

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
POLÍTICA DE RISCOS	PI-INSGQ-010	001
ÁREA RESPONSÁVEL	VIGÊNCIA	
QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	2026	

ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os setores assistenciais, administrativos e de apoio do Complexo Hospitalar HIFA, envolvendo colaboradores, lideranças, prestadores de serviço e demais partes envolvidas na prestação do cuidado.

TERMOS E DEFINIÇÕES

- SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade
- HIFA – Hospital Infantil Francisco de Assis
- NSP – Núcleo de Segurança do Paciente
- EPA – Sistema institucional de Gestão da Qualidade
- Risco – Efeito da incerteza nos objetivos. Um efeito é um desvio em relação ao esperado. Pode ser positivo, negativo ou ambos, e pode abordar, criar ou resultar em oportunidades e ameaças. (ABNT NBR ISO 31000:2018)
- Gestão de riscos – Atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no que se refere a riscos. (ABNT NBR ISO 31000:2018)
- Probabilidade – Possibilidade de ocorrência de um evento.
- Impacto – Magnitude das consequências de um evento de risco.
- Matriz de riscos – Ferramenta de priorização de riscos com base na combinação de probabilidade e impacto.
- Controle – Medida que modifica o risco. Inclui qualquer processo, política, dispositivo, prática ou outra ação que modifica o risco.
- Risco residual – Risco remanescente após o tratamento do risco.
- Apetite ao risco – Magnitude do risco que uma organização está disposta a aceitar ou perseguir.
- Incidente – Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- Evento adverso – Incidente que resulta em dano ao paciente.
- Never Event – Evento adverso grave, evitável e que não deve ocorrer em nenhuma circunstância.
- Cultura justa – Ambiente em que os profissionais de saúde são encorajados a reportar erros sem medo de punição injusta.
- Análise de causa raiz – Processo sistemático de identificação das causas fundamentais de um problema ou evento adverso.

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes institucionais para a gestão de riscos do Complexo Hospitalar HIFA, definindo o modelo de governança, os princípios, os processos, as responsabilidades e os mecanismos de identificação, análise, avaliação, tratamento, monitoramento e comunicação dos riscos institucionais, em conformidade com a ABNT NBR ISO 31000:2018.

Esta política visa fortalecer a cultura de segurança e a gestão proativa de riscos em todos os níveis da organização, estratégico, tático e operacional, contribuindo para a proteção dos pacientes, colaboradores, patrimônio e imagem institucional, e para o alcance dos objetivos estratégicos do HIFA.

Esta política se articula com a Política de Qualidade e Segurança do Paciente (PI-INSGQ-001) e é de aplicação complementar a ela.

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
POLÍTICA DE RISCOS	PI-INSGQ-010	001
ÁREA RESPONSÁVEL	VIGÊNCIA	
QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	2026	

2. DIRETRIZES

2.1. PRINCÍPIOS DA GESTÃO DE RISCOS

A gestão de riscos no HIFA é orientada pelos seguintes princípios, em conformidade com a ABNT NBR ISO 31000:2018:

- Integração – A gestão de riscos é parte integrante de todas as atividades organizacionais.
- Estrutura – A gestão de riscos é conduzida de forma estruturada e abrangente.
- Customização – O processo é adaptado à realidade e ao contexto do HIFA.
- Participação – Todas as lideranças e equipes participam ativamente do processo.
- Dinamismo – Os riscos são monitorados e reavaliados continuamente, considerando as mudanças do contexto.
- Melhor informação disponível – As decisões são baseadas nas melhores informações disponíveis.
- Fatores humanos e culturais – O comportamento humano é considerado nas análises de risco.
- Melhoria contínua – O processo de gestão de riscos é permanentemente aprimorado.

2.2. PROCESSO DE GESTÃO DE RISCOS

O processo de gestão de riscos no HIFA é conduzido de forma sistemática e estruturada, em conformidade com as diretrizes da ABNT NBR ISO 31000:2018, conforme ilustrado na Figura 1:

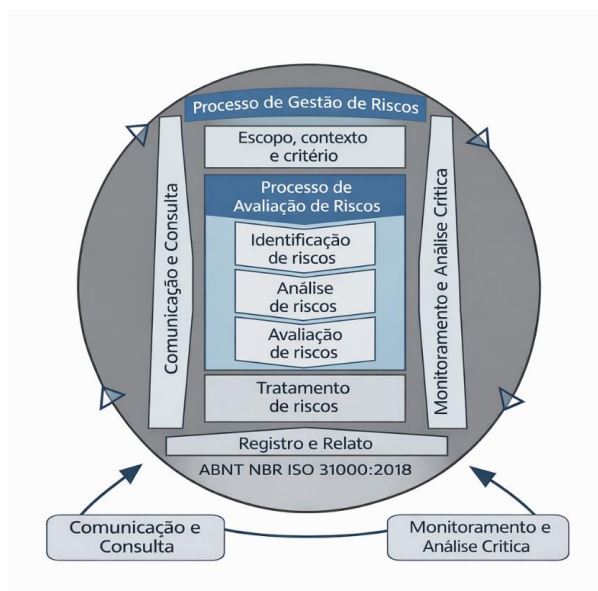


Figura 1 – Processo de gestão de riscos (ABNT NBR ISO 31000:2018)

2.2.1. Comunicação e consulta

A comunicação e consulta ocorrem ao longo de todas as etapas do processo de gestão de riscos, envolvendo partes interessadas internas e externas relevantes. Essas atividades têm como objetivo promover a compreensão dos riscos institucionais, apoiar a tomada de decisão, reunir diferentes perspectivas e assegurar que os riscos sejam avaliados de

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
POLÍTICA DE RISCOS	PI-INSGQ-010	001
ÁREA RESPONSÁVEL	VIGÊNCIA	
QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	2026	

forma adequada e transparente.

No HIFA, esse processo ocorre por meio de reuniões gerenciais, discussões com as lideranças, comunicação institucional e sistemas de informação que permitem o compartilhamento oportuno e confiável das informações relacionadas aos riscos.

2.2.2. Escopo, contexto e critérios

A definição do escopo, contexto e critérios de risco permite adaptar o processo de gestão de riscos à realidade institucional e aos objetivos organizacionais.

No HIFA, o contexto interno e externo é analisado no âmbito do planejamento estratégico institucional, utilizando ferramentas como a matriz SWOT, que permite identificar fatores que podem impactar os objetivos estratégicos da organização. Essa análise considera aspectos assistenciais, operacionais, regulatórios, financeiros e organizacionais.

Com base nessa análise, são estabelecidos critérios para priorização dos riscos, considerando probabilidade de ocorrência e impacto.

2.2.3. Avaliação de riscos

A avaliação de riscos compreende as etapas de identificação, análise e avaliação dos riscos, sendo realizada de forma sistemática, com base nas melhores informações disponíveis e na participação das áreas envolvidas nos processos.

- Identificação de riscos: busca reconhecer eventos ou situações que possam afetar o alcance dos objetivos institucionais, contemplando todas as categorias de risco definidas nesta política.
- Análise de riscos: envolve a compreensão da natureza do risco, suas causas, consequências e probabilidade de ocorrência.
- Avaliação de riscos: consiste na comparação dos resultados da análise com os critérios estabelecidos, permitindo determinar a necessidade de tratamento ou monitoramento do risco.

A classificação dos riscos é realizada por meio da Matriz de Riscos, que combina probabilidade e impacto:

ÍNDICE						
PROBABILIDADE	IMPACTO					
		1 - MUITO BAIXO	2 - BAIXO	3 - MÉDIO	4 - ALTO	5 - EXTREMO
1 - RARO		1	2	3	4	5
2 - IMPROVÁVEL		2	4	6	8	10
3 - POSSÍVEL		3	6	9	12	15
4 - PROVÁVEL		4	8	12	16	20
5 - QUASE CERTO		5	10	15	20	25

Tabela 1 – Matriz de classificação de riscos (Probabilidade x Impacto)

Os riscos são classificados como: Baixo (verde) – monitoramento periódico; Médio (amarelo) – ação planejada; Alto (laranja) – ação prioritária; Crítico (vermelho) – ação imediata e reporte à alta direção.

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
POLÍTICA DE RISCOS	PI-INSGQ-010	001
ÁREA RESPONSÁVEL	VIGÊNCIA	
QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	2026	

2.2.4. Categorias de riscos institucionais

Os riscos institucionais do HIFA são organizados nas seguintes categorias:

CATEGORIA	EXEMPLOS
Risco ao Meio Ambiente	Descarte inadequado de resíduos hospitalares (infectantes, químicos ou perfurocortantes), vazamento de produtos químicos, contaminação de solo ou água, emissão de poluentes.
Risco Assistencial	Erros de medicação, quedas, infecções relacionadas à assistência, eventos cirúrgicos adversos, falhas de identificação do paciente.
Risco Ocupacional	Acidentes de trabalho, exposição a material biológico, lesões por esforço repetitivo (LER/DORT), estresse ocupacional, carga horária excessiva, ausência de EPIs ou uso inadequado.
Risco Jurídico	Processos trabalhistas e cíveis, não conformidades com a ANVISA e demais reguladores.
Risco Financeiro	Uso de capital de terceiros, ausência de capital de giro, inadimplência de contratos, pressão por redução de custos.
Risco Operacional	Falhas em processos internos, indisponibilidade de sistemas, falhas de infraestrutura, dimensionamento inadequado de pessoal.
Risco Estratégico e Reputacional (Imagem)	Instabilidade política, perda de contratos/leitos, imagem institucional vulnerável, ausência de gestão de mudanças, perda da certificação.
Risco de Governança e Compliance	Conflitos de interesse, lideranças centralizadoras, ausência de eficácia das políticas institucionais e de compliance.

Tabela 2 – Categorias de riscos institucionais do HIFA

2.2.5. Tratamento de riscos

O tratamento de riscos consiste na definição e implementação de ações destinadas a reduzir a probabilidade de ocorrência dos riscos ou minimizar seus impactos. As estratégias de tratamento adotadas no HIFA incluem:

- Evitar o risco: decidir não iniciar ou continuar a atividade que origina o risco.
- Mitigar o risco: adotar controles para reduzir a probabilidade e/ou o impacto.
- Transferir o risco: compartilhar o risco com outra parte (ex.: contratação de seguros).
- Aceitar o risco: tomar a decisão informada de aceitar o risco residual.

O tratamento dos riscos é formalizado em planos de ação, com definição de responsáveis, prazos e indicadores de acompanhamento. Quando um risco identificado se materializa em evento ou incidente, ele é registrado como ocorrência no sistema EPA, permitindo o acompanhamento em tempo real pelas lideranças e áreas responsáveis.

2.2.6. Monitoramento e análise crítica

O monitoramento e a análise crítica são realizados continuamente para assegurar a eficácia do processo de gestão de riscos e dos controles implementados.

No HIFA, essa atividade ocorre por meio do acompanhamento de indicadores institucionais, análise das notificações registradas no sistema EPA, monitoramento da matriz de riscos e realização de reuniões gerenciais periódicas, nas quais são discutidos os principais riscos institucionais e as estratégias para seu controle e mitigação.

2.2.7. Registro e relato

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
POLÍTICA DE RISCOS	PI-INSGQ-010	001
ÁREA RESPONSÁVEL	VIGÊNCIA	
QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	2026	

Todo o processo de gestão de riscos e seus resultados são registrados e comunicados por meio de mecanismos institucionais de documentação e reporte. Os registros apoiam a tomada de decisão, fortalecem a governança institucional e subsidiam as análises críticas da liderança.

2.3. RISCOS PRIORITÁRIOS INSTITUCIONAIS

A partir do 2º semestre de 2025, a alta direção analisa mensalmente em reunião gerencial os maiores riscos, conforme diagnóstico institucional e auditorias em processos assistenciais, administrativos e financeiros. Os riscos prioritários são agrupados por categoria:

2.3.1. Governança e Gestão de Pessoas

- Conflitos de interesses
- Lideranças centralizadoras
- Falta de clareza do posicionamento hierárquico
- Dificuldade na tomada de decisão
- Ausência de eficácia sobre as políticas institucionais
- Ausência de eficácia sobre as políticas de compliance
- Escassez de profissionais qualificados
- Alta rotatividade e perda de conhecimento
- Exposição a riscos de saúde ocupacional e estresse
- Dificuldade em gerir conflitos
- Falhas na comunicação interna e entre equipes multidisciplinares
- Planejamento e dimensionamento de equipe inadequados

2.3.2. Tecnologia e Informação

- Sistemas de informação desatualizados ou com baixa integração (prontuário eletrônico, ERP)
- Risco de vazamento ou perda de dados de pacientes (LGPD)
- Falhas em infraestrutura crítica de TI, afetando atendimento e registros
- Baixa adesão a novas tecnologias que poderiam aumentar eficiência ou segurança
- Vulnerabilidade a ataques cibernéticos

2.3.3. Qualidade e Segurança

- Baixa adesão a protocolos clínicos e de segurança
- Gestão de riscos e incidentes incompleta ou com inconsistência de dados
- Falhas no monitoramento da qualidade e indicadores de desempenho

2.3.4. Externos e Estratégicos

- Mudanças no comportamento de pacientes e usuários de serviços
- Pressão por redução de custos sem perda de qualidade
- Imagem institucional vulnerável a incidentes clínicos ou administrativos

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
POLÍTICA DE RISCOS	PI-INSGQ-010	001
ÁREA RESPONSÁVEL	VIGÊNCIA	
QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	2026	

- Instabilidade política
- Sustentabilidade ambiental e social
- Ausência de gestão de mudanças de alto impacto
- Perda da Acreditação Hospitalar ONA

2.3.5. Financeiros e Jurídicos

- Uso de capital de terceiros
- Ausência de capital de giro e/ou reservas
- Processos jurídicos (trabalhistas e/ou civis)
- Perda de leitos contratualizados

2.4. RISCOS ASSISTENCIAIS

O gerenciamento dos riscos assistenciais constitui parte essencial da gestão de riscos do HIFA, articulando-se com a Política de Qualidade e Segurança do Paciente (PI-INSGQ-001) e sendo operacionalizado por meio do Protocolo de Gerenciamento de Riscos Assistenciais (PR-SANSP-012). O risco assistencial é compreendido como a combinação entre a probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de suas consequências sobre o paciente, exigindo processo estruturado de identificação, análise, mitigação e monitoramento contínuo.

2.4.1. Princípios do Gerenciamento de Riscos Assistenciais

O gerenciamento dos riscos assistenciais no HIFA é orientado pelos seguintes princípios: (a) Padronização institucional obrigatória — os procedimentos de identificação, classificação e tratamento dos riscos assistenciais seguem critérios definidos em protocolo específico, não sendo permitidas variações entre setores sem validação formal do Núcleo de Segurança do Paciente; (b) Classificação específica por tipo de evento — cada risco assistencial possui critérios próprios de estratificação, podendo haver classificação automática conforme perfil clínico ou assistencial do paciente; (c) Obrigatoriedade de prescrição preventiva — a classificação como Alto Risco implica a obrigatoriedade de prescrição preventiva correspondente ao evento avaliado; (d) Notificação de eventos adversos — toda ocorrência de evento adverso relacionado a risco assistencial deve ser notificada no sistema EPA; (e) Cultura justa e segurança psicológica — a notificação de incidentes é incentivada em ambiente não punitivo, com foco na melhoria de processos.

2.4.2. Riscos Assistenciais Mapeados Institucionalmente

O HIFA mantém mapeamento institucional dos riscos assistenciais, com definição de fatores de risco, critérios de classificação, escalas validadas, periodicidade de avaliação, medidas preventivas e medidas de contingência para cada tipo de risco. Os riscos assistenciais mapeados incluem: Risco de Queda, Risco para Flebite, Risco de Lesão por Pressão (LPP), Risco para Perda de Dispositivos Invasivos, Alergias, Risco para Broncoaspiração, Risco de Dor Não Controlada, Risco de Extubação Não Programada, Risco para Suicídio, Risco para Sangramento, Risco de Hônimos e Risco de Lesão por Posicionamento Cirúrgico. O detalhamento de cada risco, incluindo escalas institucionais, periodicidade e condutas, está descrito nos protocolos PR-HGLBNP-001 e PR-SANSP-012.

2.4.3. Classificação Automática de Alto Risco Assistencial

Determinados perfis clínicos e assistenciais implicam classificação automática como Alto Risco, independentemente da aplicação de escala específica, conforme definido abaixo:

Risco de Queda: crianças de 0 a 12 anos; todos os pacientes no bloco cirúrgico; pacientes no retorno imediato do

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
POLÍTICA DE RISCOS	PI-INSGQ-010	001
ÁREA RESPONSÁVEL	VIGÊNCIA	
QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	2026	

Centro Cirúrgico (por 24 horas); pacientes em uso de sedativos ou com alteração neurológica aguda; todos os pacientes de UTI.

Risco de Lesão por Pressão: pacientes internados em UTI; neonatos de 0 a 4 meses; pacientes acamados com mobilidade restrita permanente; pacientes com perfusão comprometida ou instabilidade hemodinâmica persistente; pacientes com obesidade mórbida.

Risco para Sangramento: pacientes em uso de anticoagulantes terapêuticos; pacientes submetidos a procedimento cirúrgico nas primeiras 24 horas; pacientes obstétricas classificadas como médio e alto risco para hemorragia pós-parto.

Risco para Broncoaspiração: pacientes com alteração do nível de consciência; pacientes com dispositivos de via aérea ou alimentação enteral; crianças de 0 a 5 anos com alterações neurológicas; pacientes com disfagia diagnosticada.

Risco para Flebite: todos os pacientes submetidos a acesso venoso, seja por cateter venoso profundo ou periférico.

2.4.4. Escalas Institucionais de Avaliação de Riscos Assistenciais

A avaliação dos riscos assistenciais utiliza escalas validadas, padronizadas institucionalmente conforme o tipo de risco e perfil assistencial do paciente. As escalas adotadas são: Morse (Risco de Queda — adulto); Humpty Dumpty (Risco de Queda — pediatria); Braden (Lesão por Pressão — adulto); BradenQ (Lesão por Pressão — pediatria); ELPO (Lesão por Posicionamento Cirúrgico); EVA, NIPS (Avaliação da Dor); e Escala de Ideação Suicida. A periodicidade de aplicação de cada escala, bem como os critérios para reaplicação por alteração clínica, estão definidos nos protocolos PR-HGLBNSP-001 e PR-SANSP-012.

2.4.5. Identificação e Sinalização dos Riscos Assistenciais

Cada risco assistencial identificado deve ser sinalizado no quadro de identificação do leito, utilizando codificação por cores padronizada institucionalmente: verde (Risco de Queda), azul (Risco para Flebite), amarelo (Lesão por Pressão), laranja (Perda de Dispositivos Invasivos), roxo (Alergia), marrom (Broncoaspiração) e rosa (Hemorragia Pós-Parto). A sinalização deve ser mantida durante toda a internação enquanto o risco persistir, sendo atualizada conforme a evolução clínica do paciente. Pacientes alérgicos devem receber, adicionalmente, pulseira roxa padronizada. Pacientes com risco para hemorragia pós-parto de médio e baixo risco devem receber pulseira rosa padronizada.

2.4.6. Fluxo de Gerenciamento dos Riscos Assistenciais

O gerenciamento dos riscos assistenciais segue fluxo obrigatório que contempla: (1) Avaliação do risco na admissão do paciente, com aplicação das escalas institucionais cabíveis; (2) Classificação do risco conforme critérios específicos, incluindo classificação automática quando aplicável; (3) Sinalização do leito e registro no prontuário eletrônico; (4) Implementação de medidas preventivas conforme protocolo; (5) Reavaliação periódica conforme setor e perfil do paciente; (6) Em caso de ocorrência de evento adverso: adoção de medidas de contingência, notificação no sistema EPA e comunicação ao médico responsável. O NSP é responsável pela validação e atualização do mapeamento dos riscos assistenciais e pela condução das análises de causa raiz nos casos de eventos adversos graves.

2.4.7. Apetite ao Risco Assistencial e Tolerância Zero

O HIFA adota postura conservadora em relação a todos os riscos assistenciais, com tolerância zero para Never Events e eventos adversos graves evitáveis. A instituição compromete-se com a notificação sistemática, a investigação das causas e a implementação de barreiras de segurança para prevenção de novos eventos. O apetite ao risco assistencial é revisado anualmente pelo NSP em articulação com a área de Qualidade e a Alta Direção.

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
POLÍTICA DE RISCOS	PI-INSGQ-010	001
ÁREA RESPONSÁVEL	VIGÊNCIA	
QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	2026	

2.5. GOVERNANÇA DE RISCOS

A gestão de riscos no HIFA é conduzida por meio de um modelo estruturado de governança, que estabelece diferentes instâncias de discussão, análise e monitoramento dos riscos institucionais. Esse modelo contempla níveis estratégicos, táticos e operacionais, envolvendo a alta direção, lideranças assistenciais e administrativas, além das áreas de apoio à gestão.

NÍVEL	INSTÂNCIA	RESPONSABILIDADE	PERIODICIDADE
Estratégico	Alta Direção / Superintendência	Aprovação da política, revisão de riscos críticos, decisão sobre tratamento estratégico	Mensal (Reunião Gerencial)
Tático	Qualidade / NSP/ Gestão de pessoas/ Contratos/ Coordenações de linhas/ Gerências de unidades	Consolidação dos riscos, análise de indicadores, proposição de planos de ação	Trimestral (Reunião de Riscos)
Operacional	Lideranças setoriais	Identificação e registro de riscos nos processos, implementação de controles, notificação de incidentes	Contínuo (EPA/ Reuniões setoriais/Análise de riscos)

Tabela 3 – Modelo de Governança de Riscos do HIFA

2.5.1. Instâncias e fóruns de governança de riscos:

- Reunião Gerencial (mensal): análise dos riscos prioritários estratégicos pela alta direção; decisão sobre tratamento de riscos críticos; revisão do apetite ao risco institucional.
- Reunião de Riscos (trimestral): Análise consolidada de riscos; revisão dos planos de ação; avaliação da efetividade dos controles implementados.
- Reuniões setoriais: Identificação e análise de riscos operacionais e assistenciais; monitoramento de indicadores setoriais; proposição de ações de mitigação pelas lideranças.
- Análise contínua via EPA: monitoramento em tempo real de notificações de incidentes e eventos; análise de tendências; alimentação da matriz de riscos.

2.5.2. Apetite ao risco institucional:

O HIFA adota postura conservadora em relação a riscos assistenciais e de segurança do paciente, com tolerância zero para Never Events e riscos críticos. Para riscos estratégicos, financeiros e operacionais, o apetite ao risco é definido anualmente pela alta direção e revisado em reuniões gerenciais.

2.6. RESPONSABILIDADES

2.6.1. Alta Direção / Superintendência

- Aprovar a Política de Gestão de Riscos e o apetite ao risco institucional
- Garantir recursos para implementação da gestão de riscos
- Revisar e monitorar os riscos estratégicos críticos em reuniões gerenciais
- Promover a cultura de gestão de riscos em toda a instituição
- Tomar decisões sobre tratamento de riscos de alta prioridade

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
POLÍTICA DE RISCOS	PI-INSGQ-010	001
ÁREA RESPONSÁVEL	VIGÊNCIA	
QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	2026	

2.6.2. Qualidade

- Coordenar o processo de gestão de riscos institucional
- Consolidar e manter atualizada a matriz de riscos institucional
- Conduzir as reuniões de riscos trimestrais
- Monitorar indicadores de riscos no sistema EPA
- Apoiar as áreas na identificação, análise e tratamento de riscos
- Elaborar relatórios de gestão de riscos para a alta direção
- Promover treinamentos sobre gestão de riscos para lideranças e equipes

2.6.3. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

- Coordenar a gestão de riscos assistenciais e de segurança do paciente
- Analisar incidentes, eventos adversos e Never Events
- Conduzir análises de causa raiz e Protocolo de Londres
- Propor e acompanhar barreiras de prevenção de eventos adversos
- Monitorar indicadores de segurança e riscos assistenciais
- Articular com a Qualidade a integração dos riscos assistenciais à matriz institucional

2.6.4. Lideranças setoriais

- Identificar e registrar riscos nos processos sob sua responsabilidade
- Implementar e monitorar controles e planos de ação
- Promover o registro de ocorrências e notificações no sistema EPA
- Participar das reuniões de riscos e fóruns institucionais
- Disseminar a cultura de gestão de riscos em suas equipes

2.6.5. Colaboradores

- Cumprir os procedimentos e protocolos institucionais
- Notificar ocorrências, incidentes e situações de risco no sistema EPA
- Participar de treinamentos sobre gestão de riscos e segurança
- Contribuir para a identificação de riscos nos processos em que atuam

2.7. MONITORAMENTO

O desempenho da política de gestão de riscos é monitorado por meio de indicadores institucionais, com análise trimestral em reunião de riscos e mensal em reunião gerencial. Serão consideradas eficazes as políticas com resultado igual ou acima de 80%.

Indicadores da Política de Gestão de Riscos:

- % de riscos de alto impacto materializados (meta: < 20%)
- % de planos de ação de mitigação de riscos executados no prazo (meta: ≥ 80%)
- % de Never Events ocorridos (meta: 0%)
- % de lideranças capacitadas em gestão de riscos (meta: ≥ 90% ao ano)

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
POLÍTICA DE RISCOS	PI-INSGQ-010	001
ÁREA RESPONSÁVEL	VIGÊNCIA	
QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	2026	

2.8. REVISÃO E ATUALIZAÇÃO

Esta política será revisada anualmente, ou em prazo menor, sempre que houver mudanças significativas no contexto institucional, na regulamentação aplicável ou na identificação de novos riscos relevantes. A revisão é conduzida pela Qualidade, com aprovação da alta direção.

2.9. REGRAS DE CONSEQUÊNCIA

As consequências em caso de descumprimento destas normas serão tratadas em conformidade com as diretrizes da instituição, para os casos previstos, ou em deliberação da Superintendência mediante posicionamento das áreas envolvidas.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABNT, Associação Brasileira de Normas Técnicas - NBR ISO 31000:2018 – Gestão de Riscos: Diretrizes. Rio de Janeiro: ABNT, 2018.

ABNT, Associação Brasileira de Normas Técnicas - NBR ISO 9001: 2015 - Sistema de Gestão da Qualidade – Requisitos. Rio de Janeiro: ABNT, 2015.

Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Manual Brasileiro de Acreditação – Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. São Paulo: ONA.

Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

4. ANEXOS E DOCUMENTOS DE APOIO

Documentos associados:

MP-SAEQP-004	GESTAO DE RISCOS
MP-SAEQP-006	ANÁLISE DE CAUSA, INDICADORES E AÇÕES DE MELHORIA
MP-SAEQP-008	GERENCIAMENTO DE NÃO CONFORMIDADES
MP-SANSP-001	GERENCIAMENTO DE INCIDENTES
MP-SANSP-004	BUSCA ATIVA DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS
PR-SANSP-012	GERENCIAMENTO DE RISCOS ASSISTENCIAIS
PR-HGLBNSP-001	GERENCIAMENTO DE RISCOS ASSISTENCIAIS

ELABORAÇÃO		
DATA: 03/2026	CARGO: Coordenadora de Qualidade	RESPONSÁVEL: Robertha Polonini Lirio
DATA: 03/2026	CARGO: Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente	RESPONSÁVEL: Dáphinne Junger

POLÍTICA INSTITUCIONAL



TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
POLÍTICA DE RISCOS	PI-INSGQ-010	001
ÁREA RESPONSÁVEL	VIGÊNCIA	
QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	2026	

APROVAÇÃO		
DATA:	CARGO:	AUTORIZADOR:
03/2026	Diretora de Desenvolvimento Estratégico	Verônica Moten
03/2026	Diretora	Lidiana Pirovani
03/2026	Diretor Administrativo e Financeiro	Christian Lessa
03/2026	Superintendente	Jailton Pedroso

HISTÓRICO DE REVISÕES		
DATA:	REVISÃO:	DESCRIÇÃO:
07/2023	000	Implantação
03/2026	001	Política de Segurança do Paciente incluída na Política de Qualidade e toda revisão das diretrizes de gestão de riscos