma como o risco é tratado na própria organização (Youngberg, 2010).

A função de segurança é encontrar e definir os erros operacionais que resultam em acidentes, sendo que o sistema de segurança deve ser feito de modo a adaptar-se à cultura da organização da empresa em questão (Dhillon, B. S, 2011).

Em termos de processo de gestão, o movimento em direção a padronização, promovido através de organizações como o Instituto Nacional de Excelência Clínica, e o doente Agência Nacional de Segurança, foi fundamental. Porque ambas as organizações buscam definir melhores práticas, na forma de diretrizes e protocolos, e depois incentivar as organizações de saúde a adotá-las, com inspeções e auditorias regulares que podem servir, em parte, para assegurar os processos de gestão do risco que as organizações de saúde têm implementado.

Assim, a abordagem de execução para a gestão de segurança também é evidente no contexto dos cuidados de saúde (Parker, 2009).

Mas o termo "segurança do doente" ou do doente como é o caso do estudo é extremamente complexo pois todos os aspetos da prestação de cuidados de saúde têm implicações para a segurança dos doentes, e o mais óbvio é que os doentes estão nas mãos dos profissionais que os tratam e têm de confiar na sua competência e desempenho individuais; No entanto, a segurança também depende de questões maiores do sistema, tais como os níveis adequados de *staffing*, *sufficient* espaço de cama, a conceção dos edifícios, o fabrico de medicamentos e dispositivos e a organização e financiamento dos sistemas de saúde (Bowden, C, 2018).

Que estão muito além das questões da gestão do risco clínico mas que interferem consequentemente no resultado de efectiva segurança ao doente.

Para afectar a cultura de segurança dos doentes em cuidados primários, foram encontradas duas estratégias: *workshops* sobre gestão do risco e auditoria de eventos significativos (Vincent, 2020).

Desta feita, a gestão do risco clínico assume um papel primordial nas instituições de saúde no intuito de assegurar cuidados de saúde mais seguros aos seus doentes.

3.3. O profissional de gestão do risco em saúde

Na década de 1980, a profissão de gestão do risco se restringia em terminologia e delimitação do seu papel, visto naquela altura como profissional de garantia de qualidade, e posteriormente, foi compreendido o englobamento em sua função de segurança do doente, deixando assim o seu enfoque restrito de gestão do risco clínico (Carroll, 2015).

O profissional Certificado em Gestão do Risco de Cuidados de Saúde (CPHRM) é aquele que demonstre a sua experiência e perícia na gestão do risco de cuidados de saúde. O CPHRM é a principal certificação da profissão e é um pré-requisito para muitos dos melhores trabalhos na área, estes são capacitados sobre os Fundamentos da Gestão do Risco dos Cuidados de Saúde, os conceitos centrais da gestão dos riscos dos cuidados de saúde abrangidos nos Fundamentos de Gestão do Risco dos Cuidados de Saúde, tais como Reclamações de Cuidados de Saúde e de Litígios financiamento dos cuidados de saúde de risco e gestão do risco de segurança dos doentes (ASHRM, 2020).

Porém o Programa de Certificado de Gestão do Risco de Saúde (GRH), oferecido em eventos da *Society for Healthcare Risk Management* (ASHRM), cobre estes tópicos fundamentais de aprendizagem intensiva e é recomendado a qualquer pessoa com menos de 5 anos de experiência na profissão, mas em 2020, no intuito de melhorar o enquadramento com a dinâmica atual, o exame para a formação sofreu consideráveis alterações, como segue na Tabela 2, abaixo (ASHRM, 2020):

Tabela: 2. Critérios para aprovação do gestor do risco

Domínios anteriores do CPHRM	2 de janeiro de 2020 Domínios e peso da CPHRM
1. Segurança clínica / do doente: 35 itens	1. Segurança clínica / do doente: 25 itens
2. <u>Financiamento de Risco: 10 itens</u>	2. <u>Financiamento de Risco: 15 itens</u>
3. Jurídico e Regulatório: 24 itens	3. Jurídico e Regulatório: 20 itens
4. Operações de Assistência à Saúde: 20 itens	4. Operações de Assistência à Saúde: 20 itens
5. <u>Reivindicações e Litígios: 5 itens</u>	5. <u>Reivindicações e Litígios: 20 itens</u>

Ou seja, aumentou-se o enfoque nas reivindicações e litígios e no financiamento de risco.

Outra alternativa que pode ser enquadrada a primeira ou não, é capacitação por intermédio do Curso ISO 31000:2018 *Lead Risk Manager*, com o objetivo de melhorar as capacidades dos seguintes destinatários que já atuam na área de gestores de risco, consultores e/ou peritos de risco; proprietários de processos empresariais; gestores de risco de negócios; gestores de conformidade regulamentar e/ou gestores de riscos legais; gestores de projetos; gestores de serviços de Tecnologias de informação, gestores de segurança da informação, gestores de continuidade de negócios; ou qualquer pessoa responsável ou envolvida na gestão do risco de uma organização (ISO, 2018).

Além do mais, a instituições de ensino que utilizam-se de apoios com agências reconhecidamente credenciadas, para prestando formação de pós-graduação a profissionais.

Os profissionais que normalmente trabalham nas áreas de gerenciamento de riscos, no âmbito da saúde, além dos médicos, incluem (Chugh, 2015):

- Gerenciamento de financiamento, seguro e sinistros
- Gerenciamento de operações e incidentes
- Preparação para emergências

➤ Departamento de Qualidade

Um modelo de quem são considerados e entendidos como gestores de risco, segundo a Política de Gestão do Risco da Agência Nacional de Saúde Suplementar do Brasil (ANS) (ANS, 2015).

São considerados gestores de riscos, em seus respectivos âmbitos e escopos de atuação, o Diretor-Presidente, os Diretores, o Secretário-Geral, o Chefe de Gabinete, os Diretores Adjuntos, os Gerentes-Gerais, os Gerentes, os Coordenadores ou equivalentes, os Chefes de Núcleo da ANS, os Cargos Commissionados Técnicos e os Assessores, responsáveis por processos de trabalho, projetos e iniciativas estratégicas, táticas e operacionais da ANS.

Sendo facultativa a participação do Procurador-Chefe, do Ouvidor, do Auditor-Chefe, do Corregedor e do Presidente da Comissão de Ética na presente política que se dará após oitiva e manifestação formal de suas respectivas adesões, hipótese em que os referidos agentes públicos também serão considerados gestores de riscos.

A literatura recente sobre gestão do risco destacou o papel crescente de profissionais de gestão do risco no reconhecimento de oportunidades de melhorias no intuito de obter segurança aos doentes (Bunting & Groszkruger, 2016). Com recomendação de ferramentas e técnicas de controle adequadas de gestão do risco para segurança (Ebrahim Zadeh, 2018).

Os profissionais de gestão do risco em saúde, os principais agentes de risco, os profissionais de gestão do risco médicos e os agentes de segurança dos doentes são um grupo diversificado de profissionais altamente qualificado e devem valorizar a educação contínua dos estudos da ASHRM (Carroll, 2019).

É provável que um clínico experiente seja bem versado nos meandros dos processos clínicos do negócio, mas confiar apenas nesse indivíduo para avaliar a resiliência técnica da solução pode ter falhas. Uma abordagem alternativa, mais rigorosa, é usar o mapeamento de habilidades para determinar quais indivíduos são apropriados para ocupar as funções de um projeto específico como este, pois o representante de gestão do risco talvez devesse receber específico treinamento à ser capaz de comprovar casos de segurança previamente emitidos (Stavert-Dobson, 2016).

No qual a profissão de gestor de cuidados de saúde será desenvolvida, uma vez que, os profissionais de gestão do risco de saúde vem de uma variedade de experiências profissionais e educacionais, incluindo enfermagem, direito, administração, garantia de qualidade e seguros (Pedroto, 2006).

Existem alguns indicadores iniciais de que o gestor de risco das organizações de cuidados de saúde, carecem de capacidade (talento, flexibilidade organizacional, tecnologia) ou de tempo para se prepararem para o tipo e ritmo de mudança que a indústria de cuidados de saúde irá provavelmente experimentar nos próximos anos (Gerhardt, 2019).

Até porque à atuação do profissional de gestão do risco começa antes de ocorrerem falhas que possam ter causado qualquer dano. Na prática, isto não significa que temos uma ausência de falhas, mas que a exatidão, fiabilidade e rapidez das falhas de manuseamento reduzem os riscos e danos consequentes e consequentemente, a utilização de uma abordagem profissional de gestão do risco numa organização, pode melhorar a segurança dentro da organização (Lui, 2019).

É primordial realçar que para ter sucesso, os gestores de risco de saúde devem desenvolver uma variedade de competências necessárias para realizar um trabalho muitas vezes difícil neste ambiente complexo, como é o caso das organizações de saúde (Carroll, 2001).

Isso significa que eles devem ter as habilidades necessárias para interagir efetivamente com todos os tipos de pessoas e se fazer entender claramente, e devem ser capazes de fazer isso sob circunstâncias muitas vezes difíceis, como segue (Carroll, 2001):

- Capacidade de comunicar - Comunicação, que inclui a escrita, a escuta e a fala. Os gestores de riscos de saúde são frequentemente chamados a conduzir sessões educativas para outros profissionais de saúde, tanto profissionais como não-profissionais e funcionários. Eles também devem frequentemente fazer apresentações formais para administradores ou para membros do conselho ou curadores. Por esta razão, excelentes habilidades de comunicação oral e uma compreensão completa e aplicação de estilos de apresentação eficazes são de importância crítica para um gerente de risco de saúde bem-sucedido. Além de se comunicarem bem oralmente, os gestores de risco de saúde bem-sucedidos também devem ser capazes de se comunicar bem por escrito. Os gestores de risco dos cuidados de saúde devem frequentemente preparar relatórios detalhados de casos individuais, assim como relatórios de tendências e padrões. Além disso, os gestores de risco são frequentemente chamados a desenvolver políticas, procedimentos e outros documentos de orientação que serão usados por outros em todos os níveis da organização. Por esse motivo, o gestor de riscos de saúde deve ter a capacidade de comunicar de forma clara, precisa e sucinta, por escrito.

- Capacidade de Ouvir - Finalmente, a capacidade de ouvir bem é outro componente essencial da excelente capacidade de comunicação necessária para o gestor de risco dos cuidados de saúde de sucesso. Uma função essencial do gestor de risco dos cuidados de saúde é a recolha de factos após um evento sério. Isto envolve entrevistar os envolvidos, ouvir cuidadosamente as suas histórias e reconstruir os eventos que ocorreram. O gestor de riscos dos cuidados de saúde também deve ser capaz de obter informações sobre riscos e exposições a partir de uma variedade de outras fontes, incluindo relatórios de

comitês e discussões informais. O gestor de risco dos cuidados de saúde bem-sucedido deve ser capaz de ouvir cuidadosamente todas as informações sem julgar e processar cuidadosa e objetivamente essas informações, bem como transmiti-las a outras pessoas que possam precisar delas. Assim, a capacidade de ouvir bem é uma habilidade complexa e crítica para o gestor de riscos dos cuidados de saúde.

- Capacidade de negociar - Outra habilidade importante para o gestor de risco dos cuidados de saúde bem-sucedido é a capacidade de negociar. O profissional de gestão do risco dos cuidados de saúde frequentemente serve como negociador em diversas situações, tais como a resolução de reclamações ou queixas de doentes, a garantia de serviços de corretagem ou cobertura de seguro, ou no desenvolvimento de acordos de indemnização ou linguagem contratual. Por este motivo, o gestor de riscos de cuidados de saúde bem-sucedido deve ter ou desenvolver as habilidades usadas por negociadores especializados. Outra habilidade crítica para um gerente de risco de cuidados de saúde é a capacidade de permanecer objetivo. Os gestores de risco dos cuidados de saúde estão frequentemente envolvidos em situações de carga emocional, e são frequentemente chamados a dar apoio e orientação àqueles mais estreitamente associados a esses eventos. Eles também devem se encarregar de descobrir os fatos e determinar o melhor curso de ação. Para fazer isto eficazmente, o profissional de gestão do risco de saúde deve ter a capacidade de manter a objetividade e o distanciamento profissional, mesmo em situações emocionalmente difíceis, e de seguir o melhor curso de ação para a organização, independentemente dos sentimentos pessoais.

- Confidencialidade - Capacidade de manter a confidencialidade. Devido à natureza do seu trabalho, os gestores de risco dos cuidados de saúde frequentemente entram em contacto com situações e padrões de factos que têm a capacidade de prejudicar seriamente ou destruir a organização e os indivíduos que nela trabalham. O gestor de riscos dos cuidados de saúde deve ser capaz de realizar as atividades necessárias para proteger as organizações e os indivíduos e, ao mesmo tempo, ser capaz de se abster de partilhar informações desnecessariamente, independentemente de quão tentadora ou tentadora a situação possa ser. Manter a confidencialidade é fundamental não só para proteger aqueles envolvidos em um evento adverso ou circunstância potencialmente prejudicial, mas também para ganhar e manter a confiança daqueles que possam fornecer informações importantes para o gerente de risco de saúde no futuro.

Tratando-se da complexidade de um sistema de saúde realça-se o envolvimento na área da saúde de um grande número de intervenientes que têm de trabalhar eficazmente com a

informação, como por exemplo, a prestação de cuidados de saúde requer médicos de cuidados primários, enfermeiros, médicos e enfermeiros especialistas, extensionistas médicos, pagadores de cuidados de saúde, administradores e profissionais de saúde aliados, muitos dos quais trabalham tanto em regime de internamento como em regime ambulatorio (IOM, 2012).

E é a ação destes, que justifica a importância do profissional de gestão do risco em saúde.

O Ronaldo Fragoso, líder da área de *Risk Advisory da Deloitte*, afirma que a melhor forma de fazer um público tão diverso compreender a importância disso é, em primeiro lugar, descentralizar a responsabilidade de estar alerta quanto a riscos. Haverá sempre uma área de riscos, que é essencial. Porém, cabe às instâncias superiores, como a diretoria executiva ou o conselho administrativo, deixar claro que gerenciar riscos não é obrigação apenas dessa área ou de um sistema que ela use, mas sim de todos os funcionários e colaboradores. Tem que haver um entendimento geral de que a gestão do risco faz parte do dia a dia de trabalho.

Ele acredita também que não se consegue inserir essa cultura instantaneamente e nem mesmo forçar a atenção ao assunto apenas com a elaboração dos relatórios anuais. Roberto Zegarra, vice-presidente sênior da Prática de Consultoria de Riscos (MRC) na América Latina da *Marsh Risk Consulting*, explica que é uma questão de hábito. É necessário discutir constantemente os riscos pessoais, operacionais, financeiros e reputacionais com todas as áreas. As pessoas têm que se sentir estimuladas a pensar em potenciais ameaças e em resoluções para elas, e também a falar sobre isso.

Sendo assim, os gestores do risco dos cuidados de saúde são chamados constantemente a interagir com todos os níveis de autoridade dentro da organização, bem como com os doentes e outros clientes. Eles frequentemente agem como representantes "oficiais" da organização em circunstâncias muito sensíveis (Carroll, 2001).

E para tal Junior, (2017) diz que o gestor de risco deve ter um perfil mais estruturado em competências técnicas específicas, a sua atuação deve estar mais direcionada para o uso de instrumentos ou ferramentas técnicas de análise e levantamento de situações que potencialmente podem ou causam danos aos usuários que se utilizam da prestação dos cuidados, da oferta dos serviços ou das instalações, incluídos doentes, profissionais, visitantes, prestadores de serviços e fornecedores, é esperado que o gestor do risco apresente competências que incluam análises críticas e técnicas estatísticas e domínio de legislações e regulamentos técnicos vigentes, atuando de forma diária, dinâmica e prática com demais comissões ou comitês constituídos na instituição, de forma especial a Comissão de Controle de Infecção, a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e caso estejam definidas, a de Segurança e Manutenção Predial.

Gerir riscos não significa estar atento ou ciente dos perigos que estão ao nosso alcance. Implica em analisar contextos e possibilidades e inferir graus ou potencialidades para os perigos que de fato não estão ao alcance dos olhos (Junior, 2016).

De acordo com a *American Society for health care Risk Management (ASHRM)*, não existe um caminho direto e singular para se tornar um gestor de riscos de cuidados de saúde. No entanto, deve-se ter uma compreensão básica da gestão do risco no mundo dos cuidados de saúde através de experiência prática e/ou educação. Ressalta ainda que os antecedentes educacionais comuns incluem negócios, seguros, clínica/enfermagem, medicina e direito. No entanto, existem outros antecedentes dos quais os gestores de risco dos cuidados de saúde também são oriundos. Estes incluem áreas como farmacêutica, biometria, direito da saúde e outras (ASHRM, 2020).

3.4. Competências do gestor do risco em saúde

Cabe ressaltar que foi em 1999, que a ASHRM, realizou o primeiro estudo de delineamento de funções na gestão do risco de saúde, com o objetivo de identificar as atividades que compõem o trabalho de um gerente de risco de saúde e, assim, definir o corpo de conhecimentos do gerenciamento de risco de saúde (Carroll, 2001).

Os autores, Kuhn e Youngberg (2002) escreveram que a melhoria da segurança do doente é o primeiro objetivo do movimento moderno de gestão do risco de saúde (John, 2012). E o objetivo principal de um programa de gestão do risco de saúde é proteger a organização de saúde contra perdas (Carroll, 2019).

Em um estudo efetuado pela Universidade da África do Sul, constatou-se, algumas competências de gestão do risco de modo geral demonstradas na Tabela 3 (Swardt, 2020):

Tabela: 3. Competências de gestão do risco segundo Marx & Swardt, (2020)

Autor	Competências
Louisot (2003)	Administração Geral O processo de gestão do risco Liderança e comunicação Especificação do setor de conhecimento
Ashby, 2011 , pp. 334-339	A realização de relatórios de risco sólidos, que não requer apenas uma comunicação clara e significativa dos dados certos para as pessoas certas, mas também que a administração deve ter a capacidade de entender os dados apresentados a eles.

Koh et al. (2015)	Uma abordagem que integra conceitos inter-relacionados, nomeadamente (competências gerais, competências dinâmicas e organização) que aprende rotineiramente. Eles identificam indicadores de risco operacional da literatura. Isso incluiu manter-se atualizado sobre os acordos e outras questões regulatórias, bem como benchmarks internacionais, auto desenvolvimento proativo, indução, aprendizado por meio do desenvolvimento de modelos de risco próprios e nomeação de funcionários com habilidades matemáticas para a gestão de derivativos.
Leaver and Reader (2016)	Identificou habilidades não técnicas que influenciou a gestão do risco e desempenho em ambientes de negociação. Eles descobriram que a tomada de decisões, liderança, consciência situacional e trabalho em equipe são habilidades não técnicas importantes e determinantes da gestão do risco e desempenho.
Hopkin (2017 , pp. 325 - 333)	A gestão do risco é cada vez mais vista como um profissão, e essa profissão deve ter uma gama de habilidades técnicas e pessoais. As habilidades técnicas necessárias são habilidades associadas ao planejamento de uma estratégia de gerenciamento de risco, implementação de uma arquitetura de gerenciamento de risco, medição do desempenho do gerenciamento de risco e aprendizado com a experiência em gerenciamento de risco. As habilidades pessoais são as competências de comunicação, relacionamento interpessoal, analíticas e de gestão (incluindo autogestão). Um profissional de risco também deve ter habilidades políticas e ser capaz de influenciar, negociar e motivar os outros. Além disso, o profissional de risco deve ter capacidade de resolução de problemas e tomada de decisão, bem como um sólido conhecimento de negócios e gestão do risco,
International Organization for Standardization ISO 31000:2018	Pode-se deduzir que um gerente de risco deve ter competências como discernimento (na identificação de riscos), habilidades analíticas e de tomada de decisão, habilidades de comunicação e consulta, bem como vigilância (no monitoramento e revisão de riscos).

Mas, primeiramente o risco deve ser identificado através de incidentes de segurança, bem como de fontes externas, tais como alertas de segurança e inquéritos confidenciais para identificação do risco (Haxby, 2011). A partir deste, segue algumas de suas atividades:

Figura: 6. Suscitamente, atividades/estágios do gestor de risco de acordo com (Jones et al 2002, p. 124).

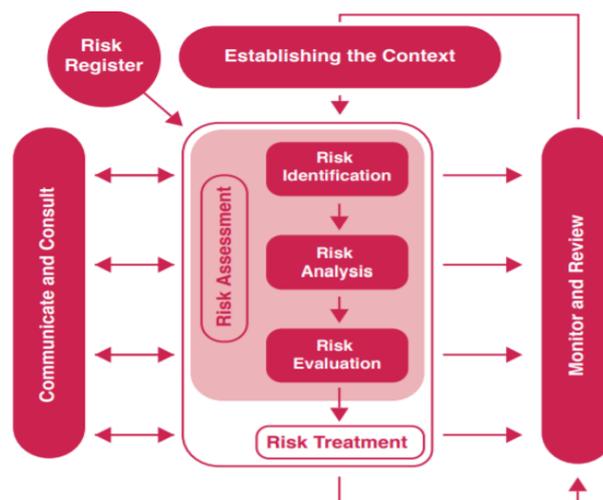


Fonte: (Jones et al., 2002)

Dentre outras são funções específicas de gestão do risco, a identificação, notificação e acompanhamento de incidentes (Kavaler, 2014).

Para que as atividades se cumpram é necessário definir claramente o processo a se percorrer ilustrado a seguir.

Figura: 7. O processo da gestão do risco



Fonte: (HSE, 2017)

O *Health Service Executive* da Irlanda, estabelece que o contexto no processo da gestão do risco, significa definir os fatores externos e internos à considerar quando gerem o risco, para

o contexto externo inclui os seus intervenientes externos, por exemplo, o Departamento de Saúde e outros departamentos governamentais, o quadro jurídico e regulamentar que se aplica a entrega dos cuidados de saúde, influências políticas, económicas, técnicas e demográficas.

O seu contexto interno está relacionado com as suas disposições de governação, disposições contratuais, por exemplo, a sua capacidade, políticas e procedimentos internos, incluindo, Recursos Humanos, Políticas Clínicas/de Cuidados, acordos-quadro com sindicatos, etc (HSE, 2017).

Por definição de um estudo efetuado em 2016, pelo *Journal of Epidemiology and Preventive Medicine*, segue as atividades do gestor de risco de saúde (Alam, 2016);

Tais definições também são reafirmadas em parte pelo *Health Service Executive (HSE)*, da Irlanda (HSE, 2017), a seguir:

➤ **Identificar os riscos:** A identificação do risco é o processo pelo qual os profissionais de saúde tornam-se conscientes dos riscos nos serviços de saúde e no ambiente.

Os riscos identificados são introduzidos na Ferramenta de Gestão do risco, e por vezes também conhecido como o Risco a se Registrar; Fontes de identificação do risco:

- a. Discussões com chefes de departamento, gestores e pessoal;
- b. Atividade de rastreio do doente (Rastreio da viagem de um doente desde a admissão até à alta);
- c. Retrospectiva dos registos dos doentes;
- d. Relatórios dos organismos de acreditação;
- e. Sistema de notificação de incidentes e eventos sentinela;
- f. Relatórios de infeções associadas aos cuidados de saúde (IHA);
- g. Relatórios do Comité Executivo;
- h. Relatório do comité de gestão e segurança das instalações;
- i. Reclamações dos doentes e resultados do inquérito de satisfação;
- j. Relatórios de comissões especializadas (tais como Morbidez e comité de mortalidade, gestão e utilização de medicamentos, controlo de infeções, utilização de sangue, gestão de instalações e comité de segurança).

➤ **Analisar os riscos:** A análise de risco consiste em desenvolver uma compreensão dos riscos identificados. Inclui o seguinte:

- a. Nível do risco ou pontuação do risco;
- b. Causas subjacentes;
- c. Controlo existentes: Ao examinar as medidas de controlo, deve ser dada consideração à sua adequação, método de implementação e nível de eficácia em

minimizando o risco ao nível mais baixo razoavelmente praticável. Estes incluir todas as medidas postas em prática para eliminar ou reduzir o risco e pode incluir;

- d. Políticas, procedimentos, protocolos, directrizes;
- e. Alarmes e bipes;
- f. Controlos de engenharia;
- g. Programas de cobertura de seguros;
- h. Equipas de código;
- i. Formações;
- j. Medidas de emergência;
- k. Controlos de manutenção preventiva.

Realizar o cálculo da pontuação de risco utilizando o método, multiplicando a pontuação de probabilidade por a gravidade da pontuação de impacto como abaixo:

$\text{Pontuação do risco (R)} = \text{Probabilidade (L)} \times \text{Gravidade do impacto (S)}$

Segundo o documento, a pontuação de probabilidade é baseada na perícia, conhecimento e experiência real do grupo que pontua a probabilidade. Ao avaliar probabilidade, é importante considerar a natureza do risco. Riscos são avaliados quanto à probabilidade de ocorrência futura; qual a probabilidade do risco ocorrer? Com que frequência é que isto ocorreu?

- **Avaliar os riscos:** O objetivo da avaliação dos riscos é dar prioridade aos riscos com base na pontuação da análise de risco e para decidir quais os riscos requerem tratamento e o modo de tratamento.

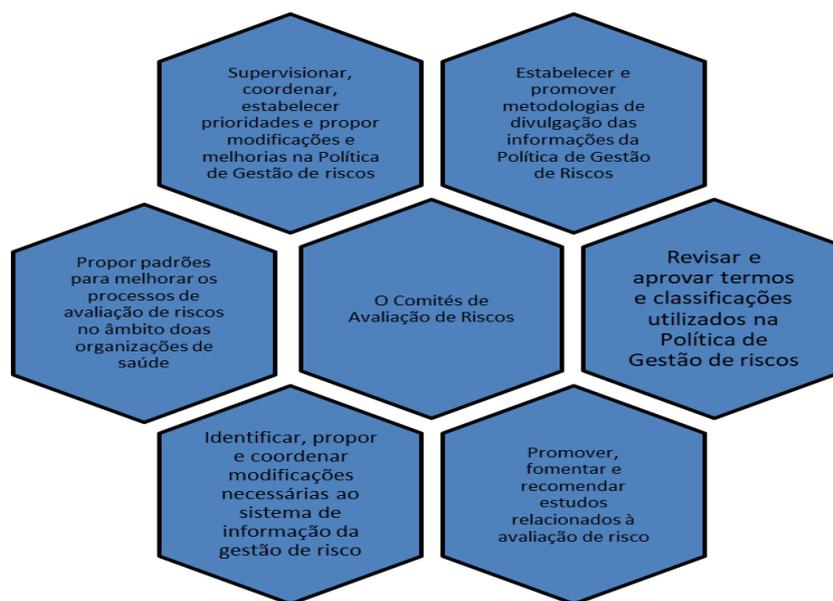
Existem várias técnicas para o processo de avaliação de risco (ANS, 2015):

- **BRAINSTORMING:** Técnica utilizada para estimular e incentivar o livre fluxo de conversação em equipe, com o objetivo de identificar: modos de falha potenciais; perigos; riscos; critérios para decisões; opções de tratamento.
- **ENTREVISTAS ESTRUTURADAS E SEMIESTRUTURADAS:** Na entrevista estruturada, há questões elaboradas a partir de uma folha de indicações que incentiva o entrevistado a identificar os riscos a partir de uma perspectiva diferente. Na entrevista semiestruturada, é permitida mais liberdade para uma conversação e exploração de questões que surgem.
- **CHECKLIST:** Listas de perigos, riscos e falhas de controle ou tratamento desenvolvidas pela experiência (falhas passadas ou avaliações anteriores).

- **TÉCNICA DE DELPHI:** É uma técnica não interativa em que um grupo de especialistas se reúnem para obter consenso a respeito dos riscos de um projeto, processo ou produto.
- **TÉCNICA ESTRUTURADA DE WHAT-IF:** Exame sistemático em equipe para identificação de riscos de desvios a partir de palavras ou frases de comando - “E se?” - por uma facilitador.
- **ANÁLISE DE CENÁRIOS:** É o desenvolvimento de modelos descritivos de como o futuro poderá se revelar e permite identificar os riscos nesses cenários.
- **ANÁLISE DE MODOS DE FALHA E EFEITOS:** Técnica utilizada para identificar as formas em que componentes, sistemas ou processos podem falhar em atender sua intenção de projeto.
- **ANÁLISE DE ÁRVORE DE FALHAS:** a) Permite identificar e analisar os fatos que podem contribuir para um evento indesejado; b) Os fatores causais são organizados de uma maneira lógica e representados em um diagrama de árvore que descreve também sua relação lógica para o evento de topo.
- **ANÁLISE DE ÁRVORE DE EVENTOS:** É uma técnica gráfica para representar as sequências mutuamente excludentes de eventos após um evento iniciador, de acordo com o funcionamento, ou não, dos vários sistemas projetados para mitigar as suas consequências.
- **ANÁLISE DE CAUSA-RAIZ:** a) Permite análise estruturada de uma grande perda para evitar a sua recorrência; b) Identifica as causas-raízes ou causas originais (causas básicas) para permitir ações de prevenção, ao invés de tratar somente dos sintomas (consequências).
- **ANÁLISE DA GRAVATA BORBOLETA:** Maneira esquemática simples de descrever e analisar os caminhos de um risco desde as causas até as consequências.

O Processo de Avaliação também depende da efetiva ação do Comitê de Avaliação de riscos, segue um modelo utilizado pela política de gestão do risco da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2015).

Figura: 8. Processo de Avaliação do Comité de Avaliação de riscos



Fonte: (ANS, 2015)

Instituições como o *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO) e a *International Organization for Standardization* (ISO) vêm investindo em estudos para a criação de normas e estruturas para melhor compreensão e utilização da gestão do risco nas corporações (ANS, 2015).

Para o *Health Service Executive* (HSE), o resultado da avaliação e tratamento do risco deve ser documentado num formulário de avaliação do risco e talvez registado no registo de risco relevante. Cópias do formulário de avaliação do risco e qualquer documentação deve ser mantida em arquivo, de acordo com os requisitos de retenção de registos (HSE, 2017).

➤ **Comunicação e Notificação de Risco**

É essencial que existam vias e processos claros para a comunicação e notificação de riscos a partir de um nível da organização para outro. Quando um risco é notificado a um Gestor mais elevado, esse Gestor pode:

- Rever o risco e decidir não o aceitar para gestão activa no seu registo de riscos.
- Avaliar esse risco no contexto da sua área de responsabilidade, incluí-lo no seu registo de riscos e decidir se acções relacionadas com ele precisam de ser notificadas posteriormente.

O resultado destas considerações deve ser formalmente comunicado de novo ao serviço que notificou o risco (HSE, 2017).

- **Tratamento de Risco:** Também conhecido como Redução de Risco, Risco Mitigação: As decisões sobre o tratamento do risco devem ser consistentes com os contextos internos, externos e de gestão do risco definidos e tendo em conta os objetivos e metas de serviço. Plano de tratamento deve ter:
 - a. Ações propostas
 - b. Requisitos de recursos
 - c. Pessoa (s) responsável (eis) pela ação
 - d. Prazos (Datas para as ações a realizar e data para revisão).

- **Controlar o risco:** Os métodos mais eficazes de controlo de risco são aqueles que redesenham os sistemas e processos para que o potencial para um resultado adverso seja reduzido. Outros métodos de controlo do risco incluem a redução da probabilidade de o risco e/ou a redução da gravidade do impacto do risco:
 - Reduzir a probabilidade de ocorrência do risco - por exemplo, através de prevenção manutenção, programas de auditoria e conformidade, supervisão, políticas e procedimentos, testes, formação de pessoal, controlos técnicos e programas de garantia de qualidade.
 - Reduzir a Severidade do Impacto do Risco que ocorre - através de plano de contingência (plano de contingência é um plano de apoio no caso o risco identificado tem efetivamente lugar), planos de recuperação de desastres, apoio fora do local, procedimentos de emergência, formação de pessoal, etc.

- **Transferência do risco:** A transferência do risco envolve outro parte que assume ou partilha alguma parte do risco através de termos de contrato, seguros, externalização, *joint-ventures*, etc.

- **Evitar o risco:** Isto é conseguido decidindo não para prosseguir com a atividade que contém um risco inaceitável, escolhendo uma atividade alternativa mais aceitável.

- **Monitorizar e Rever:** Uma vez implementada a gestão do risco, monitorização e revisão do processo/sistema que foi tomado é uma parte integrante do ciclo de gestão do risco, tal como descrito.

A monitorização e revisão utiliza as seguintes fontes de informação:

 - a. Notificação de incidentes
 - b. Indicadores de Auditoria Clínica
 - c. Traçadores de doentes
 - d. Rondas de segurança

- e. Queixas de doentes
- f. Inquérito de satisfação
- g. O pessoal queixa-se
- h. Registos médicos

Pode haver o designado, Risco residual ou seja o risco que subsiste depois de aplicarmos os controlos. Pois nem sempre é viável eliminar todos os riscos. Em vez disso, cabe ao gestor de riscos tomar medidas para reduzir o risco a um nível aceitável. O risco que resta é o risco residual.

$$\text{Risco residual} = \text{Risco total} - \text{Controlos}$$

Para contornar problemas com a realização de cálculos de riscos, pode se utilizar aplicativos de informática já utilizados em análises sofisticadas de risco como, *Risk register*, *EasyRisk Manager*, *Probabilistic Risk Assessment* e outros. Mas não é o objetivo do trabalho discernir sobre as suas variações (Burmester, H. 2017).

- **Encerramento de Risco:** Embora sob gestão ativa, um risco tem um estatuto de 'aberto'. Com a conclusão das ações e o mitigação do risco, pode ser considerada a alteração do seu estatuto para "monitor" ou "fechado". Riscos com um estatuto de "monitor", submeter-se a uma revisão periódica (por exemplo, semestral), para garantir que se mantêm mitigadas "na medida do razoavelmente praticável". Riscos que têm todas as ações necessárias concluídas e que não requerem; Outras ações recebem um estatuto "fechado" e são arquivadas num "registro fechado" para fins de auditoria (HSE, 2017).

Dentre as atividades de gerenciamento de risco, Jones, dispõe de pelo menos 4 tipos diferentes (Jones et al., 2002):

1. Revisão de projeto - conduzida como parte integrante das atividades de projeto e desenvolvimento;
2. Auditoria interna de qualidade - conduzida como parte de um sistema de gestão de qualidade;
3. Auditorias de qualidade de terceiros ou regulatórias, realizadas como parte do acesso a um mercado específico (por exemplo, auditoria de registro de certificação ISO 9001);
4. Segurança e revisão de segurança e eficácia de terceiros ou regulatórios, de acordo com os requisitos para ter acesso a um mercado específico.

Por outra, as responsabilidades do gestor de riscos de saúde podem ser divididas em 6 grandes áreas funcionais, como segue (Carroll, 2001):

1. Prevenção e redução de perdas,
2. Gestão de sinistros,
3. Financiamento de riscos,
4. Conformidade regulamentar e de acreditação,
5. Operações de gestão do risco e bioética e
6. Sucintamente em especificidades,

Por norma, o gerente de risco é responsável pelas atividades de gerenciamento de risco da instalação, que incluem a coordenação da cobertura de seguro e financiamento de risco, gerenciamento de sinistros contra a instalação, interface com a assessoria jurídica de defesa, administração do programa de gerenciamento de risco no dia-a-dia, gerenciamento e análise de dados de gerenciamento de risco e condução de programas educacionais de gerenciamento do risco, cumprindo os padrões relacionados ao gerenciamento do risco da JCAHO, tudo com o objetivo de controlar e minimizar as perdas para proteger os ativos da instalação, por outra, atua reportando-se à gerência no nível de vice-presidente, revisa e formula políticas ou mudanças organizacionais e faz recomendações para aprovação final pelo vice-presidente, *Chief Executive Officer (CEO)* e órgão dirigente (Carroll, 2001).

Mas a educação contínua e o reconhecimento profissional das realizações são componentes importantes de uma profissão em contínua evolução e marcos importantes para a gestão do risco de saúde e ao profissional de saúde (Carroll, 2019).

Dentre algumas atribuições dos gestores de risco incluem:

- Financiamento de riscos; gestão de eventos e incidentes; aspectos clínicos, financeiros, legais e comerciais em geral; os fatores psicológicos e humanos dos cuidados de saúde; análise estatística; seguros; e gestão de reclamações. No entanto, as descrições de suas funções são exclusivas das organizações em que estão empregados (ASHRM, 2020).
- Ajuda aos formadores hospitalares e os gestores de departamento a educar os funcionários sobre políticas e procedimentos de risco, responsabilidade e gestão do risco. Um gestor de riscos ajuda no desenvolvimento de programas de formação em gestão do risco e fala diretamente com o pessoal sobre riscos. Ele

também educa os prestadores de serviços e os profissionais de saúde externos ligados ao hospital e discute com eles as mudanças relacionadas com o risco que precisam de fazer. Além disso, um gestor de riscos analisa as más práticas médicas do hospital e dos médicos (e demais clínicos) e faz também recomendações sobre seguros de cobertura (Blake, 2016).

Primordialmente a análise de risco é, em resumo, a base da tomada de decisões e o processo de tomada de uma decisão pode ser dividido em oito etapas (Cook, 2006):

1. Identificação do problema
2. Definição do âmbito da questão
3. Recolha de informação sobre a qual se baseia a decisão
4. Criação de um modelo analítico para testar a decisão
5. Atribuição de probabilidades a todos os resultados possíveis
6. Quantificação do valor de cada resultado
7. Implementação da decisão
8. Revisão retrospectiva

Mas para a concretização da funcionalidade do gestor de risco, cabe ao sistema de gestão a inclusão dos seguintes elementos (Runciman et al., 2006):

- a. Um período de tempo dentro do qual os incidentes devem ser relatados;
- b. Designação do indivíduo para receber os relatórios de incidentes;
- c. Exigência de que qualquer funcionário ou pessoal médico nomeado que esteja ciente de um incidente deve denunciá-lo à pessoa apropriada;
- d. A partilha de informação, no mínimo, entre a garantia de qualidade e a gestão do risco.

O certo é que o sucesso do projeto/programa de gestão do risco depende da habilidade do gestor do risco em obter informações relevantes. Em qualquer programa de gerenciamento de risco, a pedra-chave para a coleta de informações é o relatório de incidentes por ser o principal instrumento de avaliação de risco em todo o processo do projecto/programa de gerenciamento de risco e em todos os sectores (Kavaler, 2014).

3.5. A qualidade

A qualidade do cuidado de saúde está na agenda de saúde global, e a segurança do doente é um dos seus componentes críticos, o objetivo de garantir o acesso à saúde de qualidade, foi considerado na Agenda 2030, que aborda várias dimensões do desenvolvimento sustentável (social, económica e ambiental), construído a partir dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (MEP, 2018).

A gestão de qualidade também trata de riscos importantes, mas é operada independentemente da gestão do risco. A gestão da qualidade serve frequentemente como uma plataforma metódica para a gestão do risco (Streimelweger, 2016).

Com a norma ISO 9001:2015 atualizada, a secção gestão do risco foi alargada e tornou-se uma parte importante na aplicação da gestão de qualidade de acordo com a ISO 9001. A distância entre a gestão do risco e a gestão da qualidade parece ter sido reduzida (Streimelweger, 2016).

Pressupõe-se que "a segurança do doente precisa de ser abordada com base numa ampla avaliação da saúde de um sistema" (Vincent, Taylor-Adams, & Stanhope, 1998).

Sugerindo que a Gestão da Qualidade e do Risco precisa de ser abordada em conjunto a fim de melhorar a segurança do doente (Streimelweger, 2016).

O Instituto de Medicina (OIM) considera a segurança do doente "indistinguível da prestação de cuidados de saúde de qualidade" (Pamela H. Mitchell, 2008)

Os cuidados de saúde são tão essenciais que são considerados uma questão prioritária para os governos de todo o mundo. Os governos são compelidos pelos seus cidadãos a providenciar um melhoramento contínuo nos serviços de saúde para assegurar uma melhor prestação de cuidados. A qualidade dos serviços é considerada um fator de extrema importância, sendo por isso crucial na prestação de cuidados de saúde. A qualidade da saúde é às vezes entendida principalmente em termos da estrutura Bruce-Jain, anteriormente centrado nas necessidades dos clientes e que foi ampliada para abranger tanto fatores socioeconómicos quanto ambientais. Também pode influenciar tanto a qualidade clínica quanto as perceções dos doentes sobre a qualidade (Owusu Kwateng, Lumor, & Acheampong, 2019).

Harteloh em (2003), revisou várias conceituações de qualidade e concluiu com uma definição muito abstrata: "Qualidade [é] um equilíbrio ideal entre as possibilidades realizadas e um quadro de normas e valores" ou seja é construído com base na interação entre atores relevantes que concordam com padrões (normas e valores) e componentes (possibilidades) (Mitchell, 2008).

Existem diferentes interpretações, algumas delas complementares, no entanto cada autor dá maior ênfase a determinado aspeto, tal como se evidencia na seguinte tabela 4 abaixo (Lopes, 2014):

Tabela: 4. Definições de qualidade segundo alguns autores:

Autor	Definição	Ênfase
Deming	Grau previsível de uniformização e fiabilidade a um custo baixo, adequado às necessidades do mercado	Conformidade do produto com as suas especificações técnicas Empenho continuado da gestão de topo
Juran	Adequação ao uso	Satisfação das necessidades dos clientes
Feigenbaum	Total das características de um produto ou serviço, referentes a marketing, engenharia, manufatura e manutenção, pelas quais o produto ou serviço, quando em uso, atenderá às expectativas do cliente	Satisfação do cliente Melhoria da colaboração e comunicação entre departamentos funcionais da organização
Crosby	Conformidade com as exigências (requisitos, especificações)	Produtos sem defeitos Envolvimento e motivação dos recursos humanos da organização

Segundo Silva (2009, p. 11), qualidade deriva da palavra latina *qualitate* “é sinónimo da procura contínua de melhoria em todas as vertentes, desde a política e estratégia da organização até aos indicadores financeiros mais relevantes, passando pelos níveis de satisfação de todos os stakeholders” (Lopes, 2014).

E a complexidade do conceito de qualidade pode, de alguma forma, tornar-se mais explícita, se identificarmos quais as principais dimensões englobadas, as quais permitem discriminar melhor as áreas de intervenção, como segue (Carneiro et al., 2010):

- Efetividade: é o grau em que uma determinada intervenção produz os efeitos desejados;
- Eficiência: é o grau em que os objetivos são atingidos através da minimização da utilização de recursos;

- Acesso: pode ser definido como a inexistência de barreiras económicas, administrativas, geográficas ou culturais para a obtenção dos cuidados necessários;
- Segurança: tem a ver com a ausência de dano não necessário real ou potencial, provocado pelos cuidados de saúde;
- Equidade: relaciona-se com a prestação de cuidados aos doentes de acordo com as suas necessidades sem discriminação pelo sexo, idade, nível económico, situação geográfica ou outras;
- Adequação: é o grau de conformidade dos cuidados prestados às necessidades dos doentes de acordo com o estado da arte;
- Oportunidade: é a possibilidade de o doente receber os cuidados que necessita de acordo com o tempo clinicamente aceitável para a sua condição;
- Cuidados centrados no doente: é a dimensão da qualidade que garante que as decisões relacionadas com a prestação e organização de cuidados têm como principal critério o interesse dos doentes, as suas expectativas, preferências e valores;
- Continuidade: é a garantia de que não há interrupções no processo de cuidados do doente entre diferentes níveis;
- Respeito: é a forma como os profissionais de saúde correspondem aos direitos dos doentes de acordo com a sua identidade.

Para a continuidade da exploração do conceito de governação clínica no fomento da qualidade, são necessárias um conjunto de intervenções às quais ela terá que dar resposta para se afirmar como uma potente metodologia de mudança apontada à melhoria contínua da qualidade, como apresentado na figura 9 (Felício & Rodrigues, 2017):

Figura: 9. A governação clínica e a qualidade



Fonte:(Felício & Rodrigues, 2017)

Principais componentes da Governação para a Qualidade e Segurança (HSE, 2016):

- Conhecimentos e competências: As equipas de gestão têm os conhecimentos e as aptidões necessárias para desempenhar o seu papel na condução de cuidados de qualidade.
- Liderança e Responsabilização: A equipa de gestão é clara quanto à liderança e responsabilidade pela qualidade e segurança.
- Informação: Utilização inteligente da informação para medir, monitorizar e supervisionar a qualidade e segurança dos cuidados.
- Cultura: Uma cultura de aprendizagem centrada na qualidade dos cuidados é promovida em toda a organização.
- Relacionamentos: A organização promove relações fortes que estabelecem parcerias com doentes e pessoal para facilitar o alinhamento de toda a organização em torno da qualidade dos cuidados.
- Melhoria da qualidade: Existe um plano de melhoria da qualidade que foi desenvolvido em conformidade com o Quadro para a Melhoria da Qualidade e alinhado com as prioridades nacionais e organizacionais.

A governação para a qualidade e a segurança é uma componente integral dos acordos de governação onde: Cada indivíduo como parte da equipa:

- Conhece: o objectivo e a função da liderança e da responsabilização por bons cuidados de saúde e sociais.
- Conhece a sua responsabilidade, nível de autoridade e perante quem é responsável.
- Compreende como os princípios de qualidade e segurança podem ser aplicados na sua prática diversificada.
- Possui uma cultura de confiança, abertura, respeito e carinho é evidente entre gestores, pessoal e utilizadores de serviços.
- Demonstra consistentemente um compromisso com os princípios de qualidade e segurança na tomada de decisões.
- A qualidade e a segurança estão incorporadas nos acordos globais de governação empresarial para que a organização alcance melhores resultados para os utilizadores dos serviços (HSE, 2016).

No entanto, vale ressaltar que a gestão da qualidade nas organizações prestadoras de serviços de saúde e seus objetivos estratégicos são dependentes não só do contexto social em que se encontram inseridas, mas também das ações e dos recursos relacionados aos cuidados da

saúde populacional, que apresentam dependência das esferas governamentais no âmbito municipal, regional, nacional, internacional e global (ESPMG, 2008).

Existem muitos programas de qualidade possíveis de serem empregados nas organizações de saúde, tais como: métodos estruturados de melhoria de processos (PDCA, 8D, 5S, 3R); acreditação (ONA, JCI, CCHSA, NIAHO), dentre outros.

A verdade é uma só: o caminho para a qualidade é cheio de obstáculos e dificuldades, que serão vencidos com o trabalho árduo e persistente na busca incessante por melhoria dos processos de atendimentos e de gestão. Não será atuando apenas na resolução dos problemas após sua ocorrência, nem baseando propostas no conjunto de soluções encontradas para resolver os problemas acontecidos mas se antecipando a eles (Burmester, H., 2017).

Isto só se consegue com uma proposta integrada, sistêmica e coerente de um modelo que harmonize gestão e assistência mediante práticas configuradas dentro de uma proposta que entenda a organização como um todo que deve ser gerenciado tecnicamente. Esta proposta se antecipa aos problemas; é pró-ativa e busca criar condições para que, se possível, os problemas não ocorram (Burmester, H., 2017).

E a disponibilidade e prontidão dos serviços para operar é uma condição necessária para a prestação de cuidados de qualidade. Contudo, não é suficiente para prestar serviços de qualidade (WHO, 2018).

Até porque a melhor qualidade dos serviços de saúde irá satisfazer tanto os prestadores de serviços como o público, para além de reduzir os custos, aumentar a produtividade e conduzir a um melhor desempenho organizacional (Behzadifar et al., 2019).

4. O contexto da saúde em Angola

4.1. Contexto político e histórico

O Setor de Saúde de Angola é fortemente influenciado pelo contexto político e histórico do país, de onde a responsabilidade na governança na ação governativa e gestão sofreu incompatibilidade no quesito controlo, acompanhamento financeiro e social, e o impacto e fiabilidade deste, como ator de mudança da saúde desta população e gestão do risco em saúde.

Assim, começaremos por apresentar o contexto de Angola e da SADC, e à posteriori realizar-se-á uma revisão de diferentes autores fazendo uma interação entre a literatura e a realidade deste país.

Em Angola, estima-se que apenas cerca de 30 a 40% da população angolana tem acesso aos serviços de saúde, e o subsetor público permanece como principal prestador dos serviços de saúde a nível nacional, partilhando com outros prestadores de serviços, as mesmas dificuldades de prestação de cuidados de saúde sem a qualidade desejada na maioria dos casos, apesar dos progressos ultimamente registados, a semelhança deste, no que concerne a qualidade dos serviços privados, ainda estão aquém do desejado (Vicente, Raimundo, Azalis, Junqueira, & Fonseca, 2016).

Atualmente o setor da saúde vive um processo gradual de descentralização parcial do Estado, que influencia a maior parte dos setores, e atribui competências aos Governos Provinciais, a nível Provincial, e as Administrações Municipais, à nível Municipal, à Administração e Gestão dos serviços, ficando o Ministério da Saúde responsabilizado da tutela metodológica e normativa, assim como da correspondente Inspeção (Sanchez, 2017).

Ainda de acordo com o autor, a concentração das responsabilidades administrativas e de gestão para diferentes setores (entre eles o da saúde) cria problemas de coordenação e integração das atividades, considerados desafios a ser resolvidos no Setor da Saúde.

Apesar de existir enfoque na governação clínica, o estado demonstra-se consciente da necessidade de nortear a reorganização e a melhoria da gestão do Sistema Nacional de Saúde e

Serviços de Saúde, ou seja, a qualidade dos cuidados de saúde entendida como a utilização de tecnologias e procedimentos seguros que não põem em risco os efeitos e ganhos terapêuticos benéficos. Por exemplo, a biossegurança é também um elemento estratégico para a qualidade dos cuidados de saúde (Governo. A, 2010).

Constata-se a existência do Programa de Melhoria da Capacidade de Resposta dos Hospitais Nacionais (PMCRHC), com o objetivo de melhorar a capacidade de intervenção e qualidade dos serviços hospitalares contribuindo assim para redução de evacuações de doentes para o exterior.¹

Porém, estas ações foram insuficientes, pois não alcançaram a abrangência necessária e o tempo necessário à sua sustentabilidade e consolidação, sobretudo no que a transferência de conhecimento e habilidades a que diz respeito (Governo. A, 2010).

Propriamente na área da assistência de saúde, só há pouco tempo foi aprovado o Programa Nacional de Humanização de Atendimento em saúde que tem forte ligação a qualidade da interação social instituído entre profissionais e utentes/doentes no processo de atendimento hospitalar (Nunda, 2015).

Em 2013, visando a concretização da melhoria da qualidade dos cuidados e dos serviços, incluindo prevenção, promoção e controlo, foi legalizado o profissional de Inspeção Geral da Saúde e em 2018, o Presidente da República, Revoga toda legislação deste Decreto e Aprova o Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde, n.º 21/18.^{2,3}

E as novas políticas de saúde do país reforçam a necessidade de maior desenvolvimento da investigação em saúde, para a melhor compreensão da realidade da saúde a nível do país, divulgam e debatem a qualidade e até a definem como critério já atingido mas a que se tem em conta a taxonomia do termo qualidade assim como a complexidade que a mesma enquadra.

Porém, Angola, ainda necessita ultrapassar os principais desafios para melhoramento dos resultados de saúde, detetados no documento Estratégico de Cooperação 2015-2019, no setor da Saúde (CE, 2015):

- O elevado fardo da mortalidade e morbidade por doenças transmissíveis, a ocorrência frequente de surtos epidémicos e o aumento acelerado (ainda não mensurado) da prevalência de doenças não transmissíveis.

¹ Programa de Melhoria da Capacidade de Resposta dos Hospitais Nacionais (PMCRHC), instituído pela Resolução n.º D 87105, de 28 de Dezembro de 2010, do Conselho de Ministros, (2010 Decreto Presidencial 262.10 Plano Nacional de Saúde).

² (2013 Decreto Presidencial no 178-13 Aprova Estatuto Orgânico do MINS) que legaliza o profissional de Inspeção Geral da Saúde

³ Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde, n.º 21/18 Devido a necessidade de se adequar a estrutura do Ministério da Saúde à nova dinâmica social, política e económico-financeira do País, introduzindo órgãos e serviços que visando dar respostas à reforma do setor em curso e aos novos desafios; Devido a necessidade de se criarem condições orgânicas e funcionais para a implementação da Política Nacional de Saúde, da regulação do setor e da garantia da assistência médica e sanitária da população.

- Insuficientes capacidades básicas e instrumentos legislativos no Sistema Nacional de Saúde para implementarem as medidas de prevenção e controlo das emergências de saúde pública de importância nacional e internacional.
- O índice da mortalidade materno-infantil.
- Assegurar a formação contínua e a sustentabilidade de recursos humanos e de serviços de saúde de qualidade.
- A coordenação e congregação de esforços intra e intersectoriais que influenciem de forma favorável os determinantes sociais e económicos da saúde.

Outro fator influenciador a concretude da saúde para este país, é o aspeto cultural, que tendem a influenciar na conduta dos profissionais de saúde, exemplificando, as orientações para o autocuidado baseadas na aprendizagem tradicional, que em sua maioria não possui comprovação e evidências científicas.

Alguns problemas são demonstrados na tabela 5, seguinte, com a habitual caracterização de alguns dos principais problemas que interferem consideravelmente na qualidade da saúde desta população.

Tabela: 5. Alguns dos principais problemas de saúde identificados ao longo dos anos

Decreto presidencial n.º 262/10 de 24 de Novembro 2010	Relatório Síntese sobre a situação financeira da saúde em Angola 2012	Principais problemas do Sistema Nacional de Saúde WHO, 2017	Plano Nacional de Desenvolvimento de 2018-2022
Reduzidas oportunidades de formação em saúde	Reduzidas oportunidades de formação em saúde	Reduzida expressão quantitativa e qualitativa dos recursos humanos e técnicos de saúde e má distribuição do pessoal nas áreas rurais e periurbanas	Recursos humanos insuficientes sob o ponto de vista quantitativo e qualitativo e má distribuição do pessoal nas áreas rurais e periurbanas;
Fraco desempenho do pessoal	Fraco desempenho do pessoal		Qualidade dos cuidados de saúde e cobertura sanitária ainda insuficientes
Sistemas de informação, comunicação, fiscalização, supervisão e avaliação incipientes	Sistemas de informação, comunicação, fiscalização, supervisão e avaliação incipientes	Fraquezas no Sistema Gestão em Saúde, incluindo o sistema de informação, de logística e de comunicação	Fraquezas no Sistema de Gestão em Saúde, incluindo o sistema de informação, de logística e de comunicação
	Dificuldade de articulação e coordenação estratégicas das intervenções de saúde e de atuação sobre os principais determinantes de saúde	Fraco sistema de referência e contra referência entre os três níveis do SNS	Fraco sistema de referência e contra referência entre os três níveis do Serviço Nacional de Saúde
	Descentralização sem autonomia financeira para as estruturas locais de saúde	Escassez de recursos financeiros e inadequação do modelo de financiamento	Insuficiência de recursos financeiros e inadequação do modelo de financiamento
		Reduzido acesso à água potável, saneamento e energia	Fraca colaboração intersetorial na promoção das determinantes da saúde, tais como, o acesso à água potável, energia, higiene e saneamento.
		Insuficiente cobertura sanitária e fraca manutenção das Unidades Sanitárias	

Ao observar a tabela 5 acima, e comprovado pelo mau resultado da saúde a nível do país, suscita ao estado uma mudança do paradigma sobre a perspectiva da qualidade deste Sistema, Setor e Serviços, bem como quais são os organismos chaves, capazes de perceber os riscos a fim de melhorar consideravelmente a saúde dos doentes.

É imperioso que o Ministério da Saúde seja dotado de autoridade legal suficiente para o cumprimento do seu papel de Órgão Reitor do Sistema Nacional de Saúde, assegurando a intersetorialidade das intervenções de saúde no concernente à prestação de serviços e cuidados de saúde, à produção dos recursos de saúde e ao justo financiamento da saúde (MINFIN, 2012).

Para Angola, como para qualquer outro país da SADC, a prestação de cuidados de saúde deve ser efetuada de forma segura.

Dos desafios mencionados, tais, são factíveis de serem ultrapassados em grande parte, quando a governação clínica possui respaldo legal e competências organizacionais que o favorecem avaliar e formular um plano estratégico a partir de dados verídicos e transparentes, tendo em conta durante todo o processo, a uma maior análise das intervenções que vêm sendo aplicadas e dos reais resultados adquiridos.

Concernente a SADC que é um agrupamento regional fundado por países da África Austral com objetivo de promover e aprofundar a cooperação sócio-económica, política e de segurança entre os seus Estados-Membros e fomentar a integração regional a fim de alcançar a paz, a estabilidade e a riqueza (SADC, 2020).

Criada em 1980 por nove dos estados membros, mas existente desde 1992, que posteriormente se transformou, motivada pelo fim do regime de apartheid na África do Sul, que atualmente engloba 16 países: África do Sul, Maurícia, Zimbabwe, Angola, Botswana, República Democrática do Congo, Lesoto, Madagascar, Malawi, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Suazilândia atual Essuatini, Tanzânia, Zâmbia, Zimbábue e Seychelles.

À medida que a África Austral melhora a Capacidade Industrial e a Economia, a saúde dos seus cidadãos continua a ser primordial para assegurar um futuro sustentável. O objetivo da SADC é atingir um padrão de saúde aceitável para todos os cidadãos e atingir metas específicas dentro do objectivo "Saúde para Todos" até 2020 (SADC, 2020).

Em novembro de 2012, a 62ª sessão do Comitê Regional da África adotou uma estratégia regional abrangente para a *Disaster risk management for health* (DRM), para operacionalizar a OMS's e compromissos básicos com o (DRM), de saúde e o *Hyogo Framework for Action* (HFA) 2005 - 2015 nos setores de saúde de sua região africana abrangendo 47 Estados-Membros, das quais incluem a SADC. Dentre outros objetivos, estes possuem a pretensão de garantir a disponibilidade de políticas, estratégias e capacidade relevantes para orientar as intervenções de (DRM), no setor da saúde, a fim de reduzir a ocorrência e o número de emergências que progridem para desastres e melhorar as capacidades de gestão do risco, bem como preparação, capacidade de resposta e recuperação (Olu et al., 2016).

Todavia, as altas taxas de morbidade e mortalidade os deficientes serviços de saúde, dentre outros, apresentam grandes desafios ao desenvolvimento na África Austral. Além disso, uma compreensão inadequada da Dimensão do Género do problema e dos recursos adequados para melhorar a saúde, apresentam novos desafios (SADC, 2020).

De modo a promover melhor interpretação, apresentaremos de seguida, considerações de alguns autores sobre a temática no sentido global.

Embora as políticas e os decisores procuram melhorar a qualidade das disposições relativas aos cuidados de saúde através da implementação de políticas apropriadas, todavia, a prestação de serviços de alta qualidade e a melhoria do desempenho são os principais desafios do sistema de saúde, com os governos de todo o mundo a fazerem esforços consideráveis para atingir este ambicioso objetivo (Behzadifar et al., 2019). Por outro lado, a avaliação da qualidade consegue determinar o quão bem-sucedido eles têm sido ao que faz (Donabedian, 1977).

Sendo assim, as preocupações com a qualidade e segurança dos serviços, o aumento das expectativas das pessoas sobre o sistema de saúde e o seu desempenho, os custos elevados, bem como a possibilidade de erros médicos (e/ou da equipa clínica), fazem com que os responsáveis políticos e os decisores adotem uma nova abordagem para ultrapassar estas questões e uma das abordagens de qualidade que pode melhorar o nível de serviço é a governação clínica (Mendes, 2014).

Até porque, na prática, um forte sistema de gestão não garante total ausência de falhas, mas garante precisão, confiabilidade e rapidez no tratamento de falhas para reduzir riscos e danos (Zadeh et al., 2019).

E o nível mais básico dos cuidados não pode ser considerado de alta qualidade, a menos que seja seguro ou seja que tenha níveis mais baixos de riscos para a saúde dos doentes (Stavert-Dobson, 2015).

E a falta de eficácia comprovada de novas intervenções de saúde, representam um problema para os Sistemas de Saúde a Nível Global (Mora et al., 2017).

Sendo que para a área da saúde é imprescindível a atuação eficaz da governação clínica com especial atenção à gestão dos riscos a que estão expostos, sejam para financiadores e/ou utilizadores, bem como o custo-benefício e a qualidade dos serviços de saúde.

Os autores Shortell e Schmittiel, argumentam que, embora os sistemas de saúde não pode ser limitado pela falta de recursos - financeiros, tecnológicos ou humanos - eles são limitados pela falta de organização entre estes recursos que permitiriam uma melhor relação custo-eficácia (Dey, 2016).

Até porque, quando ocorre uma falha a nível do sistema, é quase sempre porque o sistema não tem a capacidade de antecipar e adaptar-se a combinações imprevistas de falhas de componentes, além de não ter a capacidade de detetar eventos adversos imprevistos com antecedência suficiente para mitigar o seu impacto (Ajayi et al., 2019).

Ou seja, o sucesso a longo prazo de uma organização depende de muitas coisas, desde a avaliação e atualização contínua de sua oferta até a otimização dos seus processos. Uma alternativa é a implementação do ISO 31000:2009 e a versão mais atualizada do ISO: 31000:2018, com seu objetivo global de desenvolver uma cultura de risco, onde gestores, colaboradores e as partes interessadas estão conscientes da importância de monitorizar e gerir o risco (ISO, 2018).

Esta abordagem pode ser um componente ativo na melhoria da qualidade da governação de uma organização e, em última análise, o seu desempenho (ISO, 2018).

Ao adotar uma abordagem de gestão do risco, a tónica passa da correção para a prevenção. Isto não quer dizer que as atividades tradicionais de deteção de erros devam ser completamente abandonadas. Pois a segurança dos doentes e a integridade dos dados ficariam seriamente comprometidas se o fossem. Sendo primordial uma mudança de ênfase, afim de conseguir um melhor equilíbrio entre o processo de prevenção e a deteção de erros (Cook, 2006).

Pettigrew, Ferlie, e McKee (1992) argumentaram que a investigação sobre a mudança nas organizações de cuidados de saúde deve ser processual, comparativo, pluralista, e histórico (Ham, Kipping, & Leod, 2003).

Em relação a cultura no ambiente de saúde, durante a última década, é um conceito que tem recebido uma grande atenção, e a que se enfatizar a integração da cultura de segurança na área da saúde, já que o conceito de cultura de segurança refere-se às atitudes, crenças, valores e pressupostos compartilhados que sustentam como as pessoas percebem e como devem agir sobre questões de segurança dentro de suas organizações (Parker, 2009).

4.2. O Sistema Nacional de Saúde

A qualidade do cuidado de saúde está na agenda de saúde global, e a segurança do doente é um dos seus componentes críticos, visando melhorar a qualidade do cuidado de saúde pelo fortalecimento da segurança do doente, tem sido recomendado que os sistemas e serviços de saúde implantem práticas de gestão do risco e métodos de gestão/melhoria da qualidade aplicados à segurança nos cuidados de saúde (André & Sales, 2020).

O Sistema Nacional de Saúde em Angola baseia-se no Programa de Prestação dos Cuidados Primários e Assistência Hospitalar que articula os serviços desde a comunidade até ao nível mais complexo, com cinco (5) subprogramas (WHO, 2017a):

- Promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis;

- Operacionalização da prestação de cuidados e serviços;
- Segurança transfusional;
- Gestão e desenvolvimento da rede nacional de laboratórios;
- Assistência pré-hospitalar.

Para garantir a prestação de cuidados de saúde, existe o ‘Sistema Nacional de Saúde’, definido como o conjunto de instituições e serviços que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, sendo em Angola extensivo a todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, constituídos pelo Serviço Nacional de Saúde Pública, dependente do Ministério da Saúde, Serviços de Saúde Militar, tutelados pelo Ministério da Defesa e pelos Serviços de Saúde do Ministério do Interior, sendo que os dois últimos têm como prioridade o atendimento dos seus efetivos e familiares próximos (Calado, 2015).

Fazem também parte do Sistema Nacional de Saúde, os estabelecimentos e serviços de saúde de empresas (públicas e privadas), destinados ao atendimento dos seus trabalhadores e familiares próximos, pelos serviços de saúde privados lucrativos, incluindo farmácias, em fraco crescimento nas grandes cidades e pelos serviços de saúde filantrópicos (Oliveira, 2010).

A nível geral ao considerar a estrutura organizacional de um Sistema Nacional de Saúde, a mesma tem sido classificada em executivo, administrativo e operacional, estando cada um deles exposto a alguns riscos (Ferdosi, et al, 2020).

Todavia o Sistema Nacional de Saúde vem refletindo uma estrutura organizacional essencialmente curativa, ainda precária, sem adequado desenvolvimento do processo de descentralização e do sistema de referência em que as Províncias, ou pelo menos os municípios, sejam unidades de importância fundamental (Oliveira & Artmann, 2009). Pois o sistema de referência e contra referência do país ainda não é operacional (Oliveira, 2010).

Realça-se dizer que são necessárias mudanças na organização e funcionamento do Sistema Nacional de Saúde, pressupondo a tomada de decisões de elevada complexidade política, tendo em conta as vertentes humanas, técnica, tecnológica, logística e administrativa (WHO, 2016).

Na definição que parece mais abrangente, um sistema de saúde é considerado de alta qualidade somente se: acessível, aceitável, seguro, eficaz, oportuno, eficiente, centrado no doente, equitativo (Crema & Verbano, 2015).

Todavia o percurso a adquirir a alta qualidade é dinâmico e ininterrupto, em todo o âmbito do Sistema Nacional de Saúde, sendo necessário uma cultura profissional mais direcionada ao risco e a segurança dos doentes.

4.3. Situação económica e financiamento da saúde

É notório que a crise económica em Angola levou a repensar novas fontes de crescimento e revelou o custo da má governação económica passada (Lambert, 2018).

Uma consequência disto é a inexistência de publicações que expliquem, o custeio dos recursos integrados com a análise dos respetivos resultados esperados em saúde (Lambert, 2018) incluindo a falta de conhecimento sobre quais os riscos em que os doentes estão vulneráveis nos cuidados de saúde bem como quais os eventos adversos ocorridos nas organizações de saúde, e ainda, quais destes, tem sido mais oneroso ao estado.

Assim, iniciaremos por levantar aspectos do financiamento da saúde em Angola, e de seguida utilizaremos uma abordagem reflexiva de alguns autores sobre a temática do financiamento na área da saúde.

Inicialmente realça-se dizer, que a coordenação e integração das atividades entre as responsabilidades de tutela metodológica e inspeção, atribuídas ao Setor da Saúde, através do Ministério Nacional de Saúde (MINSa) e as de administração e gestão, atribuídas às Direções Provinciais e Municipais de Saúde, através do Ministério da Administração do Território (MAT), não foi suficientemente regulada, o que junto com a grande segmentação das fontes de financiamento e as dificuldades para o seu monitoramento, criam sérios problemas de planificação dos recursos financeiros, materiais e humanos e da organização na prestação dos serviços (Sanchez, 2017).

Mesmo com a colaboração entre o Ministério da Saúde e Ministério das Finanças (MINFIN), em que o exercício de orçamentação de bens e serviços é fortemente liderado pelo MINFIN, contudo no terreno, o exercício de reparação dos orçamentos correntes resume-se ao custeio de recursos, dentro de um tecto orçamental e sem nenhuma ligação com os resultados esperados, não havendo também indicadores para monitorar o desempenho, tencionando implantar um modelo de financiamento que vai evoluir de uma fonte única de financiamento público para uma pluralidade de fontes de financiamento: o Público, o Privado e os Doadores (República de Angola, 2012).

Atualmente a execução do orçamento difere em função do grau de descentralização financeira da instituição. Assim, as Unidades Sanitárias, que são Unidades Orçamentais (UO) e, portanto, contam com autonomia financeira, têm melhores taxas de execução orçamental que aquelas que são Órgãos Dependentes (OD), as quais dependem da disponibilização de recursos da sua correspondente UO, mas a relação entre as decisões tomadas, durante a execução orçamental, e os orçamentos planificados não é clara (República de Angola, 2012).

Sendo que a descentralização na área de saúde, é um modelo que pode ser traduzido como aquele em que, embora a execução dos serviços e as ações estejam a cargo da esfera regional ou local,

os recursos, sejam financeiros ou gerenciais, continuam nas mãos do governo central. Visando o alcance dos objetivos da equidade no acesso, o aumento da eficácia e eficiência na utilização dos recursos públicos e a melhoria da qualidade dos serviços e do financiamento (Oliveira, 2010).

Ma o facto é que apesar de se, indubitavelmente, verificar uma evolução orçamental de melhoria progressiva durante os últimos anos, a instabilidade orçamental existente tem criado sérios problemas aos diretores administrativos e ao pessoal dos Hospitais e Centros, pois cada Unidade Sanitária é extremamente vulnerável por causa da infra-estrutura pouco desenvolvida ou degradada, a manutenção irregular (ou não existente) de viaturas e outros equipamentos, cortes de energia e consequentes despesas com gásóleo, etc (Pehrsson, Challis, & Maghema, 2008).

Entretanto os documentos orçamentais não contêm informação sobre a subclassificação económica dentro do setor da Saúde de forma geral, e para exemplificar, citemos os serviços de saúde dos ambulatorios, um dos serviços-chave para os mais vulneráveis, que sofreram um corte de 93% e por outro lado, o nível de agregação dos classificadores orçamentais significa que é impossível saber-se qual a percentagem alocada para as maternidades e outras despesas que beneficiam as crianças ou pessoas vulneráveis (UNICEF, 2017).

O Serviço Nacional de Saúde de Angola, o digo nacional, porque é assim que é definido pela política nacional, possui o modelo Beveridge e é financiado com as taxas do Estado à população, nomeadamente através do orçamento geral, que promove a cobertura universal, tem uma rede pública ampla e é gratuito ou tem co-pagos farmacêutico com regulação dos preços e pode promover as parcerias público-privadas em alguns domínios (Sanchez, 2017).

Mas infelizmente para a realidade do país, o sistema de co-pagamento não se apropria dado ao nível expressivo de debilidade financeira da população, algo considerado como entrave para a equidade nos cuidados de saúde, como também não há estudos que confirmem a não existência de catástrofes financeiras devido a imprevistos em saúde.

E para agravar a situação, atualmente corroborado pelas oscilações políticas e a depreciação acumulada da moeda nacional em 52%, de 2017 a Julho de 2019 (OGE, 2020).

Seguido da volatilidade do preço do petróleo no mercado internacional junto a redução de sua produção nacional, debilitou ainda mais o Setor da Saúde, visto a ampla dependência do país no comércio externo para manutenção de produtos hospitalares, desde materiais e insumos básicos para cuidados de saúde até a qualificação do seu capital humano.

E mesmo que haja a colaboração entre o MINFIN, em que o exercício de orçamentação de bens e serviços é fortemente liderado pelo MINFIN, contudo no terreno, o exercício de reparação dos orçamentos correntes resume-se ao custeio de recursos, dentro de um teto orçamental e enfatizando que é feito sem nenhuma ligação com os resultados esperados, não havendo também indicadores para monitorar o desempenho (MINFIN, 2012).

Atualmente a execução do orçamento difere em função do grau de descentralização financeira da instituição. Assim, as Unidades Sanitárias, que são Unidades Orçamentais (UO) e, portanto,

contam com autonomia financeira, têm melhores taxas de execução orçamental que aquelas que são Órgãos Dependentes (OD), as quais dependem da disponibilização de recursos da sua correspondente UO, mas a relação entre as decisões tomadas, durante a execução orçamental, e os orçamentos planificados não é clara (MINFIN, 2012).

Salientando que há diferenças na distribuição do orçamento da Saúde por províncias ou seja mesmo que a atribuição média por pessoa seja de Kz 6.309 em 2017, registam-se grandes variações nas alocações a províncias distintas e não parece existir uma fórmula fixa que determine a distribuição do orçamento (UNICEF, 2017) Igualando a situação dos cuidados de saúde de Angola á maior parte da África Subsariana, que continuam a ser os piores do mundo.

Apesar de décadas de assistência externa, poucos países na região da África Subsariana, conseguem até mesmo gastar os USD 34 a USD 40 por pessoa ao ano, valor que a OMS, considera ser o mínimo necessário para se prestar os cuidados básicos de saúde à população (World Bank, 2016).

Mas o facto é que, a instabilidade orçamental estende-se causando sérios problemas aos diretores, administradores e ao pessoal dos Hospitais e Centros, pois cada Unidade Sanitária é extremamente vulnerável por causa da infraestrutura pouco desenvolvida ou degradada, a manutenção irregular (ou não existente) de viaturas e outros equipamentos, cortes de energia e consequentes despesas com gasóleo, etc (Pehrsson, Challis, & Maghema, 2008).

Enfim, a situação de saúde desta população, tendencialmente se agrava, corroborado pelo mau desempenho económico vivenciado neste país. De forma geral, a falta de prestação de contas e transparência podem gerar oportunidades de corrupção (Santos, & Delduque, 2017).

E é imprescindível a revisão da questão dos recursos na área da saúde, já que quem investe na saúde, quem financia a saúde – Estado, seguradoras, cidadãos – confronta-se com recursos (orçamentos) limitados, que devem ser alocados entre diferentes terapias, programas de prevenção ou de promoção da saúde, entre profissionais, equipamentos, meios complementares de diagnóstico (Mendes, 2019).

A medição de custos tem que ser vista como algo primordial, pois é um instrumento essencial para o apoio à decisão na área da saúde, por ser capaz de demonstrar o peso económico de uma determinada doença para a sociedade, e de perdas em termos de crescimento económico e desenvolvimento e portanto, o seu carácter prioritário para as políticas de saúde, que poderia resultar na capacidade de avaliar as intervenções alternativas que permitiriam reduzir os eventos adversos (Mendes, 2019).

Ainda, de acordo com o autor, em vez das organizações tradicionais, geridas para minimizar custos, as organizações de saúde devem ser geridas para maximizar o valor.

E é indispensável a presença do gestor do risco a fim de acrescentar valor à organização por alinhamento de estratégias de gestão do risco em apoio ao sucesso empresarial, não só para fazê-la sobreviver, mas para fazê-la prosperar de forma constante ambiente em mudança (Murashov et al., 2009).

A presença de riscos corporativos, a que o setor da saúde está exposto em caráter financeiro e político, interfere negativamente na gestão do risco clínico principalmente pela indefinição de critérios operacionais e legais, dificultando a obtenção da qualidade. Pois a qualidade para além de eliminar os custos desnecessários, consiste na segurança dos utentes e outros clientes (Nunda, 2015).

Há pesquisadores e formuladores de políticas como por exemplo, Fogel (1994); Gallup e Sachs (2001); OMS 2001; Bloom et al. (2004), que têm apontado a saúde como um estímulo ao crescimento económico, tanto no passado como hoje (Costa, 2020).

Sendo que, é pressuposto à gestão Financeira no âmbito dos cuidados de saúde, o seguinte (Waxman & Massarweh, 2018):

- Desenvolver e gerir um orçamento operacional anual e um plano de despesas de capital a longo prazo;
- Utilizar modelos empresariais para organizações de cuidados de saúde e aplicar conceitos fundamentais de economia;
- Interpretar demonstrações financeiras;
- Assegurar a utilização de mecanismos de cobrança precisos;
- Educar os membros da equipa de cuidados de doentes sobre as implicações financeiras das decisões de cuidados de doentes;
- Participar na negociação e monitorização da conformidade dos contratos (por exemplo, médicos, prestadores de serviços);
- Gestão Estratégica - Criar os objetivos operacionais, metas e estratégias específicas necessárias para alcançar o resultado estratégico - Conduzir os pontos fortes, fracos, oportunidades, e ameaças e análises de lacunas.

Desta maneira as instalações de assistência médica precisam considerar seriamente a implementação e o fortalecimento dos sistemas de gerenciamento de riscos em suas organizações para proteger seus ativos, reduzir as perdas financeiras e a posição na comunidade (Chugh, 2015).

E dada a natureza dos negócios realizados especialmente nos hospitais do Estado, a gestão do risco é uma prioridade chave, tanto no nível estratégico como operacional (Braithwaite et al., 2020). Sendo possível se exercido com apoio de uma boa governação em todos os âmbitos.

Finalmente, o gestor do risco de saúde é importante para a economia do país, uma vez que a complexidade da área da saúde tem como maior financiador o estado Angolano.

4.4. Situação epidemiológica e indicadores

A epidemiologia dispõe de instrumental apropriado para a determinação dos resultados e do impacto das medidas e intervenções em saúde e também pode colaborar na elaboração de indicadores e parâmetros de avaliação de qualidade dos serviços, primordialmente na incorporação da avaliação das atividades dos diferentes níveis do Sistema de Saúde, capaz de permitir a orientação mais adequada dos serviços às necessidades da população, assim como a avaliação da sua qualidade (Oliveira, 2010).

Por outro lado, quando se realizam avaliações ou monitoramento em nível institucional, a quantificação de eventos adversos também pode orientar gestores sobre a efetividade de políticas e programas de melhoria da segurança, ao sinalizar situações problemáticas ou de sucesso, justificando a importância do gerenciamento de riscos em serviços de saúde (Gama & Saturno-Hernández, 2017).

No contexto de Angola não foi apresentado qualquer monitoramento epidemiológico dos eventos adversos a nível institucional de saúde pública.

Entretanto, a transição epidemiológica é caracterizada pelo peso duplo das doenças transmissíveis (decorrentes de deficientes condições de abastecimento de água potável, higiene, saneamento e alimentação) e das doenças crónicas (decorrentes dos novos estilos de vida, tais como o sedentarismo, o excesso de consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo, o uso de outras drogas e outros fatores de risco associados às doenças) (PND, 2016).

Por intermédio de um indicador mensura-se o nível que determinado objetivo foi atingido mesmo sem ser absoluto, com a capacidade de fornecer informação sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde e do desempenho do Sistema de Saúde (Mendes, 2019).

Tabela: 6. Principais Indicadores de Saúde em Angola e Região Africana do Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde 2012-2025

Indicadores	Angola	Região Africana
Esperança de vida	62 Anos	58 Anos
Taxa de Mortalidade Neonatal	42 / 1000 NV	36 / 1000 NV
Mortalidade em menores de 1 ano de idade	101 / 1000 NV	60 / 1000 NV
Mortalidade em menores de 5 anos de idade	167 / 1000 NV	90 / 1000 NV
Mortalidade materna	4,5 / 1000 NV	5 / 1000 NV
Taxa de mortalidade em adultos 15-60 anos de idade	314 / 1000 Hab	383 / 1000 Hab
Acesso aos serviços de saúde	44,6%	Informação não disponível

Referenciado por (Lambert, 2018)

Há estudos que identificam importantes fatores associados à morte materna, como hemorragia e hipertensão, considerados fatores tratáveis, também consideram com risco aumentado de morte, entre as mulheres cujos partos foram assistidos por apenas um médico e aquelas que tiveram cesárea, com presunção apoiada por publicações anteriores que relatam que a maior proporção de mortes maternas ocorre em unidades de saúde onde as condições subjacentes que frequentemente resultam em mortalidade são mais prováveis de serem tratadas (Bauserman et al., 2015).

Neste contexto de fatores passíveis de tratamento, em Angola, cerca de 29% das mulheres morreram por hemorragia, 22% por eclâmpsia/pré- eclâmpsia dentre outras causas diretas e sobressai as mortes indiretas de 39% provocadas por malária (MINFAMU, 2017).

Dado que “1 em cada 15 mulheres morrem durante a gravidez ou parto”. No entanto, 8 em cada 10 (82%) mulheres entre os 15 e 49 anos receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde qualificado. No total, 61% das mulheres beneficiaram de quatro ou mais cuidados pré-natais, e apenas 40% receberam estes cuidados nos primeiros três meses de gravidez e a percentagem de cuidados pré-natais nos primeiros meses de gravidez é superior no espaço urbano (48%) comparativamente ao espaço rural (26%) (MINFAMU, 2017).

É significativo perceber que há uma necessidade pungente de analisar quais os riscos que vêm promovendo para um nível tão elevado de mortes, já que o maior percentual tenha gozado de consulta de pré-natal; É de considerar, o tipo de serviço de saúde ao qual a mulher teve acesso, o número de consultas pré-natais, bem como os serviços e as informações fornecidas durante o atendimento pré-natal (IIMS, 2016).

No país, a assistência ao parto por profissional de saúde qualificado é definido quando os cuidados que as mulheres recebem durante o parto, é efetuado por um médico, enfermeira ou parteira, (IIMS, 2016), mas segundo o mesmo documento, para além do citado sobre a consulta de pré-natal, apenas 8% fizeram o parto com médicos, relativo a 20% com enfermeiras e 22% com parteiras e 14% as parteiras tradicionais contra 26% feito por outros e 10% sozinhas, (IIMS, 2016). Há uma incógnita sobre a real assistência de cuidados de saúde a este público e talvez um plano de capacitação contínua seria de maior valia.

E com a atuação da governação clínica e gestão do risco, teriam a perceção dos riscos reais, e seriam capazes de propor, um plano estratégico de formação de enfermeiros licenciados e auxiliares de enfermagem para atuação como preceptores clínicos assim como a equitativa distribuição ao Serviço de Saúde a nível do país, Os preceptores clínicos são parteiras que orientam e apoiam estudantes durante as colocações clínicas e é utilizado na educação clínica em muitas profissões de cuidados de saúde (Barimani, 2020).

Através da aprendizagem dirigida, os auxiliares de enfermagem melhoraram as suas capacidades clínicas como a ressuscitação materna e neonatal e a gestão da eclâmpsia (Karvande et al., 2020).

Pois a identificação precoce dos fatores de risco é essencial para o desenvolvimento de estratégias de intervenção abrangentes que evitem complicações relacionadas com a gravidez. As taxas de mortalidade materna não serão reduzidas sem estratégias abrangentes de intervenção que incluam o monitoramento dos fatores de risco associados à mortalidade materna (Bauserman et al., 2015).

No que tange a mortalidade em crianças, a mesma reflete as condições de vida de uma população, e configura um indicador que demonstra o estado de desenvolvimento de uma sociedade, extremamente influenciado por determinantes sociais, ambientais, económicos e de saúde (Oza et al., 2015). Algo que se enquadra perfeitamente a Angola, pelas consecutivas privações de uma melhor qualidade de vida.

Pois em Angola, cerca de 3 em cada 4 crianças sofrem ao menos três privações em áreas como saúde, educação e nutrição (Neubourg, 2018).

E a África Subsaariana, tem apresentado as taxas de mortalidade infantil mais elevadas de qualquer região do mundo (Brault et al., 2020).

Em Angola, a mortalidade na infância apresenta diferenças entre áreas urbanas (43 mortes em cada 1,000 nascidos vivos) e áreas rurais (61 mortes em cada 1,000 nascidos vivos), com expressivo contingente de óbitos antes de completar quatro semanas de vida (IIMS, 2016).

A este propósito, convém lembrar que, de acordo com a OMS, a malária, a diarreia e a pneumonia são as principais causas de morte de crianças até aos 5 anos. No estado Angolano, segundo o Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde em Angola - IIMS (2015 2016), a malária é um dos principais problemas de saúde pública e é causa de aborto, parto prematuro, baixo peso à nascença e mortalidade materna e perinatal. O Centro de Processamento de Dados Epidemiológicos de Angola calculou que, em 2016, a taxa de incidência da malária foi de 156 casos em cada 1000 habitantes (UNICEF, 2018).

De acordo com Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) uma agência líder do desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (ONU) em Angola, cerca de 16 mil crianças morrem todos os anos de doenças que podem ser prevenidas, como a tuberculose e o sarampo. Todos os dias centenas de mulheres morrem ao longo da gravidez ou de complicações do parto. Em muitas áreas rurais, apenas 56 por cento dos nascimentos são feitos por profissionais qualificados. O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é a principal causa de morte entre adolescentes da África subsaariana, uma região que continua seriamente devastada pela epidemia do VIH.

E a malária, a diarreia e a pneumonia são patologias tratáveis, com estudos de intervenções e condutas assistenciais e medicamentosas a cerca destes a nível mundial. Porém as decisões tomadas por profissionais de saúde sobre a prevenção e gestão dos problemas de saúde estão no cerne de uma gestão eficaz, eficiente e sistema de saúde de confiança. As diretrizes da prática clínica, podem ter um influência substancial na tomada de decisões clínicas, com consequências para resultados de saúde,

acesso dos doentes aos cuidados, custos do sistema de saúde e utilização de recursos (Wilkinson et al., 2018).

Outro dado, é que o período neonatal representa o risco desproporcional de mortalidade de menores de cinco anos na maioria dos países da África Subariana, e em conformidade com uma abordagem do ciclo de vida, há uma necessidade urgente de acelerar melhorias nos cuidados pré-natais, obstetrícia, acesso a cuidados obstétricos de emergência, e ressuscitação e cuidados de saúde aos recém-nascidos intensificando as preocupações com a qualidade dos cuidados, e não apenas com a cobertura, incluindo a melhoria da força de trabalho (Brault et al., 2020).

E os problemas continuam, outra área de preocupação em Angola é a má-nutrição, sendo esta considerada como causa direta ou indireta em 33% a 60% dos casos de mortalidade infantil; Segundo os últimos dados publicados pelo IIMS (2015-2016), 38% das crianças com menos de 5 anos (1,86 milhão de crianças angolanas) sofrem de má-nutrição crónica e 68 por cada 1000 crianças nascidas morrem antes dos 5 anos. Na base destes dados, estima-se que morram, em cada ano, 42 mil a 76 mil crianças devido à má-nutrição. Das crianças com menos de 5 anos, 65% sofre com algum grau de anemia (UNICEF, 2018).

Como estratégia para reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, o Ministério da Saúde angolano lançou o Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde para o período 2012-2025.⁴ Considerando o desenvolvimento ativo de programas e estratégias, pressupõe-se que seja necessário realizar uma investigação, sobre a gestão dos cuidados pré-natais nas Unidades de Cuidados em Angola (Simão et al., 2019).

Globalmente, das cinco principais causas do total de mortes destacadas em 2016, são as doenças cardíacas isquémicas, doenças cerebrovasculares, infeções respiratórias inferiores, doenças diarreicas, lesões na estrada, malária, complicações neonatais pré-termo, HIV/AIDS, doenças pulmonares obstrutivas crónicas e encefalopatia neonatal devido a asfixia e traumatismos congénitos (Naghaviet al., 2017).

Mas quando há o efetivo monitoramento dos cuidados prestados aos doentes, por meio de indicadores, tais resultados são capazes de permitir: orientar a formulação e a hierarquização de políticas; monitorizar a melhoria de cuidados de saúde; promover maior transparência das organizações de saúde; permitir que os usuários/utentes façam escolhas mais informadas (Mendes, 2019) e até fortalecer o processo de literacia.

Em suma, esta população vem sendo privada do seu direito de ter acesso a saúde de efetiva qualidade e o resultado iminentemente tem interferido no desenvolvimento deste país.

Reforçando a afirmação existente no Plano Nacional de Saúde, “O grau de desenvolvimento de um país, em grande medida, determina o nível de saúde da sua população”.

Segundo o Orçamento Geral do Estado de 2020, há a existência de uma política da saúde com enfoque em programas de melhoria da assistência medicamentosa, melhoria da saúde materno-infantil e nutrição, de combate às grandes endemias pela abordagem dos determinantes da saúde, de

reforço do sistema de informação sanitária e desenvolvimento da investigação em saúde, dentre outros. Mas ainda assim, o país carece de uma vertente mais voltada para a prática clínica.⁴

E o PNUD ressalta, que essas mortes podem ser evitadas por meio da prevenção e do tratamento, educação, campanhas de imunização e cuidados de reprodução sexual.

Sendo que a governação clínica possibilita a toda equipa por intermédio da componente gestão do risco, a segurança destes doentes, a efetividade da prática, a formação e aprendizagem, a gestão de informação, a capacidade organizacional, o maior envolvimento utente/comunidade, a gestão do seu capital humano, e a auditoria clínica, possibilitando maior caracterização do contexto, identificação e comunicação dentre a equipa assim como análise, avaliação e acompanhamento do processo e até a necessidade de rever e propor novas estratégias de cuidados de saúde (Miranda & Figueiredo, 2005).

Melhorando o desempenho profissional dos trabalhadores e das instituições prestadoras de cuidados de saúde e conseqüentemente do Setor da saúde.

E para tal será necessário um maior investimento em sistemas de monitorização e avaliação precisos, reativos e integrados para avaliar o progresso em direção ao Objetivo de Desenvolvimento da Sustentável (Brault et al., 2020).

4.5. Gestão das unidades de saúde

O conceito de gestão pode ser definido de diferentes formas consoante é entendido como uma arte, uma ciência, uma profissão ou um processo (Borges, 2013).

E para a Gestão de Unidades de Saúde deve se ter em conta a abrangência de características essenciais, tais como: de resolução de problemas destas unidades, com interação entre aspectos científicos, capacidade de avaliar o contexto político, social, económico, organizacional, e também a ação constante de liderança de equipa, para além de competências e habilidades de gestão do capital humano ali inserido e até mesmo dos intervenientes que lhes prestem apoio logístico, e ainda mais, conhecimentos e capacidade para uma análise crítica quanto aos aspectos estatísticos dos resultados e indicadores de saúde.

⁴ Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde para o período 2012-2025. Este Plano inclui subprogramas para o bem-estar das mulheres, centrando-se na revitalização da municipalização dos serviços de saúde com enfoque na redução da mortalidade materna e neonatal, segurança dos produtos de saúde reprodutiva, estratégia de saúde sexual e reprodutiva de acordo com o plano estratégico Saúde Reprodutiva para a Região Africana da OMS.

Primeiramente, apresentaremos uma contextualização de como é efetuado a Gestão das Unidades de Saúde em Angola e a posteriori realizar-se-á uma apresentação de concepções de alguns autores sobre o tema.

Em Angola, de acordo com a Lei n.º 21-8/92 de 18 de Agosto, capítulo III do Serviço Nacional de Saúde e artigo 30.º (Gestão das Unidades de Saúde):

- 1) A gestão das unidades de saúde deve obedecer, a medida do possível, a regras de gestão empresarial, a lei pode permitir a realização de experiências inovadoras de gestão, submetidas a regras por ela fixadas.
- 2) Nos termos a estabelecer por lei, pode ser autorizada a entrega, através de contratos de gestão, de hospitais ou centros de saúde e serviços complementares de diagnóstico a outras entidades ou em regime de convenção a grupos de médicos e outros profissionais do ramo da saúde.

Mas no país, não há publicação dos resultados da implementação do modelo desta gestão para as Unidades de Saúde ao longo dos anos, mesmo que inicialmente sua implantação primava por eficiência e transparência desta gestão.

A lei de bases mandatava a regulamentação do Serviço Nacional de Saúde, questão que até agora não foi atendida. Neste período foi instaurado o processo de descentralização do Estado, que atribuiu a tutela administrativa e a gestão local às Administrações Municipais, dependentes do Ministério da Administração do Território (MAT), a quem passou a rede sanitária, anteriormente do MINSA. Nesta situação, pressupõe ser difícil finalizar a construção do Serviço Nacional de Saúde com as características aconselhadas pela Organização Mundial de Saúde de uma rede com governança única, e pelo tanto o desenvolvimento do princípio de integração (Sanchez, 2017).

Não obstante, no que concerne a prestação dos serviços ao ser planificada desde os cuidados básicos de saúde (Municipalização), com referência à atenção especializada no âmbito da descentralização, somente foi testado em 5 províncias do país em meados de 2017 com o apoio do Programa de Apoio do Setor da Saúde (PASS II) e outros (MINSA, 2016).

O citado, em suma demonstra a incoerência existente e explica em parte, o débil processo de gestão.

Porém, não há publicações do gestor do risco de saúde a atuarem nas Unidades de Saúde, e os cargos de gestão e a governação clínica nos hospitais e demais instituições de saúde tendenciosamente dependem diretamente de aspetos políticos que o fazem por intermédio de nomeações definidas pelo órgão executivo local.

Uma consequência disto é como mencionado anteriormente, na deficiência e/ou inexistência de fontes fidedignas de informação sobre os dados da atividade clínica (taxas de morbimortalidade/área institucional, complicações, erros de medicação dentre outros, intervenções e relatórios de acompanhamento pós evento adverso), governação clínica e da componente de gestão do risco, o que impede a concretização do esforço do Sistema Nacional de Saúde, que vêm enfatizando na operacionalização e principalmente na melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde, bem como a prestação destes com elevada segurança sendo necessário rever o atual gerenciamento de incertezas no Serviço Nacional de Saúde.

Para melhor exemplificar ilustraremos os cargos de direção e chefia das Unidades de Saúde de Angola, na Tabela 7 a seguir:

Tabela: 7. Cargos de Direção e Chefia das Unidades de Saúde de Angola

Grupo de Pessoal	Cargo	Unidade Hospitalar
Direção	Hospital de III Nível	
	Diretor Geral	Central
	Diretor Clínico	Todos os níveis
	Diretor Administrativo	Central
	Diretor de Enfermagem	Central
	Diretor Científico Pedagógico	Central
	Hospital I e II Níveis	
	Diretor Geral	Geral + municipal
	Administrador	Geral + municipal
	Centro e Postos de Saúde	
	Diretor Geral	Centro de Saúde de Nível II
	Administrador	Centro de Saúde de Nível II
	Chefe de Centro de Saúde	Centro de Saúde de Nível I
	Chefe de Posto	Posto de Saúde
	Diretor de Serviço	Central
Chefia Médica	Enfermeiro Chefe, Supervisor, Supervisor principal	Central
Chefia de Enfermagem	Chefe de Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento	Central
Chefia de Apoio Diagnóstico	Chefe de Departamento	Central
Chefia Administrativa	Chefe de serviço de Admissão estatística	Central
	Chefe de Serviços Gerais	Central
	Chefe de Secção	Central
	Chefe de Secção	Geral + municipal
	Chefe da casa mortuária	

Fonte: Decreto 96-17 Ajuste salários, (2017)

Mesmo que a tabela 7, faça referência apenas a carreira médica, todavia, inserido em características de e gestão destas Unidades de Saúde, encontram-se os enfermeiros.

Para além das atribuições pertinentes correspondentes à formação profissional do licenciado em enfermagem, no que tange a Gestão da Unidades de Saúde, lhes compete, o seguinte:

- Na gestão de instituições de saúde de acordo com o decreto N.º187/18, 2018:

- a) Participar na definição das políticas nacionais de saúde
- b) Gerir serviços de saúde e coordenar a assistência na instituição de atuação
- c) Realizar consultoria, auditoria e emitir parecer sobre a matéria de enfermagem
- d) Realizar a consulta de enfermagem
- e) Desenvolver a sistematização de assistência de enfermagem
- f) Prestar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas
- g) Gerir o processo de trabalho em saúde de acordo com os princípios éticos e com responsabilidade tanto a nível individual como coletivo, em todos os âmbitos de atuação profissional
- h) Gerir a assistência de enfermagem aos utentes que necessitem de cuidados diferenciados e administrar os medicamentos conforme prescrição médica
- i) Gerir os recursos humanos das instituições de saúde, no âmbito do redimensionamento, recrutamento, seleção, enquadramento e distribuição de pessoal, educação contínua, avaliação de desempenho, liderança, supervisão e carreira
- j) Integrar, trabalhar com equipa de saúde e delegar aos profissionais a responsabilidade e autoridade de coordenação do trabalho e supervisão
- k) Identificar os determinantes das condições de trabalho na área de saúde dos trabalhadores, incluindo normas de biossegurança
- l) Gerir recursos humanos, materiais e financeiros necessários ao desenvolvimento da assistência de saúde
- m) Gerir o sistema de informação, necessário ao desenvolvimento da assistência de saúde

Desta feita, o profissional de enfermagem possui a carreira com maior representabilidade ao que tange as atribuições do profissional de gestão do risco dentro destas Unidades de Saúde, o que inicialmente não signifique que este seja o mais adequado para a realidade destas organizações de saúde, talvez a partir deste, se propusesse outros com critérios mais específicos dentre os quais para avaliar as habilidades e fiabilidade de segurança de risco dentre as instituições.

Elucidaremos a conceitualização de alguns autores nos parágrafos seguintes.

Iniciamente, para prevenir o risco é exigido compreender como reforçar procedimentos, barreiras administrativas, físicas e individuais que intercetam e bloqueio do fluxo de energia responsável por desvios. Com este fim em vista, é útil trabalhar sobre o que constitui esse fluxo de energia, ou seja, de acordo com a teoria de Reason, sobre erros (Cagliano et al., 2011).

O sistema centralizado até agora aplicado no país, parece ter obstruído o desenvolvimento de capacidade e iniciativa entre os administradores dos Centros de Saúde e Hospitais, acredita-se que com o apoio correto aos administradores a descentralização pode ser o início de um desenvolvimento interessante e produtivo (Pehrsson et al., 2008).

Ao contextualizar a gestão empresarial; Geralmente este conceito inclui princípios de abertura e divulgação de informação, integridade, comportamento claro e retidão, prestação de contas/responsabilização ou manter os indivíduos responsáveis pelas suas ações através da definição clara das suas responsabilidades e das suas funções (Raposo, 2007).

Para ser mais abrangente podemos ter em conta o cerne da cultura de gestão empresarial.

E a cultura de gestão empresarial apresenta importantes características, incluindo (Nunes, 2017):

- Responsabilização dos gestores/ administradores pelas suas ações;
- Introdução da contratualização da prestação através de contratos programa assinados entre a administração e o Estado;
- Implementação de um modelo de financiamento prospectivo em linha com os contratos estabelecidos (é paga a prestação efetivamente realizada e não é atribuído um valor de acordo com o histórico);
- Otimização de recursos;
- Busca pela eficiência da gestão;
- Maior autonomia para os administradores;
- A prestação de contas com regularidade e de forma pública;
- Transparência *accountability*;
- Participação de todas as partes envolvidas na atividade (doentes/ usuários, profissionais de saúde, profissionais dos serviços de apoio, administração, municípios, governo, sindicatos, ordens profissionais e os media);
- Reorganização dos serviços;
- Facilidade de contratar novos profissionais sem procedimentos complexos, burocráticos e demorados.

Mas também a procura pela eficiência, constitui um pilar da empresarialização, pelo que nesse objetivo se pautam todas as práticas de gestão (Nunes, 2015).

Por referência à empresa referimo-nos a todos os riscos que constituem ameaças para alcançar um negócios da organização ou iniciativas objetivos, seguráveis ou não (Murashov et al., 2009).

E ao gestor cabe quantificar, racionalizar consumos, implementar políticas de harmonização de consumíveis, otimizar *stoks* e elaborar protocolos clínicos e terapêuticos, de modo a tornar a gestão de um serviço de saúde mais racional e eficiente (Sampaio, 2014).

Por conseguinte, é particularmente importante que indivíduos com diversos conhecimentos e experiência tenham um entendimento comum de definições de eventos de risco. E para apoiar as organizações de saúde, foi realizado um estudo intitulado, *Development of an enterprise risk inventory for healthcare 2018*, no intuito de desenvolver um inventário de riscos empresariais para organizações de saúde e para criar um entendimento comum de como cada tipo de risco tem impacto sobre os cuidados de saúde da organização (Etges & Grenon, et al., 2018).

Ainda sobre o citado estudo, em seus resultados, sublinham a necessidade dos gestores de riscos clínicos trabalharem em estreita colaboração com os responsáveis pelos riscos para criar uma cultura de risco em toda a organização.

Definimos gestores clínicos como médicos que, em comparação com outros cuidados de saúde profissionais, tais como enfermeiros, ocupam geralmente uma alta posição de gestão na hierarquia de uma organização (p. ex. diretores). Têm assim autoridade e recursos para mobilizar os intervenientes organizacionais e profissionais e influenciar a mudança (Exworthy & Halford, 1999).

Além disso de acordo com os autores, Fitzgerald, Ferlie, McGivern, & Buchanan, 2013; McGivern, Currie, Ferlie, Fitzgerald, & Waring, 2015, os diretores clínicos são "híbridos"; ou seja, partilham as responsabilidades de gestão (Bernardi & Exworthy, 2020).

E as prerrogativas de poder e autonomia institucional desses gestores de saúde, e seu capital político, provêm de uma delegação indireta e de uma relação contratual (informal) de confiança com aqueles gestores públicos que detêm a autoridade política formal de um mandato eletivo. Portanto, o seu arbítrio é sancionado por quem lhes delega as prerrogativas de poder decisório e delimita as suas margens de autonomia política (Lotufo & Miranda, 2007).

Mas a gestão de Unidades de Saúde bem como a governação clínica não deve ser considerada como algo nato de uma determinada profissão, devendo-se avaliar e reavaliar constantemente a funcionalidade, sustentabilidade e seus respetivos resultados e perdas.

Leape (1994), no seu “modelo de perfeição profissional”, afirma que os profissionais da área da saúde têm dificuldades em aceitar a possibilidade de erro, acreditando que não são passíveis de cometê-lo (Milagres, 2015).

E é necessário um sistema integrado, capaz de operar em todo o espectro de cuidados de saúde do local ao nacional, e uma gama completa de medidas administrativas. Esse sistema integrando a segurança, qualidade e gestão do risco, definida pelas seguintes informações: registro convencional médico e em informações complementares sobre os doentes, investigações e procedimentos, um sistema para o registro, gestão e monitoramento do progresso quando as coisas dão erradas, a dados repositórios para recolha de informações de todas as fontes disponíveis, e uma estrutura de gerenciamento de risco subjacente com respostas proativas e reativas (Runciman, 2006).

Tornou-se pungente que a prestação dos cuidados de saúde das Unidades de Saúde sejam mensuráveis, com informação que demonstre a realidade da assistência realizada, a fim de permitir a

prevenção de eventos adversos de maneira a considerar a importância, eficácia da governação clínica e prevenir as perdas.

É importante que os gestores de unidades ouçam e respondam proactivamente às preocupações e recomendações do pessoal relacionadas com a segurança dos doentes e que os administradores hospitalares e gestores de enfermagem a nível da unidade façam conjuntamente esforços para promover uma comunicação aberta e criar um ambiente de confiança e não punitivo onde as enfermeiras e (demais clínicos) se sintam livres para discutir questões e erros relacionados com a segurança dos doentes, para que os membros individuais do pessoal e a organização possam aprender com os seus erros; Havendo feedback sobre os erros, e avaliação e discussão sobre alterações que são feitas para reduzir a recorrência de erros e melhorar a segurança dos doentes (Lee & Dahinten, 2020).

Além disso, Chassin e Loeb, 2013 afirmam que a eliminação de comportamentos intimidatórios que suprimem a denúncia pode estabelecer confiança e a comunicação de melhorias reforça ainda mais a confiança (Ebrahim Zadeh, 2018).

Dentre alguns instrumentos capazes de inicialmente auxiliar na percepção sobre a real gestão das Unidades de Saúde do país é o Sistema Avaliação da Gestão dos Risco Assistenciais em Serviços de Saúde (AGRASS), factível de ser aplicado por avaliadores externos (inspetores sanitários, certificadores, acreditadores e auditores, entre outros) ou em iniciativas de autoavaliação do serviço de saúde, e por apresentar um potencial de contribuição para a melhoria da vigilância e gestão de sistemas e serviços de saúde, pois trata-se de um instrumento válido para a avaliação e monitoramento das condições organizacionais que asseguram a oferta de cuidados de saúde seguros (André & Sales, 2020).

Nos cuidados de saúde assistimos a uma mudança maciça nas competências nucleares do sistema de integração e o que mantém os quadros superiores em meio a dificuldade no setor da saúde já não é exclusivamente o risco clínico, mas a conjugação deste ao risco empresarial, tão corretamente no intuito de subscrever o risco financeiro de rede de serviços de saúde a uma população definida, ou em conformidade com parceiros estratégicos certos (Murashov et al., 2009).

Quer seja segurável ou não, o risco ameaça a linha de fundo e o sucesso comercial e a indústria da saúde é dinâmica e as mudanças requerem novas ferramentas para gerir os riscos do novo núcleo competências. Infelizmente, no cuidado de saúde, há uma desconexão entre instrumentos tradicionais de gestão do risco e estratégias empresariais organizacionais (Murashov et al., 2009).

E para avaliar o papel e valor da gestão do risco para a Unidade de Saúde, o mesmo, deve manter três coisas em mente (Carroll & Wooden, 2015):

1. Que a gestão do risco é uma atividade abrangente trabalho em equipa e que ele ou ela é um participante de um processo de ampla instituição, envolvendo todos os departamentos, empregado, e membro da equipe médica,
2. Que o seu papel abrange o reconhecimento da prevenção ou contenção, recuperação e/ou perda,
3. Que ele ou ela é um líder em moldar atitudes toda a instituição para o processo de gestão do risco.

Consequentemente a organização permitirá uma cultura justa, como a que foi inicialmente promovida por Grout 2007, em que os funcionários sabem os limites dos comportamentos aceitáveis e inaceitáveis e possuem a confiança e incentivo à partilha de informação relacionada com a segurança dos doentes. O conceito de cultura justa foi inicialmente promovido, diferenciando com clareza entre erros humanos, comportamento em risco e comportamento imprudente dentro de uma organização; Definindo o erro humano como um deslize ou erro, um comportamento de risco é quando alguém toma atalhos mas não o faz percebê-lo como arriscado, e comportamento imprudente é quando alguém ignora processos ou trabalhar sob a influência de drogas (Ebrahim Zadeh, 2018).

E desde que, as 6 principais agências de cuidados de saúde (*American College Healthcare Executives [ACHE]*, *American College of Physician Executives [ACPE]*, *American Organization of Nurse Executives [AONE]*, *Healthcare Finance Management Association [HFMA]*, *Healthcare Information Management Systems Society [HIMSS]*, e *Medical Group Management Association [MGMA]*) se reuniram, identificaram 5 competências nucleares partilhadas por todos os líderes de cuidados de saúde, os principais imperativos incluíam (Waxman & Massarweh, 2018):

1. Comunicação e gestão de relações,
2. Profissionalismo,
3. Conhecimento do ambiente dos cuidados de saúde,
4. Liderança, e
5. Perspicácia empresarial.

Embora a paisagem dos cuidados de saúde tenha continuado a evoluir, estas competências essenciais continuam hoje em dia a ser relevantes. Em suma, os administradores devem liderar a mudança dos modelos de reembolso, trabalhar para melhorar continuamente os indicadores de satisfação dos doentes, afetar as métricas de qualidade hospitalar, e colmatar a lacuna de escassez de mão-de-obra durante uma época de desconhecimentos políticos da reforma dos cuidados de saúde (Waxman & Massarweh, 2018).

Os administradores e gestores hospitalares e demais instituições de saúde desempenham um papel fundamental em promoção de uma cultura de segurança e de segurança dos doentes nas

organizações de saúde, por intermédio de processos de habilitação e elaboração, e é relevante que a área clínica se esforce por obter características organizacionais a fim de fornecer apoio á equipa e a todo o hospital para a segurança dos doentes; No entanto, todos os funcionários, administradores, e gestores têm um papel a desempenhar na segurança dos doentes (Lee & Dahinten, 2020). Cabe a todos serem agentes de mudança e inovação.

4.6. Capital humano

As organizações devem facilitar a prestação do mais alto padrão de segurança, qualidade e gestão do risco dos doentes através de um Quadro de Governação Clínica sólido e eficaz que inclua a monitorização dos resultados clínicos, linhas claras de responsabilização pelos cuidados clínicos, um processo eficaz de identificação e gestão do risco e de monitorização e resolução de problemas de desempenho. A Estrutura de Governação Clínica deve ser sustentada pelos domínios da qualidade (Dwyer, 2019).

As decisões tomadas pelos profissionais de saúde sobre a prevenção e gestão da saúde do doente estão no cerne de um sistema de saúde eficaz, eficiente e de confiança (Wilkinson et al., 2018).

Primeiramente, para melhor compreensão sobre o capital humano em Angola, de acordo com o Censo 2014, que revela que a escolaridade completa do ensino superior era detida por 2,8% da população 25-64 anos e por somente 0,8% da população de 65 ou mais anos, o que reflete bem as dificuldades que os angolanos tiveram em aceder à formação universitária antes da independência. Neste grupo etário, 89% da população não concluiu qualquer nível de escolaridade e somente 5% possui o ensino primário e 3% o ensino secundário completo, (PND, 2016). Mesmo que o capital humano inserido na área da saúde tenha aumentado, cabe realçar que a disponibilidade de pessoal não garante por si só um bom atendimento nos serviços, (WHO, 2018).

Partindo do pressuposto que a educação é um instrumento social, político e económico não para produzir, isoladamente, a mudança social, mas para servir de instrumento para que os sujeitos sociais sejam sujeitos do processo de mudança, desta feita, é essencial a interligação entre os diversos setores para a resolução de inúmeros problemas (Valadares, Da Costa, Silva, & Luquini, 2013).

Importa referir que não existia no país um subsistema de informação com registo dos Recursos Humanos, por este motivo, não se conhece o número de trabalhadores por área geográfica, por unidade sanitária, por categoria, por anos de serviço, idade e sexo (MINSa, 2012).

A falta de conhecimento do capital humano na área da saúde, constitui um constrangimento ao planeamento eficaz dos recursos humanos em saúde, e para superar esta situação, apoiado á

membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), e com apoio da OMS, o país está a implementar o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS), do qual faz parte a criação da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da CPLP, que o país já tem instalado, nas Províncias do Huambo e Benguela (MINSa, 2012).

Deste plano apoiados pelo PASS II (Programa de Apoio do Setor da Saúde), em 2018 foi realizado um projeto financiado pela União Europeia, e por intermédio dos trabalhos já efetuados nos Observatórios das Províncias de Benguela e Huambo, desenvolveu-se uma Base de Dados (BdD) de Recursos Humanos de carácter Nacional, entretanto foi concluído com a BdD de 5 Províncias (Benguela, Bié, Huambo, Huíla e Luanda), e iniciado o processo no restante do país, mas até então não é sabido o resultado do real capital humano nem em quantidade muito menos em qualidade.

Segundo o documento do *World Bank Group* sobre o Diagnóstico Sistemático Nacional, há a existência de apenas 1 médico, menos de 23 profissionais de saúde e 63 enfermeiros por 10 mil pessoas e que as áreas rurais são as mais atingidas por essa escassez, uma vez que 85 por cento dos profissionais de saúde estão concentrados na capital (Lambert, 2018).

Todavia o Estado defende que o investimento no capital humano na área da saúde, é de suma importância, (MINFIN, 2020). Mas a qualidade da despesa pública do país, não é suficiente, para o investimento de alta qualidade em infra-estruturas e capital humano, algo que é essencial para elevar a capacidade produtiva da economia e para apoiar a diversificação económica (Lambert, 2018).

E esta situação vem condicionando de maneira negativa o desempenho do Sistema Nacional de Saúde e nomeadamente á qualidade e segurança dos cuidados de saúde aos doentes. Já que de acordo com a Organização Mundial da Saúde, a qualidade da assistência à saúde está relacionada a vários elementos, incluindo um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos, um alto grau de satisfação dos doentes e um efeito favorável na saúde (WHO, 2017a).

Mesmo que haja feito uma certa evolução no quantitativo de profissionais formados a nível superior, á habilidades profissionais que precisam ser aprimoradas, e é através de planificações nacionais e acordos internacionais que Angola tem obtido apoio técnico/científico, o certo é que o país carece urgentemente não apenas de licenciados, mas principalmente de especialistas.

Será necessário que o departamento de Recursos Humanos detenha do eficaz cadastramento dos profissionais de saúde, para que seja possível a definição clara do processo contínuo de ensino aprendizagem e posteriormente a clarificação aos gestores, das reais aptidões e desempenhos clínicos e fatores organizacionais que vêm interferindo negativamente na atividade destes profissionais.

Compreendendo que fatores organizacionais como o clima e a moral de segurança, fatores de ambiente de trabalho como os níveis de pessoal e o apoio à gestão, fatores de equipa como o trabalho em equipa e a supervisão, e fatores de pessoal como o excesso de confiança e de autoconfiança influenciam fortemente a prática clínica (Drugus et al., 2017).

Mesmo com o Observatório dos Recursos Humanos a nível do país, e com Decreto Presidencial n.º 21/18 de 30 de Janeiro sobre a adequação estrutural do Ministério da Saúde, ainda assim, o Sistema Nacional de Saúde carece de uma reestruturação do Regulamento das Unidades Sanitárias (REGUSAP), do Decreto n.º 54/03 de 5 de Agosto de 2003 e do Regime Jurídico para Gestão Hospitalar Decreto n.º 260/10 de 19 de Novembro 2010, algo imperiosamente necessário já que definem estruturas organizativas de todo o âmbito do Sistema Nacional de Saúde e a aplicabilidade do Serviço Nacional de Saúde (GA, 2010).

Mas o problema abrange a informação recolhida em cada unidade hospitalar, pois a mesma varia, nem sempre respondem aos interesses nacionais, dependendo de serem públicas, privadas, humanitárias ou de qualquer outro tipo de unidade. Existem necessidades de informação não satisfeitas, baixa qualidade de dados, fraca cultura organizacional e falta de pessoal estatístico qualificado, bem como desarticulação do trabalho. Inexistência de informação hospitalar atualizada e completa o que prejudica também a implementação das políticas de saúde do país (Félix, 2012).

É perceptível que estando o país com debilidade no sistema de informação de saúde, não poderia compreender nem ter o real conhecimento sobre a governação clínica e seus componentes, a segurança dos cuidados de saúde e principalmente os riscos a que estão expostos.

Os parceiros internacionais, tem apoiado em intervenções e atividades que visam a melhoria da qualidade de saúde desta população, mas há muito a ser feito, principalmente no critério de apropriação do conhecimento e a disposição na adesão á práticas que unifiquem a ciência comprovada cientificamente com a técnica correta a se aplicar, debilitando a eficiência e capacidade de promover um ambiente de saúde mais seguro.

Mas, não está legal e institucionalizado a gestão do risco, gestão de qualidade, acreditação e auditoria externa para as Unidades de Saúde públicas, nem mesmo estudos científicos que comprovam a atividade clínica desempenhada a nível do país e isto dificulta o conhecimento, avaliação e a formulação de estratégias de capacitação factíveis com as reais fragilidades dos serviços de saúde.

E é necessário a legalização e formalização de políticas que determinem e orientem a atividade e o perfil do gestor de risco nos cuidados de saúde, assim como a sistematização do processo de cuidados de saúde, dado o alto grau de complexidade da área da saúde.

Em Angola, em sua maioria, as profissões que vêm atuando na gestão clínica de forma direta são os médicos e enfermeiros, cabendo á Inspeção Geral da Saúde como serviço de apoio técnico dentre outros, avaliar o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde, em especial no que se refere à legalidade dos atos, à eficiência e rendimento dos serviços, propondo ou determinando as medidas de correção e de melhoria, mas na perceção legal parece estar mais direcionada para a carreira de enfermagem.

De acordo com, Azami-Aghdash (2015) os indicadores de desempenho e as medidas de resultados que permitem medir a qualidade dos cuidados e serviços, não tem suscitado devida atenção

por parte da governança ou os relatórios recebidos não tem demonstrado dados fiáveis compatíveis com a situação de saúde dos utentes.

Para identificar os indicadores de desempenho para governança clínica, gerenciamento de riscos e eficácia clínica a Organização Mundial da Saúde na Europa, em um projeto intitulado "Ferramenta de avaliação de desempenho para melhoria da qualidade em hospitais (PATHS) ", desenvolveu alguns indicadores de desempenho em 6 dimensões, incluindo eficácia clínica, segurança, centralização do doente, orientação do pessoal, eficiência dos serviços e governança (Hajebrahimi, & Naghavi-Behzad, 2015).

Para expor o capital humano referenciado segue:

Médicos

A proteção de risco na área médica deve cobrir diferentes tipos de desafios: o ambiente de trabalho, as condições de hospitalização e os cuidados durante a hospitalização (por exemplo, assegurar condições de assepsia, verificação rigorosa para ver se o associado e o pessoal contratado têm os conhecimentos necessários da especialidade, etc.) e, claro, os derivados da interação com os doentes ou com os prestadores de cuidados (Drugus et al., 2017).

Havia no país cerca de um médico por 5 mil habitantes (2011), propondo-se aumentar essa taxa para 1/2.000 até 2017 no Programa do Governo 2012- 2017, (Ferreira, Fresta, Simões, & Sambo, 2014). Com a existência de apenas 1 médico por 10 mil pessoas ainda em 2018, (Lambert, 2018); E atualmente replanificado para atingir a 1/2000 até 2025.

E uma situação que agrava ainda mais os problemas dos países de baixa e média renda é a escassez de médicos para cobrir as necessidades de saúde da população (Ferreira et al., 2014).

A reduzida formação e educação contribui para a baixa qualidade dos serviços de cuidados de saúde no país (Lambert, 2018).

E melhorar a qualidade da assistência médica requer medição de desempenho e feedback (Azami-Aghdash et al., 2015).

Algo preocupante, pois tendencialmente não se nota grandes melhorias em relação ao rácio por habitante. Já que a carreira médica é definida por velar pela garantia da qualidade dos serviços prestados, pela participação na área de investigação científica, e por participar sempre que necessário em processos de formações em serviço (GNA, 2018).

Estrutura da Carreira Médica e peculiaridade de gestão

Atenta a natureza e especificidade das funções, constitui um corpo especial, submetido ao regime específico do presente Diploma, tal carreira estrutura-se e desenvolve-se por categorias

hierarquizadas, às quais correspondem funções da mesma natureza e que pressupõe a posse de títulos de habilitação profissional, aplicado a todo ramo da carreira médica, constituída pelas seguintes categorias (GNA, 2018):

- a) Médico Chefe de Serviço
- b) Médico Assistente Graduado do Grupo A
- c) Médico Assistente Graduado do Grupo B
- d) Médico Assistente Graduado do Grupo C
- e) Médico Assistente
- f) Médico Interno de Especialidade e Médico Geral

Aos médicos enquadrados na carreira médica (áreas de especialidade que, embora com conhecimentos, competências, habilidades e objetos de ação diferentes, são agrupadas por áreas primordiais da sua atuação profissional), compete exercer funções assistenciais, de gestão, de formação, de investigação e as demais que lhes forem incumbidas no âmbito da sua área de especialidade e ramo de carreira, definidos como (GNA, 2018):

- a) Ramo Hospitalar
- b) Ramo de Saúde Pública e Administração
- c) Ramo de Medicina Geral e Familiar
- d) Ramo de Medicina do Trabalho
- e) Ramo de Medicina Legal

Ao médico chefe do serviço do Ramo Hospitalar, Médico Chefe de Serviço de Saúde Pública e Administração, Assistente de Medicina Geral e Familiar, Chefe de serviço de Medicina Geral e familiar, Chefe de serviço de medicina do trabalho, dentre outras atribuições lhe compete “Velar pela garantia de qualidade dos serviços prestados”; Ao Assistente de medicina legal compete dentre outras Integrar programas de melhoria da qualidade e ao Assistente graduado de medicina legal, colaborar no desenvolvimento de projetos de bioética e ao Chefe de serviço do ramo de medicina legal coordenar programas de melhoria contínua da qualidade e também Velar pela garantia de qualidade dos serviços prestados (GNA, 2018).

Enfermagem

Cabe evidenciar, que o enfermeiro está constantemente a realizar ações que requer a gestão do risco na prestação de cuidados de saúde. O envolvimento da enfermagem em programas de gestão do

risco integra, organização do equipamento de emergência, a gestão de consumíveis e produtos químicos, a desinfecção e esterilização do equipamento médico, a gestão de incidentes e a gestão do equipamento médico. A profissão de enfermagem, desenvolve atividades como a administração de medicamentos, testes de diagnóstico e outras técnicas diretamente relacionadas com o aparecimento de acontecimentos adversos (Turón, 2017).

Segundo o documento do *World Bank Group* sobre o Diagnóstico Sistemático Nacional consta-se em Angola, a existência de 63 enfermeiros por 10 mil pessoas (Lambert, 2018).

É pretensão da Direção Nacional dos Recursos Humanos do Ministério da Saúde, dentro do seu Plano Estratégico modificar o quadro de enfermagem diminuindo as entradas a nível básico, capacitando aos existentes para adquirir o nível médio, especializar aos de nível médio e aumentar o número de licenciados.

Estrutura da Carreira de Enfermagem e peculiaridade de gestão

A carreira de enfermagem é única e enquadra grupos de Profissionais Técnicos Superiores e Auxiliares, o grupo que se enquadra no Decreto N.º187/18, 2018.

Com base na formação de nível superior. O mesmo decreto, define que a carreira de enfermagem é única e que é enquadrada em grupo de Enfermeiro Superior por categorias:

- a) Enfermeiro Especializado de 1ª Classe
- b) Enfermeiro Especializado de 2ª Classe
- c) Enfermeiro Especializado de 3ª Classe
- d) Enfermeiro de 1ª Classe
- e) Enfermeiro de 2ª Classe
- f) Enfermeiro de 3ª Classe

Dentre outras atribuições do enfermeiro licenciado, no âmbito da gestão, competem os seguintes:

- Na gestão de programas de saúde:
 - a) Participar na definição, execução e avaliação de políticas de programas de saúde, ao seu nível;
 - b) Gerir programas de saúde, assegurando os recursos humanos, materiais e financeiros indispensáveis para o seu desenvolvimento;
 - c) Planear, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços da assistência de enfermagem e dos programas de saúde;
 - d) Identificar progressivamente as características gerais da arca geográfica abrangida pelo programa;

- e) Promover e estimular a participação comunitária em todas as fases de desenvolvimento do programa;
- f) Promover informação, educação e comunicação visando a melhoria de saúde da população;
- g) Participar na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde.

Importa citar que foi firmado em 2020, o termo de Cooperação técnica, com o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) do Brasil, com a finalidade de promover o aprimoramento e aperfeiçoamento organizacional das instituições de saúde de Angola.

Deste acordo em fevereiro de 2020, culminou com lançamento de manuais de Processo, Sistematização da Assistência e anotações de enfermagem, assistência e à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que de acordo com relato do bastonário da ordem dos enfermeiros” surge em função da constatação de um défice no diagnóstico dos doentes, bem como no registo das ocorrências e alterações registadas” (ORDENFA, 2020).

Quanto ao sistema de avaliação e desempenho dos profissionais de medicina e enfermagem em todas as carreiras e ramos, ambos são regulados por diploma próprio (GA, 2018).

Inspeção Geral da Saúde

Os sistemas de inspeção são utilizados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde (ou seja, para alcançar mudanças nas estruturas organizacionais ou processos, comportamento dos prestadores de cuidados de saúde, e resultados dos doentes). Estes sistemas baseiam-se no pressuposto de que a adesão a normas baseadas em provas (através de inspeção/avaliação) promovidas externamente resultará numa maior qualidade dos cuidados de saúde. Os investigadores e organismos de inspeção devem assegurar que a inspeção e a recolha de dados sejam realizadas utilizando instrumentos padronizados e validados (Vincent, 2020).

Em Angola, a Inspeção Geral da Saúde, atua com parceiros, a nível externo que é a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFAMED) de Portugal e a nível interno, que é a Direção Nacional de Medicamentos e Equipamentos (DNME), Inspeção do Comércio, Instituto Nacional de Defesa do Consumidor (INADEC), Polícia Económica, Polícia Fiscal e Serviço de Alfândegas e Polícia de Fronteira (MINSAs, 2012).

Para melhor compreender a interligação desta carreira ao profissional de gestão clínica, segue a Tabela 8, que realiza uma comparativa dos decretos presidenciais que definem as atribuições da Inspeção Geral de Saúde visando a qualidade da saúde da população Angolana.

Tabela:8. Atribuições da Inspeção Geral de Saúde Comparativa dos Decretos Presidenciais, dos anos de 2013 e 2018

Decreto Presidencial no 178-13 Aprova Estatuto Orgânico do MINSA	Decreto Presidencial no 21-18 Aprova Estatuto Orgânico do MINSA
Em 2013, a Inspeção da Saúde é o serviço de apoio técnico que assegura a fiscalização, o controlo e avaliação do funcionamento do Sistema Nacional de Saúde em especial no que se refere, à eficiência e rendimento dos serviços, bem como à utilização dos recursos, propondo ou determinando as medidas de correção e de melhoria, e a ele compete <i>(2013 Decreto Presidencial n.º 178-13 Aprova Estatuto Orgânico do MINS.pdf, sem data).</i>	Em 2018, a Inspeção Geral da Saúde é definido como o serviço de apoio técnico que acompanha, fiscaliza e avalia o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde, em especial no que se refere à legalidade dos atos, à eficiência e rendimento dos serviços, propondo ou determinando as medidas de correção e de melhoria, e a ele compete (Decreto Presidencial n.º 21/18 de 30 de Janeiro) (Alta, 2018)
Fiscalizar o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde, através das inspeções, vistorias, auditorias, inquéritos e sindicâncias;	Fiscalizar o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde, através das inspeções, vistorias, auditorias, inquéritos e sindicâncias;
Velar pela qualidade dos serviços prestados nos diversos níveis de atenção assistencial do Sistema Nacional de Saúde;	Velar pela qualidade dos serviços prestados nos diversos níveis de atenção assistencial do Sistema Nacional de Saúde;
Velar pela aplicação e divulgação da legislação sanitária nacional e internacional, em geral, e, em particular, no domínio do ambiente, alimentação, prestação de cuidados de saúde e afins, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, em colaboração com outras entidades nacionais afins e da comunidade internacional, fazendo as recomendações e aplicando as coimas previstas na legislação vigente	Velar pela aplicação e divulgação da legislação sanitária nacional e internacional, em geral, e, em particular, no domínio do ambiente, alimentação, prestação de cuidados de saúde e afins, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, em colaboração com outras entidades nacionais afins e da comunidade internacional, fazendo as recomendações e aplicando as coimas previstas na legislação vigente
Participar na fiscalização do exercício das profissões em saúde propondo superiormente a aplicação do preceituado legal sobre as pessoas e estabelecimentos cuja atuação contrarie a política nacional de saúde e demais legislação vigentes;	Participar na fiscalização do exercício das profissões em saúde propondo superiormente a aplicação do preceituado legal sobre as pessoas e estabelecimentos cuja atuação contrarie a política nacional de saúde e demais legislação vigentes;
Proceder ao encerramento de instituições sanitárias, depósitos de medicamentos, farmácias e indústrias farmacêuticas e demais entidades alvos da vigilância sanitária que não cumpram com o estabelecido na legislação vigente, sobre a matéria;	Proceder ao encerramento de instituições sanitárias, depósitos de medicamentos, farmácias e indústrias farmacêuticas e demais entidades alvos da vigilância sanitária que não cumpram com os preceitos estabelecidos por lei;
Velar pelo controlo sanitário de fronteiras e vigilância sanitária em colaboração com outras entidades competentes;	Velar pelo controlo sanitário de fronteiras e vigilância sanitária em colaboração com outras entidades competentes;
Fiscalizar a assistência médica há doentes angolanos no exterior do País;	Fiscalizar o funcionamento das representações da Junta Nacional de Saúde no exterior do País;
Fiscalizar a gestão de resíduos, águas e esgotos hospitalares;	Fiscalizar a gestão de resíduos, águas e esgotos hospitalares;
Garantir que o exercício da atividade farmacêutica e de todos os intervenientes no circuito de medicamentos estejam em conformidade com as leis, regulamentos, e outras normas em vigor, através de ações de fiscalização	Garantir, através de ações de fiscalização, que o exercício da atividade farmacêutica e de todos os intervenientes no circuito de medicamentos estejam em conformidade com as leis, regulamentos e outras normas em vigor;
Promover a acreditação e certificar o funcionamento das unidades sanitárias do Sistema Nacional de Saúde	Promover a acreditação e certificar o funcionamento das unidades sanitárias do Sistema Nacional de Saúde
Licenciar o exercício das atividades de assistência médica e dos serviços	Licenciar o exercício das atividades de assistência médica e dos serviços complementares de diagnóstico do setor

complementares de diagnóstico do setor privado	privado
Licenciar as instituições da medicina tradicional;	Licenciar as instituições da medicina tradicional;
	Proceder ao acompanhamento e análises do desempenho dos Serviços em função dos indicadores e padrões de Ética e Deontologia para profissionais prestadores de cuidados de saúde
Assegurar o intercâmbio com entidades nacionais e internacionais congêneres	Assegurar o intercâmbio com entidades nacionais e internacionais congêneres
Desempenhar outras atividades que lhe forem superiormente congêneres	Exercer as demais competências estabelecidas por lei ou determinadas superiormente
Fiscalizar a formação dos recursos humanos no domínio da saúde em colaboração com estruturas afins;	

A comparativa é um realce ao facto que desde sua legalização em 2013 até a atualização legal do ano de 2018, não consta publicações técnicas/científicas, das atividades de análises concretas do nível de qualidade dos serviços do Sistema Nacional de Saúde bem como da área clínica a que lhes compete avaliar, não obstante dado a reestruturação existente no país nos últimos 3 anos, no intuito de conferir a aplicabilidade a esta carreira, foi necessário adquirir apoio internacional para efetivar um diagnóstico e intervenção mais precisa. Segundo a Direção Geral da Saúde de Portugal, foi realizado no ano de 2018, um diagnóstico das atividades da Inspeção Geral da Saúde de Angola, com objetivo de diagnosticar a situação nas respetivas áreas de competência, auscultar as necessidades e recolher informação necessárias dentre outras sob a coordenação da equipa de saúde Portuguesa, nomeadamente pela Direção-Geral da Saúde, integrando elementos do Instituto Nacional de Saúde (INSA), da Inspeção Geral das Atividade em Saúde (IGAS), do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), do INFARMED, do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) e ainda do Instituto de Camões.

De acordo com diagnóstico efetuado pelo Programa de Estabilidade e Crescimento de Portugal-Angola 2018-2022, levantou-se o demonstrativo da escolaridade da carreira a nível do país apresentada na Tabela 9, e a perceção de fragilidades a nível de capacidades científicas e práticas para o ato, sendo assim, surtiu a necessidade da aplicabilidade de um memorando de cooperação entre os países a fim de apoiar na capacitação destes quadros assim como outros. Reafirmando a necessidade de uma intervenção de educação em saúde a curto prazo.

Na tabela: 9. Nível de escolaridade dos profissionais de Inspeção Geral da Saúde e sua distribuição no País

PESSOAL DA INSPECÇÃO DA SAUDE NOS 3 NIVEIS					
Nível de Escolaridade					
Provincia	Superior	Médio	Básico	Total	Percentagem
Benguela	29	48	1	78	15%
Bengo	0	4	0	4	1%
Bié	5	9	8	22	4%
Cabinda	3	18	7	28	6%
Cunene	5	7	4	16	3%
Huíla	7	2	1	10	2%
Huambo	1	23	1	25	5%
Kuanza Norte	8	5	3	16	3%
Kuanza Sul	1	48	0	49	10%
Kuando	4	6	6	16	3%
Kubango					
Lunda Norte	4	16	0	20	4%
Luanda	19	39	8	66	13%
Lunda Sul	3	9	1	13	3%
Namibe	0	6	8	14	3%
Moxico	1	7	1	9	2%
Malange	2	38	3	43	9%
Uíge	3	8	0	11	2%
Zaire	0	10	22	32	6%
Inspeção Geral	30	20	3	53	
Total Geral	125	323	77	525	

Fonte:(DGS, 2018)

Há grande concentração destes profissionais com formação superior nas Províncias de Benguela e Luanda, mas o documento não menciona qual a formação específica destes profissionais e qual a formação base para inclusão nos cargos em seus três níveis, bem como a sistematização de suas atividades, realçando que é preocupante os baixos índices de escolaridade constatado nas demais Províncias, compreendendo a magnitude da carreira para o controlo de risco e a segurança dos doentes nos cuidados de saúde.

Visto que a governação clínica visa colocar a prestação de qualidade clínica no centro da prestação de cuidados de saúde e deve ser baseada em provas, amplamente partilhada, utilizando pessoal qualificado e instalações apropriadas (Viner, 2010).

Para um melhor funcionamento do aparelho do estado principalmente no Setor da Saúde, no intuito de se salvaguardar a integridade da vida e o bem-estar social, entendemos que só é possível com profissionais altamente qualificados nos lugares certos e nas horas certas. Muito embora para se atingir tal desidrato é necessário que as reformas do Estado sejam compreendidas num contexto económico-social e político.

Na parceria estratégica África e União Europeia há o comprometimento no desenvolvimento no que concerne as pessoas, em providenciar cuidados de saúde a preços acessíveis, sustentáveis e de qualidade acessíveis a todos, incluindo o acesso a medicamentos, constitui particular desafio. E para tal, decidiram enfrentá-lo intensificando a cooperação bilateral e multilateral existente a fim de dar suficiente atenção ao desenvolvimento da capacidade produtiva, com especial destaque dentre outros

ao ensino para o desenvolvimento do capital humano e à disponibilização de um acesso equitativo e universal a cuidados de saúde de qualidade (Conselho Europeu, 2014).

Mas, para a concretização da qualidade no âmbito da saúde, são necessários pressupostos e um deles é a governação clínica e a efetiva ação do gestor de risco, principalmente para países com debilidades sociais e económicas como é no cenário de Angola.

Todavia, em suma, no processo de revisão de literatura do contexto de saúde de Angola, não é perceptível estudos relacionados a atividade da governação clínica e da gestão do risco na saúde, não obstante, a bibliografia revista ter demonstrado estudos e legislações, os mesmos, evidenciam a gestão hospitalar e de Unidades de Saúde, mesmo com a legalização do Diretor Clínico (médico) com uma característica mais ampla não apenas em função, mas também da responsabilização, entretanto, não salienta o contexto da governação clínica nem mesmo da sua componente de gestor de risco nos cuidados de saúde visando a segurança do doente.

Nesta senda, é imperioso recorrer a uma análise de estudos da organização inter-governamental, a qual, Angola é membro, nomeadamente a Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC), visto que, todos os estados membros são integrantes da política da OMS, sobre Gestão do risco de Desastres para Saúde, e que a organização prepondera pela cooperação política e de segurança. Nesta senda, realizar-se á uma pesquisa de literatura a todos os países da SADC, a fim de integrar maiores informações sobre o perfil do gestor de risco.

PARTE EMPÍRICA

5. Metodologia

Na presente pesquisa pretende-se identificar estudos de gestão do risco clínico e de gestão do risco relativos ao contexto Angolano ou em proximidade geográfica e com características comuns, procurando agregar as características mais relevantes que permitam definir o perfil adequado que o gestor do risco deve ter no contexto de Angola tendo em conta as suas particularidades deste país.

Para o efeito, foi realizada uma revisão da literatura focada na Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC), da qual Angola é membro, para um período de 5 anos (2015 a 2020) em diversas bases de dados (Ebscohost, Springer, Web of Science, PubMed (Medline), utilizando diversas palavras chave relacionadas com a temática em questão.

5.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com utilização de dados secundários. Foram selecionados os artigos científicos que tiveram por base as palavras-chave utilizadas e que cumpriram os critérios de elegibilidade, propostos no estudo.

Como Participants, Interventions, Comparators, Outcomes and Study design (PICO), foram considerados os países da SADC: África do Sul, Maurícia, Zimbábue, Angola, Botswana, República Democrática do Congo, Lesoto, Madagascar, Malawi, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Suazilândia atual Essuatini, Tanzânia, Zâmbia, Zimbábue e Seychelles.

Crítérios de elegibilidade

Foram elegíveis para inclusão estudos que relatassem a atividade da governação clínica e do gestor de risco de clínico e/ou de saúde. Foram igualmente incluídos estudos que relatassem total ou parcialmente o processo de gestão de risco e ou a função do profissional de gestão do risco, e foram validados artigos que dissertavam sobre o perfil do gestor de risco bem como suas competências.

A fim de cumprir com o requisito, do critério de elegibilidade, seguem as especificações dos estudos incluídos para análise:

Critérios de Inclusão

Foram selecionados estudos de gestão do risco com enfoque para área da saúde, inclusos estudos de gestão do risco clínico e gestão do risco em saúde, com as definições;

- Gestão do risco de saúde (*health risk management*);
- Gestão do risco clínico (*clinical risk management*);
- Governança clínica e a componente gestão do risco (*clinical governance and the risk management component*);
- Avaliação dos riscos como parte inerente da estratégia de gestão dos riscos ou da governança clínica, claramente evidenciados no trabalho (*Risk assessment as an inherent part of risk management strategy or clinical governance*).

Só foram utilizados estudos em humanos e apenas foram inclusos artigos científicos e de língua Inglesa por ser uma das línguas oficiais da Comunidade da SADC.

Não foram considerados artigos científicos duplicados, sem a definição do autor ou artigos sem a possibilidade de *download* e/ou endereço electrónico para contactar o autor.

Criterios de Exclusão

Para a exclusão foram considerados os seguintes critérios:

- Gestão dos riscos ambientais sem a componente de gestão dos riscos, relacionados ao contexto da saúde nas instituições/organizações e ou Unidades Sanitárias de Saúde /Unidades de Saúde Embasados no risco sem a componente de gestão do risco (*Environmental risk management without the risk management component, related to the health context in the institutions/organizations and/or Health Care Units/Health Units Based on risk without the risk management component*);
- Embasado no fator sem a componente de gestão do risco, governança clínica ou gestão clínica (*Based on the factor without the risk management, clinical governance or clinical management component*);
- Embasado na doença sem a componente de gestão do risco, governança clínica ou gestão clínica (*Disease-based without the risk management, clinical governance or clinical management component*);
- Embasado em Erros sem a componente de gestão do risco, governança clínica ou gestão clínica (*Error-based without the risk management, clinical governance or clinical management component*);
- Embasado em Perigos sem a componente de gestão do risco, governança clínica ou gestão clínica (*Hazard-based without the risk management, clinical governance or clinical management component*);

- Embasado em Acidentes sem a componente de gestão do risco, governação clínica ou gestão clínica (*Accident based without the risk management, clinical governance or clinical management component*);
- Embasado em Quase um Acidente sem a componente de gestão do risco, governação clínica ou gestão clínica (*Based on Near-Accident without the risk management, clinical governance or clinical management component*);
- Embasado em Incidente Hospitalar sem a componente de gestão do risco, governação clínica ou gestão clínica (*Based on Hospital Incident without the risk management, clinical governance or clinical management component*);
- Embasado na Comunicação de Risco Hospitalar sem a componente de gestão do risco, governação clínica ou gestão clínica (*Based on Hospital Risk Communication without the risk management component, clinical governance or clinical management*);
- Embasado na Comunicação de Incidente Hospitalar sem a componente de gestão do risco, governação clínica ou gestão clínica (*Based on Hospital Incident Communication without the risk management, clinical governance or clinical management component*);
- Embasado no risco de perigo para a saúde sem a componente de gestão do risco, governação clínica ou gestão clínica (*Based on the risk of health hazard without the risk management, clinical governance or clinical management component*);
- Embasado no risco para a saúde sem a componente de gestão do risco, governação clínica ou gestão clínica (*Based on health risk without the risk management, clinical governance or clinical management component*);
- Artigos científicos baseados na avaliação dos riscos sem a evidência da gestão do risco, governação clínica ou gestão clínica (*Scientific articles based on risk assessment without evidence of risk management, clinical governance or clinical management*);
- não encontrou o artigo (*did not find the article*).

Período do estudo

Para o estudo, foi utilizado o período temporal de cinco anos sendo 2015 a 2020 De acordo com (Olu et al., 2016) este considera-se o período genuinamente apropriado, com base nas estratégias e compromissos regionais do setor de saúde para gestão do risco de desastres.

A WHO (2019) reconhece que os serviços de saúde pública, pré-hospitalares e clínicos baseados em instalações devem estar bem preparados para voltar a respaldar eficazmente no caso de uma emergência com consequências para a saúde. Sendo que uma série de disciplinas de cuidados de saúde contribuem para a saúde, focalizando na construção de resistência das comunidades e países, incluindo a prevenção e mitigação do risco, preparação, resposta e recuperação e que na medida do possível, os representantes das várias disciplinas devem contribuir para a avaliação do risco e da capacidade, planeamento, implementação, e monitorização e avaliação.

Foi utilizada a *string* de busca (*gestão do risco*)* AND (*país*), substituído por cada nome dos países da SADC, nas seguintes bases de dados, Web of Science (Coleção Principal), Ebscohost,

PubMed/Medline, Springer/BMC, sendo que para os Estados de Comoros e Essuatini, foi necessário utilizar mais de um método de busca como por exemplo: (*Comores, Comoros, Union of the Comoros e Comoros Union*) e para Essuatini (*Essuatini e Swaziland*).

Sendo assim, utilizou-se para a extração dos dados, a ferramenta computacional StArt (State of the Art through Systematic Review) version 3.4 beta (LAPES, 2020).

Posteriormente, a extração de todos os artigos científicos, os mesmos foram analisados e procedeu-se o momento de análise do título, do resumo e da frequência de citação das palavras-chave. Os artigos considerados elegíveis foram submetidos a leitura na íntegra e no último momento, para garantir a efectividade da escolha, foi feita uma simulação de revisão por mais do que um revisor⁵ que de maneira independente reavaliaram os documentos a fim de considera-los elegíveis ou não, de acordo com os critérios definidos pelo protocolo já citado para o estudo e a partir daí procurar consenso sobre os documentos.

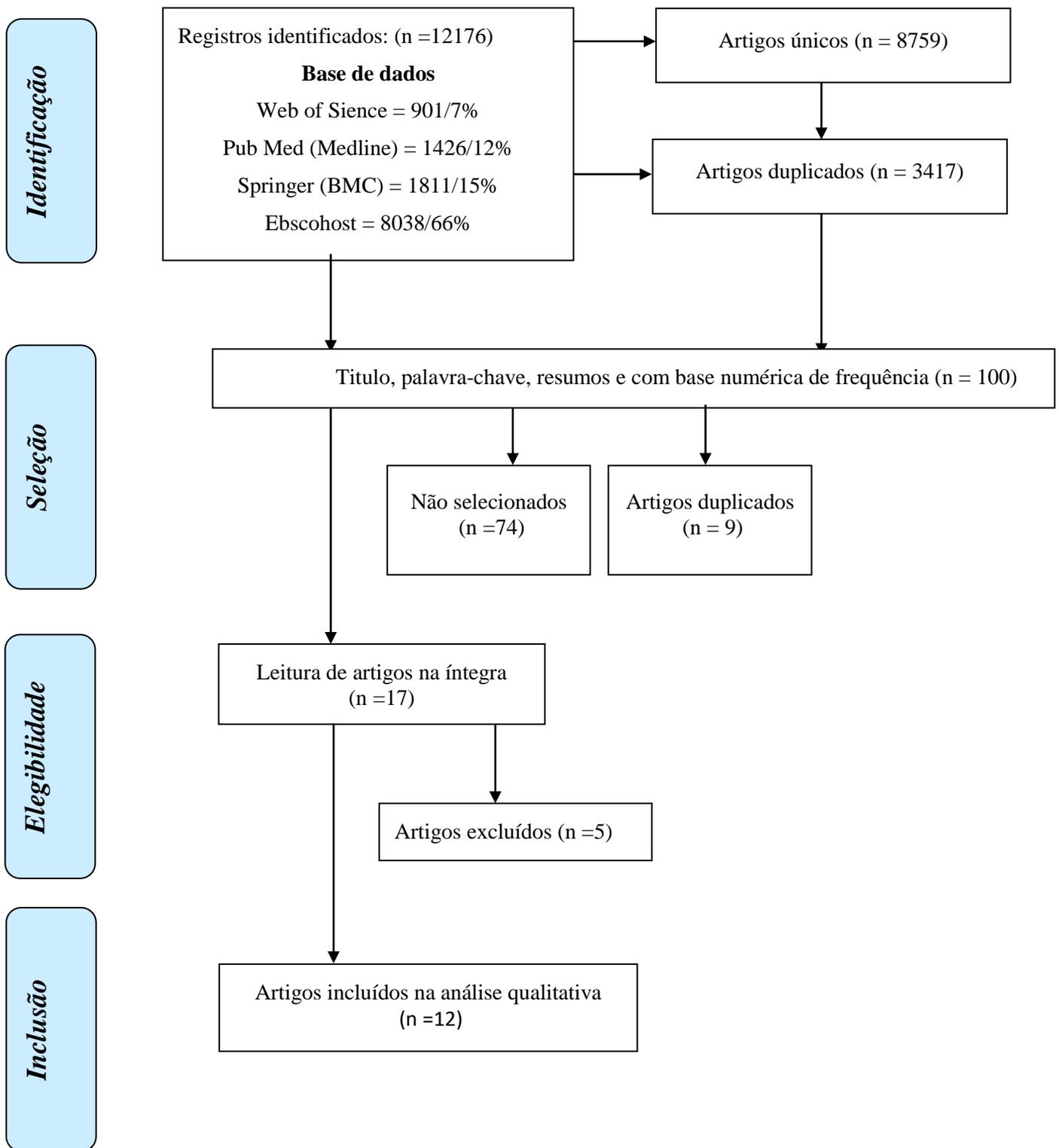
Para melhor demonstrar o processo da pesquisa seguem, a tabela 10 e figura 10:

Tabela: 10. Fases da extração de dados

Primeira pesquisa	Web of Science (Coleção Principal), Índices (SCI-EXPANDED, SSCI, ESCI)	strings de busca: (TS=(<i>risk management* AND south africa</i>)) alterado a string país por cada país da SADC.
Segunda pesquisa	PubMed/Medline	strings de busca: ((<i>risk management</i>)) AND (South Africa), alterado a string país por cada país da SADC.
Terceira pesquisa	Springer Link	strings de busca: ((<i>risk management</i>)) AND (South Africa), alterado a string por cada país da SADC.
Quarta pesquisa	Ebscohost	strings de busca: ((<i>risk management</i>)) AND (South Africa), novamente alternando a string país, por cada país da SADC.

⁵ Após a selecção inicial dos artigos, todos os artigos foram analisados pela mestranda e pelo orientador. Foi realizada uma reunião de consenso tendo-se simulado o teste de coeficiência de concordância Kappa. O Coeficiente Kappa pode ser definido como uma medida de associação usada para descrever e testar o grau de concordância (confiabilidade e precisão) na classificação, (Perroca & Gaidzinski, 2003). Quando a concordância é total entre os dois conjuntos de dados, $k = 1,0$ (G. de B. V. Junior, sem data). Gaidzinski, 2003. Quando a concordância é total entre os dois conjuntos de dados, $k = 1,0$

Figura: 10. Fases da pesquisa



Adaptado de: Diagrama ilustrativo das diferentes fases de uma revisão sistemática - PRISMA *statement*.2009

5.2 Apresentação de resultados

De acordo com a estratégia metodológica já mencionada, o totalizam 12176 artigos científicos, extraídos pela *string* de busca, mencionada.

Na Tabela 11 e no Gráfico 1 e 2, segue uma representação do quantitativo de artigos extraídos por base de dados e por cada país da SADC, obtendo maior representatividade a base de dados Ebscohost com 8038/66% artigos extraídos, e menor representatividade se dá à base Web of Science com 901/7% artigos extraídos, sendo que as base mais específicas da área da saúde, obtiveram menor representatividade, como a Springer (BMC) com 1811/15% dos estudos, seguida da base PubMed com 1426/12% de artigos científicos extraídos.

Logo após o processo de extração, em que se adquiriu um total de 12176 artigos científicos, destes documentos pré-selecionados, foram excluídos 3417 artigos duplicados, e incluídos 8759 artigos únicos, destes, foram selecionados após análise do título, palavra-chave, resumos e com base numérica de frequência das palavras-chaves um total de 100 artigos, das quais foram excluídos 74 documentos por não enquadrarem especificamente ao tema e detectados mais 9 artigos duplicados, culminando com um total final de 17 artigos a realizar leitura na íntegra, revisão e análise mais pormenorizada seguida de uma simulação da avaliação da concordância⁶. Depois deste processo apresentado no ANEXO 1, obtivemos como resultado o total de 12 trabalhos elegíveis.

⁶ Tal como mencionado, após a seleção inicial dos artigos, todos os artigos foram analisados pela mestranda e pelo orientador. Foi realizada uma reunião de consenso tendo-se simulado o teste de coeficiência de concordância Kappa com o valor de 0,71. Logo o Kappa enquadra-se na interpretação de coeficiente $k = [0.61 - 0.80]$: Acordo Substantial.

Tabela: 11. Quantitativo de artigos científicos extraídos por cada país da SADC

Países/Regiões	Web of Science	PubMed	Springer	Ebscohost	Total
Africa do Sul	542	829	743	2365	4479
Maurícia	6	9	12	999	1026
Zimbabwe	30	54	126	201	411
Botswana	21	34	57	111	223
Essuatíni/ Swaziland	6	12	40	18	76
Angola	6	9	23	1585	1623
União das Comores	2	1	6	437	446
República Democrática do Congo	21	42	70	109	242
Lesoto	0	8	0	5	13
Madagáscar	6	13	36	75	130
Malawi	75	107	174	403	759
Moçambique	19	42	89	160	310
Namíbia	3	16	35	38	92
Tanzânia	128	183	263	750	1324
Zâmbia	33	64	126	306	529
Seychelles	3	3	11	476	493
Total	901	1426	1811	8038	12176

Gráfico:1. Quantitativo de artigos científicos por países da SADC

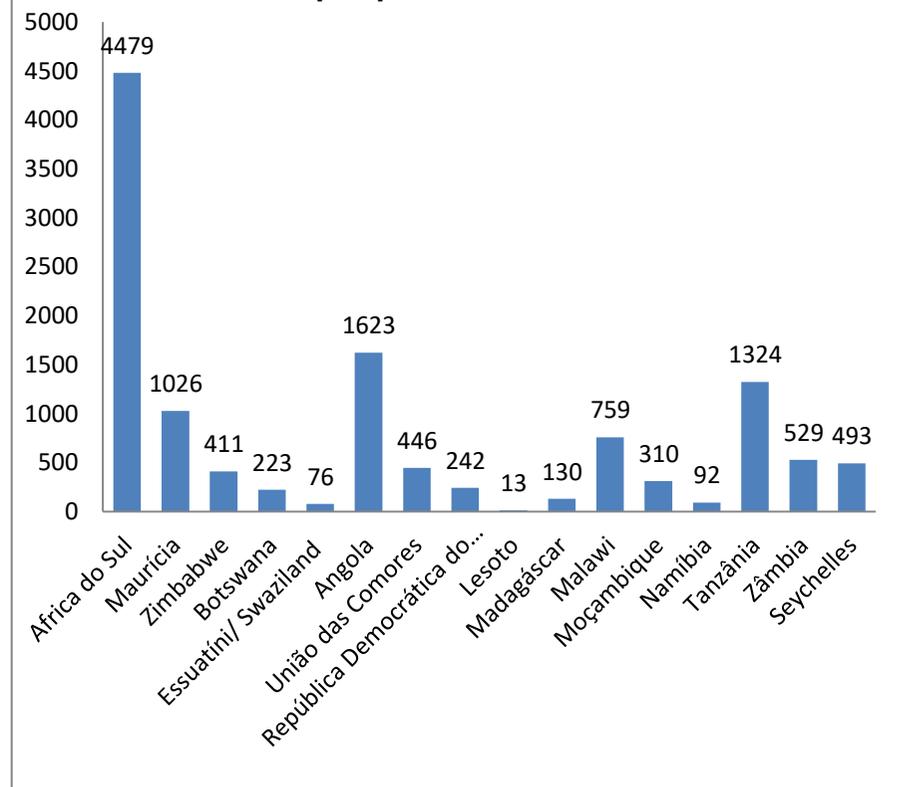


Gráfico:2. Representação em percentagem dos artigos extraídos por base de dados

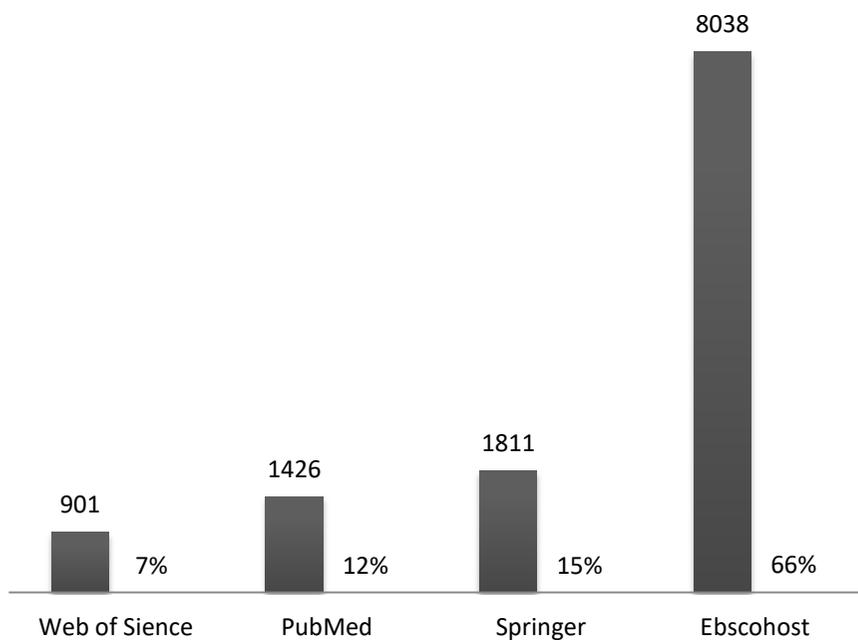
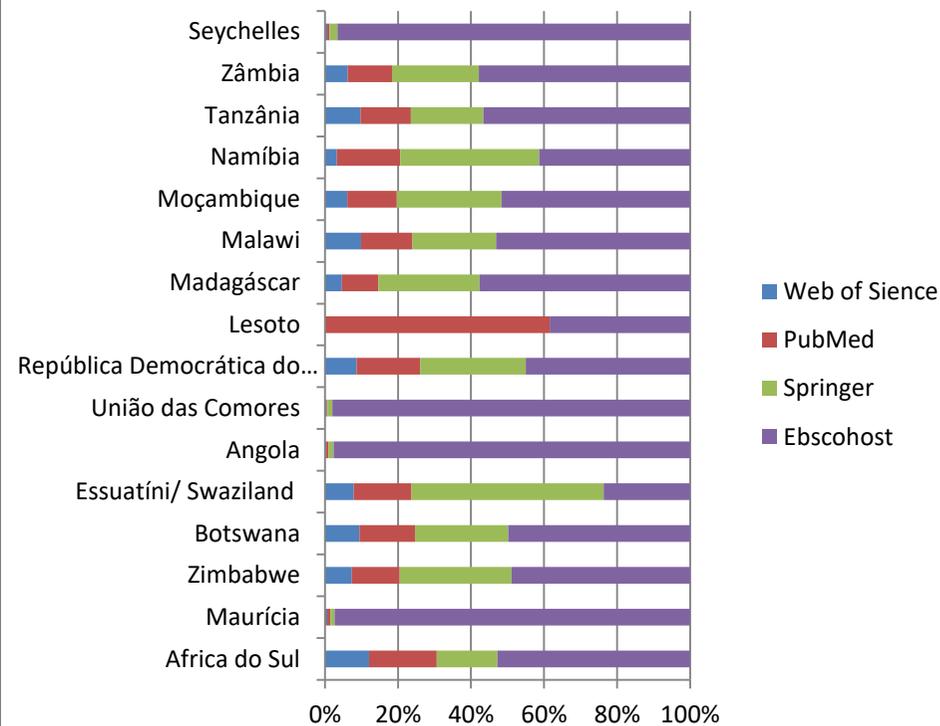


Gráfico:3. Representação de artigos por país e base de dados



5.3 Caracterização dos estudos selecionados

Considerando as características dos 12 estudos incluídos demonstrados na Tabela 12, destes, 2 estudos são do país Botswana e 10 estudos pertencem a África do Sul, em relação a base de dados e os estudos, respectivamente na base de dados Ebscohost (4), PubMed (2) e Web of Science (6), os demais estudos não obtiveram amostragem elegível para o estudo, o que demonstra a real necessidade de mais estudos na área, a fim de evidenciar a realidade de cada país no que tange a gestão do risco à saúde.

Ao apresentar os anos dos estudos e quantitativo de publicações da amostragem, segue respectivamente, 2016 (3), 2017 (1), 2018 (3), 2019 (2) e 2020 (3).

Quanto a área de aplicação dos estudos, variou de instituições inseridas, semi-rural a urbano, não foi perceptível estudos com enfoque no contexto rural, todavia é um demonstrativo preocupante, visto as vastas áreas rurais que possuem estes países, e integrar os aspectos demográficos bem como, os poucos recursos financeiros de muitos destes países é algo imprescindível para o processo de gestão do risco no âmbito da saúde, pois os mesmos interferem de maneira significativa nos resultados da saúde da população.

Concernente a aplicabilidade dos estudos, inserem estudos nos cuidados de saúde primários semi-rural, setores público no geral, clínica urbana de especialidade em VIH inserida em uma unidade hospitalar, ao setor de saúde, a hospitais distritais, hospital regional, hospitais terciários, setores de saúde público e privado nos centros urbanos, clínicas pré-natais de saúde pública em uma área com poucos recursos localizadas em uma área urbana e que pode servir as demais organizações com necessidades de uma avaliação de risco abrangente.

Foram identificados os seguintes estudos:

- Três estudos foram efetuados por meio de revisão de literatura;
- Um estudo de coorte observacional;
- Um estudo da literatura em conjunto com a aplicação de questionários pessoais e entrevistas telefônicas;
- Um estudo de coorte observacional;
- Um estudo quantitativo transversal que realizou uma investigação-piloto utilizando métodos mistos;
- Um estudo descritivo transversal de sítios convenientemente amostrados nos setores da saúde pública e privada;
- Um estudo de método misto semi-estruturado incluindo entrevistas telefônicas;

- Um estudo utilizou a metodologia interativa incluindo investigadores e profissionais, seguida de uma abordagem de investigação qualitativa semi-estruturado com entrevistas, observações de consultas e interações de sala de espera e documentos utilizados de uma clínica;
- Um estudo qualitativo;
- Um estudo semi-estruturado com entrevistas, observações de consultas e interações em sala de espera conjunto a documentos utilizados na clínica.

A partir destes estudos, percebe-se que na grande maioria foram estruturados a fim de apresentar a definição do contexto dos respectivos estados Botswana e África do Sul, demonstrando que os resultados podem servir de apoio para os demais estados da SADC, pela similaridade das condições de saúde da população destes estados e talvez até para a África.

Em suma, ao caracterizarmos o público incluído nesta amostragem, referenciamos a:

- Alta administração.
- Executivo de auditoria principal.
- Presidente do conselho (independente e do comitê de supervisão e de auditoria).
- Oficiais de contabilidade no setor público, oficial chefe financeiro e oficial chefe de operações.
- Masterclass de Gestão e Comunicação de Risco (médicos voluntários, obstetras, ginecologistas, ortopedicos, cirurgiões espinhais, cirurgiões gerais, pediatras, clínicos gerais e dentistas), estudantes de medicina, estudantes de enfermagem, enfermeiros, oncologistas, médicos (experientes e estagiários) e outros profissionais de saúde (principalmente por médicos experientes de especialidades cirúrgicos, clínicos gerais e dentistas), profissionais de saúde, ergonomistas e segurança ocupacional e mulheres grávidas adolescentes.
- Adultos no início do tratamento com o uso do medicamento tenofovir de primeira linha.
- Demais profissionais da área da saúde (clínicos distritais, médicos, enfermeiros, técnicos de laboratório, dentistas, ergonomistas, segurança ocupacional e funcionários de limpeza).
- Outros participantes (oficiais ou soldados da Forças de defesa nacional da África do Sul e civis).
- Doentes do setor público e do setor privado (doentes com gravidez confirmada e uma condição médica subjacente).

Nesta caracterização da população alvo inclusa nos estudos é perceptível que os mesmos abrangem uma diversidade profissional e até mesmo aos doentes, o que substancia a ideia de que a gestão do risco deva enquadrar não apenas o profissional de medicina.

De seguida apresentam-se de forma sumárias os principais estudos analisados.

Governança clínica – 1 estudo

O estudo de Gunst, Mash, & Phillips (2016):

- **Objetivo:** Fornecer um esboço da estrutura de governança clínica provincial e refletir sobre a experiência e as lições aprendidas em um distrito semi-rural na implementação desta estrutura.
- **Conclusão:** Uma abordagem sistemática para planejar a governança clínica no nível distrital deve ser equilibrada com uma abordagem localizada para incentivar a reflexão, o envolvimento e a mudança, e às atividades devem ocorrer dentro de uma cultura organizacional de apoio com foco na melhoria contínua da qualidade em todos os níveis do sistema de saúde.

Gestão Clínica – 2 estudos

O estudo de Santos et al.,(2016):

- **Objetivo:** Definir um fenótipo para hipercolesterolemia familiar grave e identificar pessoas com maior risco de doença cardiovascular através da avaliação da importância da caracterização molecular e da definição do papel de outros fatores de risco e estratificação de risco.
- **Conclusão:** Todos com hipercolesterolemia familiar têm um risco aumentado ao longo da vida para doença cardiovascular aterosclerótica, mas um grupo com risco aumentado pode ser identificado.

Observação: Não obstante se tratar de um estudo direcionado a uma patologia, foi incluso por definir os processos de gestão do risco, sendo que o mesmo realiza a identificação dos riscos, avalia os riscos, avalia os fatores de risco, estratifica o risco e define a gestão do risco.

O estudo de Jamieson et al., (2017):

- **Objetivo:** Determinar os fatores de risco associados ao aumento do Colesterol Total e descrever gestão clínica para o colesterol e o risco de doença cardiovascular, por intermédio de acompanhamento, avaliação, tratamento e estratificação do risco.
- **Conclusão:** As diretrizes atuais não indicam o teste regular de colesterol nas consultas clínicas de terapia anti-retroviral que são a principal exposição ao monitoramento clínico regular para a maioria dos indivíduos HIV-positivos (Vírus da Imunodeficiência Humana). Se o monitoramento regular do colesterol for realizado, melhorias podem ser feitas para identificar e tratar os pacientes mais cedo.

Gestão do risco clínico – 2 estudos

O estudo de Feucht et al., (2018):

- **Objetivo:** Destacar a contribuição das Equipas de Especialistas Clínicos Distritais para melhorar os resultados de saúde materno-infantil por meio do fortalecimento dos quatro pilares da governança clínica que são respectivamente eficácia clínica, gestão de risco clínico, desenvolvimento profissional e gestão da demanda e melhorar a responsabilidade para saúde materna, neonatal, infantil e da mulher.
- **Conclusão:** As Equipas de Especialistas Clínicos Distritais estão gerando inovações com foco nas principais melhorias na prestação de serviços, com resultados notáveis e com reduções documentadas nas taxas de morbidade e mortalidade institucional ao longo do tempo. O impacto das intervenções clínicas na qualidade dos dados destas equipas também demonstrou considerável potencial para uma melhor tomada de decisão no sistema de saúde com base em dados precisos.

O estudo de Feltham-King & Macleod (2020):

- **Objetivo:** Contribuir com abordagens de risco crítico para estudar gravidez e parto, com enfoque nas desigualdades socioculturais.
- **Conclusão:** Profissionais de saúde, à luz dos mecanismos nacionais de auditoria, directivas de saúde publicamente visíveis e um sistema de saúde sobrecarregado e com poucos recursos, vêem sua tarefa não apenas como mitigadora de riscos para mulheres grávidas, mas também para suas identidades profissionais; Argumenta-se que, sem o envolvimento nas realidades locais dos profissionais de saúde nas clínicas pré-natais, os protocolos e directrizes internacionais e nacionais continuarão a ter efeitos limitados no gerenciamento do risco na gravidez. Salientando a funcionalidade e importância de protocolos de gestão do risco instituídos nacionalmente.

Gestão do risco – 7 estudos

O estudo de Philna (2016):

- **Objetivo:** Investigar a contribuição da auditoria interna para as atividades de gestão de risco das organizações do setor público e visou obter a percepção da alta administração e em comparação com os pontos de vista dos executivos chefes de auditoria.
- **Conclusão:** Mesmo com interação entre gestão do risco e auditoria interna, a percepção de coordenação entre a auditoria interna e as estruturas de gestão do risco e, qual é a contribuição da auditoria interna para a gestão do risco ainda assim permanecem controversa, porém segundo o estudo, faltam estudos que afirmem se existe coordenação entre as duas funções e /

ou estruturas, qual deve ser a contribuição específica e a influência da coordenação na coordenação.

O estudo de Mugabi, Hattingh, & Chima (2018):

- **Objetivo:** Investigar o conhecimento, atitudes e práticas de médicos, enfermeiras, técnicos de laboratório e pessoal de limpeza, em relação a Gestão de resíduos médicos em um hospital terciário em Gaborone, Botswana.
- **Conclusão:** A prática da Gestão de resíduos médicos nesta instalação estava acima da média, embora fossem necessárias melhorias no acesso aos pontos de descarte de resíduos e disponibilidade de equipamentos de proteção individual.

O treinamento contínuo deve ser fornecido aos profissionais de saúde em Gestão de resíduos médicos, com mais atenção ao conhecimento dos requisitos regulatórios e envolvimento dos profissionais de saúde no desenvolvimento de políticas de Gestão de resíduos médicos para melhorar a conformidade.

Visto que à maioria dos profissionais de saúde e especialmente os médicos e enfermeiros possuem algum tipo de formação de gestão de resíduos médicos, ainda assim, detectaram que a maioria dos médicos e dos enfermeiros tinham pouco conhecimento sobre a presença de serviços de reciclagem no hospital em que trabalham, sendo a pior delas a equipa médica.

O estudo de Olu et al., (2018):

- **Objetivo:** Desenvolver e testar a aplicabilidade e viabilidade de um currículo de gestão do risco de desastres de saúde pública para o treinamento da força de trabalho de saúde africana.
- **Conclusão:** Definidas 14 competências essenciais e 45 subcompetências /unidades de treinamento agrupadas em seis áreas temáticas: introdução a eficácia operacional; liderança eficaz; preparação e redução de riscos; resposta de emergência e recuperação do sistema de saúde pós-desastre. Estas foram definidas como as habilidades e conhecimentos que os profissionais de saúde africanos devem possuir para participar efetivamente nas atividades de gestão do risco de desastres de saúde.

O estudo de Naidoo, Mothilal, & Snyman (2019):

- **Objetivo:** Avaliar a prática local de estratificação de risco de tromboembolismo venoso entre mulheres grávidas no setor de saúde público e privado em centros urbanos e as atitudes de médicos seniores em relação à profilaxia de tromboembolismo venoso durante a gravidez e o puerpério associado a morbidade e mortalidade significativas.
- **Conclusão:** Os médicos que participaram no estudo estavam geralmente conscientes do risco de tromboembolismo venoso durante a gravidez e o puerpério. A trombopprofilaxia farmacológica foi a intervenção mais frequentemente utilizada para reduzir o risco.

O estudo de Jolly, Bowie, Dawson, Heslington, & Dinwoodie (2020):

- **Objetivo:** Entender as experiências dos médicos, o aprendizado e os impactos profissionais após a participação em uma Masterclass de Gestão e Comunicação de Risco projetada e ministrada pela Medical Protection Society para identificar os pontos fortes do curso e áreas de aprimoramento para reduzir o risco de reclamações, reclamações médico-legais e dentolegais.
- **Conclusão:** Relata o impacto de fornecer gerenciamento de risco e treinamento de comunicação entre médicos e doentes, para melhorar as habilidades relacionadas em fazer uma conexão pessoal, com empatia, escuta ativa, gerenciamento de expectativas, tomada de decisão compartilhada, verificação de compreensão e tratamento de decepções.

O estudo de Rose, Eklund, Nord Nilsson, Barman, & Lind (2020):

- **Objetivo:** Facilitar a aplicação da ferramenta de manuseio manual proativamente (RAMP) para gerir sistematicamente os riscos.
- **Conclusão:** A ferramenta responde às necessidades das organizações por ser uma ferramenta acessível e abrangente de avaliação e gestão de riscos. E por refletir sobre a gestão do risco de saúde, utilizou-se uma ferramenta de avaliação e gerenciamento de riscos RAMP com as atividades no padrão ISO Gestão do risco. Constatou-se que deve ser utilizada primordialmente para a redução da exposição a fatores de risco relacionados à movimentação manual no local de trabalho, direcionado a ergonomia e segurança dos trabalhadores inclusive dos profissionais de saúde.

A Ferramenta identifica e avalia os riscos; avalia os efeitos das medidas de redução de risco, bem como a comunicação e consulta com diferentes partes interessadas e fornece uma estrutura para o desenvolvimento sistemático e implementação de medidas de redução de risco e avaliação dos efeitos das medidas implementadas em auditorias de acompanhamento sistemático.

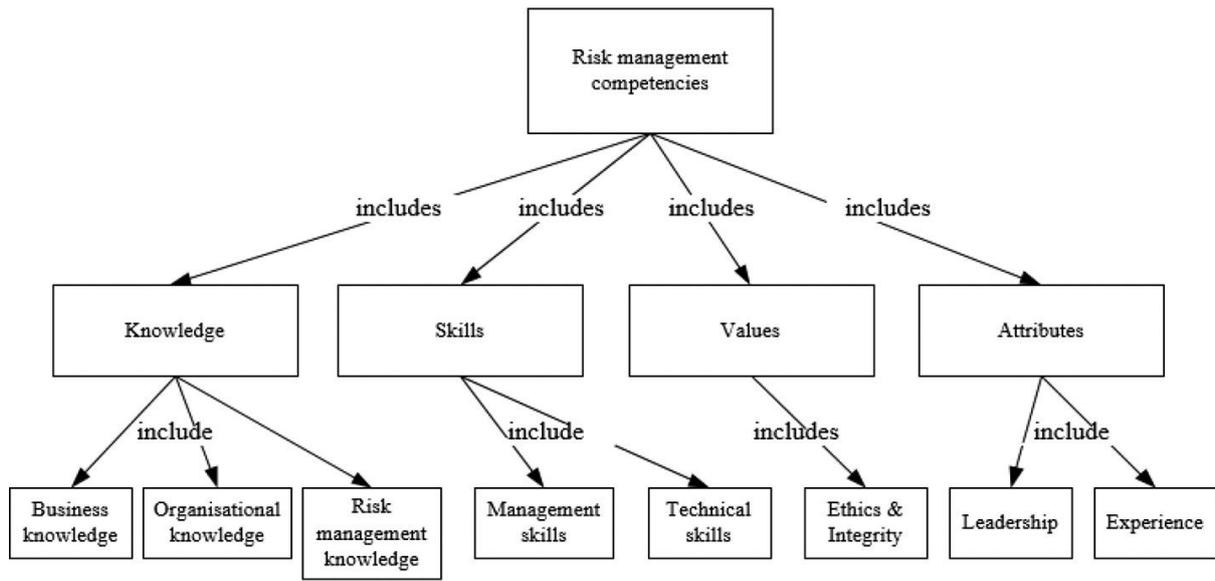
Por ser uma ferramenta é sistemática é válida para o contexto dos países de baixo rendimento, visto que para além de ser gratuito ainda dá a possibilidade de uma interfase com o programa Excel, e possibilita ao gestor de riscos gerar relatórios passíveis de uma melhor análise sobre a realidade do ambiente avaliado, auxiliando na percepção de auditores.

O estudo de Marx & de Swardt (2020):

- **Objetivo:** Determinar as competências exigidas dos gerentes de risco e, considerar as implicações de tais competências na determinação de módulos para inclusão na estrutura curricular de um curso de graduação na gestão do risco, preocupados com as características, o perfil apropriado para o gestor de risco, bem como o curriculum de formação do gestor de risco.

- **Conclusão:** As competências identificadas são conhecimentos de gestão e gestão do risco, atributos tais como assertividade e firmeza e valores éticos, bem como pessoais e competências técnicas são apresentados na figura seguinte.

É importante ressaltar que as semelhanças da literatura sugerem uma combinação de conhecimentos (conhecimento do negócio/atividade e conhecimento organizacional), habilidades (de gestão e técnicas), valores (ética e integridade) e atributos (relacionado com liderança e experiência).



Source: Own composition

Tabela: 12. Características dos estudos incluídos na amostra

ID Paper	Title	ID Search Session	Authors	Year	Journal	Volume	keyword	study	Country
1	A reflection on the practical implementation of the clinical governance framework in the Cape Winelands District of the Western Cape.	Ebscohost	Gunst, Mash, & Phillips et al.,	2016	South African Family Practice	58	- Clinical governance - health care quality, -primary health care	Review	South África
2	D Defining severe familial hypercholesterolaemia and the implications for clinical management: a consensus statement from the International Atherosclerosis Society Severe Familial Hypercholesterolemia Panel.PG - 850-61	PubMed	Santos et al.,	2016	The lancet. Diabetes & endocrinology		clinical management - identifies the risks - assesses the risks - assesses the risk factors - stratifies the risk - risk management	cli Review	South África
3	C Contribution of internal auditing to risk management: Perceptions of public sector senior	Web of Science	Coetzee Philna	2016	International Journal of Public Sector Management	29	public sector risk management	literature study questionnaires personal or telephonic	South África

	management								interviews	
4	Changes in elevated cholesterol in the era of tenofovir in South Africa: risk factors, clinical management and outcomes	C	web of Science	Jamieson et al.,	2017	HIV MEDICINE	18	clinical management	observational cohort study	South Africa
5	Assessing knowledge, attitudes, and practices of healthcare workers regarding medical waste management at a tertiary hospital in Botswana: Across-sectional quantitative study	As	web of Science	Mugabi, Hattingh, & Chima et al.	2018	AFRICAN JOURNAL OF CLINICAL PRACTICE	21	risk management	cross-sectional quantitative study	Botswana
6	What should the African health workforce know about disasters? Proposed competencies for strengthening public health disaster risk management education in Africa. PG - 60	W	PubMed	Olu et al.,	2018	BMC medical education		risk management	conducted a pilot research using mixed methods	South Africa
7	Innovations in the	In	web of Science	Feucht et al.,	2018	AFRICAN JOURNAL OF CLINICAL PRACTICE	108	ris	review	South Africa

	clinical care of mothers and children in South Africa: The contribution of district clinical specialist teams					AFRICAN MEDICAL JOURNAL		k management cli nical risk management		
8	Assessment and management of venous thrombo-embolism risk during pregnancy and the puerperium (SAVE): The South African cohort.	Ebscohost	Naidoo, Mothilal, & Snyman et al.,	2019	South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde	109	risk management	cross-sectional descriptive study of conveniently sampled sites in the private and public health sectors.	cr	South Africa
9	Evaluation of a simulation-based Risk Management and Communication Masterclass to reduce the risk of complaints, medicolegal and dentolegal claims	Web of Science	Jolly, Bowie, Dawson, Heslington, & Dinwoodie et al.,	2020	MJ SIMULATION & TECHNOLOGY ENHANCED LEARNING	6	Risk Management	Mixed method study including semistructured telephone interviews.		South Africa
10	The RAMP package for MSD risk management in manual handling – A freely accessible tool, with website and training courses	Ebscohost	Rose, Eklund, Nord Nilsson, Barman, & Lind et al.,	2020	Applied Ergonomics	86	Risk assessment manual	Qualitative methodology including researchers and practitioners	ite	Botswana

11	wards competency-based undergraduate qualification in riskmanagement	To a	Web of Science	arx & Swardt et al.,	M de	2020	Qualitative Research in Financial Markets	Q	12	Risk Management	qualitative research approach was followed	A	South Africa
12	ulti-layered risk management in under-resourced antenatal clinics: a scientific-bureaucratic approach versus street-level bureaucracy.	M a	Ebscohost	Feltham et al.,		2020	Health, Risk & Society		22	Clinical risk management	se interviews, observations of consultations and waiting room interactions, documents used in the clinic		South Africa

Tabela: 12. continuação Características dos estudos incluídos na amostra

Autor	Título	Tipo de Gestão do risco	Governança clínica	Especificidade do estudo	Perfil do gestor de risco	Avaliação de uma doença específica	Área	Público
unst, Mash, & Phillips et al.,	A reflection on the practical implementation of the clinical governance framework in the Cape Winelands District of the Western Cape.	Não consta	Diretrizes de governança clínica baseadas em evidências, normas e padrões, e protocolos clínicos aceitos, e mecanismos de gestão de desempenho, para revisar a adesão a esses protocolos. O quadro regulamentar para a política de governança clínica	Estrutura de governança clínica para a qualidade dos cuidados de saúde para garantir a competência dos médicos	Não consta	Não consta	cuidados de saúde primários semi-rural	gerentes e médicos de família
Santos et al.,	Defining severe familial hypercholesterolaemia and the implications for clinical management: a consensus statement from the International Atherosclerosis Society Severe Familial Hypercholesterolemia Panel.PG - 850-61	Não consta	Governança clínica	Avaliação da importância da caracterização molecular e definimos o papel de outros fatores de risco cardiovascular e aterosclerose coronária subclínica avançada na estratificação de risco.	Não consta	Hipercolesterolemia, risco cardiovascular e aterosclerose coronária subclínica	Não consta	Não consta
Coetzee Philna	Contribution of internal auditing to risk management: Perceptions of public sector senior management	Gerenciamento de risco corporativo	Não consta	investigar a contribuição da auditoria interna para as atividades de gestão do risco das organizações	Não consta	Não consta	Setores público	alta administração e em comparação com os pontos de vista dos executivos chefes de auditoria (CAE) CACs e AOs
Jamieson et al.,	Changes in elevated cholesterol in the era of tenofovir in South Africa:risk factors, clinical management and outcomes	Não consta	Governança clínica, acompanhamento, avaliação e tratamento dos riscos e estratificação do risco	Descrever incidente de colesterol total elevado, como uma medida para o risco potencial de doença cardiovascular, em uma grande população sul-africana em tenofovir de primeira linha.	Não consta	Colesterol risco de doença cardiovascular	clínica urbana de HIV no Hospital	cinco adultos iniciando TARV padrão de primeira linha
ugabi, Hattingh,	Assessing knowledge, attitudes, and practices of healthcare workers regarding medical waste	gestão do risco da gestão de resíduos de saúde Erros de omissão, Erros de comissão,	Não consta	investigar o conhecimento, atitudes e práticas de médicos,	Não consta	Não consta	única unidade de saúde	703 participantes 80 médicos, 432

& Chima et al.	management at a tertiary hospital in Botswana: Across-sectional quantitative study	Erros de inconsciência		enfermeiras, técnicos de laboratório e pessoal de limpeza, em relação a gestão de resíduos médicos			terciária - Hospital	profissionais de enfermagem, 40 técnicos de laboratório e 198 funcionários de limpeza.
Olu et al.,	What should the African health workforce know about disasters? Proposed competencies for strengthening public health disaster risk management education in Africa.PG - 60	gestão do risco de desastres de saúde pública	Não consta	desenvolver e testar a aplicabilidade e viabilidade de um currículo de gestão de risco de desastres de saúde pública para o treinamento da força de trabalho de saúde africana	14competências essenciais e 45 subcompetências / unidades de treinamento agrupadas em seis áreas temáticas: introdução ao DRM; eficácia operacional; liderança eficaz; preparação e redução de riscos; resposta de emergência e recuperação do sistema de saúde pós-desastre. Estas foram definidas como as habilidades e conhecimentos que os profissionais de saúde africanos devem possuir para participar efetivamente nas atividades de DRM de saúde.	Não consta	setor da saúde	estados membros africanos estudo piloto de treinamento básico de DRM de saúde. (Vinte e seis participantes (24 oficiais ou soldados da SANDF e dois civis)) instituições de treinamento participantes (Universidade de Pretória) em conjunto com as Forças de Defesa Nacional da África do Sul (SANDF) e a OMS / AFRO
Feucht et al.,	Innovations in the clinical care of mothers and children in SouthAfrica: The contribution of district clinical specialist teams	Gerenciamento do risco clínico focado no fortalecimento do sistema de saúde em toda uma área de captação ou referência para permitir a implementação de protocolos. E isso aborda os três primeiros padrões de qualidade, bem como	governança clínica	Pilares da governança clínica para Eficácia clínica, Gestão do risco clínico, Desenvolvimento profissional e gestão e Criar demanda e melhorar a responsabilidade para Saúde materna, neonatal,	Não consta	Não consta	Em 5 Hospitais Distritais, 1 Hospital Regional, 3 Hospitais terciários	Equipes de especialistas clínicos distritais. (saúde materna, neonatal, infantil e da mulher)

		aqueles relacionados à prática do pessoal e recursos essenciais.		infantil e da mulher				
aidoo, Mothilal, & Snyman et al.,	Assessment and management of venous thromboembolism risk during pregnancy and the puerperium (SAVE): The South African cohort.	gestão do risco de saúde Avaliar as práticas locais em relação à estratificação de risco	Não consta	Avaliar as práticas locais em relação à estratificação de risco de TEV e profilaxia de tromboembolismo	Não consta	tromboembolismo venoso (TEV)	18 países Médicos, 90 doentes setores público e 130 no setor privado	setores de saúde público e privado nos centros urbanos. Doentes com gravidez confirmada e uma condição médica subjacente
olly, Bowie, Dawson, Heslington, & Dinwoodie et al.,	Evaluation of a simulation-based Risk Management and Communication Masterclass to reduce the risk of complaints, medico legal and dentolegal claims	Gestão do risco de saúde Com enfoque no processo de comunicação entre clínico e doente	Não consta	entender as experiências dos médicos, o aprendizado e os impactos profissionais após a participação em uma Masterclass de Gestão e Comunicação de Risco, para ajudar os médicos a gerenciar os desafios do contencioso associados ao trabalho em especialidades de alto risco. Isso ajudará a atingir os objetivos adicionais de melhoria da segurança do doente e da qualidade do atendimento	Não consta	Não consta	-	12 Masterclass de Gestão e Comunicação de Risco (RMCM): médicos voluntários (obstetras / ginecologistas, ortopédicos / cirurgiões espinhais, cirurgiões gerais, pediatras, clínicos gerais e dentistas) e 486 participantes, populações-alvo na revisão incluíram estudantes de medicina, estudantes de enfermagem, enfermeiros, oncologistas, médicos experientes e estagiários) e outros profissionais de saúde. Composta

								principalmente por médicos experientes de especialidades cirúrgicas, clínicos gerais e dentistas.
ose, Eklund, Nord Nilsson, Barman, & Lind et al.,	The RAMP package for MSD* risk management in manual handling “ A freely accessible tool, with website and training courses * risks of musculoskeletal disorders (MSDs)	gestão do risco de saúde ferramenta RAMP com as atividades no padrão ISO Gestão do risco - Princípios e diretrizes, ISO 31000: 2009 Primordialmente para a redução da exposição a fatores de risco relacionados à movimentação manual no local de trabalho.	não consta especificamente apesar de ferramenta, abranger uma ampla gama de riscos, é aplicável a todo o processo de gestão do risco	Comunicação e consulta Estabelecendo contexto Avaliação de risco Identificação de risco Análise de risco Avaliação de risco Tratamento de risco Monitoramento e revisão	Não consta	Não consta	Profissionais de Saúde, ergonomistas e segurança ocupacional	organizações ' com necessidades de uma avaliação de risco abrangente e acessível e ferramenta de gestão
arx & de Swardt et al.,	Towards a competency-based undergraduate qualification in riskmanagement	Gestão do risco	Não consta	determinar as competências exigidas dos gerentes de risco e, considerar as implicações de tais competências na determinação de módulos para inclusão na estrutura curricular de um curso de graduação na gestão do risco	considerar as implicações de competências na determinação de módulos para inclusão na estrutura curricular de um curso de graduação. fi cação na gestão do risco	Não consta		profissionais de gestão do risco
Feltham et al.,	Multi-layered risk management in under-resourced antenatal clinics: a scientific-bureaucratic approach versus street-level bureaucracy.	Gestão do risco	Não consta	(1) o processo iterativo de coleta de dados sobre saúde materna, análise desses dados para revelar padrões de atendimento precário e a transformação dessas informações em diretrizes nacionais para a prática; (2) auditorias regulares e vigilância de casos	Não consta	Não consta		2 clínicas pré-natais de saúde pública em uma área com poucos recursos localizadas em uma área urbana 18 profissionais de saúde E as mulheres

e da prática do profissional de saúde; e (3) a visibilidade dos objetivos, missões e visões internacionais, nacionais e institucionais no espaço público da clínica pré-natal. Nesse processo, o profissional de saúde é incitado a monitorar sua própria prática, atitudes, comportamento e formação, passando a fazer parte da vigilância de sua atuação.

grávidas
adolescentes

6. Discussão e Resultados

Apesar da atenção da Organização Mundial de Saúde e das estratégias em gestão do risco de desastres que inclui os membros da SADC, ainda assim, se sente nos dias atuais a necessidade de se realizar mais estudos que possam evidenciar cientificamente a saúde destes países, não obstante a comprovação de que a África do Sul detém as maiores discussões a cerca da temática, são necessários outros estudos de cunho científico, capaz de evidenciar as características clínicas dos profissionais de Angola e dos demais países, bem como da atividade efetuada por estes e a existência ou não de gestores de riscos ao setor da saúde, considerado tão complexo.

Embora a segurança do doente e a gestão do risco no âmbito da saúde, seja recente ao contexto da SADC, ainda assim, devido aos comprovados dados epidemiológicos de baixa qualidade de saúde em África e aqui confirmada especialmente no estado Angolano, seria eficaz e de incomparável validade focar na governação clínica eficaz e principalmente na gestão dos riscos para a saúde.

Foi comprovado a partir deste estudo, que quanto ao estado Angolano, não existente divulgação de estudos relacionados a atividade da governação clínica e gestão do risco na saúde, não obstante a revisão bibliográfica ter demonstrado os estudos e legislações, estes, enfocam apenas a gestão hospitalar e de Unidades de Saúde, mesmo com a legalização do Diretor Clínico (médico) com uma característica mais ampla não apenas em função, mas também da responsabilização, entretanto não disserne sobre contexto da governação clínica nem mesmo da sua componente de gestor de risco nos cuidados de saúde visando a segurança do doente, consequentemente não foi encontrado um perfil do gestor do risco na literatura referente á Angola.

Todavia, em relação aos demais países da SADC, foram identificados estudos relevantes da África do Sul e Botswana não sendo possível enquadrar na amostra nenhum dos demais países por não obterem estudos elegíveis de acordo com o trabalho proposto.

Nestes estudos, nota-se uma reflexão sobre as diretrizes e protocolos da governação clínica, com uma forte atenção a padronização da prática clínica, da capacitação adequada do capital humano de saúde, da estratificação do risco como auxílio ao tratamento eficaz, da utilização de ferramentas de gestão do risco para o apoio em todo o processo de gestão, discussões sobre o risco hospitalar e ambiental, nas perspectivas da gestão dos resíduos hospitalares e até uma nova estratégia de reciclagem destes resíduos, assim como, o estudo que intuiu compreender e definiu as competências específicas para um currículo de um gestor de risco para África do Sul.

Tal como se pode constatar, tais estudos tiveram em conta a realidade de cada ambiente, e muitos preocuparam-se em interligar a revisão de literatura com o contexto prático local.

Em relação ao estudo para formulação de um curriculum mais apropriado para um gestor do risco para África do Sul, poderíamos enquadrar e definir, como ponto de partida as características e competências essenciais para o perfil do gestor do risco em Angola, mesmo que a proposta em nosso estudo seja para o contexto da saúde, não havendo um perfil de gestão do risco para o Setor da Saúde, primeiramente é valido se definir características gerais deste profissional, comprovado em nosso trabalho, desta feita, a governação clínica e demais profissionais devem deter de competências, habilidades e conhecimentos específicos.

Tabela:13. As implicações e competências requeridas para qualificação de um estudante universitário em gestão do risco

Competências	Assuntos que tratam da competência	Justificativa/fonte
Competência: Conhecimento e Gestão do conhecimento	Gestão de Negócios, incluindo modelos de negócios e as seguintes áreas funcionais: Administração Geral Marketing Gestão de Capital Humano Gestão financeira Gestão da cadeia de abastecimento Gerenciamento de operações Gestão Estratégica Contabilidade financeira Economia Estatística Métodos de pesquisa Dados e Ciência da informação Decisão/modelagem	Louisot (2003) Risk and Insurance Management Society (2017)
Gerenciamento de riscos conhecimento	Gestão do risco, incluindo: Gestão do risco empresarial Gestão do risco operacional Gestão do risco de crédito Financeiro (mercado) Gestão de risco Gestão do risco ambiental Informação e segurança na gestão do risco Reputação da gestão do risco	BCBS (2017) WEF (2017) Vinay e Müller (2015) Reputation Institute (2017)
Competência: atributos Liderança	Assertividade Firmeza Envolvimento e consulta das partes interessadas	Louisot (2003) Risk and Insurance Management Society (2017)
Competência: Valores	Ética de negócios	Risk and Insurance Management Society

Ética	Código de Ética	(2017)
Competência: Habilidades	Psicologia industrial	Hopkin (2017)
Habilidades pessoais	Comunicação Sociologia em contexto de trabalho/ Sociologia industrial	ISO (2018) Risk and Insurance Management Society (2017)
Habilidades técnicas	Trabalho em equipa e colaboração Gerenciando a complexidade usando o gerenciamento de projetos Habilidades de escrita Habilidades de apresentação	Risk and Insurance Management Society (2017)

Fonte (Marx & de Swardt, 2020).

De acordo com o processo evolutivo da gestão do risco, as competências citadas equivalem a base de formação de qualquer gestor do risco, inclusive do setor da saúde, todavia para além destas, poderiam requerer a certificação através do Programa de Certificado de Gestão do risco de Saúde (GRH), oferecido em eventos da Society for Healthcare Risk Management (ASHRM), que integra tópicos fundamentais da dinâmica de saúde e especialmente clínica (ASHRM, 2020).

Nesta proposta de Marx e Swardt, especificamente para o gestor do risco em saúde e gestor do risco clínico seriam complementadas algumas competências e responsabilidades, ilustradas na Tabela 14, confirmadas na revisão bibliográfica efetuada.

Tabela:14. Competências e Responsabilidades do Gestor do Risco em Saúde

Competências	Fonte
Comunicação e gestão de relações, Profissionalismo, Conhecimento do ambiente dos cuidados de saúde, Liderança Perspicácia empresarial	American College Healthcare Executives (ACHE) American College of Physician Executives (ACPE) American Organization of Nurse Executives (AONE) Healthcare Finance Management Association (HFMA), 2018
Responsabilidades	
Sobre os riscos relacionados com a conformidade empresarial e a ética organizacional,	Carroll, 2001
Sobre a melhoria da segurança do doente	Card, Ward, & John, 2012
Em fornecer um ambiente seguro, com capacidade de	Youngberg, 2010

explorar a possibilidade de falha, e criar "defesas" que o possibilitem mudar o sistema atual de operação, a fim de reduzir o potencial de falha

Sobre garantir a qualidade e função de segurança do doente

B. R. L. Carroll & Wooden, 2015. Bunting & Groszkruger, 2016

Em apoiar na consagração da Governação clínica, assim como atividades emergentes de auditoria clínica ou, mais tradicionais como a investigação o desenvolvimento profissional contínuo

Felício & Rodrigues, 2017

Proteger a organização de saúde contra perdas

Carroll, 2019

Reduzir as incertezas e aprimoramento de ricas oportunidades para diferentes áreas do Sistema de Saúde

Melhorar a alocação de recursos de saúde, a gestão de processos, a tomada de decisões, a redução das perdas organizacionais, a segurança dos doentes, a melhoria contínua da qualidade, a satisfação do cliente, o desempenho organizacional, a reputação do hospital e não só, e a melhor criação da comunidade

Ferdosi et al., 2020

Atuar com antecedência ou seja, antes de ocorrerem falhas que possam causar qualquer dano. Na prática, isto não significa que temos uma ausência de falhas, mas que a exatidão, fiabilidade e rapidez das falhas de manuseamento reduzem os riscos e danos consequentes e consequentemente, a utilização de uma abordagem profissional de gestão do risco numa organização, pode melhorar a segurança dentro da organização

Streimelweger et al., 2020

Assegurar a prestação de cuidados de saúde de qualidade é uma responsabilidade do estado, não somente pelo fator socioeconómico, mas principalmente para o bem-estar e segurança dos seus cidadãos.

Contudo, acreditamos que um aspecto fulcral para isto é uma proposta sistémica de gestão do risco para os Serviços de Saúde de Angola.

7. Conclusões

A presente pesquisa demonstrou que o trabalho de gestão do risco no contexto da saúde é muito mais amplo do que a prestação de cuidados de saúde pressupõe e para seu efetivo resultado é primordial a inclusão de todos os profissionais, desde a equipa dos serviços gerais até os profissionais especializados.

A literatura revisada comprova a não existência de estudos científicos sobre a gestão do risco em Angola, todavia, de acordo com os resultados, a África do Sul, serve de um forte influenciador aos demais países, pela implantação efetiva da gestão do risco em várias áreas do saber.

Neste trabalho foi confirmado pela literatura a existência de riscos nos cuidados de saúde, que rotineiramente causam danos aos doentes, mas não é sábio o nível de compreensão sobre a gestão do risco por parte dos enfermeiros, médicos e demais profissionais de saúde na maioria dos países da SADC, confirmando a necessidade de se realizar mais estudos científicos no âmbito da temática, capazes de evidenciar também, as características e práticas clínicas destes profissionais. É necessário atentar aos profissionais de saúde sobre reflectiva da existência do erro humano a nível global na prestação de cuidados de saúde e da possibilidade de gerir os inúmeros riscos capazes de acometer danos aos doentes, profissionais e organizações.

Segundo o levantamento, a profissão do gestor do risco não é algo nato, e por apresentar uma gama de requisitos pessoais, técnicos e profissionais, tornou-se primordial que este indivíduo seja submetido a uma capacitação profissional por intermédio de agências reconhecidas internacionalmente no âmbito da gestão do risco, mas o que o estudo comprova também, é que para a atuação deste profissional são necessárias políticas públicas de programas de gestão do risco.

Em suma as competências consideradas essenciais para um curriculum de um gestor do risco, evidenciadas neste estudo são dentre outras: competências gestão, empresariais, de entendimento no âmbito da área económica, estatística, financeira, de gestão de capital humano bem como de controlo emocional e capacidade de avaliação psicológica, com posicionamento ético, assertivo, de boa interactividade e vasto conhecimento profissional na área de trabalho assim como conhecimentos políticos e do meio ambiente, e demais áreas do saber, um líder fiável capaz de mensurar, promover e apoiar na qualidade institucional, com resultados de segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados não apenas pelos clínicos mas dos demais profissionais da instituição de saúde.

Cabe ressaltar que que os riscos não podem ser eliminados mas sim efectivamente controlados e reduzidos, desde que sejam realizadas estratégias atempadas de uma abordagem segura do profissional gestor do risco. Dado a característica debilitada dos resultados

epidemiológicos de Angola é aconselhável evidenciar a gestão do risco e conhecer a prática clínica efectuada nas Unidades Sanitárias, para garantir estratégias mais direccionadas á realidade de cada instituição.

Ao longo do nosso trabalho deparámo-nos com várias limitações. Inicialmente o trabalho estava configurado com a pretensão de realizar-se uma entrevista semi-estruturada, com o público-alvo (peritos de saúde que atuam ou atuaram em Angola juntamente com profissionais de saúde nacionais (que trabalham na prestação de cuidados de saúde). Todavia a sua concretização foi impossibilitada devido a situação inesperada da Pandemia do COVID-19, visto que, o público-alvo está profissionalmente sobrecarregado, em processo de treinamento sobre o COVID-19, em adequação de instituições para atender á alta demanda de doentes para o tratamento e manutenção da vida, por este motivo não foi possível efectuar tal entrevista.

Nesta senda, como estratégia, foi necessário redefinir o estudo e realizar uma revisão de literatura sobre a temática em Angola e o contexto circundante focando os países da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC), da qual Angola é membro e também por possuírem uma cultura de cooperação e integração. Devido a este ajustamento o presente trabalho apresenta-se mais conceptual do que empírico.

Teria sido também pertinente apresentar um levantamento sobre a gestão do risco a partir das respostas dos profissionais, mas infelizmente tal também não foi possível.

Em termos de investigação futura e relativamente à temática da gestão do risco em Angola, os resultados obtidos neste trabalho permitem que sejam desenvolvidos instrumentos que podem ser aplicados aos profissionais de saúde deste país. A possibilidade de realizar entrevistas semi-estruturada com peritos de saúde internacionais, que atuam ou atuaram em Angola, juntamente com profissionais de saúde nacionais, que trabalham na prestação de cuidados de saúde, pode ajudar a identificar de forma mais efectiva as características desejadas para o gestor de risco neste contexto e orientar futuras políticas públicas nesta área.

Referências

- 2010 Decreto Presidencial 262.10 Plano Nacional de Saúde 4.
- 2013 Decreto Presidencial nº 178-13 Aprova Estatuto Orgânico do MINS.
- Africa, W. R. office for. (2015). Who Country Cooperation. *Who*.
<https://doi.org/10.1006/pupt.1999.0169>
- Ajayi, A., Oyedele, L., Davila Delgado, J. M., Akanbi, L., Bilal, M., Akinade, O., & Olawale, O. (2019). Big data platform for health and safety accident prediction. *World Journal of Science, Technology and Sustainable Development*, 16(1), 2-21. <https://doi.org/10.1108/wjstsd-05-2018-0042>
- Alam, A. Y. (2016). Steps in the Process of Risk Management in Healthcare. *Journal of Epidemiology and Preventive Medicine*, 02(02), 1-5. <https://doi.org/10.19104/jepm.2016.118>
- Alta, C. (2018). *Presidente da República Ministérios da Administração do Território e Reforma do Estado e da Educação*.
- Alves, S. M. C., Oliveira, F. P. de, Matos, M. F. M., Santos, L. M. P., & Delduque, M. C. (2017). Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 22, pp. 2223-2235. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.03512017>
- André, Z., & Sales, A. C. (2020). *Questionário AGRASS: Avaliação da Gestão de Riscos Assistenciais em Serviços de Saúde*. 1-15.
- ANS. (2015). Política de Gestão de Riscos. *Agência Nacional de Saúde Suplementar do Brasil*, 1-8.
- ASHRM. (2020). ASHRM. Obtido 24 de Abril de 2020, de Journal of Health Care Risk Management website: <https://www.ashrm.org/pubs/journal>
- Azami-Aghdash, S., Tabrizi, J. S., Sadeghi-Bazargani, H., Hajebrahimi, S., & Naghavi-Behzad, M. (2015). Developing performance indicators for clinical governance in dimensions of risk management and clinical effectiveness. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(2), 110-116. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu102>
- Bauserman, M., Lokangaka, A., Thorsten, V., Tshefu, A., Goudar, S. S., Esamai, F., ... Bose, C. L. (2015). Risk factors for maternal death and trends in maternal mortality in low- and middle-income countries : a prospective longitudinal cohort analysis. *Reproductive Health*, 12(Suppl 2), S5. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-12-S2-S5>
- Behzadifar, M., Bragazzi, N. L., Arab-Zozani, M., Bakhtiari, A., Behzadifar, M., Beyranvand, T.,

- ... Gorji, H. A. (2019). The challenges of implementation of clinical governance in Iran: A meta-synthesis of qualitative studies. *Health Research Policy and Systems*, 17(1), 1 - 14. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0399-5>
- Bernardi, R., & Exworthy, M. (2020). Clinical managers' identity at the crossroad of multiple institutional logics in it innovation: The case study of a health care organization in England. *Information Systems Journal*, 30(3), 566-595. <https://doi.org/10.1111/isj.12267>
- Bhalaji, R. K. A., Bathrinath, S., & Saravanasankar, S. (2019). Analysis of Human Error in Healthcare Industry: an Indian Perspective. *International Journal of Recent Technology and Engineering*, 8(4S2), 157-162. <https://doi.org/10.35940/ijrte.d1034.1284s219>
- Bolcato, M., Fassina, G., Rodriguez, D., Russo, M., & Aprile, A. (2019). *The contribution of legal medicine in clinical risk management*. 7, 1-6.
- Borges, D. (2013). Gestão de conflitos - um desafio em enfermagem. Em *Gestão em Organização de Saúde* (Vol. 3).
- Braithwaite, J., Clay-Williams, R., Taylor, N., Ting, H. P., Winata, T., Hogden, E., ... Arnolda, G. (2020). Deepening our Understanding of Quality in Australia (DUQuA): An overview of a nation-wide, multi-level analysis of relationships between quality management systems and patient factors in 32 hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 32, 8-21. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz103>
- Brault, M. A., Mwinga, K., Kipp, A. M., Kennedy, S. B., Maimbolwa, M., Moyo, P., ... Vermund, S. H. (2020). Measuring child survival for the Millennium Development Goals in Africa: what have we learned and what more is needed to evaluate the Sustainable Development Goals? *Global Health Action*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1732668>
- Cagliano, A. C., Grimaldi, S., & Rafele, C. (2011). A systemic methodology for risk management in healthcare sector. *Safety Science*, 49(5), 695 - 708. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2011.01.006>
- Calado, M. P. (2015). *Serviço de Emergência Médica Angolano : Optimização Utilizando Sistemas Multi-Agente*.
- Carayon, P. (2012). Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety. *Taylor & Francis Group, Internatio*(Second Edition), 823.
- Card, P. A. J., Ward, J. R., & John, P. (2012). *Chegar a Zero : gestão de riscos de saúde baseada em evidências é a chave*. 32, 20-27.
- Carneiro, A. V., Saturno, P., & Campos, L. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos cuidados e dos serviços. *Ministério da Saúde*, 1 - 140. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18781-5_18
- Carroll. (2001). B o o k. *Risk management handbook for health care organizations / American*

- Society for Healthcare Risk Management*, 3rd ed., 938.
- Carroll. (2015). Where we' ve been, where we are, and where we are going: A 35-year perspective on healthcare risk management. *J Healthc Risk Manag*, 35(2). <https://doi.org/10.1002/jhrm>
- Carroll, B. R. L., & Wooden, J. (2015). *Where we ' ve been , where we are , and where we are going : A 35-year perspective on healthcare risk management W H E R E W E ' V E B E E N ...*. 35(2). <https://doi.org/10.1002/jhrm>
- Carroll, P. R. L. (2019). Risk Management Handbook for Health Care Organizations. Em *American Society for Healthcare Risk Management* (Vol. 53). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Casimiro, S. M. S. (2015). *Padrões de Qualidade na Administração e Gestão em Enfermagem (Tese de Mestrado)*.
- Chandrasekaran, A., Senot, C., & Boyer, K. K. (2012). Process management impact on clinical and experiential quality: Managing tensions between safe and patient-centered healthcare. *Manufacturing and Service Operations Management*, 14(4), 548 - 566. <https://doi.org/10.1287/msom.1110.0374>
- Chris De Neubourg, R. S. e A. D. (2018). A criança em Angola-Uma análise multidimensional da pobreza infantil. *UNICEF e Instituto de Investigação de Políticas Sociais*.
- Chugh, N. (2015). Risk Identification , Assessment and Management in Healthcare Sector. *ASCI Journal of Management*, 44(2), 36-44.
- Conselho Europeu. (2014). *A Parceria Eestratégica - África e União Eeuropeia: Investir nas pessoas, na prosperidade e na paz*. <https://doi.org/doi:10.2860/55809>
- Cook, M. R. & S. (2006). *Clinical Trials Risk Management* (T. & F. Group, Ed.).
- Costa, D. L., Yetter, N., & DeSomer, H. (2020). Wartime health shocks and the postwar socioeconomic status and mortality of union army veterans and their children. *Journal of Health Economics*, 70, 102281. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.102281>
- Cotrim, T. P., & Hignett, S. (2019). *Advances in Intelligent Systems and Computing 1012 Health and Social Care Systems of the Future : Demographic Changes , Digital Age and Human Factors*.
- Crema, M., & Verbano, C. (2015). Investigating the connections between health lean management and clinical risk management: Insights from a systematic literature review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(8), 791-811. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-03-2015-0029>
- De legislação do sector da*. (sem data). II.
- De, N., & De, A. (2007). *Governança hospitalar*.
- de Oliveira, M. dos S. (2010). *Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola*.

- Dey, P. K. (2016). *gestão de processos de negócio na área da saúde: desafios atuais e perspectivas futuras*. 1-13.
- DGS. (2018). Missão de diagnóstico.
- Donabedian, A. (1977). The Quality of Medical Care. *Science*, 200(4344), 856 - 864. <https://doi.org/10.1126/science.417400>
- Drugus, D., Repanovici, A., Popa, D., Tirziman, E., Roman, N., Rogozea, L., & Miclaus, R. (2017). Social Impact of Public Health Care in Risk Management Implementation. *REVISTA DE CERCETARE SI INTERVENTIE SOCIALA*, 56, 79-88.
- Dutra. (2010). O Gerenciamento de Riscos na Saúde - aplicação na atenção hospitalar. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 87 - 90. <https://doi.org/https://doi.org/10.21450/rahis.v0i5.1114>
- Dwyer, A. (2019). Clinical Governance and Risk Management for Medical Administrators. *Textbook of Medical Administration and Leadership*, 99-125. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5454-9_7
- Ebrahim Zadeh, S. (2018). Management of inappropriate behaviors by healthcare risk managers. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 79(7-B(E)), No-Specified.
- Etges, A. P. B. da S., de Souza, J. S., Kliemann Neto, F. J., & Felix, E. A. (2019). A proposed enterprise risk management model for health organizations. *Journal of Risk Research*, 22(4), 513-531. <https://doi.org/10.1080/13669877.2017.1422780>
- Farokhzadian, J., Dehghan Nayeri, N., & Borhani, F. (2015). Assessment of Clinical Risk Management System in Hospitals: An Approach for Quality Improvement. *Global journal of health science*, 7(5), 294-303. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n5p294>
- Farokhzadian, J., Dehghan Nayeri, N., & Borhani, F. (2018). The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: Challenges perceived by nurses. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3467-1>
- Felício, M. M., & Rodrigues, A. (2017). *Governança Clínica e de Saúde Cuidados de Saúde Primários: Perguntas e Respostas Essenciais*.
- Félix, Á. & Torres. (2012). *Sistemas de informação estatística hospitalar, actualidade e proposta de aperfeiçoamento. Luanda, Angola. 2012*.
- Feltham-King, T., & Macleod, C. (2020). Multi-layered risk management in under-resourced antenatal clinics: a scientific-bureaucratic approach versus street-level bureaucracy. *Health, Risk and Society*, 22(1), 31-52. <https://doi.org/10.1080/13698575.2019.1697432>
- Fenn, P., Gray, A., Rickman, N., Vencappa, D., Rivero, O., & Lotti, E. (2010). Enterprise liability, risk pooling, and diagnostic care. *Journal of Public Administration Research and Theory*,

20(SUPPL. 2). <https://doi.org/10.1093/jopart/muq026>

- Ferdosi, M., Rezayatmand, R., & Taleghani, Y. M. (2020). Risk Management in Executive Levels of Healthcare Organizations : Insights from a Scoping Review (2018). *Risk Management and Healthcare Policy*.
- Ferreira, A. V. L., Fresta, M., Simões, C. F. C., & Sambo, M. do R. B. (2014). Desafios da educação médica e da investigação em saúde no contexto de angola. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(1), 133-141. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000100018>
- Feucht, U., Marshall, C., Kauchali, S., Barron, P., Slavin, L., Bhardwaj, S., & Pillay, Y. (2018). Innovations in the clinical care of mothers and children in South Africa: The contribution of district clinical specialist teams. *South African Medical Journal*, 108(3a), 38. <https://doi.org/10.7196/samj.2017.v108i3b.12808>
- Filipa, A., & Sampaio, D. (2014). *Perfil de um gestor de uma unidade de saúde : Estudo de caso em Agrupamentos de Centros de Saúde*. IPT - Instituto Politécnico de Tomar.
- Franklin, B. D. (2020). *Understanding models of error and how they apply in clinical practice Models of human error can be helpful in determining why errors have occurred in the past , where future vulnerabilities may lie , and how healthcare professionals might take action to m*. 1-13.
- GA. Decreto n° 54-03 REGUSAP e Decreto 260-10 Hospitais. , Pub. L. No. 260-10 (2010).
- GA. 2018 Decreto Presidencial, Reajuste da Função (carreiras, grupos e categorias). , (2018).
- Gama, Z. A. da S., & Saturno-Hernández, P. J. (2017). *INSPEÇÃO DE BOAS PRÁTICAS DE GESTÃO DE RISCOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE Sobre o livro*.
- Gerhardt, A. K. & C. C. & W. (2019). Health care risk leaders are keeping their heads above water for now But a tidal wave of new risks may force them to sink or swim. *Deloitte Center for Health Solutions Health*, 20.
- GNA. 2018 Decreto Presidencial Regime Jurídico da carreira médica 185-18. (2018).
- Gunst, C., Mash, R. J., & Phillips, L. C. (2016). A reflection on the practical implementation of the clinical governance framework in the Cape Winelands district of the Western Cape. *South African Family Practice*, 58(6), 236-241. <https://doi.org/10.1080/20786190.2016.1151642>
- Ham, C. S., Kipping, R., & Leod, M. (2003). *Redesenho de processos de trabalho em saúde: Lições do Serviço Nacional de Saúde*. 81(3), 415-427.
- Haxby, E. (2011). *An Introduction to Clinical Governance and Patient Safety*. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199558612.001.0001>
- HSE. (2010). HSE Integrated Risk Management Policy Part 1 Managing Risk in Everyday Practice Guidance for Managers. *Feidhmeannach na Seirbhíse Sláinte Health Service Executive*, 119(2), 187-189.
- HSE. (2017). HSE Integrated Risk Management Policy Incorporating an overview of the Risk

- Management process. *Feidhmeannach na Seirbhíse Sláinte Health Service Executive*, 12.
- IIMS. (2016). Luanda, Angola. *Instituto Nacional de Estatística (INE). Ministério da Saúde (MINSA). Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (MINPLAN).ICF; 2017.*, 2015-2016.
- IOM. (2012). *Health IT and Patient Safety : Building Safer Systems for Better Care* (IOM (Institute of Medicine), Ed.). <https://doi.org/10.17226/13269>
- Irene A. Blake. (2016). Risk Manager Responsibilities in a Hospital Setting. Obtido 27 de Agosto de 2020, de <https://work.chron.com/risk-manager-responsibilities-hospital-setting-17331.html>
- ISO. (2018). Risk management. *International Organization for Standardization ISO 3000*.
- Jamieson, L., Evans, D., Brennan, A. T., Moyo, F., Spencer, D., Mahomed, K., ... Fox, M. P. (2017). Changes in elevated cholesterol in the era of tenofovir in South Africa: risk factors, clinical management and outcomes. *HIV Medicine*, 18(8), 595 - 603. <https://doi.org/10.1111/hiv.12495>
- Jha, A. K., Perlin, J. B., Kizer, K. W., & Dudley, R. A. (2003). Effect of the transformation of the veterans affairs health care system on the quality of care. *New England Journal of Medicine*, 348(22), 2218-2227. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa021899>
- John Sandars & Gary Cook. (2013). ABC of Patient Safety. Em *Blackwell Publishing Ltd*, 9600 Garsington Road, Oxford OX4 2DQ, UK (Vol. 53). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Johnson. (2010). Classifying nursing errors in clinical management within an Australian hospital. *Int Nurs Rev*, 454 - 462. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00846.x>. PMID: 21050197.
- Jolly, J., Bowie, P., Dawson, L., Heslington, L., & Dinwoodie, M. (2020). Evaluation of a simulation-based Risk Management and Communication Masterclass to reduce the risk of complaints, medicolegal and dentolegal claims. *BMJ Simulation and Technology Enhanced Learning*, 6(2), 69-75. <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2018-000392>
- Jones, P. L., Iii, J. J., Taylor, A. R., & Weber, M. (2002). *Risk Management in the Design of Medical Device Software Systems*. 237-266.
- Junior, G. de B. V. (sem data). *Coeficiente kappa*. 1-10.
- Junior, H. C. (2016). *Qualidade e Segurança em Saúde. Os Caminhos da Melhoria Via Acreditação Internacional* (E. D. C. e S. Ltda., Ed.).
- Kaplan. (2018). *Usmle Step 2 CK Lecture Notes 2018 Psychiatry, Epidemiology, Ethics, Patient Safety*.
- Karvande, S., Purohit, V., Gopalakrishnan, S. S., Subha Sri, B., Mathai, M., & Mistry, N. (2020). Building capacities of Auxiliary Nurse Midwives (ANMs) through a complementary mix of directed and self-directed skill-based learning-A case study in Pune District, Western India.

- Human resources for health*, 18(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00485-9>
- Kavaler, F., & Alexander, R. S. (2014). *Risk Management in Health Care Institutions: Limiting Liability and Enhancing Care* (Jones & Ba).
- Kavaler. (2014). *Risk management in healthcare institutions : limiting liability and enhancing care*.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Molla, S. (2000). *To Err Is Human*.
- Lambert, O. (2018). *A NGOLA : D IAGNÓSTICO S ISTEMÁTICO N ACIONAL C RIAR A TIVOS PARA OS P OBRES*.
- Lee, S. E., & Dahinten, V. S. (2020). The Enabling, Enacting, and Elaborating Factors of Safety Culture Associated With Patient Safety: A Multilevel Analysis. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jnu.12585>
- Lidiane Miranda Milagres. (2015). *Gestão de rsicos para segurança do paciente: O Enfermeiro e a Notificação dos evetos adversos*. Universidade Federal de Juiz de Fora.
- Lopes, J. C. da C. (2014). *Gestão da Qualidade: Decisão ou Constrangimento Estrategico*. *Universidade Europeia Laureate Internacional Univercities*, 1-94.
- Loren, D. J., Garbutt, J., Dunagan, W. C., Bommarito, K. M., Ebers, A. G., Levinson, W., ... Gallagher, T. H. (2010). Risk managers, physicians, and disclosure of harmful medical errors. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(3), 101 - 108. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(10\)36018-1](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36018-1)
- Lotufo, M., & Miranda, A. S. De. (2007). *Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde **. 41(6), 1143-1163.
- Lui, H. (2019). Healthcare Risk Management from a Proactive Perspective. *Computer Science; Int. J. E Health Medical Commun*. https://doi.org/DOI:10.1007/978-981-13-6366-5_1
- Machado, J. P. (2015). *Patient safety management from the perspective of nurses **. 49(2), 275-281. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013>
- Marx, J., & de Swardt, C. J. (2020). Towards a competency-based undergraduate qualification in risk management. *Qualitative Research in Financial Markets*, 12(1), 96 - 117. <https://doi.org/10.1108/QRFM-10-2018-0110>
- Mendes. (2019). *Segurança do Paciente : criando organizações de saúde seguras*.
- Mendes, P. S. (2014). *Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras, Vol. 2*.
- MINFAMU. (2017). Iº Relatório Analítico de Género de Angola. *Ministério da Família e Promoção da Mulher*, 56.
- MINFIN. (2012). *Relatório Síntese Sobre a Situação Financeira da Saúde em Angola*.
- MINFIN. (2020). *Orçamento Geral do Estado de Angola 2020 (1)*.
- MINSÁ. (2012). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025*. Angola.
- MINSÁ. (2016). *Capsa/Caderno Sobre Políticas de saúde em Angola Formação Permanente de*

Recursos Humanos de saúde.

- Miranda, A. E., & Figueiredo, P. N. (2005). *Empresas E*. 1-16.
- Mora, J., Iturralde, M. D., Prieto, L., Domingo, C., Gagnon, M., Martínez-carazo, C., ... Keenoy, E. D. M. (2017). *Key aspects related to implementation of risk stratification in health care systems-the ASSEHS study*. 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2275-3>
- Mugabi, B., Hattingh, S., & Chima, S. (2018). Assessing knowledge, attitudes, and practices of healthcare workers regarding medical waste management at a tertiary hospital in Botswana: A cross-sectional quantitative study. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 21(12), 1627-1638. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_270_17
- Murashov, V., Engel, S., Savolainen, K., Fullam, B., Lee, M., & Kearns, P. (2009). Occupational safety and health in nanotechnology and Organisation for Economic Cooperation and Development. *Em Journal of Nanoparticle Research*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11051-009-9637-7>
- Naghavi, M., Abajobir, A. A., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., Abera, S. F., ... & Ahmadi, A. (2017). Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet, Study 2016*, 390(0140 - 6736), 1151 - 1210. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32152-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32152-9)
- Naidoo, P., Mothilal, R., & Snyman, L. C. (2019). Assessment and management of venous thromboembolism risk during pregnancy and the puerperium (SAVE): The South African cohort. *South African Medical Journal*, 109(3), 186 - 192. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2019.v109i3.13487>
- Nunda, H. de O. (2015). *A Estratégia Empresarial: Gestão da Qualidade na Unidade de Cuidados Intensivos da Clínica Multiperfil em Luanda-Angola*. Camões - Repositório Institucional da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Nunes, A. A. de M. & A. M. (2015). INOVAÇÃO DA GESTÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde -RGSS*, 53(9), 1689-1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Nunes, A. M. (2017). *Do mundo empresarial à gestão hospitalar : a experiência portuguesa*. (January).
- Nuno Alves, R. F. (2011). Gestão do Risco Gestão do Risco. *Hospital Prof. Doutor Fernando Pessoa, EPE*.
- Oliveira, M. D. S., & Artmann, E. (2009). Regionalização dos serviços de saúde : desafios para o caso de Angola Regionalization of health services : challenges for the Angolan case. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica*, 25(4), 751-760.

- Olu, O., Usman, A., Kalambay, K., Anyangwe, S., Voyi, K., Orach, C. G., ... Benson, A. (2018). What should the African health workforce know about disasters? Proposed competencies for strengthening public health disaster risk management education in Africa. *BMC Medical Education*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1163-9>
- Olu, O., Usman, A., Manga, L., Anyangwe, S., Kalambay, K., Nsenga, N., ... Benson, A. (2016). Strengthening health disaster risk management in Africa: Multi-sectoral and people-centred approaches are required in the post-Hyogo Framework of Action era. *BMC Public Health*, 16(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3390-5>
- ONU. (2019). Healthcare and Economic Growth in Africa. *United Nations Economic Commission for Africa*.
- Owusu Kwateng, K., Lumor, R., & Acheampong, F. O. (2019). Service quality in public and private hospitals: A comparative study on patient satisfaction. *International Journal of Healthcare Management*, 12(4), 251-258. <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1390183>
- Oza, S., Hogan, D., Perin, J., Liu, L., Rudan, I., Lawn, J. E., Cousens, S., ... Black, R. E. (2015). Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *The Lancet*, 385(9966), 430-440. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6)
- Pamela H. Mitchell. (2008). Section I: Patient Safety and Quality. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, 1-8.
- Parker, D. (2009). Relatório curta Gerenciamento de risco na área da saúde : a compreensão de seu cultura de segurança usando o Paciente Manchester Quadro de Segurança (MaPSaF). *Journal of Management Enfermagem*, 2009, 17, 218-222, 218-222.
- Parker, D., & Parker, D. (2009). *Short Report Managing risk in healthcare : understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)*. 218 - 222. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00993.x>
- Paula, A., Etges, S., Grenon, V., Lu, M., Cardoso, R. B., Souza, J. S. De, ... Felix, E. A. (2018). Development of an enterprise risk inventory for healthcare. *Etges et al. BMC Health Services Research* (2018) 18:578, 1-16.
- Paula, A., Etges, S., Grenon, V., Souza, J. S. De, José, F., Neto, K., & Felix, E. A. (2018). ERM for Health Care Organizations : An Economic Enterprise Risk Management Innovation Program (E 2 RM health care). *Value in Health Regional Issues*, 17, 102 - 108. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2018.03.008>
- Peace. (2019). Global Terrorism Index 2019: Measuring the Impact of Terrorism. *Institute for Economics & Peace*.
- Pedroto, I. (2006). Risco clínico e segurança do doente. *Nascer e Crescer revista do Hospital de*

- crianças Maria Pia*, XV, n.º 3, 168-173.
- Pehrsson, K., Challis, K., & Maghema, T. (2008). *Finalização do Apoio Sueco à Saúde em Angola*.
- Pereira. (2012). *Caracterização das Estruturas de Qualidade e Segurança do Doente*
Caracterização das Estruturas de Qualidade e Segurança do Doente.
- Pereira, O. G. (1983). *Erro humano : uma conferência internacional*. 3.
- Perroca, M. G., & Gaidzinski, R. R. (2003). Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes--coeficiente kappa. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 37(1), 72-80. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342003000100009>
- Philna, C. (2016). Contribution of internal auditing to risk management: perceptions of public sector senior management. *International Journal of Public Sector Management*, 34(1), 1-5. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1108/IJPSM-12-2015-0215>
- Plano de Desenvolvimento Nacional 2018-2022. (2018). *Plano de Desenvolvimento Nacional 2018-2022, I*.
- PND. (2016). Contribuição Do Sector Saúde Para O Plano Nacional De Desenvolvimento 2018-2022. Em *Ministério da Saúde de Angola* (Vol. 2022).
- Ramos, S., & Trindade, L. (2011). Gestão do risco : Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno Hospital*, 48(Quadro 2), 16-20.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *British Medical Journal*, 320(7237), 768-770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Rodrigues, A. (sem data). *Os Planos Locais de Saúde e a Medicina Geral e Familiar*.
- Rose, L. M., Eklund, J., Nord Nilsson, L., Barman, L., & Lind, C. M. (2020). The RAMP package for MSD risk management in manual handling - A freely accessible tool, with website and training courses. *Applied Ergonomics*, 86(October 2018). <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103101>
- Runciman. (2006). Uma plataforma integrada para segurança, qualidade e gestão de riscos: um sistema de informação e gestão de incidentes com base em uma classificação de segurança do paciente universal. *BMJ Quality & Safety*, 82-91.
- Runciman, W. B., Williamson, J. A. H., Deakin, A., Benveniste, K. A., Bannon, K., & Hibbert, P. D. (2006). An integrated framework for safety, quality and risk management: An information and incident management system based on a universal patient safety classification. *Quality and Safety in Health Care*, 15(SUPPL. 1), 82-91. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.017467>
- SADC. (2020). Relatório de Síntese sobre o estado da segurança alimentar e nutricional e a vulnerabilidade na África Austral. *Southern African Development Community (SADC)*.
- Sanchez. (2017). *Relatório integrado do Programa de Apoio ao Setor da Saúde - PASS II*. Angola.
- Sánchez, A. M., Betancourt, A., & Mantilla, C. (2017). Technovigilance and risk management as tools to improve patient safety in Colombian health care institutions. *Revista Ingeniería*

Biomédica, 57-64.

- Santos, R. D., Gidding, S. S., Hegele, R. A., Cuchel, M. A., Barter, P. J., Watts, G. F., ... Yamashita, S. (2016). Defining severe familial hypercholesterolaemia and the implications for clinical management: a consensus statement from the International Atherosclerosis Society Severe Familial Hypercholesterolemia Panel. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, 4(10), 850-861. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30041-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30041-9)
- Simão, A. M. S., Santos, J. L. G. Dos, Erdmann, A. L., Mello, A. L. S. F. de, Backes, M. T. S., & Magalhães, A. L. P. (2019). Management of prenatal nursing care at a Health Center in Angola. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(Suppl 1), 129 - 136. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0685>
- Som, C. (2004). Clinical Governance: a fresh look at this definition. *Clinical Governance International journal*, 9, 87-90.
- Som, C. (2007). Exploring the human resource implications of clinical governance. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 80, 281-296. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.03.010>
- Sousa, P., & Mendes, W. (2019). *Segurança do Paciente : conhecendo os riscos nas organizações de saúde*.
- Sousa, P., Parker, D., Parker, D., Carroll, B. R. L., Wooden, J., Sadeghi-bazargani, H., ... Risk, M. C. (2009). Patient Safety a Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Qualidade e Saúde Acta Med Port 2006;19:309-318 Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Lisboa*, 35(June), 218-222. <https://doi.org/10.1002/jhrm>
- STAREY, N. (2003). *What is clinical governance?*
- Stavert-dobson. (sem data). *Health Information Systems*.
- Stavert-Dobson, A. (2015). *Health Information Systems: Managing Clinical Risk* (Springer I). <https://doi.org/10.1007/978-3-319-26612-1>
- Streimelweger. (2016). Human-factor-based risk management in the healthcare to improve patient safety. *International Journal of E-Health and Medical Communications*, 7, 16-28.
- Turón. (2017). Implicación de las enfermeras en la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en Atención Primaria. *Enfermería Clínica*, 27(4), 246 - 250. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.009>
- UNICEF. (2017). Saúde e sobrevivência da criança no OGE 2017. *UNICEF/ANGA2015-0353/Simancas*.
- UNICEF. (2018). *Saúde e Sobrevivência da Criança*.
- Valadares, J. L., Da Costa, K. G. dos S., Silva, E. A., & Luquini, R. D. A. (2013). Brasil e Angola: convergências e divergências epistemológicas sobre os modelos de administração pública.

- Revista de Ciências da Administração*, 15(36), 131 - 142. <https://doi.org/10.5007/2175-8077.2013v15n36p131>
- Vicente, M. T. C., Raimundo, R. D., Azalis, L. A., Junqueira, V. B. C., & Fonseca, F. L. A. (2016). Análise dos índices de qualidade do serviço de saúde prestado no serviço público e privado de Angola. *Journal of Human Growth and Development*, 26(2), 228 - 233. <https://doi.org/10.7322/jhgd.119280>
- Vincent. (2020). Patient Safety Strategies. *Improving Patient Care*, 275 - 298. <https://doi.org/10.1002/9781119488620.ch16>
- Viner, B. (2010). Clinical governance. Em *Veterinary Record* (Vol. 166). <https://doi.org/10.1136/vr.c54>
- Walshe, K., & Sheldon, T. A. (1998). Risk and Crisis Management in the Public Sector: Dealing with Clinical Risk: Implications of the Rise of Evidence- Based Health Care. *Public Money & Management*, 18(4), 15-20. <https://doi.org/10.1111/1467-9302.00136>
- Walshe, K., Sheldon, T. A., & Walshe, K. (2016). *Risco e Gestão de Crises no Setor Público : Lidar com risco clínico : Implicações do Rise of Evidence-Based Health Care Lidar com o risco clínico : Implicações do Rise of Evidence-Based Health Care*. 0962.
- Waxman, K. T., & Massarweh, L. J. (2018). Talking the Talk: Financial Skills for Nurse Leaders. *Nurse Leader*, 16(2), 101-106. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2017.12.008>
- West, J. C. (2016). Affirmative evidence defeats claim of birth injury. *Journal of healthcare risk management : the journal of the American Society for Healthcare Risk Management*, 32(2), 55-56. <https://doi.org/10.1002/jhrm>
- WHO. (2010). *Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009 (No. WHO/IER/PSP/2010.2)*. World Health Organization.
- WHO. (2016). *Estratégia de Cooperação da OMS 2015-2019 Angola*.
- WHO. (2017a). *WHO Country Cooperation India 2012*.
- WHO. (2017b). WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. *World Health Organization*, 1-254.
- WHO. (2018). Delivering quality health services. Em *World Health Organization, World Bank Group, OECD*.
- WHO. (2019). Health Emergency and Disaster Risk Management Framework. Em *Health Emergency and Disaster Risk Management Fact Sheets*.
- Wilkason, C., Lee, C., Sauer, L. M., Nuzzo, J., & McClelland, A. (2020). Assessing and Reducing Risk to Healthcare Workers in Outbreaks. *Health Security*, 18(3), 205 - 211. <https://doi.org/10.1089/hs.2019.0131>
- Wilkinson, M., Wilkinson, T., Kredo, T., Macquillan, K., Mudara, C., Winch, A., ... Hofman, K.

- J. (2018). South African clinical practice guidelines: A landscape analysis. *South African Medical Journal*, 108(1), 23-27. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2018.v108i1.12825>
- World Bank Group. (2016). O Negócio da Saúde em África - Parceria com o Sector Privado para Melhorar as Vidas das Populações. *Corporação Financeira Internacional Grupo Banco Mundial*.
- World Bank Group. (2019). *Proposta do Quadro de Parceria para Angola 2020 2025*.
- Youngberg, B. J. (2010). *PRINCIPLES OF RISK MANAGEMENT AND PATIENT*.
- Zadeh, S. E., Haussmann, R., & Barton, C. D. (2019). Health care risk managers' consensus on the management of inappropriate behaviors among hospital staff. *Journal of healthcare risk management : the journal of the American Society for Healthcare Risk Management*, 38(4), 32-42. <https://doi.org/10.1002/jhrm.21349>
- Zwedberg, Frykedal, F., Rosander, Berlin, & Barimani. (2020). Midwives' experiences as preceptors and the development of good preceptorships in obstetric units. *Midwifery*, 87, 102718. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102718>

ANEXO I

Processo de simulação de consenso

Interpretação do Coeficiente de Concordância Kappa

Kappa < 0: Acordo entre observadores é inferior ou seja (Pobre), ao previsto pelo acaso

Kappa [0.01 - 0.20]: Acordo Ligeiro

Kappa [0.21 - 0.40]: Acordo Considerável

Kappa [0.41 - 0.60]: Acordo Moderado

Kappa [0.61 - 0.80]: Acordo Substancial

Kappa [0.81 - 0.99]: Acordo Excelente ou (quase perfeito)

Concordância Kappa

		Orientador (O)	
		Aceitar	Rejeitar
Mestranda (M)	Aceitar	12	1
	Rejeitar	1	3

Os revisores M e O aceitaram 12 artigos e rejeitaram 3 artigos; 1 artigo foi rejeitado só pelo especialista M e 1 artigo foi rejeitado só pelo especialista O, totalizando os 17 artigos avaliados, resultando nos 12 artigos elegíveis

Equação utilizada para concordância Kappa, (G. de B. V. Junior, sem data):

$$k = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

p_0 é a taxa de aceitação relativa ou seja: $p_0 = (12 + 3)/17 = 15/17 = 0,88$

p_e é a taxa hipotética de aceitação ou probabilidade de concordância randômica

O revisor M “aceitou” 12 artigos e “rejeitou” 5 artigos. Logo, ele aceitou 70,58% das vezes ou seja 0,71.

O revisor O “aceitou” 12 artigos e “rejeitou” 5 artigos. Logo, ele aceitou 70,58% das vezes ou seja 0,71.

A probabilidade de ambos randomicamente aceitarem um projeto é: $0,71 \times 0,71 = 0,50$.

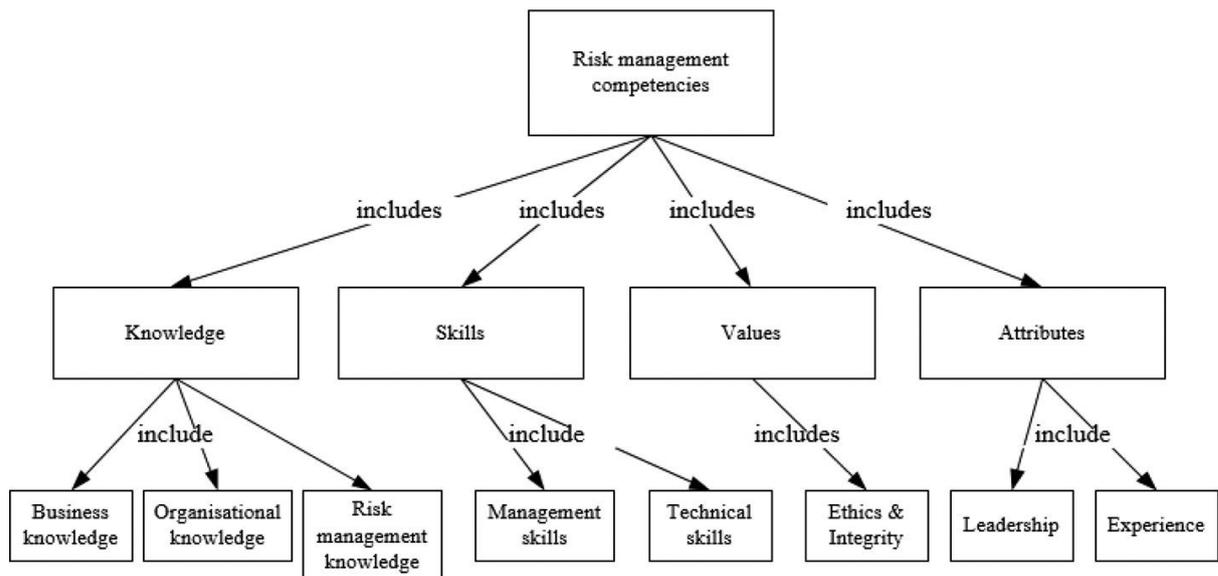
A probabilidade de ambos randomicamente rejeitarem será $0,29 \times 0,29 = 0,08$.

Portanto, a probabilidade de aceitação total será: $\Pr(e) = 0,50 + 0,08 = 0,58$.

$K = 0,88 - 0,58 / 1 - 0,58 = 0,3/0,42 = 0,71$

Logo o Kappa se enquadra na interpretação de coeficiente $k=[0.61 - 0.80]$: Acordo Substancial

ANEXO II. Mapa conceitual de gestão do risco de acordo com as competências identificadas



Source: Own composition

Em resumo e com base na revisão da literatura efetuada por este estudo, as competências exigidas de um gerente de risco foram estudadas por acadêmicos e corpos profissionais. É importante ressaltar que as semelhanças da literatura sugerem uma combinação de conhecimentos (conhecimento do negócio/atividade e conhecimento organizacional), habilidades (de gestão e técnicas), valores (ética e integridade) e atributos (relacionado com liderança e experiência). Alguns também incluem as atitudes, comportamento e experiência necessários para ser um gerente de risco eficaz. A principal diferença na literatura é que nem todos os trabalhos consultados consideravam a gestão do risco do ponto de vista de ser uma profissão e ter um código de ética. A literatura pode ser resumida usando o seguinte mapa conceitual da figura acima (Marx & de Swardt, 2020).