

# MANUAL DO GESTOR HOSPITALAR

VOLUME 4





# **MANUAL** **DO GESTOR** **HOSPITALAR**

---

VOLUME 4



## **DIRETORIA DA FBH**

### **Presidente**

Adelvânio Francisco Morato

### **Vice-Presidentes**

Reginaldo Teófanos de Araújo

Marcus Camargo Quintella

Maurício Souto-Maior

Francisco José Santiago de Brito

Manoel Gonçalves Carneiro Netto

Erivaldo Cavalcante Júnior

Renato Botto

Juliano Esteves Viana

### **Superintendente**

Luiz Fernando C. Silva

### **Secretário-Geral**

Luiz Aramicy Bezerra Pinto

### **Secretário Adjunto**

Mauro Duran Adan

### **Diretor-Tesoureiro**

Mansur José Mansur

### **Tesoureiro Adjunto**

Fernando Antônio Honorato da Silva e Souza

### **Diretora de Atividades Culturais**

Márcia Rangel

## **CONSELHO FISCAL**

### **Membros Efetivos**

Edivardo Silveira Santos

Marcelo Antonio Pasolini

### **Membros Suplentes**

Victor Hugo Lisboa Rodrigues

Karin Ratzke

Glauco Monteiro Cavalcanti Manso

## **ASSESSORES DA DIRETORIA**

Leonardo Rocha Machado

Ibsen Pontes Moreira Pinto



## **DIREÇÃO E COODENAÇÃO DO PROJETO - VIVA+ EDITORA**

### **Coordenação-Geral**

Viviã de Sousa

### **Coordenação Científica**

José Antônio Ferreira Cirino

Andréa Prestes

### **Produção Executiva**

Rosana Oliveira

Jaqueline Silva Rodrigues

### **Editor**

Felipe Nabuco

### **Projeto gráfico, diagramação e revisão de textos**

Viva+ Editora

### **Autores**

Alexandre Ferreli Souza

Andréa Prestes

Carlos Eduardo Gouvêa

Daennye Oliveira

Denise Eloi

Francisco Figueiredo

Gilvane Lolato

Giovanni Guido Cerri

J. Antônio Cirino

Juliana Pan

Marcelo Tadeu Carnielo

Maria Beatriz Nunes Pires

Maurício Nunes da Silva

Patrick Miguel Soli Guilger

Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho

Péricles Góes da Cruz

Ricardo Alcoforado Maranhão Sá

Vânia Bezerra

# MANUAL DO GESTOR HOSPITALAR

---

VOLUME 4

## **ORGANIZADORES**

José Antônio Ferreira Cirino  
Andréa Prestes  
Luiz Fernando C. Silva  
Rosana Oliveira  
Viviã de Sousa

Brasília  
Federação Brasileira de Hospitais - FBH  
2022

## ©2022 Federação Brasileira de Hospitais - FBH

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a fonte que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

**Tiragem: 2.000 exemplares**

### **Informação e elaboração:**

Federação Brasileira de Hospitais  
SRTVS Qd. 701 - Conjunto E, n. 130 - 5º andar  
Edifício Palácio Rádio I, Torre III  
Brasília/DF  
CEP 70.340-901

**Projeto Gráfico e Diagramação:** Viva+ Editora

**Revisão Textual:** Amanda Vasconcelos

**Normatização bibliográfica e ficha catalográfica:** Thaís Marques CRB/1-1922

## **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação - CIP**

C578m

Cirino, José Antônio Ferreira.

Manual do gestor hospitalar / Organizadores: José Antônio Ferreira Cirino, Andréa Prestes, Rosana Oliveira, Viviã de Sousa - Brasília: Federação Brasileira de Hospitais, 2022.

241 p. fots. ; 21 x 29,7 cm. (v. 4)

ISBN 978-65-88821-01-5

Inclui referências bibliográficas

1. Saúde, Brasil. 2. Manual, Saúde. 3. Hospital, Gestão. 4. Gestão Hospitalar, Brasil. 5. Gestor hospitalar. 6. Setor de saúde, qualificação. 7. Gestão, qualificação. I. Andréa Prestes. II. Rosana de Sousa Oliveira Barbosa. III. Viviã de Sousa. IV. Título. V. subtítulo.

CDD - 658

## **ASSOCIAÇÕES**

**AHCES** - Associação de Hospitais, Clínicas e Prestadores de Serviços da Área de Saúde do Espírito Santo

**AHCSEP** - Associação de Hospitais e Casas de Saúde do Estado do Pará

**AHEAL** - Associação de Hospitais do Estado de Alagoas

**AHECE** - Associação de Hospitais do Estado do Ceará

**AHEG** - Associação dos Hospitais do Estado de Goiás

**AHERJ** - Associação de Hospitais do Estado do Rio de Janeiro

**AHESC** - Associação de Hospitais do Estado de Santa Catarina

**AHESP** - Associação de Hospitais do Estado de São Paulo

**AHMG** - Associação dos Hospitais do Estado de Minas Gerais

**AHOPAR** - Associação de Hospitais do Estado do Paraná

**AHORN** - Associação de Hospitais do Estado do Rio Grande do Norte

**AHRGS** - Associação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do Sul

**AHSEB** - Associação de Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia

**ANH** - Associação Nordestina de Hospitais

**APH** - Associação Paraibana de Hospitais

# SUMÁRIO

## SUMÁRIO

PÁG. 10 Autores

PÁG. 18 Palavra do Presidente

PÁG. 20 Prefácio

PÁG. 24 Introdução

---

**CAP.1**  
PÁG. 28 Gestão Estratégica

---

**CAP.2**  
PÁG. 48 Desafios da Saúde Suplementar  
para os próximos 20 anos

---

**CAP.3**  
PÁG. 72 Políticas Institucionais

---

**CAP.4**  
PÁG. 84 Ética na Saúde

---

**CAP.5**  
PÁG. 108 Ferramentas da Qualidade

---

**CAP.6**  
PÁG. 130 Responsabilidade Social

---

**CAP.7**  
PÁG. 148 Gestão de Engenharia Clínica

---

**CAP.8**  
PÁG. 166 Prontuário Eletrônico  
do Paciente

---

**CAP.9**  
PÁG. 180 Custos Hospitalares na prática

---

**CAP.10**  
PÁG. 198 Gestão de Projetos na Pandemia  
de Covid-19: um caso prático

---

PÁG. 220 Considerações

PÁG. 224 FBH e as Federadas

S  
W  
R  
E  
A  
U  
T  
O  
R  
E  
S

**AUTORES**



### **Alexandre Ferreli Souza**

---

Mestre em Engenharia Biomédica, MBA em Engenharia de Manutenção. Gerente Operacional na Staff Engenharia Clínica e coordenador do curso de especialização em Engenharia Clínica no Instituto E-Health. Ricardo Alcoforado Maranhão Sá é Engenheiro Eletricista, Especialista em Engenharia Clínica e Mestre em Saúde Pública com ênfase em Gestão de Tecnologias em Saúde. Presidente executivo da Associação Brasileira de Engenharia Clínica (ABECLin). Sócio da empresa Orbis Engenharia Clínica.



### **Andréa Prestes**

---

CEO da API. Mestre em Gestão da Saúde pela Universidade Nova de Lisboa - PT; MBA em Gestão Hospitalar; Especialista em Qualidade nos Serviços de Saúde; Bacharel em administração; Master Black Belt em Lean Six Sigma; Leader, Personal, Professional, Executive, Business, Positive, Psychology & Alpha Coach. Coordenadora Científica do Manual do Gestor Hospitalar Volumes 1, 2 e 4, da Federação Brasileira de Hospitais – FBH. Organizadora e autora do livro: Estratégias para a Acreditação dos Serviços de Saúde. Professora da Organização Nacional de Acreditação – ONA. Professora de cursos de MBA e Pós-graduação. Membro da Câmara de Administração de Saúde - CESaúde do Conselho Regional de Administração - CRA/RS; Membro da comunidade fundadora da Associação para Gestão e Inovação em Saúde – AGIS (Portugal). Mais de 15 anos de experiência na Direção de hospitais. Consultora em saúde no Brasil e Portugal.



### Carlos Eduardo Gouvêa

Formado em administração pública na Fundação Getúlio Vargas no ano de 1989 e em direito na USP (Largo de São Francisco) em 1990. Concluiu o mestrado (OneMBA) também na Fundação Getulio Vargas, em conjunto com University of North Carolina (EUA), Tec de Monterrey (México), Erasmus Universiteit (Holanda) e University of China in Hong Kong em 2004. Após breve passagem pela área jurídica, na área de Direito Societário no Goulart Penteadó, Iervolino & Lefosse Advogados e O´Melveny & Myers (Washington, DC), foi para a área de Marketing na Unilever e, em seguida, para Novos Negócios na Courtaulds International (tintas e pisos). Atuou ainda na área de Performance Improvement da Coopers & Lybrand. Mas a maior parte de sua trajetória profissional foi feita na área de Saúde. Foi Gerente da unidade de negócios de diagnóstico in vitro da Organon Teknika (Akzo Nobel) e Presidente da Mococa S/A Produtos Alimentícios e da Support Produtos Nutricionais (Grupo Royal Numico, hoje Danone). Atualmente, além da Green Hill Consulting Consultoria, da qual é Sócio Diretor, conduz sua própria empresa - CMW Saúde & Tecnologia, que atua nas áreas de alimentos para fins especiais e produtos para saúde / diagnóstico in vitro, tanto no Brasil quanto na América Latina. É presidente da ABIIS – Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde e Presidente Executivo da CBDL – Câmara Brasileira de Diagnóstico Laboratorial. Foi ainda um dos fundadores da ALADDIV – Aliança Latino Americana para o Desenvolvimento do Diagnóstico in Vitro, entidade que reúne Academia, Governo e Iniciativa Privada em prol do segmento de diagnóstico no continente.



### Daennye Oliveira

Enfermeira de formação, com especialização na área de Informática em Saúde pela UNIFESP, e certificação CPTICS pela SBIS, atua hoje como Diretora do Prontuário Eletrônico do Paciente na MV, Coordenadora de pós graduação no MBA de Informática em saúde na Faculdade IDE, e Secretária Geral da diretoria da SBIS



### Denise Eloi

Possui graduação em Direito, MBA Gestão em Saúde pela Universidade de São Paulo – USP, Pós-graduação em Gestão Estratégica da Saúde na Universidade de Miami (EUA) e Especialização em Direito da Medicina na Universidade de Coimbra. Atualmente é CEO no Instituto Coalizão Saúde (ICOS) e possui 26 anos de experiência no setor de saúde suplementar. Foi Presidente da UNIDAS por dois mandatos e Executiva da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI). Ocupou cargo de membro titular do Conselho Nacional de Saúde, no Ministério da Saúde, membro titular da Câmara de Saúde Suplementar da ANS e membro do Conselho de Administração da ONA. Foi eleita entre os 100 mais influentes da Saúde no Brasil e recebeu o prêmio Líderes da Saúde - Entidades, com o trabalho realizado pelo ICOS.



### Francisco Figueiredo

Pós-graduado em Administração Hospitalar e com MBA em Gestão de Organizações Hospitalares e Sistemas de Saúde. Foi Secretário de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde e exerceu cargos de gestão na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no Hospital Municipal Odilon Behrens. Também foi Superintendente do Hospital da Baleia (BH) e do Hospital Maternidade Terezinha de Jesus, além de COO da Oncoclínicas do Brasil e Presidente da Federação de Santas Casas e Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais. Foi eleito pela segunda vez consecutiva uma das 100 pessoas mais influentes no setor da saúde no Brasil. Atualmente é Diretor Corporativo de Operações na MV, empresa líder na América Latina em desenvolvimento de software para saúde.



### Gilvane Lolato

Mestranda em Gestão e Metodologias da Qualidade e Segurança da Atenção em Saúde - Instituto Avedis Donabedian na Espanha. Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente pela Universidade Nova de Lisboa, Portugal. MBA Gestão em Saúde, Controle de Infecção pelo INESP. Graduada em Administração de Empresas UGF. Coordenadora e docente de MBA, Pós-Graduação e Cursos de Curta Duração, com temas voltados para a gestão da qualidade, segurança do paciente e acreditação. Fellowship ISQua (International Society for Quality and Health Care). Diretoria de Curadoria do HUB Gestão do Conhecimento da ABPRH. Membro da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente - SOBRASP. Membro da Sociedade Brasileira de Gestão do Conhecimento – SBGC. Gerente Operacional da ONA..



### Giovanni Guido Cerri

Professor Titular de Radiologia da FMUSP; Presidente do Conselho Diretor do InRad-HCFMUSP (Instituto de Radiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo); Membro do Conselho Deliberativo do HCFMUSP; Coordenador da Comissão de Inovação do HCFMUSP (InovaHC); Presidente da Comissão de Planejamento e Controle do HCFMUSP; Diretor de Coordenação da área de Diagnóstico por Imagem do Instituto do Coração-HCFMUSP; Diretor do Centro de Diagnóstico do Hospital Sírio Libanês; Presidente do Conselho de Administração do Instituto Coalizão Saúde; Membro do Comitê Organizador do Fórum Nacional do Poder Judiciário – Conselho Nacional de Justiça; Membro do Observatório Nacional da Saúde, do Instituto Justiça e Cidadania, dos Poderes Público, Judiciário e iniciativa privada – desde 2022; Membro do Grupo de Trabalho do Gabinete do Procurador-Geral de Justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo para enfrentamento da pandemia Covid-19; Membro Com-Saude – Comitê do Complexo Produtivo e Econômico da Saúde e Biotecnologia; Membro titular da Academia Nacional de Medicina; Membro emérito da Academia de Medicina de São Paulo; Membro do Conselho do Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde – CBEXs.



### J. Antônio Cirino

Comunicólogo, gestor de qualidade, professor e pesquisador, atuando desde 2009 na área da saúde. Jovem Líder Executivo da saúde selecionado em 2021 pela International Hospital Federation (IHF). Doutor em Comunicação e Sociabilidade (UFMG), com pós-doutorado em Comunicação e Cultura (UFRJ) e em novo estágio pós-doutoral em Informação e Comunicação na Universitat de Barcelona (Espanha); mestre em Comunicação (UFG), especialista em Gestão de Projetos (IPOG), Black Belt em Lean Six Sigma (FM2S), graduado em Publicidade e Propaganda (IESRIVER) e em Gestão de Marketing (UNIP). Autor do livro “Gestão da Comunicação Hospitalar”, traduzido para a versão internacional “Management of Hospital Communication”, coordenador científico do “Manual do Gestor Hospitalar”, volumes 1, 2, 3 e 4 da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) em português e inglês, e organizador da obra “Estratégias para a Acreditação dos Serviços de Saúde”. Professor da Organização Nacional de Acreditação - ONA. Editor assistente da Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde – ReCiis/Fiocruz. Membro do Núcleo de Estudos em Comunicação, História e Saúde (NECHS) do PPGCOM/UFRJ e do ICICT/Fiocruz. Membro da Federação Internacional de Hospitais - IHF YEL Alumni. Pesquisador convidado do CITEI - Centro de Investigação em Tecnologias e Estudos Intermédia na linha de Comunicação e saúde da Universidade de Maia (Portugal).



### Juliana Pan

Doutoranda em Administração pela Université de Bordeaux. Certified Portfolio Director IPMA® Level A, a primeira mulher das Américas. PMP – Certificação – Project Management Professional. Profissional com mais de 17 anos de experiência nas áreas de Gerenciamento de Projetos, Programas e Portfólios, Gestão e implementação de PMO - Project Management Office, Elaboração de Modelagem Econômica (EVTE - Estudo de Viabilidade Técnica e Econômica) e Capex Controller. Gerente de Estratégia e Planejamento Big Data & Analytics da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Atuou em empresas como Ford Motor Company, Accenture e Petrobras. Coordenadora do Certificate em Excelência e Performance em Gestão de Projetos na Saúde.



### Marcelo Tadeu Carnielo

Diretor de Serviços da Planisa, Mestre em Administração de Empresas pela UNINOVE-SP, Graduação em Administração de Empresas pela Universidade Mackenzie - SP e em Tecnologia em Mecânica de Precisão pela UNESP - FATEC - SP, Pós-Graduação em DRG (Diagnosis Related Groups), Governança Clínica e Qualidade pela Faculdade de Ciências Médicas de MG, Pós-Graduação em Controladoria e Finanças em Saúde pela UEM- PR, Pós-Graduação em Administração Hospitalar pela Faculdade de Saúde Pública USP-SP e Especialização em Engenharia de Produção pela Universidade Mackenzie - SP. Professor de Gestão de Custos do Centro Universitário São Camilo e da Faculdade de Ciências Médicas de MG.



### Maria Beatriz Nunes Pires

Graduada em Administração Hospitalar pelas Faculdades Integradas São Camilo, São Paulo – SP, Pós-Graduada em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde no Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde PROAHSA pela Fundação Getúlio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo e em Controladoria e Finanças em Saúde pela Universidade Estadual de Maringá-PR. Especialista nas áreas de custos, gestão financeira e processos.



### **Maurício Nunes da Silva**

Diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Mestre em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas - FGV/RJ; Especialista em Finanças Públicas pela Universidade Cândido Mendes; e Graduado em Administração pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Em sua trajetória profissional também exerceu os seguintes Cargos Comissionados na ANS: Diretor de Fiscalização Substituto (março/2020 a março de 2022); Diretor-Adjunto de Normas e Habilitação dos Produtos (setembro/2018 a março/2020); Gerente-Geral de Administração e Finanças (agosto/2015 a junho/2016); Coordenador de Avaliação de Riscos Institucionais (março/2014 a agosto/2015); Coordenador de Monitoramento da Contratualização (outubro/2011 a agosto/2012; setembro/2012 a julho/2013); Gerente de Relações com Prestadores de Serviços Substituto (setembro/2012 a julho/2013). Cargo Comissionado Técnico CCT III (fevereiro/2010 a outubro/2011)



### **Patrick Miguel Soli Guilger**

Consultor Especialista em Custos Hospitalares da Planisa, Graduação em Ciências Contábeis pela Anhanguera - SP, Pós-graduação em Gestão Financeira pela Faculdade Fundação Getúlio Vargas, conhecimento abrangente em custo por procedimento/paciente, extração de informações através de banco de dados pelo sistema de gestão Tasy e MV e criação de indicadores em ferramenta de Business Intelligence (Tableau/Power BI).



### **Paulo Roberto Vanderlei Rebelo Filho**

Graduado em Direito pelo Centro Universitário de João Pessoa – Unipê – PB, com curso de Capacitação em Gestão e Direito da Saúde, com ampla experiência na vida pública. Em 2016, ingressou no Ministério da Saúde como Chefe de Gabinete do Ministro permanecendo até 2018. Atualmente exerce o cargo de Diretor- Presidente e Diretor de Gestão - DIGES da Agência Nacional de Saúde – ANS e Membro Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para Saúde do CNJ – Conselho Nacional de Justiça.



### **Péricles Góes da Cruz**

Médico, Pós-graduado em Administração Hospitalar e em Gerência Hospitalar, Ex Presidente do Instituto de Assistência aos Servidores no RJ, Coordenador do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde do M.S., Membro atuante, Fellow e ISQua Expert da ISQua - International Society for Quality in Healthcare, Membro da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente - SOBRASP. Participando dos movimentos de Acreditação desde 1995, é um dos Fundadores da ONA. Foi co-autor da primeira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar em 1998 e posteriormente atuando na co-autoria de todos os demais Manuais de Acreditação desenvolvidos na ONA até os dias atuais. É Superintendente Técnico da ONA.



### **Ricardo Alcoforado Maranhão Sá**

Engenheiro Eletricista pela UNIFEI, Especialista em Engenharia Clínica pela UNICAMP, Especialista em Administração Hospitalar pela USP, Especialista em Agentes de Inovação Tecnológica pela Faculdade Cambury, Especialista em Políticas Públicas Baseadas em Evidências pelo Instituto Sírio Libanês e Mestre em Saúde Pública com ênfase em Gestão de Tecnologias em Saúde pela ENSP - FIOCRUZ. Atua na área de Engenharia Clínica há 26 anos com passagem pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás SES/GO e nos projetos REFORSUS, VIGISUS I e VIGISUS II pelo Ministério da Saúde. É o presidente executivo da Associação Brasileira de Engenharia Clínica (ABEclin) na gestão 2021/2023. É o sócio proprietário da empresa Orbis Engenharia Clínica. É o coordenador do curso de especialização em Engenharia Clínica no RTG Especializações. É um dos autores do livro Segurança do Paciente, publicação da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), como parte do Curso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente.



### **Vânia Bezerra**

Relações Públicas, Mestranda em Gestão da Competitividade em Gestão de Saúde, Especialista em Comunicação e Marketing pela Universidade Mackenzie, Especialista em Gestão em Saúde pela Fundação Dom Cabral e Sírio-Libanês. Membro do Grupo LiderLATAM que discute Saúde Pública nas Principais Universidades do Mundo. Ganhadora do prêmio Líderes Latino Americanos de Salud – em Oxford, Reino Unido 2018, e Premio La Trayectoria de Mujeres Líderes, em Buenos Aires 2020, é co-autora de três livros da Alta Gestão. Ao longo de sua carreira desenvolveu projetos com Sistema Público Brasileiro para melhoria do acesso, cuidado e gestão da saúde. É responsável pela área de Compromisso Social do Hospital Sírio-Libanês com projetos em todo território nacional.

PALAVRA  
BR

**PALAVRA DO  
PRESIDENTE**



Adelvânio Francisco Morato

**Presidente da FBH**

### PALAVRA DO PRESIDENTE

Em 2019, traçamos como uma de nossas metas combater um antigo problema que desafia a evolução dos serviços de saúde em todo o país: a falta de iniciativas voltadas à qualificação permanente dos nossos gestores hospitalares. Estávamos certos de que jamais poderíamos alcançar a excelência dos serviços e aprimorar o atendimento à população sem antes melhorar o desempenho daquele profissional que é estratégico para toda a engrenagem do processo. E foi assim que lançamos o primeiro volume do Manual do Gestor Hospitalar.

O objetivo inicial era padronizar, diante do cenário heterogêneo com o qual se desenha a rede hospitalar brasileira, conhecimentos essenciais aos gestores da saúde, ofertando um compêndio das principais teorias e práticas que pudessem auxiliá-los tanto em tomadas de decisão quanto na sua própria formação e de suas equipes. Para a nossa satisfação, a obra foi muito bem recebida pelo setor e, então, resolvemos não apenas traduzi-la para o inglês, para que pudesse adentrar em espaços de discussão internacional, como também avançar na produção de novos temas complementares. Desta forma, lançamos, nos anos seguintes, os volumes 2 e 3, e, agora, chegamos ao volume 4.

Ao longo dessa construção, tivemos a honra de contar com a colaboração de mais de 60 autores renomados, nacional e internacionalmente, em diferentes áreas de atuação, que produziram mais de 40 capítulos sobre temas criteriosamente escolhidos, por refletirem as necessidades de quem labuta diariamente no setor, como também por apresentarem o que há de mais atual em relação às transformações pelas quais vêm passando os serviços de saúde na era digital.

Valorizar o conhecimento, a pesquisa e, sobretudo, potencializar formas de compartilhá-los, sempre foi a chave para a evolução de qualquer segmento produtivo. Com mais este volume do Manual do Gestor Hospitalar, temos a satisfação de entregar ao setor uma coletânea bem-estruturada de conteúdos técnicos, com temas atuais e complementares, que permitem trabalhar a capacitação dos profissionais que atuam nas gestões dos mais diversos serviços de saúde.

Agradeço, em nome da FBH e de todas as suas associadas, a valiosa contribuição que cada autor colaborador proporcionou a esta obra. Com o conhecimento e a experiência compartilhados, vocês estão possibilitando que milhares de profissionais Brasil afora tenham a chance de melhorar o desempenho de suas equipes de saúde, o resultado dos tratamentos oferecidos, e, assim, entregar uma melhor assistência a quem precisa!

# PREFÁCIO

## PREFÁCIO

Giovanni Guido Cerri



Denise R. Eloi



## OS HOSPITAIS SE TORNAM CADA VEZ MAIS DIGITAIS

“Digitalizar” é um verbo que, segundo diversas fontes, vem sendo usado desde 1953, originário da língua inglesa, e seu significado atual é converter à forma digital elementos como dados ou imagens.<sup>1</sup> O processo foi impulsionado pela necessidade de decifrar códigos durante a Segunda Guerra Mundial, período de avanços que se sucederam de modo bastante ágil na construção de computadores.

Os computadores só passaram a se popularizar a partir da década de 1970,<sup>2</sup> quando começaram a surgir máquinas portáteis, na forma de pequenos gabinetes que cabiam em uma mesa (os *desktops*). Computadores, na origem, ocupavam salas inteiras.<sup>3</sup> Foi na década de 1980,<sup>4</sup> no entanto, que se tornaram as ferramentas de amplo uso profissional, pessoal (o PC, ou *Personal Computer*) e de lazer. Na área de saúde, ele foi introduzido pelo cardiologista Homer Richards Warner,<sup>5</sup> que se dedicou, a partir do fim dos anos 1950, a pesquisar como aplicar as máquinas recém-criadas ao diagnóstico de doenças. Ainda não era a chegada da saúde digital, mas se abria aí o caminho.

Desde então, a presença de recursos computacionais nas muitas áreas da saúde fez apenas se expandir em ritmo ainda mais rápido: de exames laboratoriais, de imagem e tantos outros à telemedicina, tão expandida ao longo da pandemia de Covid-19 iniciada em 2020, às cirurgias robóticas e ao trabalho da gestão hospitalar.

Saúde digital é um conceito que abarca tecnologias tornadas possíveis a partir do fim do século 20 e do início do século 21, quando a internet deixou de ser uma rede ligada ao Departamento de Defesa dos Estados Unidos e tornou-se a via por onde parte significativa das informações de nossas vidas trafega. Os desenvolvimentos mais recentes das tecnologias de informação vêm sendo gradualmente incorporados: aplicações de redes sociais; Internet das Coisas (IoT); Inteligência Artificial (IA), entre outros.

As ferramentas digitais foram estratégicas em um período como o da pandemia. Elas tornaram possível o trabalho de milhares de pesquisadores, infectologistas e especialistas de diversas outras áreas da Medicina. Não só isso: a gestão dos hospitais se fez mais tecnológica também, com o acesso a prontuários digitais, resultados de exames, marcação de consultas; as aplicações são inúmeras. E o brasileiro já abraçou a digitalização do serviço na forma da telemedicina: entre 2020 e 2021, foram realizadas mais de

1 DIGITALIZAR. **Dicionário Priberam**, [s.d.]. On-line. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/digitalizar>. Acesso em: 11 nov. 2022.

2 PERSONAL computer. **Britannica Online**, [s.d.]. Disponível em: <http://bit.ly/3gj4Sl8>. Acesso em: 11 nov. 2022.

3 SWAINE, M. Eniac. **Britannica Online**, [s.d.]. Disponível em: <http://bit.ly/3GpKMjF>. Acesso em: 11 nov. 2022.

4 PERSONAL... ([s.d.]).

5 HOMER R. Warner, a Pioneer of Using Computers in Patient Care, Dies at 90. **The New York Times**, 11 dez. 2012. Disponível em: <http://bit.ly/3tylEyn>. Acesso em: 11 nov. 2022.

7,5 milhões de consultas por esse meio.<sup>6</sup> No início de 2022, já era verificado, também, que quase metade dos médicos em todas as regiões do Brasil tinham incorporado a telemedicina à sua atuação.<sup>7</sup> Ainda que isso tenha vindo em decorrência das medidas preventivas contra a Covid-19, não há qualquer sinal de uma reversão dessa tendência.

Também é um meio de democratizar o acesso da população à saúde: mais digitais, os serviços podem ter escala ampliada nos principais polos de saúde, e é possível facilitar trocas entre profissionais e reduzir custos. O potencial que a saúde digital tem para aprimorar a qualidade do setor em geral é imenso – e a educação, com a especialização e o aperfeiçoamento de profissionais, é um desses campos em potencial a serem explorados pelas tecnologias digitais.

O setor público vem se adequando à realidade da saúde digital com iniciativas como o Conecte SUS, uma plataforma que torna possível ao cidadão acompanhar sua jornada de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) – monitorar sua vacinação, quais exames realizou e os respectivos resultados, quais medicamentos vem tomando, marcação de consultas e cirurgias. Todas essas informações vão ajudar a agilizar o trabalho da gestão do sistema como um todo. O resultado será um serviço mais ágil, eficiente e a menor custo.

A saúde digital será o grande elemento transformador do modo de funcionamento e da estrutura do Setor de Saúde na próxima década porque a digitalização do cuidado e do tratamento vai passar por uma grande mudança de foco. Hoje, em muitos casos, o foco está na doença, e os meios digitais permitirão ampliar o foco à prevenção. Recomendações e campanhas digitais podem ajudar a orientar as pessoas a adotarem novos hábitos, manterem alimentação mais saudável e regularidade nas atividades físicas, por exemplo. Campanhas contra o tabagismo e para estimular os exercícios físicos são exemplos já realizados com resultados positivos. Esse tipo de conscientização, com foco na prevenção, poderia gerar para o Brasil uma economia de cerca de R\$ 100 bilhões nos gastos com saúde.<sup>8</sup>

O profissional médico jamais se tornará dispensável no processo de prestação de serviços de saúde. O que as ferramentas digitais farão será, nas palavras do mencionado Homer Warner, “complementar a habilidade do médico de tomar decisões com as capacidades de memória, processamento e confiabilidade dos computadores”.<sup>9</sup> Estamos no início desse processo, e, a julgar pelos avanços vistos desde o começo deste século, em particular dos dois anos iniciais da pandemia de Covid-19, o ritmo será acelerado. A gestão dos hospitais, uma das atividades mais complexas que existem, exigirá instrumentos que otimizem o uso do tempo, agregando ainda mais qualidade ao atendimento do paciente. A saúde digital é a tecnologia que veio para tornar isso possível.

<sup>6</sup> MAIS de 7,5 milhões de consultas foram realizadas por telemedicina no Brasil entre 2020 e 2021. **Portal UFMG**, 25 jul. 2022. Disponível em: <http://bit.ly/3g5ncy9>. Acesso em: 11 nov. 2022.

<sup>7</sup> FORMENTI, L. Quase metade dos médicos brasileiros já atende por telemedicina. **Jota**, 16 fev. 2022. Disponível em: <http://bit.ly/3hL5obR>. Acesso em: 11 nov. 2022.

<sup>8</sup> BRASIL perde R\$ 100 bi por ano com gasto com doenças causadas pelo fumo. **Correio Braziliense**, 6 abr. 2022. Disponível em: <http://bit.ly/3UJgTz0>. Acesso em: 11 nov. 2022.

<sup>9</sup> WARNER, H. R.; SORENSON, D. K.; BOUHADDOU, O. **Knowledge Engineering in Health Informatics**. New York: Springer Science+ Business Media, 1997.

O objetivo deste Manual é auxiliar gestores para que executem com cada vez mais eficiência essa complexa organização, que é o hospital, o qual será cada vez mais digital nos anos à frente.

## Referências

BRASIL perde R\$ 100 bi por ano com gasto com doenças causadas pelo fumo. **Correio Braziliense**, 6 abr. 2022. Disponível em: <http://bit.ly/3UJgTz0>. Acesso em: 11 nov. 2022.

DIGITALIZAR. **Dicionário Priberam**, [s.d.]. On-line. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/digitalizar>. Acesso em: 11 nov. 2022.

FORMENTI, L. Quase metade dos médicos brasileiros já atende por telemedicina. **Jota**, 16 fev. 2022. Disponível em: <http://bit.ly/3hL5obR>. Acesso em: 11 nov. 2022.

HOMER R. Warner, a Pioneer of Using Computers in Patient Care, Dies at 90. **The New York Times**, 11 dez. 2012. Disponível em: <http://bit.ly/3tylEyn>. Acesso em: 11 nov. 2022.

MAIS de 7,5 milhões de consultas foram realizadas por telemedicina no Brasil entre 2020 e 2021. **Portal UFMG**, 25 jul. 2022. Disponível em: <http://bit.ly/3g5ncy9>. Acesso em: 11 nov. 2022.

PERSONAL computer. **Britannica Online**, [s.d.]. Disponível em: <http://bit.ly/3gi4SI8>. Acesso em: 11 nov. 2022.

SWAINE, M. Eniac. **Britannica Online**, [s.d.]. Disponível em: <http://bit.ly/3GpKMjF>. Acesso em: 11 nov. 2022.

WARNER, H. R.; SORENSON, D. K.; BOUHADDOU, O. **Knowledge Engineering in Health Informatics**. New York: Springer Science+ Business Media, 1997.

# INTRODUÇÃO

## INTRODUÇÃO

Andréa Prestes



J. Antônio Cirino



## AS VISÕES SISTÊMICA E HOLÍSTICA DO GESTOR HOSPITALAR

Este é o quarto volume de um projeto da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) que começou em 2019, com o foco de contribuir com o desenvolvimento dos líderes e profissionais do Setor Saúde sobre os temas fundamentais e contemporâneos quanto à gestão hospitalar. O Manual do Gestor Hospitalar já soma quase 60 autores de renome nacional e internacional e 40 conteúdos que contribuem sobremaneira para as boas práticas nas unidades de saúde.

O Manual do Gestor Hospitalar também alcança outros países de língua portuguesa e todo o mundo em sua versão traduzida para o inglês, entregando os construtos científicos brasileiros para a análise global. Essa internacionalização é um ponto reforçado principalmente com a participação ativa da FBH, com comitativa guiada pelo presidente Dr. Adelvânio Morato durante o Congresso Mundial de Hospitais em 2022, realizado em Dubai (Emirados Árabes Unidos), no qual foi possível, por meio da coordenação científica, com participação de Andréa Prestes na mesa “Exemplos de modelos de atenção em países de língua portuguesa”, na programação do evento, e também J. Antônio Cirino, com reflexões sobre a comunicação como essencial para os hospitais, no painel sobre “O futuro da gestão em saúde de acordo com os jovens líderes executivos”.

Conectados a isso, visualizamos como discussões em nível mundial que a facilidade de acesso à informação é algo que faz parte da realidade de grande parte da população. O que, no passado, poderia ficar restrito a poucos e demorar a ser propagado, na atualidade tem um potencial de disseminação incrível. Temos, hoje, a facilidade de acessar diferentes meios de informação, o que nos possibilita aprender sobre diversos temas. No âmbito hospitalar, este cenário permite ao gestor conhecer as melhores práticas, *cases* de sucesso, movimentação do mercado, informações de preços, tecnologias e legislações, por exemplo.

O papel do gestor hospitalar, no que tange às suas atividades diárias, envolve desde o conhecimento abrangente da administração, necessário para a condução desta complexa empresa, até as especificidades do negócio e o tripé “projetos, pessoas e processos”.<sup>1</sup> Compreende-se que esta é a base mínima para que o profissional tenha condições de conduzir a organização. A partir disto, existe um aspecto que faz toda a diferença para a obtenção dos melhores resultados: as visões sistêmica e holística.

A visão sistêmica pode ser caracterizada como olhar ímpar de cada profissional atuante na gestão hospitalar ao conseguir conectar, integrar e alinhar as diferentes áreas, disciplinas e processos presentes em uma unidade de saúde, complexa por natureza e essência. Já a visão holística oportuniza perceber que

<sup>1</sup> PRESTES, A.; CIRINO, J. A. F. Excelência na gestão de projetos, pessoas e processos no âmbito hospitalar. In: PRESTES, A. et al. (Orgs.). **Manual do Gestor Hospitalar**. Brasília: FBH, 2019. p. 28.

cada área, em sua grandiosa diversidade, necessita de um olhar integral, completo e plural, para que integre a cadeia de valor de forma adequada e contribua para o desenvolvimento da excelência operacional.

Apesar da oferta de diversos cursos e literaturas que intencionam auxiliar os líderes em saúde para o desenvolvimento desse olhar, faz-se necessária a disposição de cada gestor em querer fazer mais e melhor, além da compreensão de estar vulnerável e no papel constante de aprendiz. Neste aspecto, é imperioso o entendimento de que um gestor hospitalar carece de desenvolvimento contínuo das competências, habilidades e atitudes, posicionando-se como aprendiz em uma via de mão dupla, em que aprende e ensina, absorve e compartilha.

Isso se torna ainda mais importante considerando que a principal fonte de recurso para a prestação do serviço de saúde é o ser humano. E ainda se torna mais crítico, ao reforçarmos que o propósito principal é o da assistência à vida de também seres humanos. Nesse sentido, as visões sistêmica e holística em todas as práticas diárias deixam de ser um diferencial competitivo no mercado de trabalho para se tornarem um valor, uma premissa básica do respeito à vida e à dignidade humana de um cuidado humanizado, seguro e ético.

É justamente a partir desse lugar que a estrutura do quarto volume do Manual foi pensada: gestão estratégica, para que o gestor tenha habilidades voltadas a direcionar e desdobrar o foco da organização; projeções de cenários da Saúde Suplementar, objetivando que seja possível planejar as próximas décadas; como construir, declarar e gerenciar as políticas institucionais como principais padrões das práticas da unidade de saúde; ética como um dos pilares primordiais das práticas de todos na assistência e na gestão em saúde; como melhorar os processos do hospital com as ferramentas da qualidade; responsabilidade social como entrega primordial de todas as instituições que querem transformar seu contexto social, econômico e ambiental; gestão da engenharia clínica para a administração adequada dos recursos de equipamentos para suporte à vida; prontuário eletrônico do paciente como recurso essencial para uma assistência segura e continuada; e práticas voltadas à gestão de custos, visando orientar gestores e profissionais no uso adequado dos recursos da unidade; e, por fim, um *case* de gestão de projetos na saúde sobre a pandemia de Covid-19 no Brasil.

Convidamos todos e todas para a leitura deste volume que foi pensado, página a página, para o desenvolvimento e o aperfeiçoamento das práticas e ações na saúde no país.

Boa leitura!



# CAPÍTULO 1

# GESTÃO ESTRATÉGICA

Andréa Prestes



# GESTÃO ESTRATÉGICA

## Objetivos

- Abordar o papel do gestor hospitalar na gestão estratégica;
- Apresentar a importância do desdobramento da estratégia para o alcance de resultados e a atuação da liderança neste processo;
- Contextualizar sobre as métricas e o monitoramento dos resultados nas organizações de saúde.

## A estratégia e as decisões

A rotina de um gestor hospitalar é dinâmica e desafiadora. É repleta de situações que exigem a tomada de decisão imediata. Decidir sem subsídio de dados, informações, conhecimento, contextualização do ambiente e objetivos institucionais claros, por exemplo, pode ser prejudicial ao negócio.

É diante da necessidade de dar o norte organizacional que a gestão estratégica contribui para a construção de objetivos, linhas de ação, planos e projetos para responder às inúmeras demandas e enfrentamentos atrelados ao contexto da administração em saúde.

O termo estratégia surgiu no âmbito militar. O general chinês Sun Tzu é considerado um dos principais nomes relacionados à difusão da estratégia por meio de seu livro “A Arte da Guerra”,<sup>1</sup> escrito há mais de 2.500 anos. Segundo registros, Sun Tzu teria vivido no século IV a.C. e sua teoria da guerra apresentava conceitos à frente de seu tempo. Sua obra é fonte de inspiração e muito referenciada no contexto organizacional.

Estratégia no âmbito empresarial, pode ser considerada como “a criação de uma posição de valor e única, envolvendo um conjunto de atividades diferentes”.<sup>2</sup> Podemos dizer, também, que é a determinação de metas e objetivos de longo prazo e adoção de linhas de ação com alocação dos recursos necessários para o alcance destes objetivos.<sup>3</sup>

Segundo Mintzberg,<sup>4</sup> é comum a busca humana por definições e conceitos, ainda que existam vários significados, como é o caso da estratégia. Assim sendo, na busca de demonstrar a amplitude e o contexto aplicável, o autor apresenta cinco definições, o que chamou de 5 Ps da estratégia: plano, pretexto, padrão, posição e perspectiva:

1 TZU, S. **A Arte da Guerra**. São Paulo: Novo Século, 2015.

2 MINTZBERG, H. *et al.* **O processo da estratégia**: conceitos, contextos e casos selecionados. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 36.

3 DUPONT, A. **Strategy and Structure, Chapters in the History of the Industrial Enterprise**. Cambridge: The MIT Press Ltd, 1962.

4 MINTZBERG, 2006.

## 1. GESTÃO ESTRATÉGICA

1. Estratégia como um plano: ações conscientes e sistematizadas para que algum objetivo seja alcançado. Um caminho, uma forma de fazer que levará ao resultado pretendido. Possui duas características centrais: ações criadas de forma prévia à execução e são intencionais;
2. Estratégia como padrão: por meio de uma forma única de executar as ações, que, ao ser seguida, atribui consistência aos comportamentos para chegar ao resultado almejado. Interessante destacar que os padrões podem surgir de forma intencional ou não;
3. Estratégia como pretexto: pode ser definida como uma “jogada” certa no mercado. Uma posição declarada para responder a um acontecimento específico, à concorrência, disponibilizando ou retirando do mercado serviços e exames específicos, reposicionamento da marca, abertura ou fechamento de leitos, por exemplo;
4. Estratégia como posição: é a força que situa a organização no mix existente entre o ambiente interno e o externo. O foco tende a ser no âmbito externo para possibilitar o arranjo do ambiente interno frente ao mercado. Pode ser compatível com alguma das definições anteriores, ou todas em conjunto, utilizando-se de um plano orientado, de um padrão de comportamento definido e como pretexto para alcançar o objetivo;
5. Estratégia como perspectiva: uma forma comum de pensamento, que passa a ser compartilhada entre as pessoas que integram a organização, traduzidas em ações, visões e comportamentos. Conforme exemplifica Mintzberg,<sup>5</sup> trata-se da mente coletiva, representada pelo jeito habitual de pensar e agir.

É importante referir que nenhuma definição sobrepõe ou precede a outra; ao contrário, possuem uma complementação para que a organização possa ser efetivamente vista e tratada como um todo.<sup>6</sup>

A partir do âmbito conceitual da palavra estratégia, podemos usar a identidade organizacional para exemplificar o significado de gestão estratégica: uma vez que a missão demonstra o propósito de uma organização e a visão representa o desejo de futuro, a estratégia pode ser caracterizada como o plano de ação para cumprir a missão e evoluir para a visão.<sup>7</sup> Assim, a gestão estratégica passa a ser a forma como isso tudo será coordenado para a adequada operacionalização dentro da organização, ou seja, como os recursos serão utilizados para o cumprimento dos objetivos propostos.

Considerando a famosa frase do filósofo Sêneca, de que “não existe vento favorável para quem não sabe onde deseja ir”, possuir uma estratégia organizacional clara é o primeiro passo para o sucesso da empresa. Contudo, apenas isso não basta, pois, além da definição de uma estratégia adequada (competitiva), é necessário que existam processos operacionais e de gestão excelentes para suportar a sua implementação. Do contrário, é pouco provável que os resultados sejam alcançados.<sup>8</sup>

<sup>5</sup> *Ibidem.*

<sup>6</sup> *Ibidem.*

<sup>7</sup> MCKONE, D. Stop Tinkering with Your Corporate Strategy. **Harvard Business Review Magazine**, Jun. 2022.

<sup>8</sup> KAPLAN, R.; NORTON, D. **A execução premium**: a obtenção de vantagem competitiva através do vínculo da estratégia com as operações do negócio. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

## Definindo a estratégia

Ao entendermos que a estratégia refere-se a tudo que diz respeito à vida organizacional, a exemplo de produtos, processos, clientes, cidadãos, responsabilidade social e interesses próprios,<sup>9</sup> é possível avançarmos para a forma de elaboração e sua relação direta com a operação. Sabendo que a gestão da estratégia é diferente da gestão das operações e conhecendo o papel vital de ambas para os bons resultados organizacionais, fica clara a necessidade de um trabalho integrado.<sup>10</sup>

Para que o gestor hospitalar seja capaz de construir com sua equipe uma estratégia apropriada, é preciso que se afaste da necessidade de encontrar uma resposta certa e estar à espera de reconhecimento por tê-la identificado. É necessário que não se intimide ou se sinta paralisado diante das incertezas e ambiguidades, buscando subsídio na criatividade para imaginar as possibilidades que podem ou não existir.<sup>11</sup> Precisa estar disposto a tentar um curso de ação sabendo muito bem que ele terá de ser ajustado ou mesmo revisado inteiramente à medida que os eventos se desenrolam. As competências essenciais para ser um bom gestor estrategista, além do conhecimento do negócio e do mercado, são: flexibilidade, imaginação e resiliência.

Inicialmente, é necessário estabelecer uma linha de construção atrelada à identidade organizacional (missão, visão e valores) e à análise do cenário, para, a partir deste ponto, iniciar de fato o planejamento das ações sequenciais.

A partir da definição da identidade organizacional e do posterior estudo do cenário (forças externas e internas), com a utilização de perguntas direcionadoras e que servem para promover a reflexão na criação das etapas citadas, cria-se a base para a formalização da estratégia.<sup>12</sup> Neste momento, têm-se o início do planejamento estratégico (PE).

O PE bem elaborado proporciona aos gestores hospitalares uma visão ampla da organização, para que a estratégia seja capilarizada em todas as camadas hierárquicas, de forma sistematizada, desde a concepção, a comunicação, a implementação e o monitoramento do plano. O PE pode ser caracterizado como a organização prévia dos recursos necessários para se atingir os objetivos institucionais,<sup>13</sup> tornando mais factível a implementação da estratégia por meio da operacionalização de ações que visam aferir sustentabilidade institucional com visão no longo prazo. A abordagem sobre a construção do PE pode ser aprofundada no capítulo 2 do Manual do Gestor Hospitalar, volume 2.<sup>14</sup>

De forma sintetizada, apresentamos os passos sequenciais para uma criação assertiva:

<sup>9</sup> MINTZBERG, 2006.

<sup>10</sup> KAPLAN; NORTON, 2008.

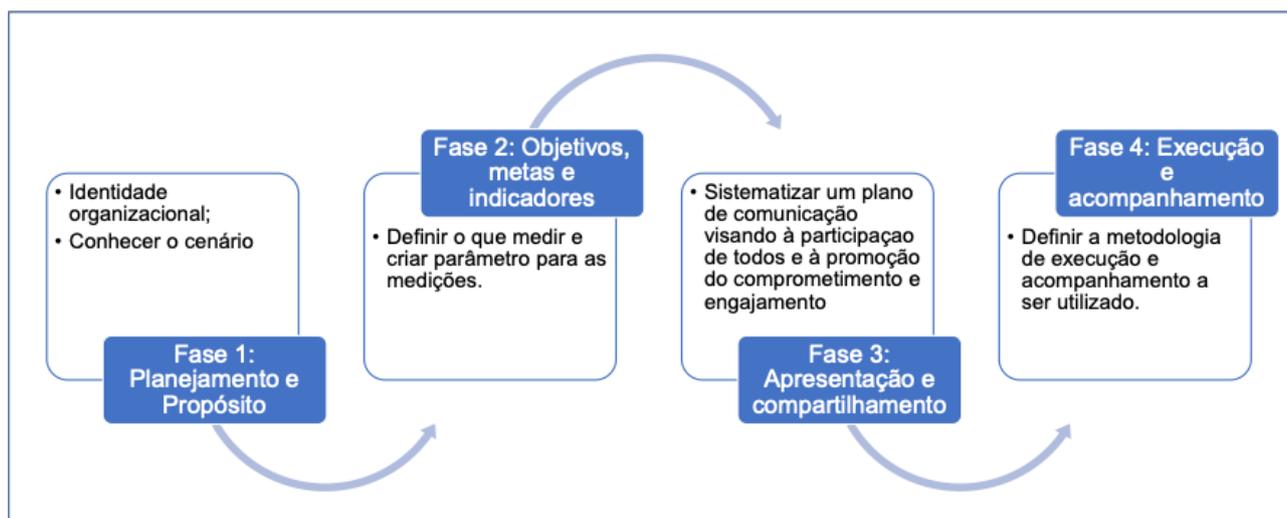
<sup>11</sup> MARTIN, R. L. Why Smart People Struggle with Strategy. **Harvard Business Review**, Jun. 2014.

<sup>12</sup> KAPLAN; NORTON, 2008.

<sup>13</sup> PEREZ, F. C.; COBRA, M. Cultura organizacional e gestão estratégica. São Paulo: Atlas, 2017.

<sup>14</sup> PRESTES, A. *et al.* (Orgs.). **Manual do Gestor Hospitalar**. Brasília: FBH, 2020. v. 2.

## 1. GESTÃO ESTRATÉGICA



**Figura 1** – Passos sequenciais para a elaboração de um planejamento estratégico

Fonte: Adaptada de Prestes e Roberti (2021).<sup>15</sup>

Seguindo os passos da figura 1, o gestor hospitalar consegue ter uma estrutura macro, necessária à criação das ações para o desenvolvimento do PE do hospital.

Faz-se necessário compreender que estratégia e planejamento estratégico são coisas distintas. A estratégia advém do pensamento estratégico. De forma objetiva, enquanto o pensamento estratégico envolve a intuição e a capacidade de sintetizar as informações e os conhecimentos organizacionais, o planejamento estratégico possibilita a análise de como transformar as metas e as intenções em programas e projetos possíveis de serem implementados.<sup>16</sup> Ainda que exista diferença conceitual entre o pensamento estratégico e o planejamento estratégico, é necessário entender que o segundo decorre em função do primeiro.

Uma vez conhecida essa diferença, podemos perceber que a criação da estratégia estabelece relação com a “arte”, com a capacidade intuitiva e a genialidade estratégica dos indivíduos,<sup>17</sup> tornando o papel do gestor hospitalar decisivo no processo de construção, uma vez que possui conhecimento sobre o negócio, o mercado e o contexto organizacional do hospital.

A estratégia não deve ser percebida como algo estático, e sim reconhecida como algo vivo e contínuo, permitindo a inclusão, a exclusão e a adaptação de acordo com o momento ou tempos incertos, atribuindo flexibilidade e agilidade ao processo.<sup>18</sup>

<sup>15</sup> PRESTES, A.; ROBERTI, I. P. **Por onde começar**. In: CIRINO, J. A.; PRESTES, A.; LOLATO, G. (Orgs.). **Estratégias para a Acreditação dos Serviços de Saúde**. Curitiba: Appris, 2021.

<sup>16</sup> MINTZBERG, H. The fall and rise of strategic planning. **Harvard Business Review**, v. 72, n. 1, p. 107-114, 1994.

<sup>17</sup> RIBEIRO, A. S. **Teoria geral da estratégia**: o essencial ao processo estratégico. Lisboa: Almedina, 2017.

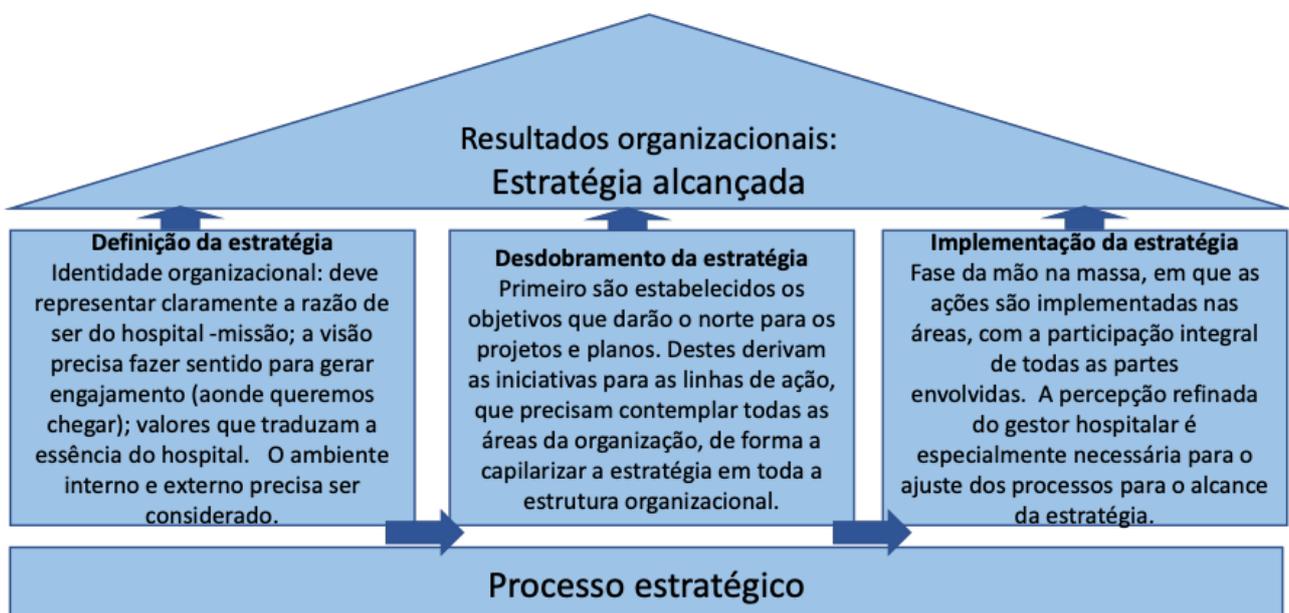
<sup>18</sup> MCKONE, 2022.

Saber com qual periodicidade a estratégia deve ser revista pode ser a dúvida de vários gestores. Ao considerar o dinamismo das mudanças atuais, muitas opiniões defendem que a estratégia deve ser revista de forma frequente, até mesmo com alterações radicais. Ainda assim, não podemos esquecer de que a mentalidade de longo prazo é a base para colher os frutos de uma estratégia bem desenhada.<sup>19</sup> A adaptação nos planos não pode ser confundida com a alteração da estratégia.

O gestor hospitalar deve saber que a gestão estratégica não se trata de ações isoladas, mas sim de um processo estratégico suportado por quatro fases sequenciais e interdependentes entre si. É iniciado na análise ambiental. Depois, faz-se a formulação da estratégia (são definidos objetivos, metas e linhas de ação). Posteriormente, vem a fase de implantação ou execução da estratégia. Por fim, o monitoramento e o controle, quando os resultados são medidos e utilizados de forma a criar um ciclo para a retroalimentação.<sup>20</sup>

Ao implantar o processo estratégico, espera-se a eficácia da estratégia escolhida, ou seja, que ela tenha a capacidade de materializar os objetivos por meio da aplicação de recursos em um determinado tempo e ambiente adequado à sua operacionalização. Nesse sentido, é preciso que os objetivos a serem perseguidos sejam claros (o quê?), a forma de ação (como?), o local em que o trabalho será realizado (onde?) e quais os meios a serem utilizados (com quais forças?) sejam amplamente conhecidos, pois determinam o sucesso da formulação e da operacionalização da estratégia.<sup>21</sup>

Apresentamos uma estrutura objetiva que pode subsidiar a criação do processo estratégico hospitalar:



**Figura 2 – Processo estratégico hospitalar**

Fonte: Elaborada pela autora do capítulo.

<sup>19</sup> *Ibidem*

<sup>20</sup> HUNGER, J. D.; WHEELLEN, T. L. **Essentials of strategic management**. New York: Pearson, 2010.

<sup>21</sup> RIBEIRO, 2017.

### Do plano à operação

Um dos principais pontos de atenção na gestão estratégica é a operacionalização. Colaboradores de três em cada cinco empresas classificam a organização onde trabalham como fracas na implementação da estratégia<sup>22</sup> e estudos estimam que apenas 10% das organizações obtêm sucesso no alinhamento da estratégia à operação.<sup>23</sup> A dificuldade de traduzir a estratégia de forma clara em todas as linhas hierárquicas é uma das principais barreiras para o adequado desdobramento da estratégia, para que ela seja de fato implementada. O trabalho para alinhar a estratégia à operação deve ser guiado pelo gestor hospitalar, como atividade prioritária do seu dia. Caso a operação capture com clareza a estratégia pretendida, provavelmente a implementação ocorrerá com mais facilidade.

A fase inicial do desdobramento da estratégia na operação a partir da identidade organizacional habitualmente não permite o entendimento de boa parte dos colaboradores. Com a criação de objetivos, metas, indicadores e iniciativas, a compreensão começa a avançar, as ideias passam a ter sentido, visto que este é o momento em que a estratégia é traduzida em linhas de ação, possibilitando que as pessoas percebam como as atividades que executam em sua área contribuem para o alcance da estratégia.<sup>24</sup>

Nessa etapa, o uso do mapa estratégico do *Balanced Scorecard* (BSC) é comumente utilizado por possibilitar a integração dos diversos temas estratégicos paralelos e complementares. Isso permite que o gestor consiga planejar, executar e controlar cada tópico separadamente, ao mesmo tempo em que consegue realizar a integração operacional destes temas-chave da estratégia para a criação de valor.<sup>25</sup>

O mapa estratégico é baseado em quatro perspectivas:

1. Financeira: manter ou melhorar a situação financeira da empresa;
2. Clientes: formas de agregar e entregar valor;
3. Processos: melhoria dos processos internos;
4. Aprendizagem e crescimento: envolve as competências para a mudança e a inovação.

O mapa estratégico, ao agrupar as iniciativas e os objetivos por perspectiva, favorece a gestão visual das ações e a relação entre elas. Ao ser formatado, serve de direcionador para que o gestor hospitalar consiga acompanhar os planos de forma clara e simples, e as equipes a perceberem o que precisam fazer para o cumprimento do planejado. O mapa pode transformar-se em uma excelente ferramenta de comunicação interna, decorrente do compartilhamento de estratégia, objetivos e iniciativas alinhadas à missão, à visão e aos valores do hospital.

Resumidamente, o mapa estratégico organiza a estratégia em perspectivas, permite a visualização dos objetivos de forma otimizada, subsidia a elaboração dos planos de ação, demonstra a necessidade da

22 CHAMORRO-PREMUZIC, T.; LOVRIC, D. How to Move from Strategy to Execution. **Harvard Business Review**, Jun. 2022.

23 CARUCCI, R.; SHAPPELL, J. Design Your Organization to Match Your Strategy. **Harvard Business Review**, Jun. 2022.

24 PRESTES; ROBERTI, 2021.

25 KAPLAN; NORTON, 2008.

atuação de cada área para a realização dos objetivos estabelecidos, oportuniza o alinhamento e o direcionamento das prioridades e dos esforços das equipes e demonstra os resultados esperados em processos para os melhores resultados organizacionais.

Os líderes hospitalares precisam se apoiar em estratégia e planejamento adequados para uma gestão que garanta a sustentabilidade da empresa. Gestão sustentável significa que a empresa é capaz de viabilizar o seu desenvolvimento com impacto positivo na qualidade da vida humana, ao mesmo tempo em que reduz os impactos ambientais negativos, por meio da integração dos aspectos sociais, econômicos e ambientais que abrangem a organização.<sup>26</sup>

É importante que seja seguido um processo ordenado para a gestão estratégica, uma vez que o sucesso da implementação dos projetos e dos programas vinculados à estratégia não garante o sucesso estratégico organizacional, pois, mesmo com ações e projetos executados dentro do prazo, custo, qualidade e escopo previamente definidos, o seu resultado pode não ser suficiente para alcançar os objetivos core-deliberados. Isso caracteriza um possível erro estratégico.<sup>27</sup>

## O papel da liderança na gestão estratégica

É indiscutível a importância de uma liderança forte nas organizações de saúde, capaz de conduzir o time para a direção adequada à obtenção dos resultados almejados. Compreender que “o capital humano é fator-chave ao sucesso dos projetos”<sup>28</sup> é o primeiro passo para que o gestor hospitalar desenvolva competências que o auxiliem a promover o engajamento coletivo indispensável ao posicionamento ou “reposicionamento estratégico necessário para adaptar o negócio às mudanças intensas advindas do mercado globalizado, dinâmico e competitivo”.<sup>29</sup>

O gestor hospitalar pode ocupar diversas funções na organização, a exemplo de direção, gerência, coordenação ou supervisão. Independentemente de qual seja, é necessário que ele reconheça o seu “papel de preparar os profissionais para que sejam capazes de trabalhar eficientemente em grupos organizados”.<sup>30</sup> Além de preparar os membros de sua equipe, a partir das individualidades relacionadas às competências técnicas e comportamentais, a liderança necessita promover senso de pertencimento à estratégia organizacional, para que as pessoas reconheçam que, “por meio do trabalho coletivo, é possível atingir os resultados planejados”.<sup>31</sup>

Ainda que grande parte do sucesso da implementação da estratégia seja atribuída aos líderes, é

<sup>26</sup> MUNCK, L. *et al.* Em busca da sustentabilidade organizacional: a proposição de um framework. **Revista Alcance**, Biguaçu, v. 20, p. 460, 2014.

<sup>27</sup> PMI – PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE. **The standard for organizational project management (OPM)**. New York : PMI, 2018.

<sup>28</sup> PRESTES, A. Pessoas: elas fazem a diferença. In: CIRINO, J. A.; PRESTES, A.; LOLATO, G. (Orgs.). **Estratégias para a Acreditação dos Serviços de Saúde**. Curitiba: Appris, 2021.

<sup>29</sup> *Ibidem*, p. 41.

<sup>30</sup> *Ibidem*, p. 41.

<sup>31</sup> *Ibidem*, p. 41.

oportuno trazer a reflexão de Carucci e Shappel<sup>32</sup> sobre o fato de que, habitualmente, as organizações esperam que a declaração da estratégia aos colaboradores da operação tenha a força de individualmente fazer com que o resultado seja atingido e passam a negligenciar os aspectos organizacionais sistêmicos, o que pode ser um problema para a operacionalização da estratégia.

Uma organização nada mais é do que uma encarnação viva de uma estratégia. Isso significa que seu “hardware organizacional” (ou seja, estruturas, processos, tecnologias e governança) e seu “software organizacional” (ou seja, valores, normas, cultura, liderança e habilidades e aspirações dos funcionários) devem ser projetados exclusivamente a serviço de uma estratégia específica.<sup>33</sup>

Isso posto, compreende-se que, para a execução da estratégia, quando a palavra alinhamento é utilizada, significa que todos os componentes da organização hospitalar precisam ser adaptados para o alcance da estratégia, o que inclui as pessoas; porém, não se limita a elas.

Cada vez mais é necessário que os gestores estejam aptos para conduzir o processo de gestão estratégica do hospital, mesmo que exista uma equipe específica para isso, e que eles sejam conhecedores dos aspectos que precisam integrar o trabalho, uma vez que a base para a ação deve ser o conhecimento técnico. É necessário que aprendam a trabalhar com o planejamento, constituído das estratégias deliberadas – aquilo que o hospital se propõe a executar para atingir os objetivos – somadas às estratégias emergentes, que surgem rotineiramente e precisam de condução adequada aos aspectos estratégicos do hospital, ainda que não tenham sido pauta de planejamento.

É esperado que o gestor hospitalar seja capaz de conduzir tanto as estratégias deliberadas quanto as emergentes. Uma forma de trabalhar com flexibilidade e agilidade, sem deixar o planejamento de lado, é criar uma estratégia “guarda-chuva”, composta por linhas gerais de ação (deliberada) deixando o passo a passo emergir durante o percurso (emergente).<sup>34</sup>

De forma geral, é papel do gestor hospitalar na gestão estratégica:

- **Desenvolver líderes estratégicos:** profissionais capazes de capilarizar a estratégia em todas as áreas;
- **Trabalhar a cultura orientada para resultados:** utilizando de metodologias adequadas que suportem esse processo por meio de indicadores de resultados;
- **Ser a referência na condução da estratégia:** participar e conduzir os momentos de análise dos resultados e reposicionamento da rota de ação, quando necessário;
- **Definir sistemática de monitoramento:** acompanhar continuamente os resultados por meio de métodos que auxiliem o processo. Este é um papel de suma importância na gestão estratégica;
- **Promover a adequação e melhoria dos processos:** a partir das evidências de fragilidades dos

<sup>32</sup> CARUCCI, R.; SHAPPELL, J. Design Your Organization to Match Your Strategy. **Harvard Business Review**, Jun. 2022.

<sup>33</sup> *Ibidem*.

<sup>34</sup> RIBEIRO, 2017.

processos, evidenciado com o monitoramento contínuo, conduzir projetos de melhoria necessários para o alcance dos resultados almejados.

Por fim, a liderança do hospital precisa ter clareza do papel fundamental de trabalhar com o desenvolvimento e a valorização dos colaboradores, visto que “tudo tende a correr bem quando as pessoas estão no centro, como parte essencial para o alcance da estratégia que se almeja”.<sup>35</sup>

## Ideias para criar e monitorar a estratégia do hospital

Como vimos anteriormente, é necessário a criação de um processo estratégico, que se inicia com a definição de visão, missão e valores – identidade organizacional, seguindo para a análise dos ambientes interno e externo –, as análises estratégicas, a definição da estratégia, o mapa estratégico, a operacionalização da estratégia e o monitoramento. A seguir, apresentaremos algumas formas que podem subsidiar o gestor hospitalar na condução dessas etapas.

### 1. Definição da estratégia

Para esta etapa, sugerimos que sejam feitas reflexões com base em perguntas direcionadoras que vão ajudar no processo de criação da missão, da visão e dos valores, bem como analisar o ambiente no qual o hospital está inserido:

Orientações básicas	Perguntas direcionadoras	Quais as entregas desta fase?
<b>1.1. Identidade organizacional</b>	Por que a empresa existe?	<b>Missão</b> Propósito, essência da empresa, razão de sua existência.
	Aonde ela quer chegar?	<b>Visão</b> Traduz o sonho da organização.
	Quem pode levá-la até lá?	<b>Valores</b> São os comportamentos praticados por todos na empresa para cumprir a missão e realizar o sonho.

<sup>35</sup> PRESTES, 2021, p. 41.

Orientações básicas	Perguntas direcionadoras	Quais as entregas desta fase?
<b>1.2. Conhecer o cenário</b>	Qual a realidade atual? Quais os limitadores que essa realidade impõe? Qual o cenário da área de atuação desta unidade de saúde? O que as empresas do mesmo segmento estão fazendo?	<b>Análise de cenário</b> Pode ser utilizada a matriz SWOT ou FOFA para a identificação das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forças: devem ser potencializadas;</li> <li>• Fraquezas: devem ser controladas ou corrigidas;</li> <li>• Oportunidades: devem ser aproveitadas;</li> <li>• Ameaças: devem ser minimizadas.</li> </ul>

**Quadro 1** – Primeiro passo para a definição da estratégia: identidade organizacional e estudo do cenário

Fonte: Prestes e Roberti (2021).

Um modelo de escolha da estratégia é a chamada “Escolha em cascata”,<sup>36</sup> a qual utiliza cinco perguntas orientadoras, conforme descrito a seguir:

- a. Qual é a nossa aspiração de vitória?
- b. Onde vamos jogar?
- c. Como vamos vencer?
- d. Que capacidades devemos ter?
- e. De que sistemas de gestão precisamos?

Ainda, no âmbito de conhecer o cenário, pode ser usada adicionalmente a cadeia de valor, para que o hospital consiga identificar seus diferenciais em relação à concorrência.

A literatura sobre o desenho da estratégia é vasta e nos brinda com diversos métodos e escolas de pensamento. Além dela, podemos utilizar como suporte adicional algumas abordagens para a melhoria operacional, bem como métodos que oportunizam a minimização dos riscos no processo de criação da estratégia,<sup>37</sup> os quais organizamos a partir das perspectivas do BSC:

<sup>36</sup> MARTIN, R. L. Strategic Choices Need to Be Made Simultaneously, Not Sequentially. **Harvard Business Review**, Apr. 2017.

<sup>37</sup> KAPLAN; NORTON, 2008.

Perspectiva	Metodologias para apoiar o processo de definição da estratégia
Financeira	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 forças (associada a Michael Porter);</li> <li>• Visão baseada em recursos;</li> <li>• Gestão baseada em valor;</li> <li>• Lucro oriundo do <i>core-núcleo</i>;</li> <li>• Planejamento de cenários.</li> </ul>
Clientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oceano azul;</li> <li>• Cocriação de experiências.</li> </ul>
Processos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão da Qualidade Total;</li> <li>• Seis Sigma;</li> <li>• Produção enxuta (<i>lean healthcare</i>);</li> <li>• Gestão de riscos;</li> <li>• Controles internos.</li> </ul>
Aprendizado e crescimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inovação aberta;</li> <li>• Ideação;</li> <li>• Gestão por competências;</li> <li>• Organização que aprende.</li> </ul>

**Quadro 2 – Subsídios para a construção da estratégia**

Fonte: Elaborado pela autora do capítulo com base em Kaplan e Norton (2008).

Alguns dos tópicos listados no quadro 2 foram tema em outros volumes do Manual do Gestor Hospitalar e podem ser consultados de forma complementar:

- Volume 1: Planejamento por Cenários em Organizações Hospitalares;<sup>38</sup>
- Volume 2: Gestão de Riscos; Inovação Tecnológica em Saúde; e *Lean* em Saúde.<sup>39</sup>
- Já neste volume 4, consta o capítulo sobre Auditoria Interna.

Apresentamos um caso real da estratégia de um hospital:

<sup>38</sup> PRESTES, A. *et al.* (Orgs.). **Manual do Gestor Hospitalar**. Brasília: FBH, 2019. v. 1.

<sup>39</sup> PRESTES *et al.*, 2020.

Aprendizado	Processos	Sociedade	Sustentabilidade
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reforçar a participação do corpo clínico;</li> <li>Promover a transformação digital e a inovação;</li> <li>Desenvolver uma equipe única, colaborativa, inspiradora e transformadora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantir a qualidade, a segurança e a eficiência no cuidado e na gestão;</li> <li>Ampliar o acesso ao Sistema Sírio-Libanês;</li> <li>Expandir a atuação na linha do cuidado e na gestão de saúde populacional;</li> <li>Produzir e disseminar conhecimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ser referência em ações de responsabilidade social;</li> <li>Liderar a entrega de valor em saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assegurar nossa permanência e contribuir para uma sociedade mais justa e fraterna.</li> </ul>

### Quadro 3 – Exemplo de caso real da estratégia de um hospital (2019-2023)

Fonte: Elaborado pela autora do capítulo com base em relatório publicizado do Hospital Sírio-Libanês (2019).<sup>40</sup>

## 2. Declaração da estratégia

A partir da definição da estratégia, o próximo momento é o da declaração da estratégia, com o detalhamento dos aspectos pretendidos por meio da criação de iniciativas, associando responsabilidades, indicadores, metas e controles.

Atividades críticas	Relaciona as atividades essenciais e que devem ser realizadas com excelência. Delas irão derivar as listas de iniciativas dos mapas estratégicos.
Indicadores preliminares	Representam os indicadores potenciais que serão utilizados no BSC.

### Quadro 4 – Suporte para a declaração da estratégia

Fonte: Elaborado pela autora do capítulo com base em relatório publicizado do Hospital Sírio-Libanês

Os itens do quadro 4 são considerados básicos para o desenvolvimento detalhado dos planos que necessitam ser realizados em seguida.

<sup>40</sup> HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **Relatório Anual 2019**: conviver e compartilhar. São Paulo:

Processo de tradução da estratégia	Objetivo	Ferramentas
<b>Criar o mapa estratégico</b> Como expressamos nossa estratégia?	Desenvolver modelo integrado e abrangente da estratégia, que impulse, ao mesmo tempo, os numerosos componentes diferentes do plano.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapa estratégico (causa e efeito);</li> <li>• Objetivos estratégicos.</li> </ul>
<b>Selecione indicadores e metas</b> Como medimos nossa estratégia?	Converter a direção estratégica em indicadores e metas que possam ser interligados com o sistema gerencial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BSC;</li> <li>• Indicadores, metas e gaps.</li> </ul>

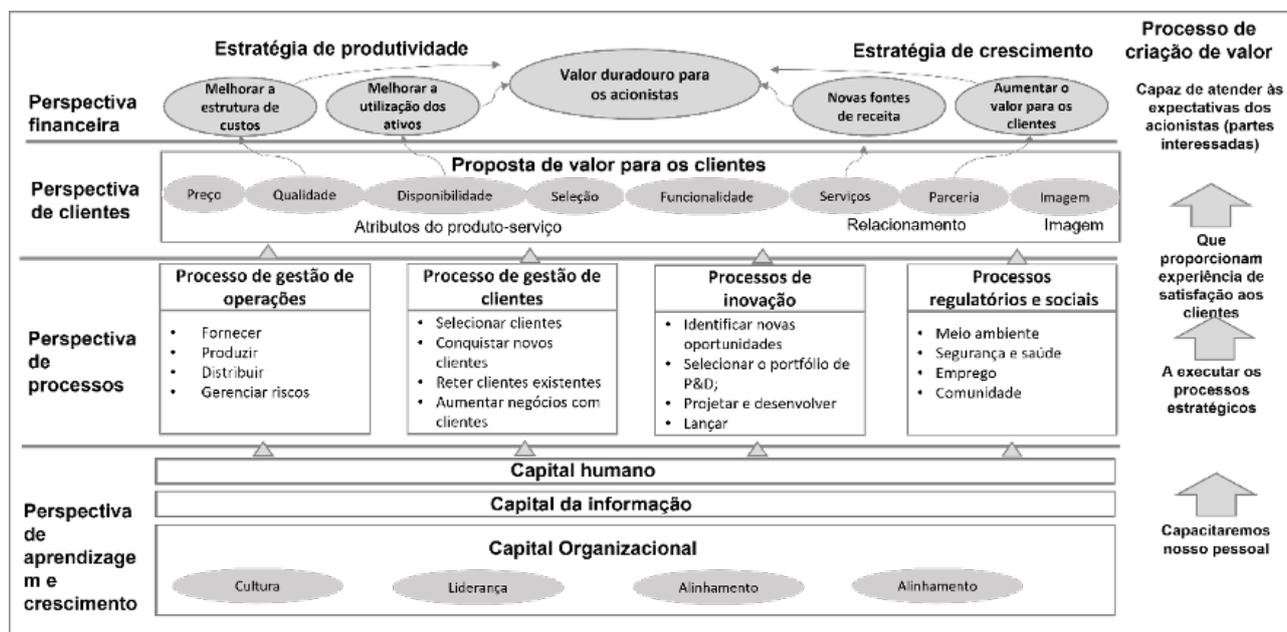
**Quadro 5 – Modelo de tradução da estratégia**

Fonte: Elaborado pela autora do capítulo com base em Kaplan e Norton (2008)

É habitual a existência de barreiras para a realização do trabalho <sup>41</sup> descrito no quadro 5. Um exemplo é quando as estratégias são desenvolvidas por grupos distintos de diversas áreas da organização, desencadeando dificuldades na integração das linhas de ação propostas. Outra situação é quando os objetivos e as metas nos níveis operacionais ou táticos não estão alinhados aos de nível estratégico.<sup>42</sup>

### 3. Mapa estratégico

Apresentamos, a seguir, um modelo de mapa estratégico preenchido para demonstrar o descrito acima:



**Figura 3 – Mapa estratégico: criação de valor às partes interessadas**

Fonte: Kaplan e Norton (2008, p. 101).

<sup>41</sup> KAPLAN; NORTON, 2008.

<sup>42</sup> *Ibidem*.

As organizações existem para a criação de valor aos acionistas (empresas privadas) e às partes interessadas (setor público). O mapa estratégico auxilia a demonstrar como ela organiza o seu processo de criação de valor por meio das quatro perspectivas do BSC: trabalhando a satisfação dos clientes (clientes); a adequada alocação dos recursos, que contribuirá para a produtividade (processos), com ligação direta aos aspectos financeiros (financeiro) e à satisfação dos clientes (clientes); desenvolvimento das pessoas (aprendizado e crescimento), envolvendo cultura, aprendizado, inovação; são exemplos que impactam melhor desempenho, alinhados ao objetivo de gerar valor aos acionistas e clientes.<sup>43</sup>

## 4. Operacionalização

Esta fase pode ser considerada a mais desafiadora de todo o processo da gestão estratégica. Como menciona a segunda Lei de Newton, “é preciso uma força externa para movimentar os corpos em repouso. As iniciativas estratégicas representam a força que deflagra o movimento da massa organizacional, superando a inércia e a resistência à mudança”.<sup>44</sup>

A adequada operacionalização da estratégia começa pela escolha assertiva das iniciativas estratégicas, ou seja, elas são a fonte de resultados para o atingimento da estratégia. “Iniciativas estratégicas são o conjunto de projetos e programas de duração finita, fora das atividades operacionais rotineiras da organização, destinados a ajudar a entidade a alcançar o desempenho almejado”.<sup>45</sup>

As iniciativas derivam de cada tema do mapa estratégico, conforme exemplo a seguir:

Mapa estratégico	Balanced Scorecard		Plano de ação	
	Indicador	Meta	Iniciativa	Orçamento
<b>Perspectiva “Aprendizado e crescimento”:</b> Promover a qualificação e o desenvolvimento profissional.	Treinamento hora/homem	≥ 24 horas hora/homem por ano	Programa de desenvolvimento profissional	R\$ XXXX
<b>Perspectiva “Processos”:</b> Atingir o índice de produção estabelecido.	Índice de produção	≥ 90% em 12 meses	Melhoria dos processos	R\$ XXXX

**Quadro 6** – Exemplo de iniciativas estratégicas

Fonte: Elaborado pela autora do capítulo.

Conforme demonstrado no exemplo do quadro 6, as iniciativas serão trabalhadas em planos de ação, nos quais serão relacionadas todas as atividades a serem executadas para o cumprimento do planejado. Para

<sup>43</sup> *Ibidem*

<sup>44</sup> *Ibidem*, p. 104.

<sup>45</sup> *Ibidem*, p. 104.

o desdobramento da iniciativa, sugere-se a padronização de um padrão de plano de ação institucional.

Pode ser utilizado o 5W2H ou ainda uma versão simplificada, desde que conste minimamente “o que precisa ser feito, quem é o responsável pela execução da ação, como esta ação será desenvolvida e qual o prazo para a sua finalização”.<sup>46</sup> Para o registro do acompanhamento, pode ser acrescentado um último campo para o “status” da ação, que pode ser campo aberto para comentários da evolução da ação, ou fazer uso de legenda padronizadas, por exemplo: EE – em andamento; CC – concluída; AA – atrasada, mas em andamento; PP – paralisada; SS – substituída.

O que? (Ação)	Quem? (Responsável)	Como?	Prazo	Status
Descrever as ações no infinitivo impessoal (criar, implantar, determinar, promover, diagnosticar etc.).	Relacionar o nome de apenas um responsável por ação.	Descrever a forma como a ação será executada.	Inserir a data limite para a finalização da ação.	Descrever ou utilizar legendas padronizadas.

**Quadro 7** – Exemplo de iniciativas estratégicas

Fonte: Elaborado pela autora do capítulo.

## 5. Monitoramento

A fase de monitoramento é essencial para que o planejamento seja executado de acordo com os prazos estabelecidos. A definição de um calendário fixo para a realização de reuniões de acompanhamento é crucial ao estabelecimento de um ritmo de trabalho adequado às necessidades organizacionais, bem como alinhamento situacional entre os responsáveis pelas ações.

Além de existir um cronograma de reuniões, é importante que elas sejam sistematizadas e adequadamente registradas. Reunião sem ordem e sem regras tende a não ser produtiva. Ter um responsável pela condução é essencial. Estabelecer pautas prévias, iniciar e finalizar na hora marcada faz parte da disciplina esperada para a adequada gestão do tempo. Iniciar a reunião do dia com follow-up para resgatar as pendências é imprescindível para que as pessoas mantenham-se no foco.

Essas reuniões possibilitam o compartilhamento dos resultados das iniciativas estratégicas e dos planos de ação, bem como a realização da análise crítica coletiva. Muitas necessidades de reposicionamento estratégico podem surgir destes momentos.

Em resumo, o monitoramento adequado demanda reuniões bem estruturadas. São pontos importantes a considerar:

<sup>46</sup> PRESTES; ROBERTI, 2021, p. 33.

Pontos importantes	Detalhamento
<b>Calendário fixo de reuniões</b>	Ter data e horário determinados facilita a participação das áreas sem conflito de agenda. As alterações devem ser em caráter extraordinário.
<b>Tempo de duração</b>	Estabelecer e respeitar o tempo de duração vai fazer com que os participantes se habituem a chegar pontualmente e consigam cumprir seus compromissos seguintes.
<b>Pauta</b>	A pauta precisa acompanhar o tema central da reunião e dividir os assuntos que serão discutidos em tempos predefinidos.
<b>Dinâmica</b>	Para que as reuniões sejam atrativas, sugere-se o uso de metodologias ativas ou formas de proporcionar mais interação e participação.
<b>Registro</b>	Imprescindível que sejam registradas em ata, com a sinalização das questões levantadas e suas ações corretivas e/ou propositivas.

### Quadro 8 – Exemplo de iniciativas estratégicas

Fonte: Elaborado pela autora do capítulo com base em Cirino (2021).<sup>47</sup>

Outro fator fundamental é a participação da alta gestão nestas reuniões, que são momentos para a confirmação de que a estratégia está sendo capilarizada em todas as áreas da organização. O gestor hospitalar tem extrema importância nesses momentos de avaliação do desempenho, tendo em vista o seu papel de condutor do percurso a ser trilhado. Sua participação contínua e efetiva pode fazer com que ele substitua a tradicional pergunta “como nos saímos?” para “devemos alterar o curso?”.<sup>48</sup>

## Boas práticas para a perenidade do hospital

- Ainda que não exista uma receita da qual se obterá o sucesso na gestão estratégica hospitalar, existem alguns pontos que podem potencializar a obtenção de resultados positivos:
- Capitalize o diferencial competitivo: o fato de existir uma estratégia clara em seu hospital já é capaz de atribuir um diferencial competitivo. Contudo, apenas isto não se sustenta, uma vez que é necessário o desenvolvimento de capacidades organizacionais adequadas para que a sua organização possa superar os hospitais concorrentes. Não confunda competências – atreladas às pessoas – com capacidade. Neste último aspecto, referimo-nos às condições claras de o hospital ser melhor do que os concorrentes, ao considerar a soma de todas as suas capacidades únicas;<sup>49</sup>

<sup>47</sup> CIRINO, J. A. A comunicação como mola propulsora do projeto de acreditação. In: CIRINO, J. A.; PRESTES, A.; LOLATO, G. (Orgs.). **Estratégias para a Acreditação dos Serviços de Saúde**. Curitiba: Appris, 2021.

<sup>48</sup> MANKINS, M.; GOTTFREDSON, M. Strategy making in turbulent times. **Harvard Business Review**, Sept.-Oct. 2022.

<sup>49</sup> CARUCCI; SHAPPELL, 2022.

- Supere a gestão da rotina: trabalhe a estratégia: este ponto é fundamental para a realização dos projetos e a obtenção de resultados positivos atrelados à estratégia. É comum observarmos gestores hospitalares presos no processo operacional diário. Tornam-se um tipo de bombeiro apagando incêndios dentro do hospital, e, conseqüentemente, deixam de ter tempo para os assuntos estratégicos ligados à função. Aqui vão dicas importantes: não faça microgerenciamento; não seja centralizador; você não terá bons resultados se não soltar a operação. O primeiro passo é ter uma equipe coesa e orientada a resultados;
- Crie um processo decisório: algo corriqueiro, porém com alto impacto no desenvolvimento da agilidade organizacional, é a inexistência de um processo decisório implantado, o que habitualmente leva à centralização das decisões – incluindo as mais simples – para as funções do topo hierárquico. É de se entender as preocupações com os riscos da descentralização na tomada de decisões, ainda que ambas as situações os apresentem. A centralização pode resultar em letargia estratégica e a descentralização em má-alocação de recursos, por exemplo. Para minimizar os riscos nos dois casos, a solução é a implantação de um processo decisório claro, com etapas definidas, respeitando a maturidade organizacional, estabelecendo limites de alçadas para os diferentes níveis hierárquicos. Para que seja estabelecido um processo adequado à estrutura hierárquica existente, é adequado atrelar o nível de responsabilidade que se atribui aos diversos líderes ao nível de autoridade e autonomia que eles terão na tomada de decisão;
- Enxugue os processos: analisar como os processos estão estruturados e os resultados que produzem é fortemente recomendado. Realizar uma avaliação clara e objetiva com foco na identificação daqueles processos ou etapas que podem ser dispensados, bem como perceber os indispensáveis, é de suma importância para dar foco ao trabalho que efetivamente agrega valor, com claro potencial de contribuição para o atingimento da estratégia. Para atingir o que se almeja, é esperado que o gestor hospitalar conduza um movimento consciente das pessoas frente à necessidade de mudança. Pode ser que muitos precisarão se desprender de atividades que executam e que não fazem sentido, serviços-produtos que precisarão ser descontinuados por não contribuírem para o que se pretende atingir. O *lean healthcare*, por exemplo, pode auxiliar neste sentido, desde que seja adequadamente implementado, superando o uso isolado das ferramentas associadas à filosofia;
- Trabalhe a mudança de cultura: como disse Peter Drucker,<sup>50</sup> “a cultura come a estratégia no café da manhã”. Essa afirmação promove a reflexão do papel determinante que a cultura possui para os resultados das organizações. Ainda que seja criada uma estratégia ótima, se a cultura organizacional não subsidiar a adequada implementação, inevitavelmente a operacionalização das ações para o alcance dos objetivos será frustrada. Conhecer a cultura do hospital, saber o que motiva as pessoas, quais os sentimentos, pensamentos, comportamentos, são atitudes que ajudam a traduzir o jeito de ser da organização. Para que os valores declarados na identidade organizacional sejam percebidos e considerados nas tomadas de decisões da empresa, é preciso que estejam de fato enraizados,<sup>51</sup> e, por vezes, é necessário um movimento da alta gestão para promover a mudança cultural necessária, para que não haja comprometimento da estratégia.

<sup>50</sup> Consultor de gestão austríaco-americano (1909-2005), suas obras contribuíram para os fundamentos filosóficos e práticos dos negócios modernos da corporação. Chamado de pai da gestão moderna.

<sup>51</sup> CARUCCI; SHAPPELL, 2022.

# O gestor hospitalar como guia para o alcance da estratégia

Saber o que compõe a gestão estratégica é fundamental para o gestor hospitalar. Como vimos neste capítulo, conhecer cada etapa do processo estratégico permite tornar ações assertivas e focadas. O mercado, cada vez mais desafiador, exige planejamento, visão de futuro e direcionamento diário oriundo da estratégia definida, que orienta a tomada de decisão.

O trabalho é grande, contudo, ao se apropriar do que pode facilitar a sua execução, torna-se cada vez mais possível e estimulante. A gestão hospitalar é complexa, e, por isso, necessita de profissionais com amplo conhecimento técnico. Entretanto, já passou a época em que apenas esta competência era suficiente para uma atuação exitosa. A busca constante por novos aprendizados, metodologias e ferramentas para tornar a gestão mais eficiente e ágil é fator decisivo para o alcance de bons resultados do gestor hospitalar, tendo em vista o seu papel de guia para toda a estrutura organizacional.

A gestão estratégica é o primeiro norte a ser seguido.

## Referências

CARUCCI, R.; SHAPPELL, J. Design Your Organization to Match Your Strategy. **Harvard Business Review**, Jun. 2022.

CHAMORRO-PREMUZIC, T.; LOVRIC, D. How to Move from Strategy to Execution. **Harvard Business Review**, Jun. 2022.

CIRINO, J. A. A comunicação como mola propulsora do projeto de acreditação. *In*: CIRINO, J. A.; PRESTES, A.; LOLATO, G. (Orgs.). **Estratégias para a Acreditação dos Serviços de Saúde**. Curitiba: Appris, 2021.

DUPONT, A. **Strategy and Structure, Chapters in the History of the Industrial Enterprise**. Cambridge: The MIT Press Ltd, 1962.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **Relatório Anual 2019**: conviver e compartilhar. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, 2020. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/quem-somos/relato-integrado/>. Acesso em: 23 set. 2022.

HUNGER, J. D.; WHEELEN, T. L. **Essentials of strategic management**. New York: Pearson, 2010.

KAPLAN, R.; NORTON, D. **A execução premium**: a obtenção de vantagem competitiva através do vínculo da estratégia com as operações do negócio. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MANKINS, M.; GOTTFREDSON, M. Strategy making in turbulent times. **Harvard Business Review**, Sept.-Oct. 2022.

- MARTIN, R. L. Why Smart People Struggle with Strategy. **Harvard Business Review**, Jun. 2014.
- MARTIN, R. L. Strategic Choices Need to Be Made Simultaneously, Not Sequentially. **Harvard Business Review**, Apr. 2017.
- MCKONE, D. Stop Tinkering with Your Corporate Strategy. **Harvard Business Review Magazine**, Jun. 2022.
- MINTZBERG, H. The fall and rise of strategic planning. **Harvard Business Review**, v. 72, n. 1, p. 107-114, 1994.
- MINTZBERG, H. *et al.* **O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- MUNCK, L. *et al.* Em busca da sustentabilidade organizacional: a proposição de um framework. **Revista Alcance**, Biguaçu, v. 20, p. 460, 2014.
- PEREZ, F. C.; COBRA, M. **Cultura organizacional e gestão estratégica**. São Paulo: Atlas, 2017.
- PMI – PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE. **The standard for organizational project management (OPM)**. New York : PMI, 2018.
- PRESTES, A. Pessoas: elas fazem a diferença. *In*: CIRINO, J. A.; PRESTES, A.; LOLATO, G. (Orgs.). **Estratégias para a Acreditação dos Serviços de Saúde**. Curitiba: Appris, 2021.
- PRESTES, A. *et al.* (Orgs.). **Manual do Gestor Hospitalar**. Brasília: FBH, 2019. v. 1.
- PRESTES, A. *et al.* (Orgs.). **Manual do Gestor Hospitalar**. Brasília: FBH, 2020. v. 2.
- PRESTES, A.; ROBERTI, I. P. **Por onde começar**. *In*: CIRINO, J. A.; PRESTES, A.; LOLATO, G. (Orgs.). **Estratégias para a Acreditação dos Serviços de Saúde**. Curitiba: Appris, 2021.
- RIBEIRO, A. S. **Teoria geral da estratégia: o essencial ao processo estratégico**. Lisboa: Almedina, 2017.
- TZU, S. **A Arte da Guerra**. São Paulo: Novo Século, 2015.

# CAPÍTULO 2

## DESAFIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR PARA OS PRÓXIMOS 20 ANOS

Maurício Nunes da Silva e  
Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho



# DESAFIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR PARA OS PRÓXIMOS 20 ANOS

## Objetivos

- Abordar alguns dos desafios a serem enfrentados pela Saúde Suplementar nas próximas décadas;
- Apresentar alguns dados da alteração sociodemográfica e de saúde da população brasileira;
- Sensibilizar as lideranças da saúde sobre seu papel na entrega de serviços de qualidade e de forma sustentável para o setor.

## O avanço da Saúde Suplementar

Nas últimas três décadas, o Setor de Saúde Suplementar brasileiro passou por importantes mudanças. Entre as principais, destacam-se o início do marco regulatório, com a promulgação da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998,<sup>1</sup> a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000,<sup>2</sup> e o expressivo aumento de beneficiários nos planos privados de assistência à saúde.

Desde a sua criação, a ANS, enquanto órgão responsável pela regulação, pela normatização, pelo controle e pela fiscalização do Setor Suplementar de Saúde, adotou uma série de medidas com foco na organização do setor, na sustentabilidade e na qualidade dos serviços prestados.

Com base na sua finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país, nestes 22 anos de atuação, pode-se destacar, por exemplo, as seguintes ações:<sup>3</sup>

- Elaboração do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- Estabelecimento das regras prudenciais para funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- Criação do Programa de Acreditação das Operadoras;
- Desenvolvimento de diversos projetos com foco na qualidade da assistência prestada aos beneficiários de planos de saúde, entre os quais: Certificação em Atenção Oncológica (OncoRede);

<sup>1</sup> BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1998. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm). Acesso em: 21 ago. 2022.

<sup>2</sup> BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, 2000. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm). Acesso em: 21 ago. 2022.

<sup>3</sup> BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Histórico. **Portal ANS**, 23 jun. 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/quem-somos-1/historico>. Acesso em: 21 ago. 2022.

Movimento Parto Adequado; Cuidado Integral à Saúde; Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde;

- Lançamento do Sistema de Indicadores Hospitalares (SIHOSP);
- Definição das regras de portabilidade de carências;
- Definição da metodologia de cálculo do reajuste de planos individuais;
- Criação da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) como instrumento inicial de análise de todas as demandas de reclamação cadastradas na ANS;
- Definição de regras afetas ao relacionamento entre as operadoras e a rede prestadora de serviços;
- Criação da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, que padroniza todas as nomenclaturas e códigos ligados aos procedimentos na Saúde Suplementar;
- Criação do padrão TISS – Troca de Informação em Saúde Suplementar, que organiza e padroniza as informações trocadas entre prestadores de serviços e operadoras por meio das guias de atendimento utilizadas pelos planos de saúde.

Em relação ao aumento do número de beneficiários, segundo dados da Agência, o setor saltou de 31,3 milhões para 50,2 milhões<sup>4</sup> no período de 2000 a 2022<sup>5</sup> nos planos de assistência médico-hospitalar, representando um aumento de 60,38%. Nos planos exclusivamente odontológicos, no mesmo período, saiu de 2,4 milhões para 30,5 milhões de beneficiários, culminando em uma variação de 1.270%.<sup>6</sup>

Além das mudanças estruturantes já mencionadas, fatores como a alteração do perfil sociodemográfico brasileiro, as variações epidemiológicas, a tendência de aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e o avanço das novas tecnologias em saúde serão grandes desafios do setor nos próximos anos.

## Alteração do perfil sociodemográfico e de saúde da população brasileira

O Setor de Saúde Suplementar poderá passar, nos próximos anos, por mudanças estruturantes, considerando os impactos da alteração do perfil sociodemográfico e de saúde da população brasileira.

No que tange à alteração do perfil sociodemográfico, tais impactos poderão mudar a composição e a distribuição de vínculos, conforme tipos de contratos firmados com pessoas jurídicas e físicas contratantes de planos privados de assistência à saúde.

Em setembro de 2022, o total de vínculos em contratos médico-hospitalares somava 50.199.241, conforme tabela 1.

<sup>4</sup> BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Planos de saúde de assistência médica já têm mais de 50 milhões de beneficiários. **Portal ANS**, 7 nov. 2022c. Disponível em:

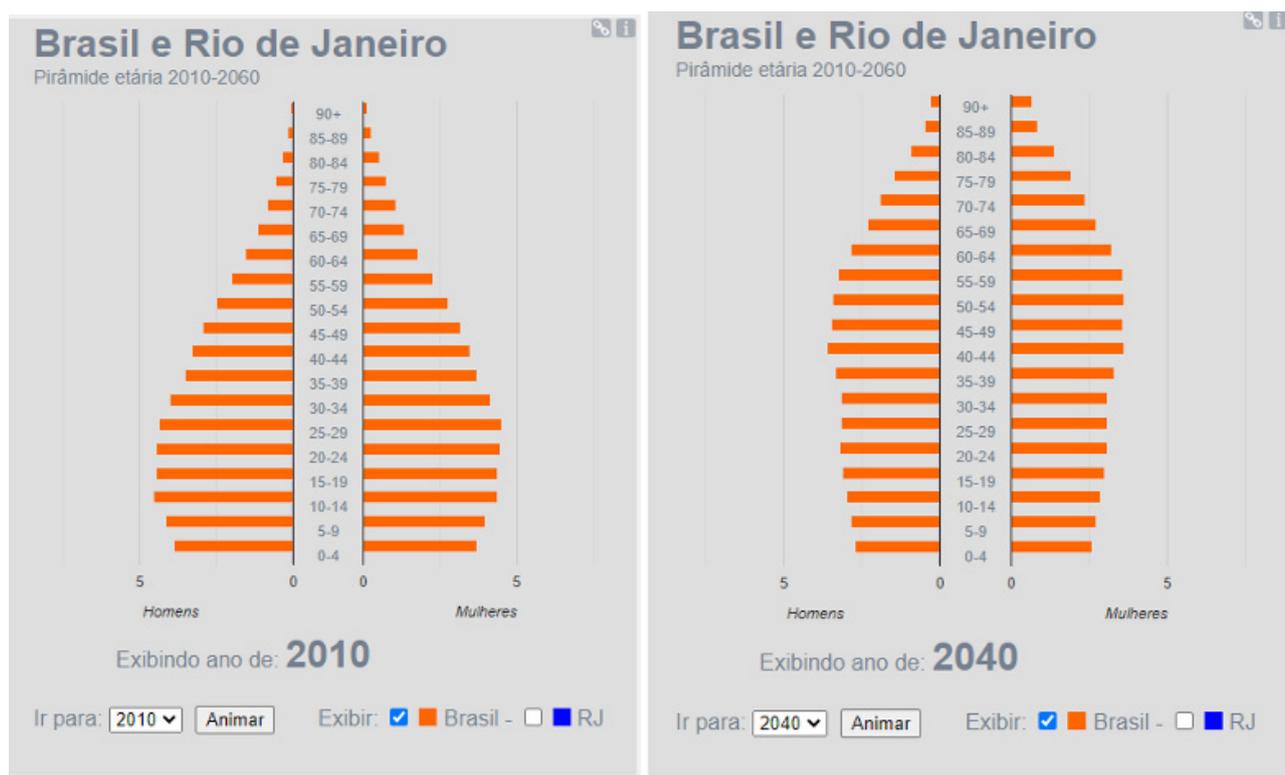
<sup>5</sup> Até setembro de 2022.

<sup>6</sup> Os dados sempre podem ser alterados, uma vez que as operadoras de planos de saúde podem informar adesões ou cancelamentos referentes a períodos anteriores. A cada mês, a ANS processa e recalcula os dados dos últimos cinco anos.

Tipo de contrato		Nº de vínculos	%
Coletivo	Empresarial	34.860.333	69,44%
	Por adesão	6.296.509	12,54%
	Não identificado	384	0,001%
Individual ou familiar		8.994.751	17,92%
Não identificado		47.264	0,09%
<b>Total</b>		<b>50.199.241</b>	<b>100,00%</b>

**Tabela 1** – Número de vínculos em planos médico-hospitalares, por tipo de contrato, em setembro de 2022  
 Fonte: Elaborada pelos autores do capítulo a partir dos dados extraídos no portal da ANS.<sup>7</sup>

A partir da figura 1, extraída do portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), observam-se importantes mudanças na composição etária brasileira para os próximos 20 anos, com aumento da expectativa de vida, acompanhada de um processo de queda nas taxas de natalidade.



**Figura 1** – Pirâmide etária brasileira: cortes em 2010 e 2040  
 Fonte: IBGE.<sup>8</sup>

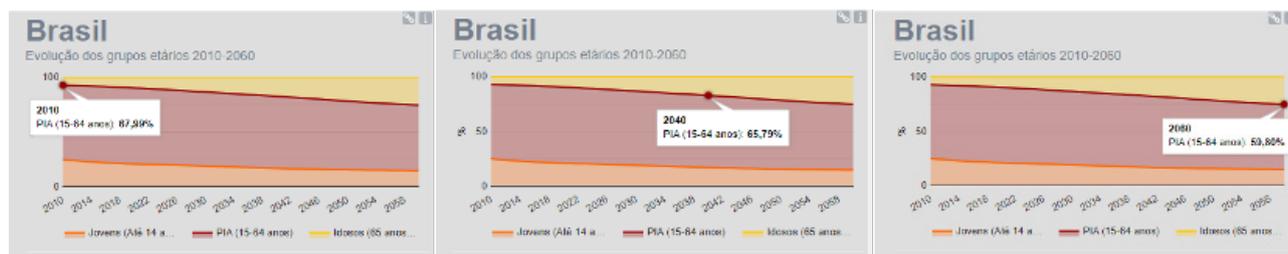
<sup>7</sup> BRASIL, 2022c.

<sup>8</sup> IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação (2010-2060)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Substituir por: Disponível em: [https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm\\_source=portal&utm\\_medium=popclock&utm\\_campaign=novo\\_popclock](https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock). Acesso em: 31 maio 2022.

## 2. DESAFIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR PARA OS PRÓXIMOS 20 ANOS

Desde 2010, vem se observando uma queda na população em idade ativa (PIA), o que pode mudar a distribuição dos tipos de vínculos, hoje predominantemente em contratos coletivos empresariais (69,44%).

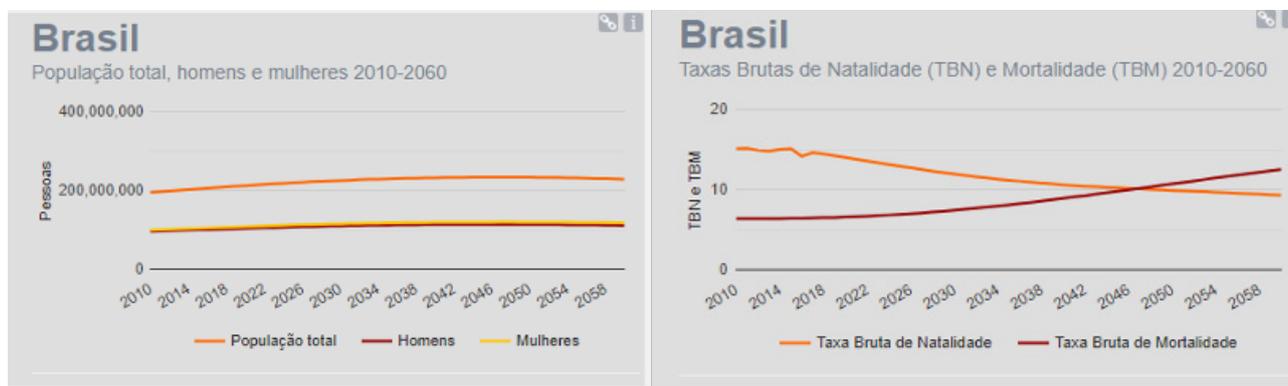
Até 2060, segundo as projeções do IBGE, a redução da população em idade ativa pode cair 8,19%, conforme figura 2. Evidencia-se, assim, para as próximas décadas, um fator de possível impacto no financiamento do setor, uma vez que, como citado anteriormente, quase 70% dos beneficiários estão em planos coletivos empresariais.



**Figura 2** – Evolução dos grupos etários (2010-2060)

Fonte: IBGE.<sup>9</sup>

Outro dado que chama a atenção, segundo as projeções do Instituto, é quando as taxas brutas de mortalidade se tornam superiores às de natalidade, o que deve ocorrer por volta do ano de 2048, demonstrando um decréscimo populacional.



**Figura 3** – População total (2010-2060) e taxas brutas de natalidade e mortalidade (2010-2060)

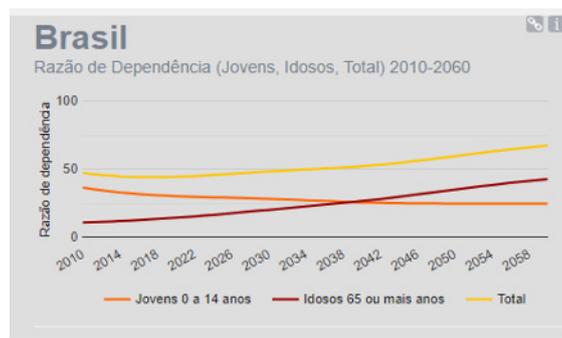
Fonte: IBGE.<sup>10</sup>

A razão de dependência entre jovens e idosos é outro dado que precisa ser olhado com atenção. Segundo o IBGE, a razão de dependência é a razão entre a população potencialmente inativa (0 a 14 anos e 65 anos ou mais de idade) e a população potencialmente ativa (15 a 64 anos de idade), na data de referência do Censo Demográfico.<sup>11</sup>

<sup>9</sup> *Ibidem.*

<sup>10</sup> *Ibidem.*

<sup>11</sup> IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). **Razão de Dependência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: [https://dados.gov.br/dataset/cgeo\\_vw\\_razaodependencia#:~:text=Raz%C3%A3o%20entre%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20potencialmente,2010%20e%20Malha%20municipal%202010](https://dados.gov.br/dataset/cgeo_vw_razaodependencia#:~:text=Raz%C3%A3o%20entre%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20potencialmente,2010%20e%20Malha%20municipal%202010). Acesso em: 11 nov. 2022.



**Figura 4** – Razão de dependência (2010-2060)

Fonte: IBGE.<sup>12</sup>

Assim como as variações epidemiológicas, a exemplo da pandemia de Covid-19, outro desafio a ser enfrentado pelo setor nos próximos anos é o aumento das DCNTs.

Segundo dados do Ministério da Saúde, as doenças e agravos não transmissíveis (DANTs) são responsáveis por mais da metade do total de mortes no Brasil. Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no país foram causados por DCNTs e 11,5% por agravos.<sup>13</sup>

De acordo com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030,<sup>14</sup> o Ministério da Saúde destaca que:

- As DCNTs, principalmente doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas, são causadas por vários fatores ligados às condições de vida dos sujeitos. Estes são determinados pelo acesso a: bens e serviços públicos, garantia de direitos, informação, emprego e renda e possibilidades de fazer escolhas favoráveis à saúde;
- Os principais fatores de risco comportamentais para o adoecimento por DCNT são: tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física. Estes podem ser modificados pela mudança de comportamento e por ações governamentais que regulamentem e reduzam, por exemplo, a comercialização, o consumo e a exposição de produtos danosos à saúde.

Assim, segundo o Ministério da Saúde, os fatores de risco podem ser classificados em “não modificáveis” (sexo, idade e herança genética) e “comportamentais” (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas). Os fatores de risco comportamentais são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais.<sup>15</sup>

<sup>12</sup> IBGE (2010a).

<sup>13</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: MS, 2021c. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf/#:~:text=Em%202019%2C%2054%2C7%25,condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20vida%20dos%20sujeitos](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/#:~:text=Em%202019%2C%2054%2C7%25,condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20vida%20dos%20sujeitos). Acesso em: 23 ago. 2022.

<sup>14</sup> *Ibidem*.

<sup>15</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: MS, 2008. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 8). Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_recomendacoes\\_cuidado\\_doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf). Acesso em: 11 nov.

Desse modo, entre fatores de riscos não modificáveis para as DCNTs, destaca-se o fator “idade”, considerando o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira nas próximas décadas.

Diante desse cenário, alerta-se para a necessidade de aprimoramento e fortalecimento das ações voltadas à promoção da saúde e prevenção das DCNTs e seus agravos.

O surgimento de novos tratamentos e as novas tecnologias em saúde mostram-se também como desafios para o Setor de Saúde Suplementar, em especial quando se pensa nos impactos financeiros que tais incorporações podem trazer, influenciando diretamente os preços e os reajustes dos planos de saúde.

Considerando todo esse contexto e os desafios aqui apresentados, é fundamental pensar alternativas para que os beneficiários possam financiar os novos tratamentos e as tecnologias sem que os impactos nos custos, que são refletidos nas mensalidades, sejam fatores que impulsionem a saída desses usuários dos planos de saúde, assim como barreiras a novos entrantes ao setor.

Para que o Setor de Saúde Suplementar seja sustentável nas próximas décadas, bem como seja possível a ampliação do acesso de novos beneficiários aos planos de saúde, é fundamental um grande debate social com os principais atores que compõem o setor acerca das principais causas desse problema regulatório.

Segundo Diegoli *et al.*,<sup>16</sup> a pandemia de Covid-19 aumentou ainda mais a necessidade e a demanda por cuidados de saúde e nos reforçou, de forma dramática, que o dinheiro não é o recurso mais importante. Serviços de saúde que há anos clamavam por mais dinheiro, repentinamente assistiram os governos despejarem dinheiro no sistema de saúde, ao mesmo tempo em que se deparavam com outras restrições ainda mais difíceis de serem resolvidas, como a falta de ventiladores, de oxigênio e de equipamentos de proteção individual (EPIs), e, ainda mais importante, de recursos humanos.

Ainda, segundo os autores,<sup>17</sup> sabe-se que bem antes da pandemia, a necessidade e a demanda por serviços de saúde já vinham aumentando de forma constante e implacável, e continuarão a aumentar nas próximas décadas. Esse aumento, no entanto, não deveria ser considerado inevitável, uma vez que tanto a necessidade quanto a demanda, que crescem em decorrência dos quatro fatores principais a serem apresentados na figura 5, podem ser influenciados.

Destacam três desses fatores (novas doenças e epidemias, novas tecnologias e envelhecimento populacional) que podem ser influenciados por meio de ações como:

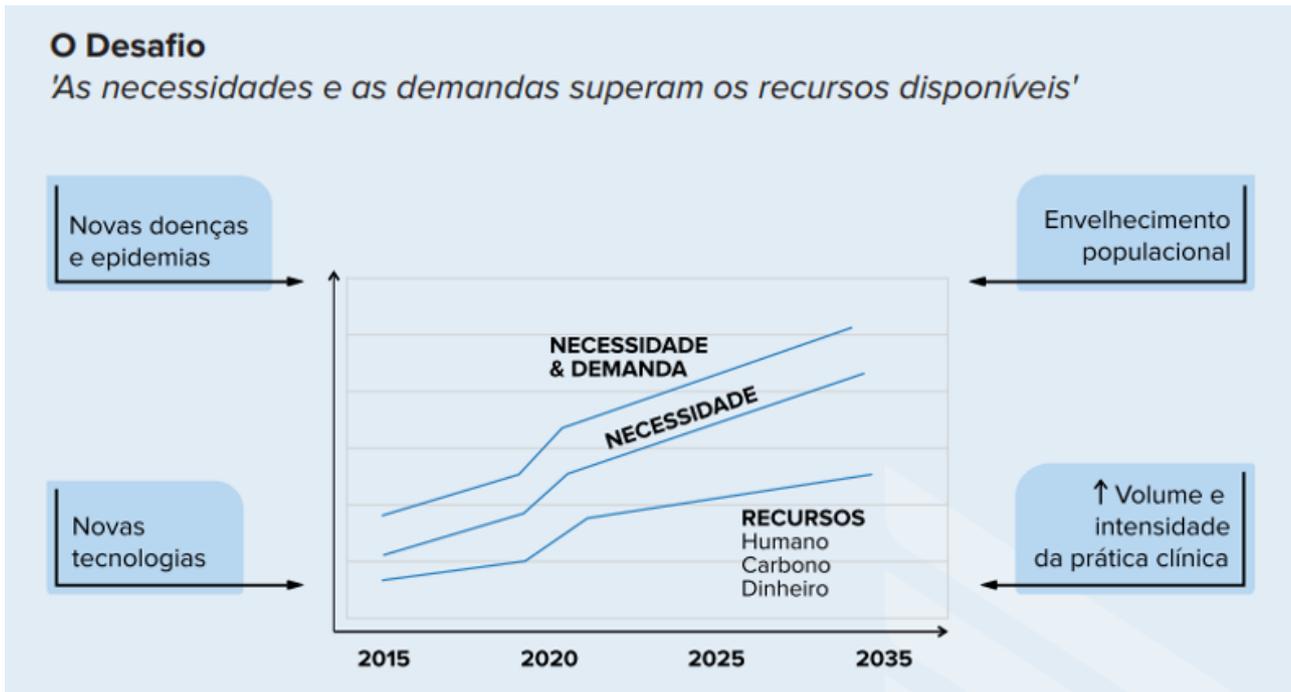
- Prevenção e agilidade no controle das epidemias do século 21;
- Disponibilização de sistemas mais robustos para garantir que sejam incorporadas apenas as inovações que geram valor;
- Prevenção e atraso na instalação de fragilidade e demência.

---

2022.

<sup>16</sup> DIEGOLI, H. *et al.* **Atlas de Variação em Saúde Brasil**. São Paulo: Academia VBHC, 2022.

<sup>17</sup> *Ibidem*.



**Figura 5** – O desafio e os drivers de necessidade e demanda por recursos de saúde

Fonte: Atlas de Variação em Saúde Brasil/Academia VBHC.<sup>18</sup>

## O problema regulatório

Definindo-se os impactos da alteração do perfil sociodemográfico e de saúde do país como um problema regulatório a ser enfrentado pela Saúde Suplementar nas próximas décadas, pode-se chegar à figura 6.

### Árvore de problemas

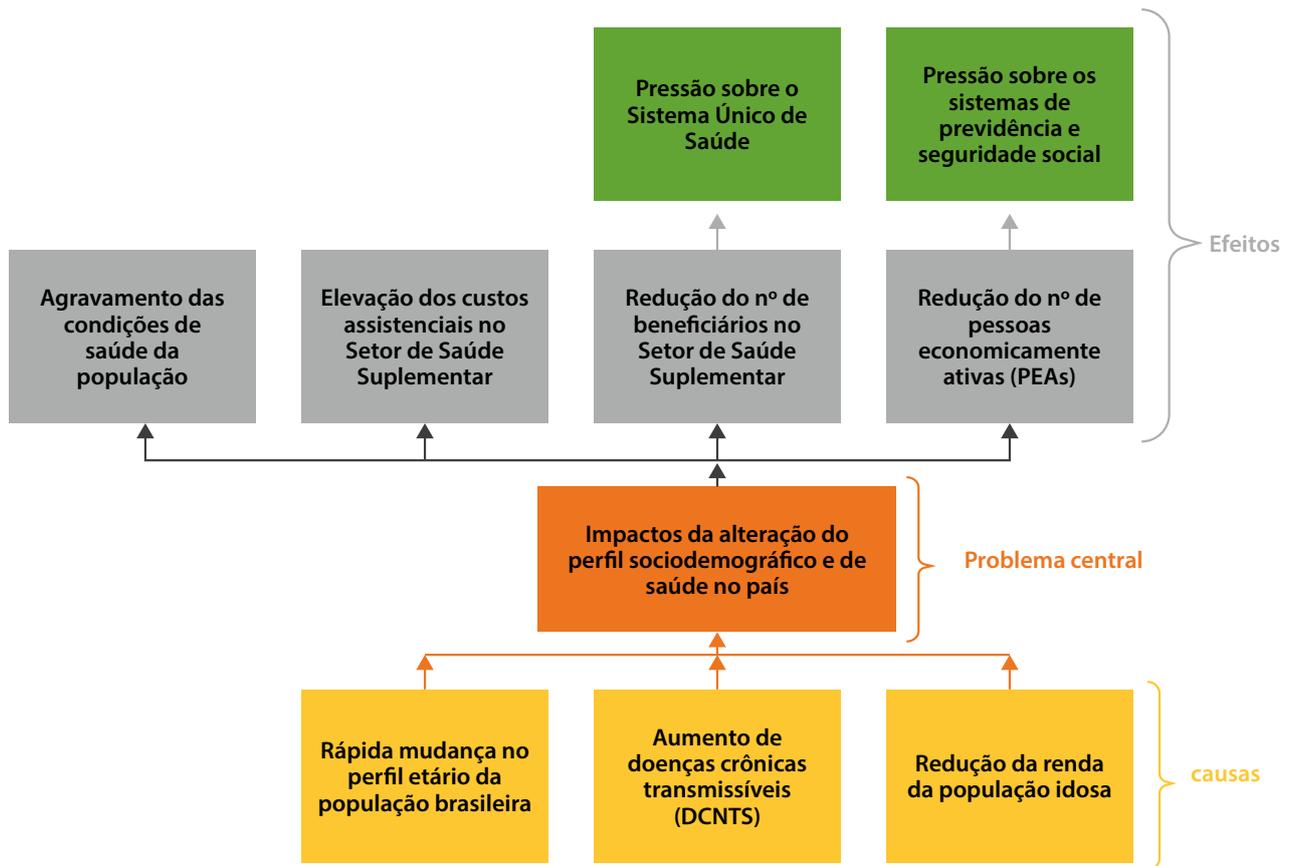
A partir da identificação do problema central, são identificados as principais causas e os efeitos.

Para Buvnich,<sup>19</sup> árvore de problemas é a representação gráfica de uma situação-problema (tronco), suas principais causas (raízes) e os efeitos negativos que ela provoca na população-alvo do projeto (galhos e folhas).

A partir da figura 6, pode-se inferir que os impactos da alteração do perfil sociodemográfico e de saúde da população brasileira, além de gerarem efeitos sobre o Setor de Saúde Suplementar, podem trazer impactos diretos aos sistemas de saúde pública, previdenciário e de seguridade social.

<sup>18</sup> *Ibidem*.

<sup>19</sup> BUVINICH, M. R. **Ferramentas para o monitoramento e avaliação de projetos**. Brasília: Unicef Brasil, 1999. (Cadernos de Políticas Sociais, n. 10).



**Figura 6** – Problema regulatório: impactos da alteração do perfil sociodemográfico e de saúde no país – causas e efeitos

Fonte: Elaborada pelos autores do capítulo.

## Variações epidemiológicas

A Associação Internacional de Epidemiologia (IEA), em seu Guia de Métodos de Ensino,<sup>20</sup> define epidemiologia como o estudo dos fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças nas coletividades humanas. Enquanto a clínica dedica-se ao estudo da doença no indivíduo, analisando caso a caso, a epidemiologia debruça-se sobre os problemas de saúde em grupos de pessoas, às vezes grupos pequenos, na maioria dos casos envolvendo populações numerosas.<sup>21</sup>

Por sua vez, a epidemiologia descritiva estuda o comportamento das doenças em uma comunidade, isto é, em que situações elas ocorrem na coletividade, segundo características ligadas à pessoa (quem), ao lugar ou espaço físico (onde) e ao tempo (quando), fornecendo elementos importantes para se decidir que medidas de prevenção e controle estão mais indicadas para o problema em questão, e também avaliar se as estratégias adotadas causaram impacto, diminuindo e controlando a ocorrência da doença em estudo.<sup>22</sup>

20 IEA – ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA. **Guia de Métodos de Ensino**. Raleigh: IEA, 1973.

21 MONTILLA, D. E. R. M. Noções básicas da epidemiologia. In: BORGES, A. P. A.; COIMBRA, A. M. C. (Orgs.). **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; EAD/ENSP, 2008. p. 134-148. Disponível em: [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_690106550.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_690106550.pdf). Acesso em: 21 ago. 2022.

22 PEREIRA, S. D. **Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usados na Vigilância Sanitária**. São Paulo: [s.n.], 2007.

Considerando tais variáveis para que se determine a frequência e a distribuição das doenças no coletivo e, principalmente, quem será acometido por essas doenças, onde ocorrerão e quando se manifestarão, mostra-se importante desafio para as lideranças em saúde, seja no Sistema único de Saúde (SUS), seja na Saúde Suplementar.

Nessa linha, o caso mais emblemático, que se tornou a maior crise sanitária do mundo no último século, foi a pandemia da SARS-COV-2 (Covid-19).

Foi dramática a velocidade com que a doença propagou-se pelo mundo, assim como a quantidade de contaminados e óbitos. No dia 11 de março de 2020, Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), fez um pronunciamento informando que a Covid-19 foi caracterizada como uma pandemia. A doença foi assim classificada porque, na época, já existiam mais de 118 mil casos espalhados por 114 países – ou seja, houve rápida disseminação geográfica do vírus em curta escala de tempo.<sup>23</sup>

Em menos de três meses, desde os primeiros casos identificados em 31 de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China, a OMS já classificava a doença como pandemia.

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou<sup>24</sup> que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus. A ESPII é considerada, nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI),<sup>25</sup> “um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido à disseminação internacional de doenças; e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata”.<sup>26</sup>

Segundo a OMS, é a sexta vez na história que uma ESPII é declarada. As outras foram:<sup>27</sup>

- 25 de abril de 2009: pandemia de H1N1;
- 5 de maio de 2014: disseminação internacional de poliovírus;
- 8 agosto de 2014: surto de Ebola na África Ocidental;

---

Disponível em: [http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid\\_visu.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visu.pdf). Acesso em: 21 ago. 2022.

<sup>23</sup> QUAL a diferença entre endemia, epidemia e pandemia? **Laboratório de Análises Clínicas Hilab**, 30 mar. 2022. Disponível em: <https://hilab.com.br/blog/pandemia-epidemia-endemia-e-surto-diferencas/#:~:text=Uma%20pandemia%20%C3%A9%20a%20dissemina%C3%A7%C3%A3o,a%20v%C3%A1rias%20regi%C3%B5es%20do%20planeta>. Acesso em: 21 ago. 2022.

OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. **Portal OPAS**, 30 jan. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 21 ago. 2022.

<sup>24</sup> OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. **Portal OPAS**, 30 jan. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 21 ago. 2022.

<sup>25</sup> REGULAMENTO Sanitário Internacional (RSI). **Portal OPAS**, [s.d.]. Disponível em: Acesso em: 21 ago. 2022.

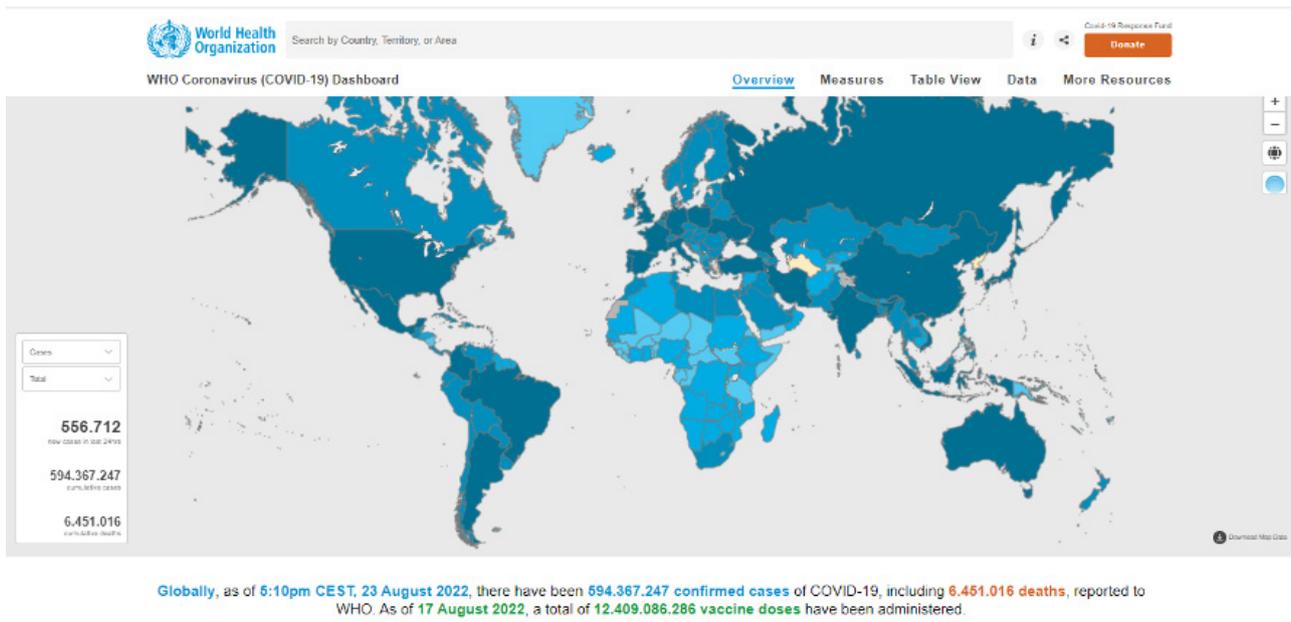
<sup>26</sup> HISTÓRICO da pandemia de COVID-19. **Portal OPAS**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>, Acesso em: 21 ago. 2022.

<sup>27</sup> *Ibidem*.

## 2. DESAFIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR PARA OS PRÓXIMOS 20 ANOS

- 1º de fevereiro de 2016: vírus Zika e aumento de casos de microcefalia e outras malformações congênitas;
- 18 maio de 2018: surto de Ebola na República Democrática do Congo.

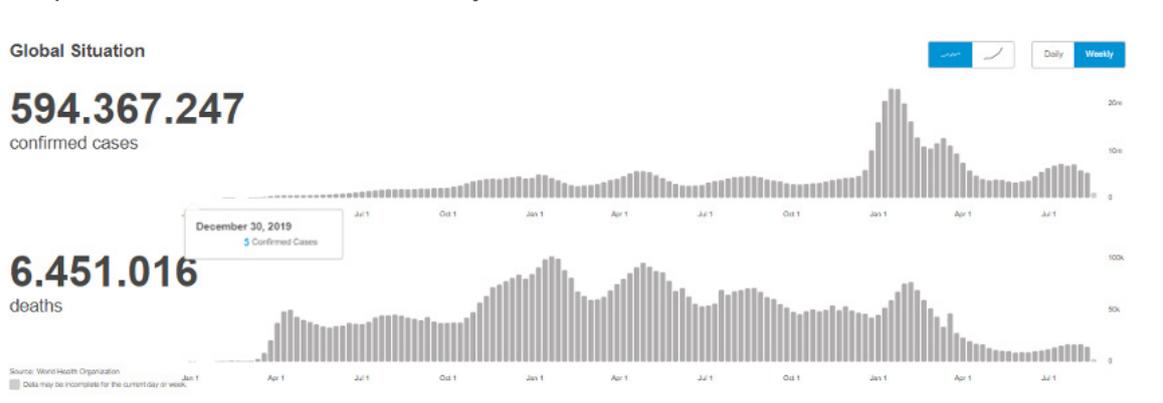
Os dados globais, conforme figura 7, mostram que o número total de contaminados já superou os 594 milhões de casos, seguidos de mais de 6,4 milhões de óbitos. Já o número de vacinas aplicadas superou os 12,4 bilhões de doses.



**Figura 7** – Covid-19: número total de contaminados, óbitos e vacinados no mundo

Fonte: WHO.<sup>28</sup>

A velocidade com que as vacinas foram desenvolvidas, produzidas, distribuídas e aplicadas foi uma das principais medidas de controle da doença.



**Figura 8** – Comportamento da doença desde o registro dos primeiros casos, em 30/12/2019

Fonte: WHO.<sup>29</sup>

<sup>28</sup> WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. **WHO Website**, 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int>. Acesso em: 23 ago. 2022.

<sup>29</sup> *Ibidem*.

A pandemia de Covid-19 mostrou-nos que, por mais planejados que sejam os sistemas de saúde no mundo, países considerados potências mundiais podem ter suas economias abaladas.

No caso específico da Covid-19, o maior problema, em grande parte dos países, talvez não tenha sido a escassez de recursos financeiros, mas sim a escassez de insumos para a produção dos testes para detecção do vírus, a escassez de kits para a intubação dos pacientes em situações mais graves e até a escassez de profissionais de saúde, uma vez que muitos que estavam na linha de frente no combate ao vírus acabaram, também, adoecendo.

Sejam surtos, sejam epidemias, sejam pandemias, como foi a própria pandemia de Covid-19, as variações epidemiológicas mostram-se como desafiadoras aos sistemas de saúde nas próximas décadas.

## Avanço das novas tecnologias em saúde

O Setor de Saúde Suplementar é formado, entre outros, pelos seguintes pilares: relações contratuais; bases atuariais e mutualismo.

É por meio dos contratos que as partes, contratantes, pessoas jurídicas ou físicas, e as contratadas, operadoras de planos privados de assistência à saúde, pactuam os serviços e procedimentos a serem cobertos, onde esses serviços poderão ser ofertados e garantidos, as regras de reajustamento do pactuado, entre outras obrigações e deveres.

As bases atuariais permitem que as operadoras consigam definir as características gerais dos produtos a serem registrados na ANS e posteriormente comercializados.

Tais registros são feitos por meio das Notas Técnicas de Registro de Produtos (NTRPs), em que são definidos, também, os preços de partida para a comercialização. A regra atual permite que a operadora comercialize um plano com um preço 30% abaixo ou 30% acima daquele que foi informado à ANS. Ou seja, se informar um preço de R\$ 100,00 ao regulador, pode, na prática, comercializar por R\$ 70,00 ou por R\$ 130,00.

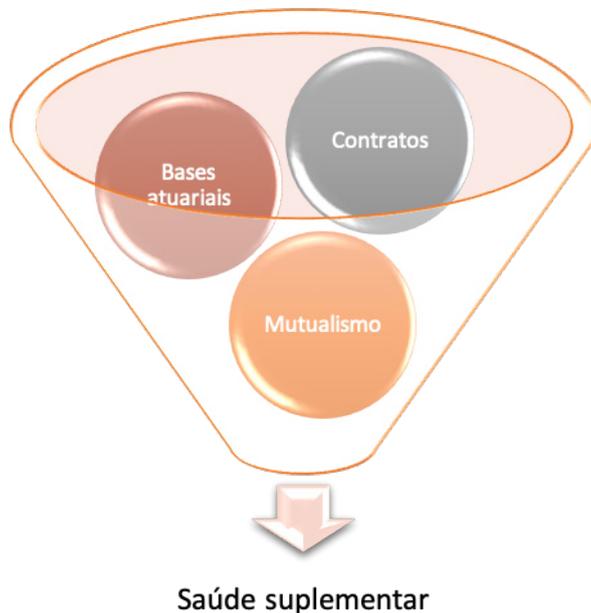
Já mutualismo trata-se da operação pela qual um grupo de pessoas, com interesses bem semelhantes, se juntam para fazer frente aos custos destinados a atingir os seus objetivos. Basicamente, consiste na contribuição de todos para o benefício individual de cada um dos contribuintes.<sup>30</sup>

Resumindo, pode-se inferir as seguintes relações:

- Contratos: segurança jurídica às partes;
- Bases atuariais: previsibilidade;
- Mutualismo: sustentabilidade do setor por meio de financiamento do coletivo.

<sup>30</sup> ENTENDA: o mutualismo e a relação com o mercado de seguros. **Moreira & Medeiros Administradora e Corretora de Seguros**, [s.d.]. Disponível em: <https://moreiraemedeiros.com.br/mutualismo/#:~:text=Trata%2Dse%20da%20operação%20pela,a%20atingir%20os%20seus%20objetivos>. Acesso em: 22 ago. 2022.

Esses pilares permitem o perfeito funcionamento do setor, garantindo, assim, que os serviços e os procedimentos contratados pelos beneficiários possam ser honrados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.



**Figura 9** – Alguns dos pilares do Setor de Saúde Suplementar

Fonte: Elaborada pelos autores do capítulo.

Nessa seara, com o objetivo de trazer previsibilidade ao setor, a Agência aprovou, em 3 de dezembro de 2018, a Resolução Normativa nº 439,<sup>31</sup> que dispôs sobre processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Entre as inovações trazidas, o normativo ampliou a participação social, a transparência e a previsibilidade às etapas técnicas e administrativas do rito processual, bem como às instâncias decisórias. Submissões de propostas em um período determinado do ciclo e as atualizações ocorrendo a cada dois anos.

Em 9 de julho de 2021, a Resolução Normativa nº 439 foi revogada, com a entrada em vigor da Resolução Normativa nº 470,<sup>32</sup> que dispõe sobre o rito processual de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no âmbito da ANS. A partir do normativo, as submissões de propostas passaram a ser de forma contínua.

<sup>31</sup> BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 439, de 3 de dezembro de 2018. Dispõe sobre processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2018. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/54733061/do1-2018-12-12-resolucao-normativa-rn-n-439-de-3-de-dezembro-de-2018-54733018](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/54733061/do1-2018-12-12-resolucao-normativa-rn-n-439-de-3-de-dezembro-de-2018-54733018). Acesso em: 22 ago. 2022.

<sup>32</sup> BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 470, de 9 de julho de 2021. Dispõe sobre o rito processual de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2021b. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDA2Mw==>. Acesso em: 21 ago. 2022.

O debate sobre o processo de incorporação de tecnologias ao Rol da ANS foi ampliado tanto no Congresso Nacional quanto no Poder Legislativo.

Em março de 2022, foi sancionada a Lei nº 14.307,<sup>33</sup> que alterou a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da Saúde Suplementar (conversão da Medida Provisória nº 1.067, de 2 de setembro de 2021).

A Lei trouxe importantes alterações ao processo de incorporação de tecnologias ao Rol da ANS, entre as quais se destacam a redução dos prazos de análise e inclusão ao Rol, assim como a incorporação de tecnologias validadas e recomendadas positivamente pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec).

Os novos prazos passaram a ser os seguintes:

- **120 dias (prorrogáveis por 60 dias):** antineoplásicos, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes; procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer; e hemoterapia;
- **180 dias (prorrogáveis por 90 dias):** demais tecnologias em saúde;
- **60 dias:** tecnologias avaliadas pela Conitec com recomendação positiva e decisão de incorporação publicada.

No dia 8 de junho de 2022, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) finalizou o julgamento acerca do Rol de Procedimentos da ANS, entendendo aquela Corte, pela sua taxatividade, conforme notícia extraída do *site* do Tribunal:<sup>34</sup>

Em julgamento finalizado nesta quarta-feira (8), a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) entendeu ser taxativo, em regra, o rol de procedimentos e eventos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde (ANS), não estando as operadoras de saúde obrigadas a cobrirem tratamentos não previstos na lista. Contudo, o colegiado fixou parâmetros para que, em situações excepcionais, os planos custeiem procedimentos não previstos na lista, a exemplo de terapias com recomendação médica, sem substituto terapêutico no rol, e que tenham comprovação de órgãos técnicos e aprovação de instituições que regulam o setor.

Por maioria de votos, a seção definiu as seguintes teses:

1. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar é, em regra, taxativo;

<sup>33</sup> BRASIL. Lei nº 14.307, de 3 de março de 2022. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da saúde suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2022a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2022/Lei/L14307.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14307.htm#art1). Acesso em: 22 ago. 2022.

<sup>34</sup> BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Rol da ANS é taxativo, com possibilidades de cobertura de procedimentos não previstos na lista. **Portal STJ**, 8 jun. 2022b. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/08062022-Rol-da-ANS-e-taxativo--com-possibilidades-de-cobertura-de-procedimentos-nao-previstos-na-lista.aspx>. Acesso em: 22 ago. 2022.

2. A operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao rol;

3. É possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra rol;

4. Não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (i) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao rol da saúde suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e Natjus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS.<sup>35</sup>

Em menos de dois meses após a decisão do STJ, o plenário da Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei nº 2.033/2022,<sup>36</sup> que alterou a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a qual dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer hipóteses de cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar.

O texto aprovado foi:

### REDAÇÃO FINAL

#### PROJETO DE LEI Nº 2.033-A de 2022

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer hipóteses de cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.

<sup>35</sup> *Ibidem*.

<sup>36</sup> BRASIL. Câmara dos Deputados. Câmara aprova projeto que obriga planos de saúde a cobrir tratamentos fora do rol da ANS. **Agência Câmara de Notícias**, 3 ago. 2022d. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/901378-camara-aprova-projeto-que-obriga-planos-de-saude-a-cobrir-tratamentos-fora-do-rol-da-ans>. Acesso em: 19 ago. 2022.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

.....”(NR)

“Art. 10. ....

§ 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação. ....

§ 12. A rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei, e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.”(NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Sessões, em 3 de agosto de 2022.

Deputado HIRAN GONÇALVES

Relator <sup>37</sup>

O texto foi encaminhado para apreciação do Senado Federal.

<sup>37</sup> *Ibidem.*

Após a aprovação do Projeto de Lei pela Câmara dos Deputados, a ANS soltou uma Nota, em 4 de agosto de 2022, posicionando-se acerca da aprovação do Projeto:<sup>38</sup>

### Nota da ANS

Sobre aprovação de Projeto de Lei nº 2033/22 pela Câmara dos Deputados

A respeito da aprovação do Projeto de Lei 2033/22 pela Câmara dos Deputados, em 3/08/2022, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reafirma sua preocupação em relação à definição das coberturas obrigatórias para os planos de saúde.

A Lei 9.961/2000 atribuiu à ANS a competência de elaborar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e a Agência reitera que, no processo de inclusão de um procedimento no rol, o exame técnico da reguladora é condição indispensável para ampliar ou restringir o uso de uma determinada tecnologia no setor de saúde suplementar.

A ANS utiliza a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), metodologia que analisa todas as informações sobre evidências científicas relativas à eficácia, efetividade, acurácia e segurança da tecnologia, avaliação econômica e de impacto orçamentário, disponibilidade de rede prestadora, além da aprovação pelos conselhos profissionais quanto ao uso da tecnologia, dentre outros. As novas tecnologias a serem incorporadas ao rol passam ainda por amplo debate com a sociedade, por meio da participação social dirigida e ampliada, por meio de reuniões técnicas, consultas públicas e audiências públicas, de forma a permitir que a tomada de decisão para incorporação ou não da tecnologia ao Rol se dê de maneira robusta, imparcial, transparente e sistemática.

A ANS entende, portanto, que **sem a validação de estudos de ATS com evidência científica sólida haverá sério comprometimento dos parâmetros clínicos de efetividade e segurança de uso dos procedimentos** incluídos no Rol, pois não haverá certeza dos benefícios clínicos e nem dos potenciais efeitos colaterais associados às tecnologias. Seria importante, ao menos, que o PL considerasse não apenas o critério de existência de comprovação da eficácia baseada em evidências científicas ou de aprovação por um órgão de avaliação de tecnologia, mas **os dois critérios associados**.

Também é preciso destacar que num sistema mutualista como é o setor de planos de saúde, todos os custos de consultas, cirurgias, internações e demais atendimentos são repartidos entre os beneficiários e, dessa forma, é possível diluir as despesas, tornando-as viáveis para o consumidor. Assim, o **grau de incerteza relacionado aos impactos econômicos** da realização de procedimentos não previstos no rol atual trará como risco uma elevação dos reajustes a patamares superiores à capacidade de pagamento de beneficiários, mesmo em reajustes controlados pela ANS, como no caso dos planos individuais, podendo gerar a exclusão de um grupo de beneficiários do sistema de saúde suplementar.

<sup>38</sup> BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nota da ANS Sobre aprovação de Projeto de Lei nº 2033/22 pela Câmara dos Deputados. **Portal ANS**, 4 ago. 2022e. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias-1/periodo-eleitoral/nota-da-ans>. Acesso em: 19 ago. 2022.

Por fim, a ANS ressalta que o processo de revisão do Rol tem sido aprimorado sistematicamente, tornando-se mais ágil, participativo e transparente. Até 2021, a atualização era feita a cada dois anos. A publicação da Resolução Normativa nº 470, nesse mesmo ano, a recepção e a análise das propostas passaram a ser feitas de forma contínua, dando dinamismo à revisão das coberturas obrigatórias. Ainda em 2021, o Congresso Nacional votou a Medida Provisória que em março de 2022 seria convertida na Lei 14.307, que trouxe prazos ainda mais enxutos para atualização do Rol. Dessa forma, só em 2022, já foram incluídas 24 coberturas, sendo 7 procedimentos e 17 medicamentos, além das ampliações importantes para pacientes com transtornos de desenvolvimento global, como a cobertura para quaisquer métodos e técnicas indicados pelo médico assistente para tratamento de condições como o Transtorno do Espectro Autista; e o fim dos limites para consultas e sessões com psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta.<sup>39</sup>

No dia 29 de agosto de 2022, o Projeto de Lei foi aprovado no Senado Federal com o mesmo texto aprovado anteriormente na Câmara dos Deputados. A norma foi sancionada em 21 de setembro de 2022, com a publicação da Lei nº 14.454<sup>40</sup> no Diário Oficial da União.

Antes de adentrar nos possíveis impactos trazidos com a aprovação do Projeto, é importante reforçar a competência legal da ANS para a elaboração do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, conforme dispõe o inciso II do art. 4º da sua lei de criação (Lei nº 9.961, de 2000), como segue:

Art. 4º Compete à ANS:

(...)

III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;

(...)<sup>41</sup>

Para destacar possíveis impactos ao processo de incorporação de tecnologias de saúde, a partir da aprovação do Projeto de Lei nº 2.033/2022, recorre-se à própria Nota publicada pela ANS. Entre tais impactos, destacam-se:

<sup>39</sup> *Ibidem*.

<sup>40</sup> BRASIL. Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2022f.

<sup>41</sup> BRASIL, 2000.

Nota ANS	Observações
<p>“A ANS utiliza a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), metodologia que analisa todas as informações sobre evidências científicas relativas à eficácia, efetividade, acurácia e segurança da tecnologia, avaliação econômica e de impacto orçamentário, disponibilidade de rede prestadora, além da aprovação pelos conselhos profissionais quanto ao uso da tecnologia, dentre outros. As novas tecnologias a serem incorporadas ao rol passam ainda por amplo debate com a sociedade, por meio da participação social dirigida e ampliada, por meio de reuniões técnicas, consultas públicas e audiências públicas, de forma a permitir que a tomada de decisão para incorporação ou não da tecnologia ao Rol se dê de maneira robusta, imparcial, transparente e sistemática.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O processo de incorporação realizado pela ANS é sedimentado em um amplo processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS).</li> </ul>
<p>“A ANS entende, portanto, que sem a validação de estudos de ATS com evidência científica sólida haverá sério comprometimento dos parâmetros clínicos de efetividade e segurança de uso dos procedimentos incluídos no Rol, pois não haverá certeza dos benefícios clínicos e nem dos potenciais efeitos colaterais associados às tecnologias. Seria importante, ao menos, que o PL considerasse não apenas o critério de existência de comprovação da eficácia baseada em evidências científicas ou de aprovação por um órgão de avaliação de tecnologia, mas os dois critérios associados.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco de se comprometer parâmetros clínicos de efetividade e segurança dos procedimentos incluídos no Rol, sem um amplo processo de ATS.</li> </ul>
<p>“Também é preciso destacar que num sistema mutualista como é o setor de planos de saúde, todos os custos de consultas, cirurgias, internações e demais atendimentos são repartidos entre os beneficiários e, dessa forma, é possível diluir as despesas, tornando-as viáveis para o consumidor. Assim, o grau de incerteza relacionado aos impactos econômicos da realização de procedimentos não previstos no rol atual trará como risco uma elevação dos reajustes a patamares superiores à capacidade de pagamento de beneficiários, mesmo em reajustes controlados pela ANS, como no caso dos planos individuais, podendo gerar a exclusão de um grupo de beneficiários do sistema de saúde suplementar.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprometimento de pilares básicos de funcionamento do Setor de Saúde Suplementar, entre os quais a previsibilidade, que se tem com as bases atuariais, e o mutualismo.</li> </ul>

### Quadro 1 – Possíveis impactos ao processo de incorporação de tecnologias de saúde

Fonte: Elaborado pelos autores do capítulo com base na Nota da ANS.<sup>42</sup>

<sup>42</sup> BRASIL, 2022e.

Como visto, o avanço do processo de incorporação de novas tecnologias ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, em razão da aprovação do Projeto de Lei nº 2.033/2022, será um dos grandes desafios ao Setor de Saúde Suplementar para as próximas décadas.

Em especial, destacam-se: (I) risco de se comprometer parâmetros clínicos de efetividade e segurança dos procedimentos incluídos no Rol, sem um amplo processo de ATS; e (II) comprometimento de pilares básicos de funcionamento do Setor de Saúde Suplementar, entre os quais a previsibilidade, que se tem com as bases atuariais, e o mutualismo.

Por fim, vale ressaltar que, desde a primeira edição do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, estabelecida por meio da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 10/1998, até 10 de novembro de 2022, foram incorporados 3.373 procedimentos como consultas, exames e tratamentos, além de medicamentos como antineoplásicos, imunobiológicos com indicações para tratamento de doenças inflamatórias, crônicas e autoimunes, como psoríase, asma e esclerose múltipla, e medicamento para tratamento da doença de Paget.

## Impactos na Saúde Suplementar

O presente capítulo buscou demonstrar alguns dos principais desafios com os quais o Setor de Saúde Suplementar irá se deparar nas próximas décadas, entre eles a alteração do perfil sociodemográfico e de saúde da população brasileira, as variações epidemiológicas e o avanço das novas tecnologias em saúde.

Segundo dados do IBGE,<sup>43</sup> observam-se importantes mudanças na composição etária brasileira para os próximos 20 anos, com aumento da expectativa de vida, acompanhada de um processo de queda nas taxas de natalidade.

Essas alterações na estrutura etária brasileira podem ser fatores de importantes mudanças para o setor, uma vez que predominantemente é composto por beneficiários vinculados a contratos coletivos empresariais.

O aumento das DCNTs é outro fator de alerta. Além delas, o Setor de Saúde Suplementar ainda deve ficar alerta com variações epidemiológicas como os surgimentos de surtos, epidemias e até mesmo pandemias, a exemplo do que ocorreu com a pandemia de Covid-19, que nos mostrou o quão frágeis são os sistemas de saúde frente a uma doença com acelerado processo de contágio e tamanha agressividade a determinados grupos com certas comorbidades.

Assim como a Covid-19, outras síndromes respiratórias agudas graves devem ser um fator de atenção, considerando o processo de envelhecimento da população.

O último tópico de estudo deste capítulo foi relacionado ao avanço das tecnologias em saúde em paralelo ao processo de incorporação destas tecnologias ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

<sup>43</sup> IBGE, 2010a.

Como visto, o avanço do processo de incorporação de novas tecnologias ao Rol, em razão da aprovação do Projeto de Lei nº 2.033/2022, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer hipóteses de cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, será um dos grandes desafios para o Setor de Saúde Suplementar nas próximas décadas.

Por fim, considerando-se a abrangência das temáticas objeto deste capítulo, entende-se que há um espaço para novos estudos e monitoramento das variáveis aqui descritas e seus possíveis impactos ao Setor de Saúde Suplementar para as próximas décadas.

## Referências

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1998. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm). Acesso em: 21 ago. 2022.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2000. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm). Acesso em: 21 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: MS, 2008. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 8). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_recomendacoes\\_cuidado\\_doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf). Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 439, de 3 de dezembro de 2018. Dispõe sobre processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2018. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/54733061/do1-2018-12-12-resolucao-normativa-rn-n-439-de-3-de-dezembro-de-2018-54733018](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/54733061/do1-2018-12-12-resolucao-normativa-rn-n-439-de-3-de-dezembro-de-2018-54733018). Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Histórico. **Portal ANS**, 23 jun. 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/quem-somos-1/historico>. Acesso em: 21 ago. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 470, de 9 de julho de 2021. Dispõe sobre o rito processual de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2021b. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDA2Mw==>. Acesso em: 21 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: MS, 2021c. Disponível em: <https://www.gov.br>

br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\_2030.pdf/#:~:text=Em%202019%2C%2054%2C7%25,condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20vida%20dos%20sujeitos. Acesso em: 23 ago. 2022.

BRASIL. Lei nº 14.307, de 3 de março de 2022. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da saúde suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2022a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2022/Lei/L14307.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14307.htm#art1). Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Rol da ANS é taxativo, com possibilidades de cobertura de procedimentos não previstos na lista. **Portal STJ**, 8 jun. 2022b. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/08062022-Rol-da-ANS-e-taxativo--com-possibilidades-de-cobertura-de-procedimentos-nao-previstos-na-lista.aspx>. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Planos de saúde de assistência médica já têm mais de 50 milhões de beneficiários. **Portal ANS**, 7 nov. 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/planos-de-saude-de-assistencia-medica-ja-tem-mais-de-50-milhoes-de-beneficiarios>. Acesso em: 18 nov. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Câmara aprova projeto que obriga planos de saúde a cobrir tratamentos fora do rol da ANS. **Agência Câmara de Notícias**, 3 ago. 2022d. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/901378-camara-aprova-projeto-que-obriga-planos-de-saude-a-cobrir-tratamentos-fora-do-rol-da-ans>. Acesso em: 19 ago. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nota da ANS Sobre aprovação de Projeto de Lei nº 2033/22 pela Câmara dos Deputados. **Portal ANS**, 4 ago. 2022e. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias-1/periodo-eleitoral/nota-da-ans>. Acesso em: 19 ago. 2022.

BRASIL. Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2022f.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O que é o Rol de Procedimentos e Evento em Saúde. **Portal ANS**, Espaço do Consumidor, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos>. Acesso em: 22 ago. 2022.

BUVINICH, M. R. **Ferramentas para o monitoramento e avaliação de projetos**. Brasília: Unicef Brasil, 1999. (Cadernos de Políticas Sociais, n. 10).

DIEGOLI, H. *et al.* **Atlas de Variação em Saúde Brasil**. São Paulo: Academia VBHC, 2022.

ENTENDA: o mutualismo e a relação com o mercado de seguros. **Moreira & Medeiros Administradora e Corretora de Seguros**, [s.d.]. Disponível em: <https://moreiraemedeiros.com.br/mutualismo/#:~:text=Trata%2Dse%20da%20operação%20pela,a%20atingir%20os%20seus%20objetivos>. Acesso em: 22 ago. 2022.

HISTÓRICO da pandemia de COVID-19. **Portal OPAS**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 21 ago. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação (2010-2060)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: [https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm\\_source=portal&utm\\_medium=popclock&utm\\_campaign=novo\\_popclock](https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock). Acesso em: 31 maio 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). **Razão de Dependência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: [https://dados.gov.br/dataset/cgeo\\_vw\\_razaodependencia#:~:text=Raz%C3%A3o%20entre%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20potencialmente,2010%20e%20Malha%20municipal%202010](https://dados.gov.br/dataset/cgeo_vw_razaodependencia#:~:text=Raz%C3%A3o%20entre%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20potencialmente,2010%20e%20Malha%20municipal%202010). Acesso em: 11 nov. 2022.

IEA – ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA. **Guia de Métodos de Ensino**. Raleigh: IEA, 1973.

MONTILLA, D. E. R. M. Noções básicas da epidemiologia. *In*: BORGES, A. P. A.; COIMBRA, A. M. C. (Orgs.). **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; EAD/ENSP, 2008. p. 134-148. Disponível em: [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_690106550.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_690106550.pdf). Acesso em: 21 ago. 2022.

OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. **Portal OPAS**, 30 jan. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 21 ago. 2022.

PEREIRA, S. D. **Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usados na Vigilância Sanitária**. São Paulo: [s.n.], 2007. Disponível em: [http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid\\_visita.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visita.pdf). Acesso em: 21 ago. 2022.

QUAL a diferença entre endemia, epidemia e pandemia? **Laboratório de Análises Clínicas Hilab**, 30 mar. 2022. Disponível em: <https://hilab.com.br/blog/pandemia-epidemia-endemia-e-surto-diferencas/#:~:text=Uma%20pandemia%20%C3%A9%20a%20dissemina%C3%A7%C3%A3o,a%20v%C3%A1rias%20regi%C3%B5es%20do%20planeta>. Acesso em: 21 ago. 2022.

REGULAMENTO Sanitário Internacional (RSI). **Portal OPAS**, [s.d.]. Disponível em: Acesso em: 21 ago. 2022.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. **WHO Website**, 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int>. Acesso em: 23 ago. 2022.

## Glossário

**Avaliação de Tecnologia de Saúde (ATS)** – processo contínuo e abrangente de avaliação dos impactos clínicos, sociais e econômicos das tecnologias em saúde, que leva em consideração aspectos como eficácia, efetividade, segurança, custos, entre outros, com objetivo principal de auxiliar os gestores em saúde na tomada de decisões quanto à incorporação, à alteração de uso ou à retirada de tecnologias em sistemas

de saúde.<sup>44</sup>

**Doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)** – caracterizam-se por um conjunto de patologias de múltiplas causas e fatores de risco, longos períodos de latência e curso prolongado. Além do mais, têm origem não infecciosa e podem resultar em incapacidades funcionais.<sup>45</sup>

**Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde** – garante e torna público o direito assistencial dos beneficiários dos planos de saúde, válida para planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, contemplando os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde, em cumprimento ao disposto na Lei nº 9.656, de 1998.<sup>46</sup>

---

<sup>44</sup> BRASIL, 2021b.

<sup>45</sup> BRASIL, 2008.

<sup>46</sup> BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O que é o Rol de Procedimentos e Evento em Saúde. **Portal ANS**, Espaço do Consumidor, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos>. Acesso em: 22 ago. 2022.

# CAPÍTULO 3

## POLÍTICAS INSTITUCIONAIS

**J. Antônio Cirino**



# POLÍTICAS INSTITUCIONAIS

## Objetivos

- Apresentar as políticas institucionais como importante instrumento para gestão dos hospitais por meio da definição de padrões de conduta e boas práticas organizacionais;
- Conectar o tema com o planejamento estratégico e a cadeia de valor da instituição;
- Instrumentalizar as unidades de saúde para o efetivo gerenciamento das políticas institucionais.

## Políticas institucionais para a governança corporativa

Políticas institucionais podem ser entendidas como uma declaração estratégica do posicionamento do hospital quanto ao que não deve ser realizado, riscos que precisam ser evitados e boas práticas que devem ser fortalecidas. Sendo assim, Oliveira<sup>1</sup> ensina que “política é um critério e parâmetro orientativo para o processo decisório dos executivos e demais profissionais (...)”.

Considerando que a governança corporativa é um “modelo de administração que, a partir das interações [entre *stakeholders*], proporciona a adequada sustentação (...), redução do nível de risco e maior efetividade da empresa ao longo do tempo”,<sup>2</sup> as políticas institucionais tornam-se essenciais para a construção dos fundamentos, alicerces e bases das organizações em todos os setores, realidade também no Setor Saúde.

Para a adequada decisão sobre a criação das políticas institucionais, estas precisam estar alinhadas a dois elementos estruturantes dos hospitais: planejamento estratégico e cadeia de valor. As políticas viabilizam a execução da estratégia, traduzindo em um documento orgânico – vivo e em transformação constante – como vamos alcançar os objetivos estratégicos da unidade de saúde. Por isso, tais objetivos podem se nivelar ao planejamento estratégico e, a cada atualização, é necessário analisar se novas políticas devem ser construídas para sustentar a busca por novos resultados.

Quanto à cadeia de valor, como esta apresenta “(...) combinações dos diferentes elementos que agregam valores aos clientes representados pelos fornecedores,<sup>3</sup> distribuidores e consumidores”, as políticas institucionais devem refletir integralmente os macroprocessos que geram valor aos clientes/*stakeholders* do hospital. Dessa forma, também estaremos conectados à gestão por processos, considerando que as políticas são uma documentação que padroniza, em nível estratégico, as práticas organizacionais.

Outro aspecto relevante quando abordamos as políticas institucionais é sua conexão também com as práticas de *compliance* e integridade da organização. Ao passo que as políticas apresentam padrões de

<sup>1</sup> OLIVEIRA, D. P. R. **Administração de processos**: conceitos – metodologia – práticas. São Paulo: Atlas, 2019. p. 303.

<sup>2</sup> *Ibidem*, p. 21.

<sup>3</sup> *Ibidem*, p. 46.

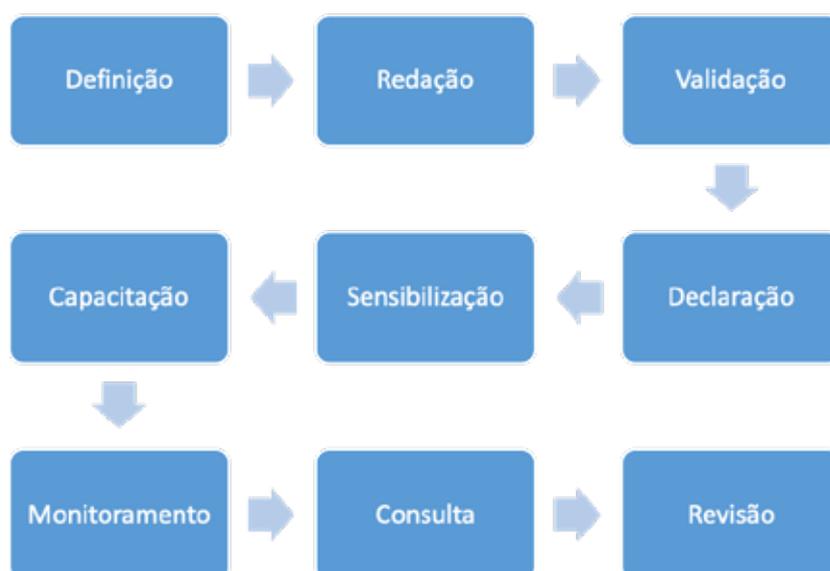
conduta sobre diversos temas, a exemplo do próprio Código de Conduta Ética e a Política de Segurança do Paciente, estes se tornam uma ação preventiva para a conformidade às legislações e às normas internas, firmando os requisitos e os formatos de condução para cada profissional e sua responsabilidade quanto à unidade de saúde. As políticas são um dos pilares principais de uma cultura de *compliance*, destacando sua presença nas práticas de “prevenção”.<sup>4</sup>

Nesse sentido, podemos destacar alguns benefícios da estruturação das políticas institucionais em um hospital:

- Formalizar a cultura organizacional por meio da definição das práticas recomendadas, não permitidas e que requerem atenção;
- Declarar o posicionamento do hospital sobre os temas que o envolvem;
- Mitigar condutas divergentes do propósito da unidade de saúde;
- Monitorar a execução das boas práticas associadas à cadeia de valor e ao cumprimento do planejamento estratégico;
- Documentar a inteligência organizacional, proporcionando um histórico evolutivo das ações e suas melhorias.

## Ciclo de vida das políticas institucionais

Para o adequado gerenciamento das políticas institucionais, recomenda-se um ciclo de vida possível, seguindo algumas etapas que proporcionam uma estruturação sólida das políticas e, respectivamente, seu gerenciamento para a melhoria dos resultados no dia a dia do hospital.



**Figura 1** – Ciclo de vida das políticas institucionais

Fonte: Elaborada pelo autor do capítulo.

<sup>4</sup> ASSI, M. **Compliance**: como implementar. São Paulo: Trevisan Editora, 2018.

O cumprimento desse ciclo de vida permite que as políticas sejam incorporadas à cultura organizacional e vivenciadas pelas equipes como um instrumento efetivo para padronização e conformidade das atividades no hospital. A seguir, detalhamos algumas recomendações que podem ser aplicadas em cada uma dessas fases.

## Definição

O processo de definição de quais políticas serão gerenciadas pelo hospital deve levar em conta algumas questões:

- Qual o perfil assistencial da unidade?
- Quais os macroprocessos definidos na cadeia de valor do hospital?
- Quais as práticas administrativas dessa unidade?
- A instituição é parte de algum grupo/rede que já tem um padrão de políticas definidas? Há flexibilidade para propor políticas complementares?
- Pretende buscar alguma ou já tem certificação/acreditação que possui requisitos que narram sobre políticas?
- Quais assuntos são sistêmicos para a organização e exigem padronização?

A partir desse levantamento inicial, é crucial aplicar uma matriz de priorização para a compreensão de quais serão as primeiras a serem trabalhadas pelo hospital, bem como verificar as que podem ser parte de uma grande política institucional ou um documento em nível tático. Para essa priorização, pode ser verificado:

- O impacto na assistência;
- A possibilidade de otimização de recursos;
- A conformidade a legislações;
- A atenção a requisitos de certificação/acreditação;

Segundo Assi,<sup>5</sup> “existe uma necessidade de buscarmos maior sinergia entre os principais responsáveis pela governança corporativa nas empresas e de determinar suas responsabilidades por meio de políticas (...)”. Ao definir a relação de políticas, recomenda-se a criação de um cronograma e atribuição de responsáveis por esse processo da política, levando em conta os objetivos estratégicos da organização para os prazos e o organograma/correlação temática com as políticas quanto a quais serão os condutores dessa atividade.

## Redação

Esse é um dos momentos que podem ser desafiadores, considerando que muitas pessoas não têm o hábito de escrever políticas todos os dias. Então, pode ser complexo, em um primeiro momento, até que se compreenda o perfil da redação e o formato mais adequado.

<sup>5</sup> ASSI, 2018, p. 33-34.

Para auxiliar nisso, a instituição pode padronizar a estrutura do documento, com tópicos minimamente necessários para serem pautados em todas as políticas, como, por exemplo, os conceitos, as formas de monitoramento do tema, a quem se aplica as informações da política, o que fazer, o que não fazer e o que devemos ter atenção.

Um acordo prévio de quais são os tópicos a compor a política é primordial para que a escrita seja direcionada aos assuntos corretos, evitando fugir do tema, validando esse sumário com os envolvidos. Essa é uma forma preventiva de evitar retrabalho.

Quanto ao perfil da redação, o texto deve ser objetivo, fluido e com uma linguagem compreensível a todas as partes interessadas. Algumas podem ser escritas em formato de tópicos, como os códigos de conduta, e outras em parágrafos completos. O mais importante é que se realize uma contextualização com referências conceituais para orientar sobre o tema e, posteriormente, pactuar quais são as medidas adotadas pela organização a respeito disso.

## Validação

Após a redação inicial, os elaboradores da política submetem o documento para as instâncias de revisão e aprovação. Na revisão, é importante que o setor que gerencia as políticas na unidade faça as contribuições e adequações necessárias, como conferir se: todos os requisitos do sumário foram atendidos; a formatação foi utilizada corretamente; não há textos sem a devida referência; os pontos redigidos são congruentes, evitando incoerências.

Depois dessas adequações, o documento segue para as instâncias de aprovação. Cada unidade possui uma estrutura hierárquica e as atribuições de responsabilidades, mas esse é um ponto em comum para todas: as políticas precisam ser validadas/promulgadas pela alta direção do hospital. É exatamente esse pertencimento estratégico que fará com que tenha maior adesão e engajamento de todos, com as corretas ações de sensibilização e capacitação que sugerimos a seguir.

Para essa validação, torna-se fulcral que a alta direção avalie o impacto de cada uma das questões padronizadas na política: o que será necessário implantar; o que precisará de investimentos; quais práticas teremos que rever na organização; ou seja, avaliar cada desdobramento para uma tomada de decisão segura. Uma política escrita deve ser seguida à risca; por isso, avaliar cada ponto que será promulgado evita incoerências e práticas que não serão cumpridas.

Caso existam pontos ainda a serem avaliados, o ideal é voltar para a etapa de elaboração, rever o que pode ser estruturado e retomar a etapa de aprovação após esses ajustes. Lembrando que as políticas podem ser revisadas periodicamente; por isso, algo que não entrou na primeira versão pode ser armazenado para seu uso no futuro, quando o hospital puder comportar essa prática idealizada.

## Declaração

Após a validação da política, chegamos à etapa de tornar pública a existência desse documento estratégico para o hospital. A declaração é um momento oficial para formalizar as práticas que foram

previstas na política institucional, proporcionando um marco temporal sobre a partir de quando esse padrão será exigido e incentivado para todos da organização.

Recomenda-se, quando possível, a participação dos *stakeholders* ou pelo menos de parte deles, que possam tornar-se multiplicadores do conhecimento. Para o momento da declaração, realizar a apresentação dos principais tópicos pautados no documento e oferecer o acesso/manuseio do material produzido.

Uma dica adicional é planejar essa ação utilizando estratégias comunicacionais, como a entrega de “mimos” que possam marcar a existência da política, formatar o documento dela de forma mais atrativa para leitura e criar vídeos/layouts para difundir e sensibilizar sobre o tema durante a reunião.

## Sensibilização

O momento de declaração já é um dos primeiros passos para a sensibilização de todos quanto à política institucional, mas não pode ser o único. A partir dali, devemos iniciar uma série de estratégias para tornar o tema presente no dia a dia dos *stakeholders*, os envolvendo e os engajando.

Uma das possibilidades é desenvolver um plano de comunicação focado na política, desde a sua declaração, passando por ações de sustentação e fortalecimento do tema, até consultas públicas com os públicos envolvidos sobre pontos a serem revisados. Sobre essas estratégias, recomendamos a leitura do capítulo “Comunicação” no volume 1 do Manual do Gestor Hospitalar.<sup>6</sup>

## Capacitação

Ademais à divulgação contínua, a política institucional precisa passar a integrar os mecanismos de desenvolvimento dos profissionais atuantes no hospital. Sendo assim, um plano de capacitação também deve ser elaborado com foco na apresentação dos conteúdos formalmente, com registro da capacitação e posterior avaliação de retenção e eficácia para checagem do conhecimento adquirido e aplicado.

A primeira oportunidade de contato com os novos colaboradores é o treinamento introdutório. As políticas são tópicos essenciais para constar nesse momento de preparação das pessoas que irão compor a equipe do hospital. Por isso, cada um dos assuntos deve ser transformado em treinamento, pontuando o que é mais importante e oferecendo a leitura do documento para fixação e complementação.

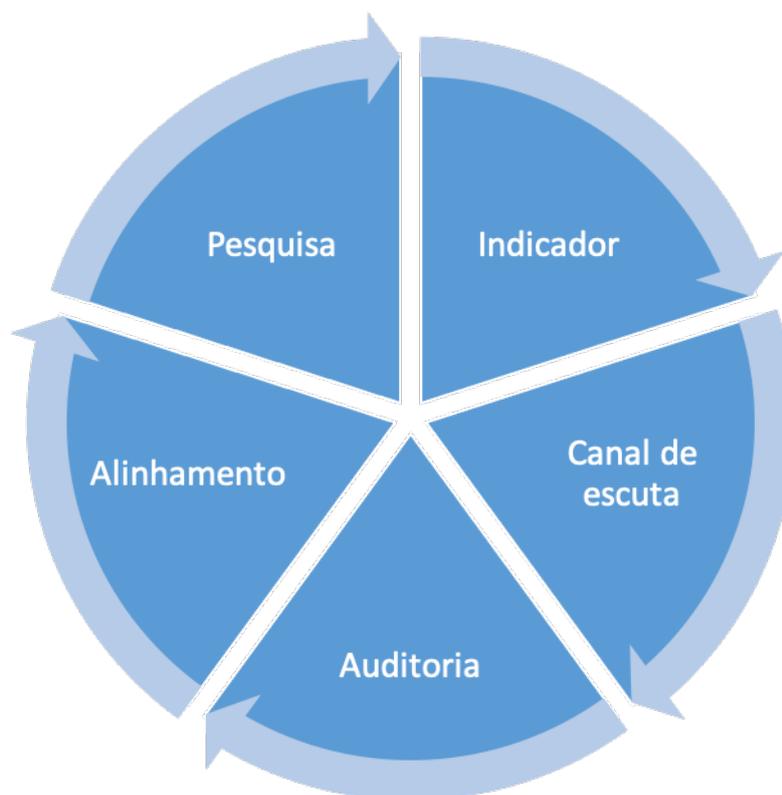
Após essa capacitação inicial, é imprescindível incluir os assuntos detalhados das políticas nas matrizes de treinamentos de cada cargo, selecionando o que seria mandatório para todos e para alguns, assim como os desejáveis para todos e para alguns. Com esses treinamentos realizados adequadamente, recomenda-se a realização da avaliação de retenção em ambos e uma avaliação de eficácia posterior, para aferir a aplicação prática desse conhecimento compartilhado.

---

<sup>6</sup> PRESTES, A. *et al.* (Orgs.). **Manual do Gestor Hospitalar**. Brasília: FBH, 2019. v. 1.

## Monitoramento

Um dos passos cruciais para o gerenciamento das políticas institucionais em um serviço de saúde é monitorar o desempenho desse documento estratégico. Isso pode ser realizado de várias formas, as quais apresentamos a seguir com algumas sugestões.



**Figura 2** – Estratégias para monitoramento das políticas institucionais

Fonte: Elaborada pelo autor do capítulo.

- **Indicador:** uma das formas mais diretas para acompanhar os resultados de uma política institucional é desenvolver novos ou associar indicadores já existentes às práticas das políticas. A reflexão aqui seria: quais métricas poderiam demonstrar se o tema discutido no documento está sendo cumprido ou não? Como verificar a conformidade ao assunto e sua efetividade? Não necessariamente precisamos sempre criar indicadores; alguns painéis de acompanhamento do hospital já existentes podem servir a esse propósito. Analise a base de dados para essa decisão;
- **Canal de escuta:** outra forma muito eficiente seria oportunizar um canal de escuta qualificada para uso dos stakeholders da política, visando acolher suas percepções quanto aos assuntos pertinentes. É mais comum essa disponibilização para Códigos de Conduta Ética, que costumam ter canais de denúncia ou mesmo políticas de segurança do paciente com a notificação dos eventos adversos. Além dessas, várias outras podem permitir que os envolvidos com a política se manifestem e deixem sua opinião para tratativas;
- **Auditoria:** também é possível transformar os assuntos da política em requisitos auditáveis, com foco em observar práticas, analisar evidências e entrevistar pessoas sobre seus compor-

tamentos para o acompanhamento da efetividade das políticas. Uma visita técnica da equipe de gerenciamento de resíduos contribui para a verificação da aplicação da política de gestão ambiental, por exemplo. Todas as políticas são auditáveis, por trazerem boas práticas a serem cumpridas;

- Alinhamento: para acompanhar o tema, também podemos estruturar reuniões padronizadas, com periodicidades predefinidas, para discutir criticamente os resultados das políticas e planejar as ações para a melhoria organizacional;
- Pesquisa: por fim, também podemos perguntar proativamente às pessoas sobre determinados assuntos, usando pesquisas de opinião, grupos focais e outras estratégias, como, por exemplo, nas políticas de comunicação, que podem averiguar o uso dos meios e canais de comunicação no dia a dia do hospital e usar esses resultados para melhoria do documento estratégico.

No item “Gerenciando as políticas institucionais” deste capítulo, tecemos algumas sugestões para as políticas recomendadas pela Acreditação ONA para contribuir com a jornada de estruturação desse tópico nos hospitais.

## Consulta

Como etapa desejável, propomos, também, a realização periódica, anual ou a cada dois anos de uma consulta pública para coletar sugestões das partes interessadas do hospital envolvidas com cada política ou com todas as políticas, caso seja disponibilizada apenas uma consulta coletiva. O foco aqui seria:

- Checar se os temas atuais estão coerentes com as práticas organizacionais;
- Coletar sugestões de assuntos ainda não contemplados para a próxima revisão;
- Motivar a discussão e a leitura do documento entre os que ainda precisam de reforço;
- Promover o engajamento e a participação de todos na construção e no gerenciamento das políticas.

Compilar esses retornos e estruturá-los de forma a contribuir com a próxima etapa é crucial para a clareza das ideias e propostas elucubradas.

## Revisão

Com as informações advindas do monitoramento das políticas e da consulta pública, será possível iniciar a etapa de revisão. Esse conteúdo alimentará os setores responsáveis de *insights* para saberem o que é importante adequar, pontos a serem melhorados e aquilo que ainda precisa de reforço. Durante a revisão, pode-se também buscar a melhoria da linguagem, clarificando a escrita e o uso de palavras que sejam mais bem compreendidas pelos públicos do documento.

A primeira versão de uma política é um “piloto”, um processo ainda inacabado carecendo de melhorias. Por isso, a primeira revisão pode acontecer em tempo menor ou igual a um ano, evitando algo mais distante disso para não perder as oportunidades de melhoria e aplicá-las na gestão do hospital. A partir daqui, reinicia-se o ciclo de vida da política, partindo, inclusive, para a decisão se a política deve ser mantida

ou obsoleta ou mesmo transformada em um novo tema. A reflexão contínua permitirá o fortalecimento da cultura organizacional.

## Gerenciando as políticas institucionais

Com base em algumas das políticas institucionais recomendadas pelo Manual da Organização Nacional de Acreditação (ONA) para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) de 2022-2026,<sup>7</sup> estruturamos algumas possibilidades de formas de monitoramento para que os hospitais possam se inspirar e refletir quanto à aplicação prática em sua realidade diária.

Política	Responsável	Monitoramento
<b>Política de gestão da qualidade</b>	Qualidade ou correlatos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião padronizada do Comitê ou Setor da Qualidade;</li> <li>• Percentual de implantação da gestão da qualidade;</li> <li>• Relatórios de auditoria interna e certificações/acreditações.</li> </ul>
<b>Política de comunicação</b>	Comunicação ou correlatos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa de efetividade dos canais e meios de comunicação;</li> <li>• Análise do <i>clipping</i> de notícias do hospital;</li> <li>• Índice de efetividade da divulgação institucional;</li> <li>• “Fale conosco” do <i>site</i>.</li> </ul>
<b>Política de gestão das informações</b>	Tecnologia da Informação e Prontuário ou correlatos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de efetividade da segurança da informação;</li> <li>• Canal para tratativa de incidentes relacionados à segurança da informação;</li> <li>• Reunião do Comitê de Segurança da Informação e Proteção de Dados;</li> </ul>

<sup>7</sup> ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual para organizações prestadoras de serviços de saúde – OPSS:** versão 2022-2026. São Paulo: ONA, 2021.

Política	Responsável	Monitoramento
<b>Política de gestão de pessoas</b>	Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estatísticas do setor de Recursos Humanos;</li> <li>• <i>Turnover</i>;</li> <li>• Informações das entrevistas de desligamento;</li> <li>• Canal de denúncias.</li> </ul>
<b>Política de gestão financeira</b>	Financeiro/Contábil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de execução orçamentária;</li> <li>• Índice de liquidez;</li> <li>• Canal de denúncias;</li> <li>• Índice de glosas;</li> </ul>
<b>Política de gestão ambiental</b>	Comissão de Sustentabilidade, Ambiental ou correlatos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião dos Comitês de Gerenciamento de Resíduos e Sustentabilidade;</li> <li>• Geração de resíduos por paciente-dia;</li> <li>• Taxa de reciclagem de resíduos;</li> <li>• Consumo de água e energia;</li> </ul>
<b>Política de gestão de fornecedores de serviços e produtos</b>	Logística, Aquisição ou correlatos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canal de denúncias;</li> <li>• Taxa de conformidade nas entregas;</li> <li>• Qualificação e avaliação de fornecedores.</li> </ul>
<b>Política de segurança do paciente</b>	Núcleo de Segurança do Paciente e/ou Qualidade ou correlatos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores e estatísticas de eventos adversos;</li> <li>• Canal de notificação de eventos adversos;</li> <li>• Auditoria clínica.</li> </ul>
<b>Política para atendimento de pacientes com dignidade</b>	Assistencial, Experiência do Paciente ou correlatos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestações em ouvidoria;</li> <li>• Canal de denúncias;</li> <li>• Dados de Experiência do Paciente.</li> </ul>
<b>Política de cuidados paliativos</b>	Assistencial ou correlatos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditoria clínica;</li> <li>• Reunião da Comissão de Cuidados Paliativos.</li> </ul>

**Quadro 1** – Exemplos de monitoramento das políticas institucionais

Fonte: Elaborado pelo autor do capítulo com base na lista de políticas recomendadas pela ONA<sup>8</sup>.

8 *Ibidem.*

Para o gerenciamento adequado das políticas institucionais, conforme discutido no tópico de “Monitoramento” no ciclo de vida, podemos utilizar algumas dessas estratégias para visualizar o que precisa ser melhorado ou que pode ser reforçado no dia a dia do hospital.

## Fortalecendo a cultura por meio das políticas institucionais

As políticas institucionais são um instrumento primordial para a gestão estratégica de um hospital, considerando o seu potencial transformador das práticas da organização e a possibilidade da melhoria dos resultados em médio e longo prazos.

Construir políticas é fortalecer a cultura dessa instituição, solidificar suas práticas em um documento e torná-lo vivo diariamente, sustentando as boas práticas e corrigindo os desvios de comportamento, conduta e processos. É essencial declarar políticas, gerenciá-las e revisá-las continuamente para a melhoria dos procedimentos empreendidos por esse hospital e para desenvolver os profissionais que ali atuam.

## Referências

ASSI, M. **Compliance: como implementar**. São Paulo: Trevisan Editora, 2018.

OLIVEIRA, D. P. R. **Administração de processos: conceitos – metodologia – práticas**. São Paulo: Atlas, 2019.

ONA – ORGANIZACAO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual para organizações prestadoras de serviços de saúde – OPSS: versão 2022-2026**. São Paulo: ONA, 2021.

PRESTES, A. *et al.* (Orgs.). **Manual do Gestor Hospitalar**. Brasília: FBH, 2019. v. 1.



# CAPÍTULO 4

## ÉTICA NA SAÚDE

Carlos Eduardo Gouvêa



# ÉTICA NA SAÚDE

## Objetivos

- Refletir sobre a importância da integridade no ambiente da saúde e o impacto causado por sua ausência;
- Apresentar o Instituto Ética Saúde e seu papel como indutor e promotor do *compliance* na cadeia de valor de saúde;
- Indicar os primeiros passos a serem adotados por um hospital na sua jornada para estruturar e implantar um programa de integridade.

## Reflexões sobre a ética no Brasil

Pouco mais de dois anos se passaram desde que o SARS-CoV-2, vírus causador da Covid-19, chegou ao Brasil, trazendo muita dor e desafios.

Segundo dados publicados em fevereiro de 2022 pelo Instituto de Pesquisa Aplicada (Ipea),<sup>1</sup> durante o período da pandemia, o brasileiro perdeu cerca de 4,4 anos de expectativa de vida. Ou seja, ao invés de vivermos os esperados 76,6 anos (média de 2019), vive-se, hoje, cerca de 72,2 anos. A razão é simples: morreram muito mais jovens (no auge da produtividade) do que se esperava. Aliado a isto, a decisão de muitos casais em postergar gravidezes planejadas trouxe também um grande impacto futuro no crescimento da mão de obra: a população em idade ativa (PIA) cairá de 136 milhões, em 2020, para 133 milhões, em 2035. Algumas destas mudanças poderão ser revertidas no longo prazo, porém no curto e no médio prazos, teremos uma pesada conta a pagar em várias áreas.

A grande pergunta que fica é: precisávamos estar nesta situação? Provavelmente não! Se, por um lado, fomos muito rápidos na formação de alianças para buscar soluções, houve também muita rapidez para a proliferação de desvios de condutas, fraudes, corrupção, nos diferentes níveis.

Do lado positivo, merece destaque a rapidez com que todo o Setor Saúde se organizou diante do apagão logístico e de suprimento do início de 2020, a fim de buscar alternativas para restabelecer linhas aéreas com a Ásia, por exemplo, contando inclusive com fretamentos de aeronaves para importação dos insumos básicos que se faziam urgentes, tais como respiradores, máscaras, testes de diagnóstico.

A sociedade civil organizada também fez o seu papel ao colaborar com programas de mapeamento das estruturas de vacinação em todo o país, contribuindo rapidamente com equipamentos e outros itens necessários para dar início à vacinação, tão logo os imunizantes estivessem aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e disponibilizados pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde.

<sup>1</sup> PANDEMIA reduz expectativa de vida no Brasil em 4,4 anos, diz especialista. **CNN Brasil**, 21 fev. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/pandemia-reduz-expectativa-de-vida-no-brasil-em-44-anos-diz-especialista/> Acesso em: 29 nov. 2022.

## 4. ÉTICA NA SAÚDE

O Legislativo federal, por sua vez, montou uma Comissão Especial Mista para o combate à Covid-19 e, de forma ininterrupta, procurou dar respostas céleres às mais diferentes necessidades que iam surgindo. E assim, tantos outros atores, como Anvisa,<sup>2</sup> Instituto Ética Saúde (IES),<sup>3</sup> Câmara Brasileira do Diagnóstico Laboratorial (CBDL),<sup>4</sup> Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed),<sup>5</sup> para citarmos alguns, vieram de forma criativa e colaborativa com boas propostas que foram paulatinamente implementadas.

Por outro lado, à medida que várias ações foram desenvolvidas para evitar burocracia e demora excessivas no acesso a suprimentos essenciais, como, por exemplo, a dispensa de licitações para itens relativos à Covid-19, possibilitada pela Lei nº 13.979/2020,<sup>6</sup> várias denúncias de desvios de conduta foram reportadas por diferentes canais e mesmo pela imprensa. Houve casos como respiradores comprados e jamais entregues ou máscaras vendidas por uma loja de vinhos por valores totalmente incompatíveis com a realidade de mercado. E eles não foram únicos. Nas várias esferas (União, estados e municípios), houve situações claras de corrupção, pagamento de propinas, falta de seguimento das regras mais básicas de um processo de compra. O que se viu foi um total abandono dos controles exigidos em licitações, por vários gestores.

Essa fotografia recente não é a única imagem de tantas que temos e que comprovam que corrupção na saúde mata, de fato. Há cerca de sete anos, todos se lembram de uma série de reportagens no programa “Fantástico” que comprovavam a ligação espúria de empresas do setor de implantáveis com profissionais de saúde – episódio conhecido na época como “Máfia das Próteses”.<sup>7</sup>

Na ocasião, todos ficaram chocados com uma prática disseminada por muitas regiões do Brasil: o profissional prescrevia determinado procedimento ou determinava a compra de um dispositivo específico em que ele teria direito a um percentual a título de comissão. O que havia iniciado em 10% já chegava a mais de 45% em determinadas marcas. Obviamente que esse incentivo passou a ser mais importante do que a própria remuneração que seria justa para o procedimento, sendo, por vezes, até mesmo desconsiderada pelo profissional. O paciente, neste quadro todo, era o que menos importava, assumindo, na realidade, o papel de vítima – pois, na maioria dos casos, recebia implantáveis dos quais sequer necessitava.

<sup>2</sup> BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portal Anvisa**, [s.d]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>. Acesso em: 16 nov. 2022.

<sup>3</sup> IES – INSTITUTO ÉTICA SAÚDE. **Portal IES**, [s.d]. Disponível em: [www.eticasaude.org.br](http://www.eticasaude.org.br). Acesso em: 16 nov. 2022.

<sup>4</sup> CBDL – CÂMARA BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO LABORATORIAL. **Portal CBDL**, [s.d]. Disponível em: [www.cbdl.org.br](http://www.cbdl.org.br). Acesso em: 16 nov. 2022.

<sup>5</sup> ABRAMED – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DIAGNÓSTICA. **Portal Abramed**, [s.d]. Disponível em: <https://abramed.org.br/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

<sup>6</sup> BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2020. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2020/Lei/L13979.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13979.htm). Acesso em: 16 nov. 2022.

<sup>7</sup> GLOBO. Máfia das próteses coloca vidas em risco com cirurgias desnecessárias. **Fantástico**, 4 jan. 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2015/01/mafia-das-protese-coloca-vidas-em-risco-com-cirurgias-desnecessarias.html>. Acesso em: 21 nov. 2022.

## Instituto Ética Saúde (IES)

Exatamente para combater esse cenário é que o IES foi criado em 2014, como um movimento voluntário de empresas liderado pela Associação Brasileira de Importadores e Distribuidores de Produtos para Saúde (Abraidi)<sup>8</sup> e pelo Instituto Ethos,<sup>9</sup> que culminou, em junho de 2015, com a assinatura de “Acordo Setorial – Importadores, Distribuidores e Fabricantes de Dispositivos Médicos”,<sup>10</sup> e, hoje, tem personalidade jurídica própria.

Esse pequeno passo na busca pela integridade foi essencial para mostrar que todo o Setor Saúde se beneficiaria de uma ação coordenada, que pudesse, ao mesmo tempo, apurar eventuais desvios de conduta e ilegalidades na cadeia de valor de saúde, ao dar voz para que os elementos mais frágeis pudessem denunciar, além de trabalhar incessantemente para levar informação e educação a todos, para que se promova de fato uma mudança profunda na sociedade.

Assim, com o propósito claro de lutar pela promoção de um ambiente de negócios mais ético na saúde no Brasil, o IES é atualmente uma sólida instituição, totalmente independente, que representa e traduz o anseio de todos os atores da cadeia de valor de saúde que repudiam e combatem as práticas antiéticas e oportunistas.

Em busca da sustentabilidade do sistema de saúde, por meio de conduta ética entre os atores em um ambiente de concorrência justa e transparente, o IES tem crescido ao contar com um sistema de governança bem estruturado: Conselho de Administração eleito entre os quase 200 associados (empresas do Setor Saúde: fabricantes, distribuidores, hospitais, laboratórios, entre outros), Conselho Consultivo (constituído por entidades representativas dos diferentes elos da cadeia de valor) e Conselho de Ética (composto por pessoas de destaque no terceiro setor e com notório saber, sem conflito de interesse).

Um dos grandes benefícios do IES foi conseguir trazer as várias entidades do setor, que, com a experiência e o conhecimento do seu próprio mercado, conseguem identificar os maiores riscos para a manutenção da integridade. A partir desta avaliação de riscos, é então possível propor Instruções Normativas que, como um grande instrumento de autorregulação deste mercado, ajudam a mitigar tais riscos e promover os necessários ajustes de curso. Além disso, como conselheiros, ajudam a nortear as ações do IES.

Aliás, como entidade de autorregulação, o instituto traz a possibilidade de rapidamente responder a novos desafios que se impõem ao correto e transparente funcionamento do mercado, seja por meio das informações de distorções e desvios de conduta que recebe por seu Canal de Denúncias, seja por informações coletadas em grupos formais para levantamento de riscos ou revisão periódica de suas Instruções Normativas.

<sup>8</sup> ABRAIDI – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE IMPORTADORES E DISTRIBUIDORES DE PRODUTOS PARA SAÚDE. **Portal Abraidi**, [s.d.]. Disponível em: [www.abraidi.com.br](http://www.abraidi.com.br). Acesso em: 16 nov. 2022.

<sup>9</sup> INSTITUTO ETHOS. **Portal Ethos**, [s.d.]. Disponível em: [www.ethos.org.br](http://www.ethos.org.br). Acesso em: 16 nov. 2022.

<sup>10</sup> IES – INSTITUTO ÉTICA SAÚDE. **Acordo Setorial – Importadores, Distribuidores e Fabricantes de Dispositivos Médicos**. São Paulo: IES, 2015. Disponível em: [https://eticasaude.org.br/files/Doc/Acordo\\_Setorial\(II\).pdf](https://eticasaude.org.br/files/Doc/Acordo_Setorial(II).pdf). Acesso em: 16 nov. 2022.

## 4. ÉTICA NA SAÚDE

Esse tipo de integração é a melhor resposta para uma ação coordenada e de grande impacto. Por esta razão, o IES, o Centro de Estudos em Ética, Transparência, Integridade e Compliance da Fundação Getulio Vargas (FGVethics),<sup>11</sup> a Controladoria-Geral da União (CGU)<sup>12</sup> e a Frente Parlamentar Ética Contra a Corrupção (FECC)<sup>13</sup> uniram esforços com a Coalizão Interamericana para Ética Empresarial,<sup>14</sup> o Diálogo Empresarial das Américas,<sup>15</sup> a International Anti-Corruption Academy (IACA)<sup>16</sup> e várias outras entidades para promover um evento que foi um grande marco no combate à corrupção na área da saúde.

O Fórum Virtual “Américas – Ética na Saúde”, que reuniu mais de 1.000 atores globais, regionais e locais, entre os dias 17 e 18 de agosto de 2021, foi um passo essencial para reforçar a integridade na saúde no continente,<sup>17</sup> tendo catalisado avanços significativos na preparação da 9ª Cúpula das Américas, ocorrida em junho de 2022, em Los Angeles.<sup>18</sup>

As principais partes interessadas do governo, do setor e da sociedade civil têm se reunido cada vez com mais frequência em eventos voltados para o reforço da ética e da integridade dos negócios nos sistemas de saúde ocidentais, fundamentais para um crescimento econômico resiliente e sustentável.

Esse grande esforço conjunto está simbolizado por meio da assinatura do “Marco de Consenso para Colaboração Ética”,<sup>19</sup> mecanismo de promoção de diálogo permanente e alinhamento entre os diferentes atores do Setor Saúde para promoção de práticas éticas, busca de soluções conjuntas para complexos dilemas éticos, antes que se transformem em graves problemas para o sistema de saúde. Dezenas de entidades atuantes no Setor Saúde – inclusive a Federação Brasileira de Hospitais (FBH)<sup>20</sup> – aderiram ao Marco de Consenso, estabelecendo, assim, padrões mínimos de conduta no combate à corrupção.

11 FGV – FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS. Centro de Estudos em Ética, Transparência, Integridade e Compliance. A Nossa Visão é um Mundo Mais Ético. **Portal FGVethics**, [s.d.]. Disponível em: <https://eaesp.fgv.br/centros/centro-estudos-etica-transparencia-integridade-e-compliance>. Acesso em: 16 nov. 2022.

12 BRASIL. Controladoria-Geral da União. **Portal CGU**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br>. Acesso em: 16 nov. 2022.

13 BRASIL. Câmara dos Deputados. **Frente Parlamentar Mista Ética Contra a Corrupção – FECC**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/deputado/frenteDetalhe.asp?id=53888>. Acesso em: 16 nov. 2022.

14 COALIZÃO INTERAMERICANA. **Portal Coalizão Interamericana**, [s.d.]. Disponível em: <https://interamericancoalition-medtech.org/ethics/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

15 DIÁLOGO EMPRESARIAL DAS AMÉRICAS. **Portal Diálogo Empresarial das Américas**, [s.d.]. Disponível em: <https://americasbd.org/index.html>. Acesso em: 16 nov. 2022.

16 IACA – INTERNATIONAL ANTI-CORRUPTION ACADEMY. **Portal IACA**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.iaca.int/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

17 FÓRUM VIRTUAL DAS AMÉRICAS. Reforçando a integridade na saúde nas Américas. **Portal Fórum Virtual das Américas**, 2021. Disponível em: <https://americaseticanasaude.splashthat.com/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

18 UNITED STATES. US Department of State. **Summit of the Americas**. [S.l.]: [s.d.]. Disponível em: <https://www.state.gov/summit-of-the-americas/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

19 IES – INSTITUTO ÉTICA SAÚDE. Marco de consenso brasileiro para a colaboração ética multissetorial na área de saúde. **Portal IES**, 2021. Disponível em: <https://eticasaude.org.br/Educacao/BibliotecaMarcoConsenso>. Acesso em: 16 nov. 2022.

20 FBH – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. **Portal FBH**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.fbh.com.br/>. Acesso em: 16 nov. 2022.



**Figura 1** – Marco de Consenso Brasileiro  
Fonte: IES, 2021.

### MARCO DE CONSENSO BRASILEIRO Para a Colaboração Ética Multissetorial na Área de Saúde

No dia 17 de agosto de 2021, em Brasília, os abaixo assinados, na qualidade de representantes de suas respectivas associações e entidades da Sociedade Civil (“Aderentes”), contando com o apoio e endosso de Órgãos Públicos e Autarquias que participam do Sistema de Saúde do Brasil, ACORDAM e RECONHECEM neste ato os seguintes princípios e normas que promovem o bem-estar e segurança do paciente.

#### Os Aderentes reconhecem:

- O papel fundamental que todos os Atores (e cada um individualmente) exercem no fortalecimento do Sistema de Saúde Brasileiro;
- A necessidade de que os distintos Atores da cadeia de valor da Saúde no Brasil interajam entre si, promovendo o bem-estar do Paciente;
- Que tais interações possam gerar eventuais conflitos de interesse que devem ser enfrentados adequadamente, mediante a adoção e implementação de Códigos de Ética;
- O Estatuto e as Instruções Normativas do Instituto Ética Saúde como norteadores para as ações de Compliance e Integridade, bem como outros princípios internacionais para conduta ética nos setores de Saúde, incluindo os Princípios de Bogotá para o Setor de Tecnologia Médica, os Princípios da Cidade do México para o Setor Biofarmacêutico e os Princípios Éticos nos Cuidados com Saúde (EPIHC) para prestadores de assistência à saúde, operadoras de saúde/pagadores e investidores;
- O papel que as boas práticas regulatórias, convergência regulatória, uso público e privado de normas internacionais e a primazia do respeito ao Estado de Direito têm em apoiar a administração pública de sistemas de saúde e mercados de forma transparente, participativa e efetiva.

#### Os Aderentes concordam em:

1. Promover relacionamentos colaborativos onde a transparência e a integridade prevaleçam entre os diferentes atores envolvidos no Sistema de Saúde, com foco no bem-estar do paciente;
2. Incentivar um melhor diálogo, confiança e respeito entre as organizações atuantes no setor de saúde;
3. Promover a concorrência ética, com preços justos e otimização dos recursos existentes, através de processos éticos em todo o ciclo de fornecimento e consumo;
4. Melhorar continuamente a integridade e a confiança nas organizações no Setor de Saúde;
5. Promover a confiança do público nas organizações do setor de saúde, demonstrando concretamente um compromisso compartilhado com a integridade e a ética;
6. Promover o desenvolvimento e adequada implementação de códigos de ética e sistemas de integridade pelas organizações do setor de saúde, consistentes com a legislação brasileira e as melhores práticas internacionais;
7. Promover a formalização das relações comerciais para refletir a realidade e propiciar a auditoria das interações entre os agentes;
8. Desenvolver programas de sensibilização, educação e treinamento sobre requisitos de conformidade específicos para o setor de saúde, incluindo códigos de ética, legislação e regulação, e outras normas de melhores práticas;
9. Promover o intercâmbio entre os atores para a harmonização e implementação dos diferentes códigos de ética, códigos de conduta e outros sistemas de integridade;
10. Promover as boas práticas regulatórias, convergência regulatória, uso público e privado de normas internacionais e Estado de Direito para avançar com transparência e integridade;
11. Valorizar condutas, organizações e profissionais éticos;
12. Desenvolver e promover mecanismos para capacitar organizações para rastrear e verificar irregularidades (responsabilização);
13. Desenvolver e promover mecanismos para a justa, rápida e eficaz responsabilização por desvios éticos e legais, respeitados a ampla defesa e o contraditório;
14. Alinhar nossas políticas e práticas com este Marco de Consenso, observando todos os seus princípios e atividades, incluindo educação, treinamento, pesquisa, posicionamento, compras, alocação de recursos e formulação de políticas;
15. Comprometer-se para que estes princípios sejam a base para colaboração e interação dentro do setor de saúde e entre a área de saúde e outros setores relacionados, incluindo assistência social, assistência aos idosos, serviços para deficientes, dentre outros; e
16. Revisar estes compromissos anualmente, após sua assinatura.

**Figura 2** – Obrigações dos aderentes conforme Marco de Consenso Brasileiro

Fonte: IES, 2021.

## Canal de Denúncias

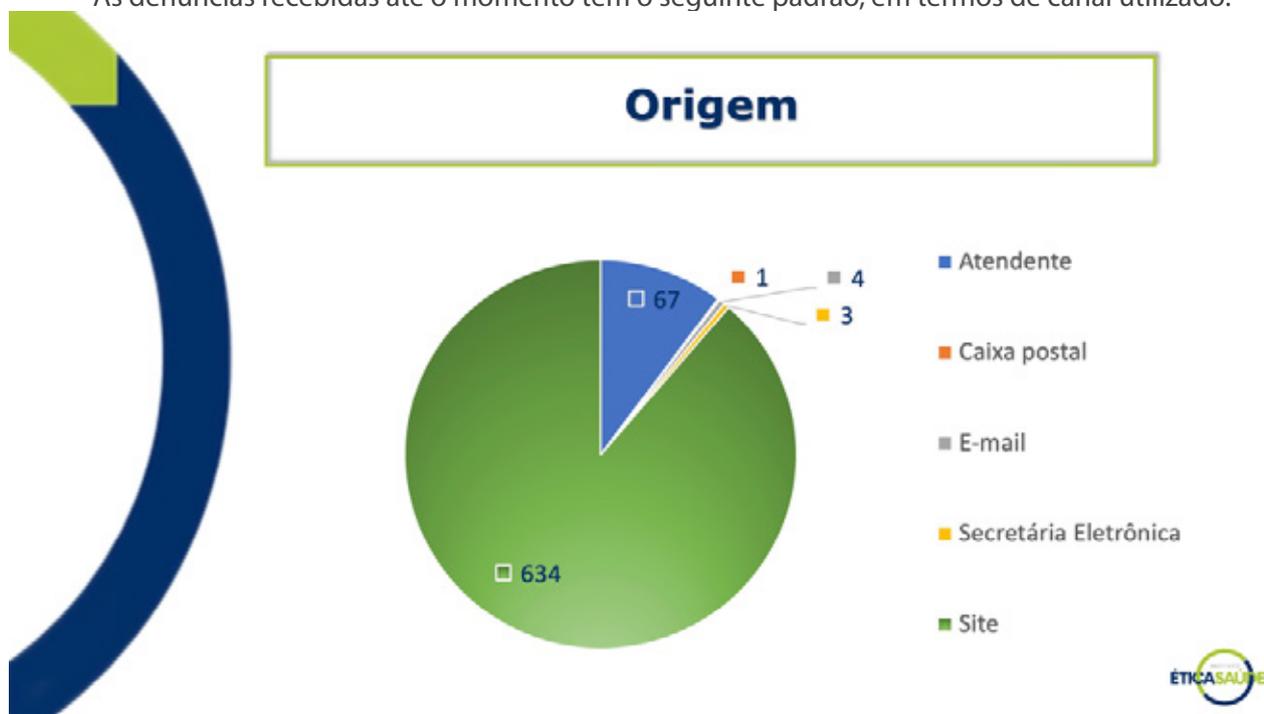
Administrado por uma entidade externa, o Canal de Denúncias do IES já recebeu mais de 700 denúncias, envolvendo cerca de 1.313 denunciados, entre empresas, hospitais, órgãos públicos, profissionais de saúde ou mesmo operadoras.

O Canal tem condição de receber toda e qualquer denúncia que chegue, via *e-mail*, telefone, carta ou pelo *site*, de forma anônima ou identificada. Qualquer denúncia que seja processada receberá um código para que o denunciante possa acompanhar toda a sua jornada, sendo possível, inclusive, juntar documentos ou evidências adicionais, caso demandado.

Sempre que a denúncia envolver um associado (até o momento, cerca de 10% das denúncias estavam ligadas a um associado do IES),<sup>21</sup> ela será encaminhada ao Conselho de Ética, onde será designado um relator e será dada a oportunidade ao denunciado apresentar sua defesa no momento oportuno.

Contudo, para toda e qualquer situação que envolva um possível ilícito, crime ou mesmo empresas que não forem associadas, tal denúncia será encaminhada a um órgão de controle com o qual o IES tem acordo de cooperação firmado, para que o devido processo legal de investigação possa acontecer e por quem tenha poder de polícia. No momento, o IES possui acordos vigentes com a CGU, o Tribunal de Contas da União (TCU), o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade), entre outros.

As denúncias recebidas até o momento têm o seguinte padrão, em termos de canal utilizado:



**Figura 3** – Denúncias conforme canal utilizado

Fonte: IES.

Obs.: período entre junho de 2015 e agosto de 2022.

21 Portal IES ([s.d.]).

## 4. ÉTICA NA SAÚDE

Até agosto de 2022, foram cerca de 700 denúncias, que envolveram vários atores em cada uma delas, chegando a 1.313 denunciados.

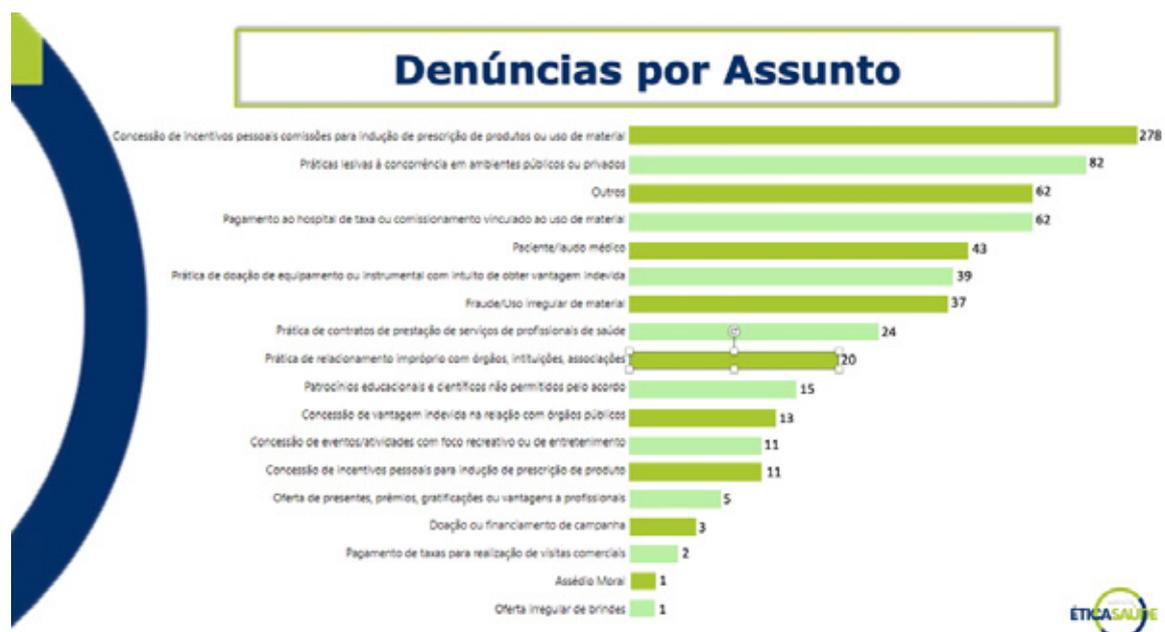


**Figura 4** – Categorias de denunciados

Fonte: IES.

Obs.: período entre junho de 2015 e agosto de 2022.

Em relação aos temas denunciados, os mais comuns são relativos ao processo de prescrição de produtos ou procedimentos incentivados por meio de comissão ou outro benefício; e práticas lesivas à concorrência ou mesmo o pagamento de taxas ou comissionamento ao hospital por conta de uso de material.



**Figura 5** – Temas denunciados

Fonte: IES.

Obs.: período entre junho de 2015 e agosto de 2022.

Como se percebe, o Canal de Denúncias, se bem utilizado, pode trazer material riquíssimo para os ajustes necessários do mercado, de forma rápida e efetiva, em uma organização de autorregulação como o IES, com a constante atualização ou aprimoramento das Instruções Normativas existentes. Como estas Instruções têm efeito vinculante para todos os associados, tal mecanismo é extremamente eficiente e pode se manter totalmente atualizado com a realidade do mercado.

O fato que precisa ser trabalhado é o incentivo às pessoas para que denunciem, o que ainda acontece de maneira muito tímida. Trata-se de uma questão cultural, mas que pode ser alterada mediante campanhas educativas, como, por exemplo, a campanha “Ética não é Moda! Ética é Saúde!”.<sup>22</sup>

## Setor de hospitais

A matéria-prima para novas Instruções Normativas não vem apenas de denúncias. Por viverem a realidade do setor em seu dia a dia, as entidades representativas dos segmentos acompanham muito de perto o que acontece naquele elo específico da cadeia e podem trazer uma imagem dos principais problemas.

Dessa forma, assim como tem sido feito por diferentes segmentos, o Grupo de Trabalho constituído pelo IES para levantamento de riscos no setor de hospitais apontou alguns desvios muito comuns ainda hoje e que merecem uma atenção por parte de todos para a eliminação ou a mitigação, tornando o ambiente mais competitivo e justo.

Alguns dos pontos levantados neste trabalho de análise de risco e recebidos por meio do Canal de Denúncias – exemplos de situações que acontecem ou podem acontecer e que, portanto, deveriam ser objeto de ações de mitigação – foram:

Fatos Apurados	Modalidade	Detalhes
<b>Exigência de ocultação de desconto financeiro na nota fiscal emitida à fonte pagadora</b>	<b>Fraude Contábil e financeira</b>	Conluio entre hospitais e seus fornecedores visando à obtenção de pagamento a maior a ser feito pelos planos de saúde, por meio da ocultação, nas notas fiscais emitidas, dos descontos negociados.

<sup>22</sup> ÉTICA Não é Moda! Ética é Saúde. Campanha #EticaNaoeModa. **Portal Ética Não é Moda! Ética é Saúde**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.eticanaoemoda.org.br/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

## 4. ÉTICA NA SAÚDE

Fatos Apurados	Modalidade	Detalhes
<p><b>Demanda em face de fornecedores/distribuidores quanto ao recebimento de benefícios e/ou contribuições/patrocínios, em contrapartida à manutenção da relação comercial.</b></p>	<p><b>Conflito de interesses</b> <b>Antitruste e concorrência desleal</b> <b>Aderência às regras</b></p>	<p>Aliciamento/cobrança indevida, em face de empresas parceiras (fornecedores/distribuidores), referente ao patrocínio de eventos (por exemplo, festas e campanhas), à disponibilização gratuita de brindes (por exemplo, pastas, bolsas, canetas, computadores portáteis, tablets etc.), bem como à concessão de outros benefícios em favor do hospital, em contrapartida à manutenção da relação comercial contratada. Muitas vezes, os hospitais solicitam brindes para, por exemplo, serem distribuídos ao corpo clínico em datas festivas.</p>
<p><b>Cobrança de “taxas de visitas”</b></p>	<p><b>Fraude</b> <b>Aderência às regras</b></p>	<p>Hospitais, clínicas ou profissionais de saúde que cobram taxas, consultas ou quaisquer valores para que representantes de fornecedores sejam recebidos.</p>
<p><b>Falta de transparência quanto aos produtos utilizados em cirurgia, impedindo a sua rastreabilidade por parte do próprio usuário (paciente).</b></p>	<p><b>Aderência às regras</b></p>	<p>Há hospitais que não disponibilizam a seus pacientes o acesso às etiquetas dos produtos utilizados em suas cirurgias. Da mesma forma, não lhes fornecem todas as informações necessárias acerca dos materiais implantados e/ou utilizados, impedindo inclusive a rastreabilidade.</p>
<p><b>Demanda por retenção irregular do faturamento de notas fiscais.</b></p>	<p><b>Fraude</b> <b>Contábil e financeiro</b></p>	<p>Determinados hospitais adotam a prática de exigir dos fornecedores o atraso (em média de até 120 dias) no faturamento dos insumos fornecidos referentes às cirurgias. O regular faturamento, com a consequente emissão da nota fiscal, embora deva ocorrer no momento da apuração do efetivo consumo dos materiais utilizados (ocorrida após a realização do ato cirúrgico), acaba sendo irregularmente protelado, por solicitação dos hospitais. Nessas ocasiões, é exigido aos distribuidores que procedam à emissão da nota fiscal com atraso, na intenção de protelar o pagamento.</p>

Fatos Apurados	Modalidade	Detalhes
<b>Percentual de venda para funcionário do hospital.</b>	<b>Corrupção</b> <b>Fraude</b>	Foi identificada a prática em que funcionários do hospital exigem o recebimento de comissões sobre o valor do(s) produto(s) e/ou serviço(s) adquirido(s)/fornecido(s), e que, em sendo negado tal pagamento, passam a ser impostas retaliações contra o fornecedor.
<b>Realização fraudulenta de glosa de nota fiscal, com a finalidade de mera retenção do faturamento.</b>	<b>Fraude</b> <b>Contábil e financeiro</b>	Foi identificada a prática em que serviços de saúde utilizam a glosa total ou parcial (termo que se refere à contestação de pagamentos) de maneira fraudulenta, com a finalidade exclusiva de adiar ou impedir o faturamento ou a cobrança por produtos ou serviços.
<b>Descontrole de posse, perda e quebra de produtos.</b>	<b>Aderência às regras</b>	Foi detectada uma grande incidência de equipamentos, produtos e materiais de terceiros em posse de serviços de saúde, sem a devida contratualização da referida posse, transferência, manutenção, guarda e/ou transporte, por meio da emissão da nota fiscal correspondente. Como resultado, observa-se uma forte ausência de controle sobre tais ativos, tanto por parte do proprietário quanto do serviço possuidor, bem como a ocorrência de perda, desvio, disfunção e danificação destes produtos e equipamentos, sem a devida responsabilização institucional ou pessoal.
<b>Acordos informais de fornecimento/empréstimo de equipamentos/materiais, em prejuízo da livre concorrência. Comodato de equipamentos e materiais sem a devida formalização.</b>	<b>Aderência às regras</b> <b>Antitruste e concorrência desleal</b> <b>Contábil e financeiro</b> <b>Tributário e fiscal</b>	Celebração informal de acordos de fornecimento e/ou empréstimo de equipamentos/materiais, conduzindo ao irregular direcionamento da utilização exclusiva de um determinado produto em detrimento dos demais concorrentes, com evidente afronta à livre concorrência. Contratação informal de comodato de equipamentos e materiais sem observância da Sinief 11. <sup>23</sup>

23 BRASIL. Ministério da Economia. Conselho Nacional de Política Fazendária. Ajuste Sinief nº 11, de 7 de abril de 2022. Altera o Ajuste Sinief nº 7/05, que institui a Nota Fiscal Eletrônica e o Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 abr. 2022.

## 4. ÉTICA NA SAÚDE

Fatos Apurados	Modalidade	Detalhes
<b>Comodato de equipamentos essenciais para a atividade dos serviços de saúde não relacionados a instrumental.</b>	<b>Fraude Antitruste e concorrência desleal</b>	Empréstimos de equipamentos, como bisturis elétricos, arcos cirúrgicos, monitores cardíacos etc., sem relação com a especialidade atendida pela empresa, em troca de suposta exclusividade na utilização de produtos sujeitos a reembolso pelo sistema público, pacientes ou operadoras de planos de saúde – como forma sub-reptícia de financiamento por estes da infraestrutura hospitalar remunerada sob outras rubricas
<b>Contratos de consignação de produtos cirúrgicos com fornecedores sem a devida formalização.</b>	<b>Aderência às regras Tributário e fiscal</b>	Contratação informal de consignação de produtos cirúrgicos sem observância da Sinief 11. <sup>24</sup>
<b>Deixar de observar obrigação imposta em norma regulatória referente à limpeza/desinfecção/esterilização de produtos para saúde (materiais/equipamentos).</b>	<b>Aderência às regras Regulamentar</b>	Conforme definido em norma regulatória (RDC 15 da Anvisa), <sup>25</sup> recai sobre o hospital a responsabilidade quanto à limpeza/desinfecção/esterilização de produtos para saúde (materiais/equipamentos). Apesar disso, vários hospitais determinam que os instrumentadores contratados por seus distribuidores realizem a limpeza/desinfecção/esterilização de tais materiais/equipamentos, função que não lhes cabe. Os distribuidores, por sua vez, não podem retirar do estabelecimento hospitalar os materiais e equipamentos mencionados, sem que haja o adequado preparo e higienização. Os hospitais, portanto, estão impondo de forma irregular restrições aos distribuidores, dificultando o processo em questão. Exemplo: hospitais que deixam de esterilizar corretamente a caixa de parafusos.

<sup>24</sup> *Ibidem.*

<sup>25</sup> BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

Fatos Apurados	Modalidade	Detalhes
<p><b>Programas de benefícios e prêmios aos médicos.</b></p>	<p><b>Conflito de interesses</b></p>	<p>Hospitais adotam programas de benefícios que, entre outros critérios, premiam médicos pelo volume de exames, cirurgias e internações que realizam. Quanto mais procedimentos, mais pontos os médicos ganham na avaliação. O médico que soma mais pontos consegue mais reputação dentro do hospital e privilégios como presentes, descontos em exames para ele e seus familiares e prioridade no uso do centro cirúrgico (que deveria ocorrer, na verdade, em decorrência da urgência do paciente).</p>
<p><b>Contratação/utilização irregular de instrumentadores.</b></p>	<p><b>Aderência às regras</b> <b>Regulamentar</b> <b>Trabalhista</b> <b>Alvarás e licenças</b></p>	<p>Verificam-se, em diversos casos, problemas de irregularidade, inclusive quanto à observância da legislação trabalhista, sanitária e de regulamentação profissional, na contratação de instrumentadores por parte dos distribuidores para realizarem atividades dentro de centros cirúrgicos sem vínculo ou subordinação técnica com o serviço de saúde.</p>
<p><b>Cobrança irregular de taxas de prestação de serviços.</b></p>	<p><b>Fraude</b> <b>Tributário e fiscal</b> <b>Aderência às regras</b></p>	<p>Cobrança de taxas de prestação de serviços, por parte dos hospitais, aos fornecedores, tais como “taxas de armazenamento”, “taxas de conferência”, “taxas de risco operacional”. Cobranças realizadas para formalizar incentivos financeiros vedados pela Instrução Normativa nº 8 com base no montante dos valores das notas fiscais de venda de materiais, órteses e próteses, sem a devida emissão de notas de prestação de serviços. Ausência de uma tabela transparente de valores a serem cobrados, desvinculada dos valores relativos às notas fiscais de venda.</p>

## 4. ÉTICA NA SAÚDE

Fatos Apurados	Modalidade	Detalhes
<b>Ausência de procedimento padrão para definição de fornecedores de serviços, equipamentos e materiais.</b>	<b>Conflito de interesses</b> <b>Aderência às regras</b> <b>Antitruste e concorrência desleal</b>	Ocorrência de ajustes/acordos irregulares entre médicos e distribuidores, em que os profissionais de saúde realizam as escolhas de fornecedores de produtos e serviços não fundamentadas em razões técnicas ou de mercado (melhor custo-benefício), em detrimento da livre concorrência e do melhor interesse do paciente.
<b>Atos de corrupção por parte de funcionários do hospital.</b>	<b>Corrupção</b> <b>Fraude</b>	Determinados procedimentos, a exemplo da liberação de entrada de produtos no hospital, bem como a questão da limpeza/esterilização de equipamentos, entre outros, são, muitas vezes, “facilitados” quando há o pagamento de um percentual de comissão a determinado(s) funcionário(s) do hospital (propina). Há ocasiões, inclusive, em que o funcionário do hospital, por haver recebido propina de determinada distribuidora, impede que seja realizada a esterilização de um equipamento/material da distribuidora concorrente, valendo-se de tal justificativa para recorrer ao uso do material/equipamento fornecido pela empresa que lhe beneficiou com o pagamento da propina.
<b>Confidencialidade das informações dos pacientes.</b>	<b>Aderência às regras</b> <b>Civil</b>	Ocorrência de vazamento de informações dos pacientes, obtidas por meio dos serviços de saúde, por parte de indústrias/distribuidores. Verifica-se que indústrias/distribuidores, muitas vezes, utilizam e/ou comercializam informações dos pacientes, obtidas sem prévio consentimento/autorização.

### Quadro 1 – Riscos levantados no setor

Fonte: Elaborado pelo autor do capítulo com base no IES.

O levantamento de riscos existentes é apenas indicativo de alguns dos problemas encontrados. Não é taxativo nem significa que é a realidade predominante em todo o território nacional. O fato é que indica que há sim muito espaço a avançar para que tenhamos um ambiente propício à integridade e com condições justas que permitam o atendimento ao paciente com o menor custo possível, de forma correta e sustentável.

Um quadro resumido de boa parte dos riscos, desvios e práticas encontrada no Setor Saúde foi elaborado pelo assessor jurídico e de *compliance* do IES, Rodrigo Alberto Correia da Silva, a partir da publicação “*Fighting corruption in the health sector methods, tools and good practices*”, do United Nations Development Programme (UNDP).<sup>26,27</sup>



**Figura 6 – Fragilidades no Setor da Saúde**

Fonte: Adaptada por Rodrigo Correia da Silva com base em Hussmann, 2010.

Por essa razão, as revisões dos riscos – seja pela avaliação das denúncias recebidas, seja pelo trabalho dos Grupos de Trabalhos formados – têm que ser feitas periodicamente, de tal forma que as Instruções Normativas sejam uma resposta correta e atual para os riscos existentes naquele momento.

<sup>26</sup> MATSHEZA, P.; TIMILSINA, A. R.; ARUTYUNOV, A. **Fighting corruption in the health sector: methods, tools and good practices.** New York: UNDP, 2011.

<sup>27</sup> HUSSMANN, K. **How-to-note: addressing corruption in the health sector.** London: DFID, Nov. 2010. (A DFID Practice Paper). Disponível em: [www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/How-to-Note-corruption-health.pdf](http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/How-to-Note-corruption-health.pdf). Acesso em: 16 nov. 2022.

### Programas de integridade

Exatamente para prevenir que os riscos acima apontados aconteçam é que toda e qualquer empresa deveria ter o seu programa de integridade (ou de *compliance*), além de ser a base para uma economia sustentável em um ambiente de concorrência leal e justa. Atualmente, há a previsão na Lei nº 14.133/2021<sup>28</sup> – Lei Geral de Licitações e Contratos – de que, em caso de licitações acima de determinado valor, será exigida a comprovação de que a empresa vencedora do certame tenha o seu programa de integridade devidamente implementado. Obviamente que tal determinação provocará um efeito cascata muito positivo, pois todo o mercado irá se preparar para tanto, dentro da dinâmica de cadeia de valor – fornecedores e clientes –, todos com o conceito devidamente conhecido e aceito em suas trocas comerciais.

Nesse sentido, além de incentivar os membros de seu Conselho Consultivo e todos os demais signatários do Marco de Consenso para a Colaboração Ética Multisetorial na Saúde a promover a difusão do conceito, bem como a promover meios para que as empresas associadas a cada uma destas entidades adotem e implementem os seus próprios Programas, o IES desenvolveu, durante nove meses, em conjunto com E&Y, KPMG, Deloitte, PwC e Grant Thornton (que foram participantes voluntárias do Comitê de Idealização, Criação e Direção), um programa de avaliação do nível de maturidade dos sistemas de integridade para apoiar os associados ao longo do caminho da implementação e aperfeiçoamento de seu sistema de conformidade (*compliance*) interno e desenvolvimento corporativo por meio de ética e sustentabilidade.

Como objetivos, o QualIES busca melhorar o tratamento de situações de risco no mercado da saúde, reduzindo os riscos de corrupção e suborno, e incentivar os associados a cumprirem as Instruções Normativas do IES, bem como implementarem e aprimorarem seus programas de integridade de forma a difundir a ética no mercado de saúde.

Tal certidão funciona como uma comprovação tanto para apresentação a um cliente, eximindo da necessidade de uma inspeção para fins de avaliação de fornecedores, quanto como ferramenta para aumentar a atratividade de um distribuidor junto a potenciais novas empresas a serem representadas. Este tipo de instrumento diminui o custo de acesso a avaliações de maturidade, ao tornar todo o processo mais objetivo e transparente, reduzindo-se, inclusive, o tempo que antes seria necessário para uma auditoria. É a democratização do acesso, já que qualquer empresa pode de fato implementar o seu programa e ser avaliada, mesmo sendo uma microempresa ou empresa de pequeno porte.

O programa, que é facultativo para os associados ao IES e está totalmente alinhado com as Instruções Normativas que servem como um guia em relação à estrutura e ao conteúdo de suas políticas de integridade e procedimentos de conformidade, classificará a maturidade dos sistemas de integridade dos associados em um nível de 1 a 5, de acordo com critérios objetivos e testes padronizados desenvolvidos pelo IES, em cooperação com as empresas avaliadoras homologadas.

<sup>28</sup> BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2021. Disponível em: [https://planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2021/Lei/L14133.htm](https://planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14133.htm). Acesso em: 16 nov. 2022.

As empresas avaliadoras, assim como outras que participarão no futuro do Programa QualIES, têm três funções:

1. Desenvolvimento e aprimoramento contínuo do programa como membro do Comitê;
2. Consultores de implementação e maturidade para os associados do IES;
3. Avaliadores de maturidade do sistema de integridade dos associados de acordo com os padrões do programa.

Os níveis de maturidade do programa de integridade dos associados, obtidos após a avaliação feita pelas empresas homologadas dentro do Programa QualIES, serão divulgados em uma certidão emitida e fornecida pelo IES mediante solicitação exclusiva do próprio membro participante, de forma a valorizar e mostrar o seu comprometimento com os padrões de maturidade mais elevados da atualidade. Assim, o programa visa fomentar a evolução dos sistemas de integridade das empresas associadas, alterando a dinâmica atual do mercado, que passará a valorizar as empresas com altos níveis de maturidade.

As áreas que serão foco de avaliação são basicamente: gestão, políticas e procedimentos; treinamento; terceiros e parceiros de negócios; monitoramento e auditoria; registros contábeis e teste de transação; e, finalmente, canal de denúncia.



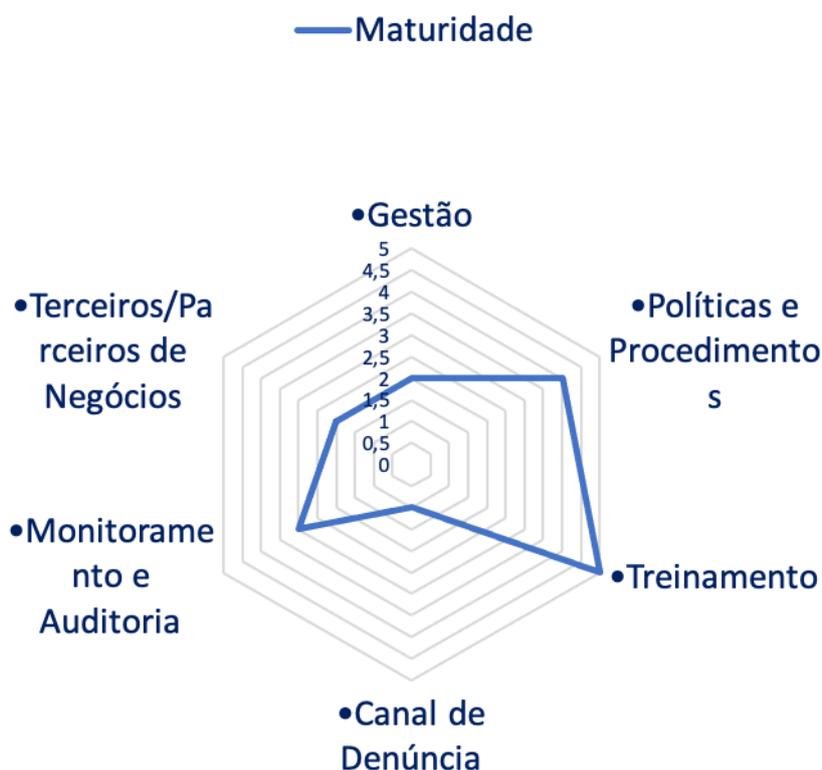
**Figura 7** – Áreas foco do QualIES

Fonte: IES.

Como resultado, haverá a devolutiva para a empresa de como está a sua situação (relatório de conformidade) em relação às Instruções Normativas do IES, de forma a permitir claramente a busca de melhorias no processo e no programa, incentivando-se, assim, o Setor Saúde como um todo a se aperfeiçoar.

Abaixo, o exemplo gráfico de uma avaliação que permite saber com facilidade onde estão os pontos de melhoria para que a evolução continue a ocorrer.

### Relatório do associado



**Figura 8** – Modelo de Avaliação do QualIES

Fonte: IES.

Mais detalhes sobre o programa poderão ser encontrados em:

- Resolução nº 001, de 12 de março de 2019<sup>29</sup> – dispõe sobre o QualIES, Programa de Avaliação do Nível de Maturidade do Sistema de Integridade das Empresas Associadas ao IES;
- Resolução nº 002, de 12 de março de 2019<sup>30</sup> – dispõe sobre a implementação da certidão a ser emitida pelo IES;

<sup>29</sup> IES – INSTITUTO ÉTICA E SAÚDE. Conselho de Administração. **Resolução nº 001, de 12 de março de 2019.** Dispõe sobre o QUALIES, Programa de Avaliação do Nível de Maturidade do Sistema de Integridade das Empresas Associadas ao Instituto Ética Saúde (“IES”). São Paulo: IES, 2019a.

<sup>30</sup> IES – INSTITUTO ÉTICA E SAÚDE. Conselho de Administração. **Resolução nº 002, de 12 de março de 2019.** Dispõe sobre a implementação e regulamentação da certidão a ser emitida pelo IES. São Paulo: IES, 2019b.

- Comunicado nº 1/2019, de 12 de março de 2019<sup>31</sup> – aprova o Modelo de Relatório de Diagnóstico de Maturidade do Programa de Integridade das empresas associadas ao IES, nos termos do Acordo de Cooperação Técnica firmado entre a empresa homologada e o IES, e no marco do Programa QualIES.

## O programa na prática

Como se pode ver, desenvolver e implementar um programa de integridade próprio é imperativo para toda e qualquer organização, principalmente um hospital. Na realidade, toda a cadeia de valor deverá estar devidamente preparada para esta nova realidade.

Assim, como não se trata de um produto de “prateleira”, é fundamental, como primeiro passo, que a organização esteja consciente da sua importância e do compromisso que significará para todos. Por esta razão, a liderança deve estar consciente e envolvida totalmente com esta empreitada, devendo dar o exemplo desde o primeiro momento, participando inclusive das reuniões iniciais, dando o tom do projeto (*tone of the top*).

Deverá ser indicada uma pessoa que assumirá a posição de *Compliance Officer*, com a necessária independência e autonomia para que o projeto tenha sucesso. Para assessorá-la, deverá ser constituído um Comitê de Ética/*Compliance* que deverá participar de todo o processo, desde o início, se possível: elaboração do plano, considerando as características da organização, tais como cultura, visão, tamanho, tipos de fornecedores e clientes, riscos a serem mitigados.

Deverá ser criado um canal de denúncias, com a possibilidade de anonimato garantida. Um dos pontos principais em todo programa de integridade é a segurança e sigilo do reportante (ou *whistleblower*), para que não sofra represálias ao apresentar suas denúncias. O canal pode ser interno ou externo (serviço contratado por empresa idônea), e deverá captar toda e qualquer denúncia que chegue por canais como telefone, internet, *e-mail*, correspondência ou até mesmo caixas disponibilizadas pela empresa. Em qualquer uma das situações, o sigilo é essencial.

Tais denúncias, uma vez recebidas, deverão ser encaminhadas ao Comitê de Ética que deverá apurá-las e dar o devido tratamento. Deve-se observar que se faz essencial que as pessoas que fazem parte do Comitê obviamente não poderão ter conflito de interesse nem ser parte denunciada ou denunciante. Por esta razão, muitas vezes, escolhem-se pessoas externas à organização e que possam avaliar a questão de forma independente.

A transparência, a prestação de contas e a devida comunicação do canal de denúncia, de forma ampla, são essenciais para o seu sucesso e credibilidade.

<sup>31</sup> IES – INSTITUTO ÉTICA E SAÚDE. Conselho de Administração. **Comunicado nº 1/2019, de 12 de março de 2019.** Aprova o Modelo de Relatório de Diagnóstico de Maturidade do Programa de Integridade das empresas associadas ao IES, nos termos do Acordo de Cooperação Técnica firmado entre a empresa homologada e o IES, e no marco do Programa QualIES. São Paulo: IES, 2019c.

Outro ponto fundamental é a consistência dos registros contábeis. Eles têm de ser robustos e coerentes com as atividades. Toda e qualquer transação que fuja destas características merece ser investigada, pois é exatamente “o caminho do dinheiro” que indica formas diferentes de corrupção nas organizações. Uma rubrica contábil totalmente atípica poderá significar exatamente uma propina ou vantagem dada ou recebida. Por esta razão, testes de transação deverão ser realizados periodicamente como parte da avaliação da consistência e resiliência de um programa de integridade.

Aliás, deve haver a previsão de monitorar o sucesso da implementação do programa de integridade. Para isto, normalmente, são formadas equipes internas de auditores que verificam outras áreas diferentes da sua, de forma periódica e aleatória. É praxe também a contratação de empresas de auditoria para que se possa verificar, após a sua efetiva implementação, como está funcionando o programa.

Na realidade, o sucesso do programa não depende apenas da própria organização e de seus colaboradores. É essencial que a cadeia de valor também esteja integrada e alinhada com os mesmos objetivos. Por este motivo, uma das peças-chave do sucesso de programas de *compliance* é a adesão efetiva de terceiros e parceiros de negócio. Não apenas os contratos que confirmam tal relação devem contemplar direitos e obrigações das partes – de forma clara e transparente, inclusive com a formalização de cláusula anticorrupção –, como os próprios terceiros deverão ser avaliados por meio de processo formal (*due diligence*).

Para as equipes internas e mesmo para os parceiros, é fundamental que o conhecimento e as informações sobre o programa de integridade sejam devidamente compartilhados, em treinamentos formais. Atualmente, tais treinamentos podem ser virtuais, presenciais ou híbridos. O fundamental é que sejam periódicos, rastreáveis e com a frequência necessária para que todos os envolvidos estejam sempre atualizados.

Por fim, todo e qualquer processo ligado ao programa de integridade deve estar documentado. Assim, as políticas e os procedimentos deverão estar devidamente detalhados no Código de Conduta e Canal de Denúncia.

O apoio para esta jornada em busca da integridade pode e será dado pelo IES, que já possui rico material de consulta à disposição, inclusive aulas e programas com os grandes especialistas da área.

## Ética não é Moda! Ética é Saúde!

Corrupção. Morte. Falta de recursos. Desvios. Todos estes problemas parecem crônicos e nos assombram diariamente, mas não são recentes. Pode ficar no ar a pergunta se nada mudou nos últimos séculos. Sim, de fato, muito mudou.

Hoje, temos consciência e clareza de onde vêm os grandes problemas e riscos, e muitos deles estão relacionados principalmente à falta de integridade.

Por isso, o grande movimento conduzido pelo IES, ao unir toda a cadeia de valor de saúde em um grande esforço para provocar uma mudança irreversível, é único e merece todo o nosso apoio. A transparência e a difusão de boas práticas nos negócios, reforçando a importância dos programas de integridade

e sua implementação urgente, são essenciais para avançarmos ainda mais.

O apoio a tantas outras iniciativas exemplares, principalmente em termos de educação e conscientização, lideradas por instituições como United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), FGVethics, Instituto Não Aceito Corrupção (INAC), apenas para citar algumas, é essencial. Vamos juntos provocar esta grande mudança geracional. Apenas desta forma, ela será perene.

Afinal, temos que lembrar sempre que Ética não é Moda! Ética é Saúde!

## Referências

ABRAIDI – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE IMPORTADORES E DISTRIBUIDORES DE PRODUTOS PARA SAÚDE. **Portal Abraidi**, [s.d.]. Disponível em: [www.abraidi.com.br](http://www.abraidi.com.br). Acesso em: 16 nov. 2022.

ABRAMED – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DIAGNÓSTICA. **Portal Abramed**, [s.d.]. Disponível em: <https://abramed.org.br/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Frente Parlamentar Mista Ética Contra a Corrupção – FECC**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/deputado/frenteDetalhe.asp?id=53888>. Acesso em: 16 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2020. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2020/Lei/L13979.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13979.htm). Acesso em: 16 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2021. Disponível em: [https://planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2021/Lei/L14133.htm](https://planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14133.htm). Acesso em: 16 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Economia. Conselho Nacional de Política Fazendária. Ajuste Sinief nº 11, de 7 de abril de 2022. Altera o Ajuste Sinief nº 7/05, que institui a Nota Fiscal Eletrônica e o Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 abr. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portal Anvisa**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>. Acesso em: 16 nov. 2022.

## 4. ÉTICA NA SAÚDE

BRASIL. Controladoria-Geral da União. **Portal CGU**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br>. Acesso em: 16 nov. 2022.

CBDL – CÂMARA BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO LABORATORIAL. **Portal CBDL**, [s.d.]. Disponível em: [www.cbdl.org.br](http://www.cbdl.org.br). Acesso em: 16 nov. 2022.

COALIZÃO INTERAMERICANA. **Portal Coalizão Interamericana**, [s.d.]. Disponível em: <https://interamericoalition-medtech.org/ethics/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

DIÁLOGO EMPRESARIAL DAS AMÉRICAS. **Portal Diálogo Empresarial das Américas**, [s.d.]. Disponível em: <https://americasbd.org/index.html>. Acesso em: 16 nov. 2022.

ÉTICA Não é Moda! Ética é Saúde. Campanha #EticaNaoeModa. **Portal Ética Não é Moda! Ética é Saúde**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.eticanaoemoda.org.br/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

FBH – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. **Portal FBH**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.fbh.com.br/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

FGV – FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS. Centro de Estudos em Ética, Transparência, Integridade e Compliance. A Nossa Visão é um Mundo Mais Ético. **Portal FGVethics**, [s.d.]. Disponível em: <https://eaesp.fgv.br/centros/centro-estudos-etica-transparencia-integridade-e-compliance>. Acesso em: 16 nov. 2022.

FÓRUM VIRTUAL DAS AMÉRICAS. Reforçando a integridade na saúde nas Américas. **Portal Fórum Virtual das Américas**, 2021. Disponível em: <https://americaseticanasaude.splashthat.com/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

GLOBO. Máfia das próteses coloca vidas em risco com cirurgias desnecessárias. **Fantástico**, 4 jan. 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2015/01/mafia-das-proteses-coloca-vidas-em-risco-com-cirurgias-desnecessarias.html>. Acesso em: 21 nov. 2022.

HUSSMANN, K. **How-to-note**: addressing corruption in the health sector. London: DFID, Nov. 2010. (A DFID Practice Paper). Disponível em: [www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/How-to-Note-corruption-health.pdf](http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/How-to-Note-corruption-health.pdf). Acesso em: 16 nov. 2022.

IACA – INTERNATIONAL ANTI-CORRUPTION ACADEMY. **Portal IACA**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.iaca.int/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

IES – INSTITUTO ÉTICA SAÚDE. **Acordo Setorial – Importadores, Distribuidores e Fabricantes de Dispositivos Médicos**. São Paulo: IES, 2015. Disponível em: [https://eticasaude.org.br/files/Doc/Acordo\\_Setorial\(II\).pdf](https://eticasaude.org.br/files/Doc/Acordo_Setorial(II).pdf). Acesso em: 16 nov. 2022.

IES – INSTITUTO ÉTICA E SAÚDE. Conselho de Administração. **Resolução nº 001, de 12 de março de 2019**. Dispõe sobre o QUALIES, Programa de Avaliação do Nível de Maturidade do Sistema de Integridade das Empresas Associadas ao Instituto Ética Saúde (“IES”). São Paulo: IES, 2019a.

IES – INSTITUTO ÉTICA E SAÚDE. Conselho de Administração. **Resolução nº 002, de 12 de março de 2019.** Dispõe sobre a implementação e regulamentação da certidão a ser emitida pelo IES. São Paulo: IES, 2019b.

IES – INSTITUTO ÉTICA E SAÚDE. Conselho de Administração. **Comunicado nº 1/2019, de 12 de março de 2019.** aprova o Modelo de Relatório de Diagnóstico de Maturidade do Programa de Integridade das empresas associadas ao IES, nos termos do Acordo de Cooperação Técnica firmado entre a empresa homologada e o IES, e no marco do Programa QualIES. São Paulo: IES, 2019c.

IES – INSTITUTO ÉTICA E SAÚDE. Marco de consenso brasileiro para a colaboração ética multissetorial na área de saúde. **Portal IES**, 2021. Disponível em: <https://eticasaude.org.br/Educacao/BibliotecaMarcoConsenso>. Acesso em: 16 nov. 2022.

IES – INSTITUTO ÉTICA E SAÚDE. **Portal IES**, [s.d.]. Disponível em: [www.eticasaude.org.br](http://www.eticasaude.org.br). Acesso em: 16 nov. 2022.

INSTITUTO ETHOS. **Portal Ethos**, [s.d.]. Disponível em: [www.ethos.org.br](http://www.ethos.org.br). Acesso em: 16 nov. 2022.

MATSHEZA, P.; TIMILSINA, A. R.; ARUTYUNOV, A. **Fighting corruption in the health sector: methods, tools and good practices.** New York: UNDP, 2011.

UNITED STATES. US Department of State. **Summit of the Americas.** [S.l.]: [s.d.]. Disponível em: <https://www.state.gov/summit-of-the-americas/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

PANDEMIA reduz expectativa de vida no Brasil em 4,4 anos, diz especialista. **CNN Brasil**, 21 fev. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/pandemia-reduz-expectativa-de-vida-no-brasil-em-44-anos-diz-especialista/> Acesso em: 29 nov. 2022.

# CAPÍTULO 5

## FERRAMENTAS DA QUALIDADE

Gilvane Lolato e Péricles Góes da Cruz



# FERRAMENTAS DA QUALIDADE

## Objetivos

- Entender o conceito e o histórico das ferramentas da qualidade;
- Compreender como aplicar esse ferramental na prática da gestão da qualidade em hospitais;
- Demonstrar as principais ferramentas e como utilizá-las;
- Ressaltar a importância da valorização e da preparação dos profissionais de saúde para a utilização correta desses instrumentos tendo em vista o fortalecimento da segurança do paciente e de todos os envolvidos no Setor Saúde.

## Conceito e histórico das ferramentas da qualidade

### 1. A evolução dos conceitos da qualidade

Aristóteles (384-322 a.C.) dizia que “A excelência é uma habilidade conquistada através do treinamento e prática. É um hábito, não um ato.”. Podemos associar a frase do filósofo com o dia a dia dos gestores nas organizações de saúde em relação à utilização das ferramentas da qualidade. Quanto maior a sua utilização, maior será a prática da gestão da qualidade e, conseqüentemente, a conquista da excelência. Algumas ferramentas podem auxiliar o gestor em uma análise pontual, outras na estruturação da estratégia, outras ainda em ambos os casos, entre tantas funções que teremos a oportunidade de ler no decorrer deste capítulo.

Ao longo da história, tivemos uma grande evolução nos conceitos da qualidade. Iniciamos com os grandes artesãos, passando por padronização, controle estatístico, zero defeito, satisfação do cliente, qualidade total, modelos de gestão da qualidade, certificações e modelos sistêmicos da qualidade. Todos eles de alguma forma contribuíram muito para a estruturação e a evolução das ferramentas da qualidade. Você pode conhecer um pouco mais dessa história por meio do quadro 1:

Época	Eventos marcantes	Características da gestão da qualidade
1860-1865	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guerra da Secessão (EUA);</li> <li>• Fabricação de fuzis e equipamentos militares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padronização;</li> <li>• Intercambialidade de componentes.</li> </ul>
1908	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início da produção em massa;</li> <li>• Linhas de montagem fixa e móvel (Ford).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padronização/controlado metrológico;</li> <li>• Intercambialidade de peças e componentes.</li> </ul> <p>INSPEÇÃO FINAL.</p>

## 5. FERRAMENTAS DA QUALIDADE

Época	Eventos marcantes	Características da gestão da qualidade
<b>Anos 1930</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controle do processo de produção (Laboratórios Bell);</li> <li>Métodos de controle de recepção.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cartas de controle de média amplitude (Shewhart);</li> <li>Qualidade média fornecida.</li> </ul> <p>INSPEÇÃO POR LOTES.</p>
<b>Anos 1950</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconstrução da Europa;</li> <li>Desenvolvimento da eletrônica;</li> <li>Início da corrida espacial;</li> <li>Início da reconstrução do Japão (1946);</li> <li>Seminários Deming (1950);</li> <li>Qualidade da administração das empresas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confiabilidade (probabilidade do cumprimento de uma função no tempo);</li> <li>Controle estatístico de processos;</li> <li>Controle estatístico de processo por meio do ciclo PDCA.</li> </ul> <p>1. CONTROLE POR PROCESSOS; 2. ENVOLVIMENTO DE TODAS AS UNIDADES NA QUALIDADE FINAL; 3. "SATISFAÇÃO" DO CLIENTE.</p>
<b>Anos 1960</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guerra Fria;</li> <li>Lançamento da Revista/JUSE "Quality control for the foreman" (Ishikawa, 1962).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dilema do custo do defeito x custo da produção;</li> <li>Zero defeito (Crosby, 1961).</li> </ul> <p>ATENDIMENTO ÀS EXIGÊNCIAS DO CLIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Círculos de controle da qualidade;</li> <li>Desenvolvimento de técnicas e "ferramentas" operacionais.</li> </ul>
<b>Anos 1970</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sofisticação dos mercados;</li> <li>Diversificação dos produtos;</li> <li>Inovação tecnológica;</li> <li>Atendimento a segmentos de mercado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Projeto de experimentos (Taguchi);</li> <li>"Sedução" do cliente.</li> </ul> <p>QUALIDADE PASSA DO PROCESSO AO PROJETO.</p>
<b>Anos 1980-1990</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mudança dos paradigmas econômico, tecnológico e industrial;</li> <li>Globalização dos mercados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolvimento da ISO 9000, da ISO 10000 e da ISO 14000;</li> <li>Difusão ampla da qualidade total e de ferramentas avançadas.</li> </ul> <p>UNIFICAÇÃO DOS MODELOS SISTÊMICOS COM A QT – QUALIDADE TOTAL.</p>

**Quadro 1** – A evolução dos conceitos da qualidade

Fonte: Elaborado pelos autores do capítulo.

## 4. A evolução das eras da qualidade

A evolução apresentada acima se consolidou e apresentou as quatro principais eras da qualidade, que foram:

- **Inspecção:** sua preocupação básica era a verificação, tendo como visão a resolução dos problemas, como ênfase a uniformidade do produto, como métodos instrumentos de medição, e o papel dos profissionais era a inspecção, a classificação, a contagem e a avaliação;
- **Controle estatístico:** sua preocupação básica era o controle, tendo como visão a resolução dos problemas, como ênfase a uniformidade do produto com menos inspecção, como métodos instrumentos e técnicas estatísticas, e o papel dos profissionais era a aplicação de métodos estatísticos na solução de problemas;
- **Garantia da qualidade:** sua preocupação básica era a coordenação, tendo como visão a resolução proativa dos problemas, como ênfase impedir falhas ao longo da cadeia de produção: do projeto ao mercado, como métodos programas e sistemas, e o papel dos profissionais era a mensuração da qualidade, o planejamento da qualidade, o projeto de programas;
- **Estratégia da qualidade:** sua preocupação básica era o impacto estratégico, tendo como visão a oportunidade para aumentar a competitividade, como ênfase necessidades do mercado e do consumidor, como métodos planejamento estratégico e mobilização da organização, estabelecimento de objetivos, educação e treinamento, e o papel dos profissionais era o trabalho consultivo com outros departamentos e delineamento de programas.

## 5. Os grandes mestres ou gurus da qualidade

Grandes nomes se tornaram os mestres ou gurus da qualidade, os quais, até os dias atuais, são mencionados em aulas, apresentações, livros, artigos e outras publicações. Contribuíram muito para a história da qualidade, por meio da estruturação de ferramentas que ainda utilizamos para a gestão das organizações.

- **William Edwards Deming** – responsável pela difusão do ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*), uma das ferramentas mais utilizadas no mundo para promoção de melhoria contínua. Nasceu nos Estados Unidos, no ano de 1900. Foi acionado para ajudar no Censo japonês e juntou-se a um grupo de estudantes japoneses que procuravam alguém para transmitir seu conhecimento sobre qualidade e gerenciamento em meio à reconstrução do Japão após a Segunda Guerra Mundial. Atuou em empresas como a Ford, publicou livros e desenvolveu sua teoria dos 14 Pontos de Gerenciamento que garantiam qualidade, produtividade e competitividade, sempre visando à qualidade como uma filosofia de gestão;
- **Walter Shewhart** – nasceu nos Estados Unidos, em 1891. Atuou como consultor em organizações como o Departamento de Guerra Americano, as Nações Unidas e o Governo Indiano, além de lecionar em Harvard, Rutgers e Princeton. Contribuiu com a área da qualidade na indústria, com a criação do controle estatístico de processos e o desenvolvimento do ciclo PDCA;
- **Joseph M. Juran** – com a visão estatística da qualidade, nasceu em 1904, em Romênia. Participou da reconstrução do Japão pós-Guerra. Desenvolveu sua própria técnica de incentivo à melhoria contínua, chamada Trilogia de Juran, composta por planejamento, controle e aperfei-

çoamento. Também deixou uma grande contribuição adaptando o Princípio de Pareto para uso empresarial. Foi responsável pela elaboração do Gráfico de Pareto e de sua difusão para uso organizacional, ajudando milhares de profissionais na priorização de atividades, tarefas e projetos;

- **Kaoru Ishikawa** – responsável pela Causa e Efeito, nasceu em Tóquio. Auxiliou em pesquisas sobre controle de qualidade juntamente à União Japonesa de Cientistas e Engenheiros, assim como William Deming. Ampliou os conceitos de outros gurus da qualidade e apresentou ao mundo o Círculo de Qualidade, bem como sistematizou as sete ferramentas da qualidade, que são: Análise de Pareto; Diagrama Causa-Efeito; Folha de Controle; Estratificação; Carta de Controle; Histograma e Fluxograma;
- **Armand V. Feigenbaum** – incentivador do Controle da Qualidade Total, nasceu em Nova Iorque no ano de 1922. Tornou-se diretor mundial de Produção da General Electric e presidente da Sociedade Americana de Controle de Qualidade, além de fundar a General Systems. Defensor do Controle de Qualidade Total, pregava que a qualidade era responsabilidade de todos. Esse fator foi um dos que marcaram sua carreira, deixando grandes contribuições na mudança de mentalidade da qualidade mundial;
- **Philip B. Crosby** – conhecido como Zero Defeito, nasceu em 1926 nos Estados Unidos. Foi escritor e obteve sucesso com suas obras *“Quality is Free”* (A Qualidade é Gratuita) e *“Quality is Still Free”* (A Qualidade ainda é Gratuita), entre outras. Considerava a prevenção o mais importante dos pilares da qualidade, que consiste em: Determinação, Formação e Liderança. Desenvolveu os conceitos de *“Zero Defeitos”* e *“Fazer Bem à Primeira Vez”*, resultado da prevenção com base em estratégias que vêm de cima para baixo na estrutura da empresa e por meio da formação (educação) dos colaboradores.

## 6. Contribuições importantes para o Setor Saúde

Avedis Donabedian,<sup>1</sup> há mais de 40 anos, propôs medir a qualidade dos cuidados de saúde observando sua estrutura, seus processos e seus resultados.

Ele desenvolveu uma tríade por meio de um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado.

- **Estrutura** – avalia a acessibilidade, a disponibilidade e a qualidade dos recursos, como seguro de saúde, capacidade de leitos de um hospital e número de profissionais com treinamento avançado;
- **Processo** – atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo;
- **Resultado** – indica o resultado dos cuidados de saúde e pode ser influenciado por fatores ambientais e comportamentais. Exemplos incluem mortalidade, satisfação do paciente e melhora do estado de saúde.

<sup>1</sup> DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966.

Donabedian <sup>2</sup> ainda apresentou os sete pilares da qualidade em serviços de saúde: efetividade, eficiência, otimização, acessibilidade (inclui a relação profissional-paciente, preferências e conforto do paciente), legitimidade e equidade.

O relatório do IOM <sup>3</sup> propôs seis dimensões da qualidade para descrever a complexidade e a natureza da qualidade em serviços de saúde, em que:

- Segurança: evita lesões em pacientes causadas pelo sistema de saúde;
- Efetividade: fornece serviços baseados em estudos científicos e evita serviços que não produzirão benefícios;
- Atenção centrada no paciente: proporciona um cuidado respeitoso com as preferências, as necessidades, a cultura e os valores dos pacientes;
- Oportunidade/ acesso: reduz a espera e os danos que podem ocorrer;
- Eficiência: evita desperdiçar equipamentos, tempo, ideias e energia;
- Equidade: fornece assistência que não varia em qualidade devido a diferenças geográficas ou questões socioeconômicas, por exemplo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) <sup>4</sup> traz que a assistência médica de alta qualidade é aquela que identifica as necessidades de saúde (educativas, preventivas, curativas e de manutenção) de indivíduos ou da população de maneira total e precisa. Também aloca os recursos necessários (humanos e outros) em tempo hábil e tão eficaz quanto o estado atual do conhecimento permite.

O Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) <sup>5</sup> propõe a seguinte definição:

A qualidade dos cuidados de saúde é o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o estado atual de saúde e conhecimento científico.<sup>6</sup>

Semmelweis, salvador das mães, relacionou febre puerperal com exame médico obstétrico realizado por estudantes oriundos da aula de anatomia. Hipótese: partículas de cadáver eram transportadas pelas mãos. Instituiu a lavagem das mãos, reduzindo de 18% para 1% a mortalidade.

Florence Nightingale, organizadora do cuidado, implantou medidas de higiene, ficou conhecida como mãe da governança clínica, instituiu métodos de coletas de dados, gráficos estatísticos e estudos de mortalidade.

<sup>2</sup> DONABEDIAN, A. As sete ferramentas da qualidade. **Rev Calid Asist**, 2001.

<sup>3</sup> IOM – INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington: The National Academies Press, 2001. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/10027>. Acesso em: 22 nov. 2022.

<sup>4</sup> OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Lisboa: OMS, 2009. (Relatório Técnico Final).

<sup>5</sup> KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To Err Is Human**. Washington: IOM, 2000. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/9728>. Acesso em: 22 nov. 2022.

<sup>6</sup> *Ibidem*.

Coldman propôs a reforma hospitalar e realizou a gestão dos resultados nos cuidados aos pacientes – “*End results cards*”. Analisou 337 altas encontrando 123 erros. Criou seu hospital (End Results Hospital) e implementou medidas de resultados com metas. Posteriormente, publicou “*A Study in Hospital Efficiency*”.<sup>7</sup>

### Como aplicar na prática as ferramentas da qualidade?

A complexidade do Setor Saúde se sobrepõe a qualquer outro segmento existente. A sua natureza, a formação profissional e a estrutura dos serviços de saúde fazem com que a abordagem da qualidade seja essencial para uma prestação segura da assistência.

A implantação da gestão da qualidade torna-se crucial para a padronização e a qualidade dos processos de forma integrada e transversal. Consequentemente, as ferramentas da qualidade farão parte deste conjunto, pois elas não estão isoladas, e, sim, o tempo todo conectadas com o plano de gestão da qualidade. Mas, para estruturar o plano de gestão da qualidade de forma consistente, é preciso que haja uma conexão com a estratégia da organização. A seguir, alguns passos importantes:

- A estruturação da identidade organizacional com estabelecimento da missão, que é a razão de ser da instituição, de forma clara e objetiva, baseada em um propósito realista e valores que representam a cultura atual;
- Definição de uma estratégia clara para a organização. Aonde a organização quer chegar e em quanto tempo? Quais são os objetivos, os indicadores, as iniciativas e as ações para o alcance da estratégia? Quais são as metas para atingir os objetivos?
- Discussão das diretrizes institucionais, declaradas e desdobradas em toda a instituição;
- Como parte das diretrizes, uma delas é a da gestão da qualidade. É necessário que haja uma diretriz factível, transparente e que esteja alinhada à estratégia;
- A partir da definição da diretriz da gestão da qualidade, é o momento da formalização da política da qualidade, em que, minimamente, considerando o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) 2022<sup>8</sup> e a Norma Orientadora 23,<sup>9</sup> podemos considerar:
  - » Auditorias internas;
  - » Ferramentas da qualidade;
  - » Gestão de documentos;
  - » Gestão de indicadores;
  - » Gestão de protocolos;
  - » Plano de gestão de riscos;
  - » Plano de gestão de riscos institucionais;

<sup>7</sup> CODMAN, E. A. **A Study in Hospital Efficiency**: As Demonstrated by the Case Report of the First Five Years of a Private Hospital. Boston: [s.n.], 1915.

<sup>8</sup> ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual para Organizações Prestadoras dos Serviços de Saúde (OPSS)** – versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

<sup>9</sup> ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Norma Orientadora 23 – Termos e Conceitos. In: ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual para Organizações Prestadoras dos Serviços de Saúde (OPSS)** – versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

» Mapeamento de processos.

- Uma vez que a instituição apresenta a política de gestão da qualidade, chegou o momento de estruturar o plano de gestão da qualidade com ações, responsáveis e prazos. É importante que a construção do plano seja de forma colaborativa com os líderes dos processos, pois a participação deles na disseminação e na implantação será fator crítico de sucesso.

Com o plano da gestão da qualidade estruturado, podem ser padronizadas as ferramentas da qualidade, que serão utilizadas ao longo de sua implementação e na sustentação. Uma vez que as ferramentas são definidas, é importante que haja a capacitação dos profissionais para a sua utilização adequada. Como dica, você pode estruturar o manual das ferramentas da qualidade e disponibilizar na sua instituição para ser consultado pelos gestores e membros das equipes sempre que necessário.

A seguir, você terá oportunidade de conhecer as principais ferramentas da qualidade e escolher quais farão parte do seu dia a dia de trabalho na organização de saúde em que atua.

## Principais ferramentas da qualidade

A aplicação das ferramentas da qualidade ajuda a atender à expectativa de todas as partes interessadas, pois auxiliam em uma análise consistente dos resultados para uma tomada de decisão e melhoria dos processos, bem como ajudam a estabelecer responsabilidades e prazos para as ações, tornando as atividades mais assertivas, diminuindo o desperdício e o retrabalho. As partes interessadas podem ser os líderes, os membros das equipes, os usuários, com seus familiares e acompanhantes, os convênios, os investidores, os consumidores da empresa, a sociedade, entre outras.

Vale ressaltar que a aplicação, de forma adequada, das ferramentas da qualidade pode ser a chave para o sucesso. Por este motivo, é crucial a compreensão desse ferramental na sua totalidade.

### 1. Matriz *SWOT*

Em 1969, os professores de Harvard, Edmund P. Learned, C. Roland Christensen, Kenneth R. Andrews e William D. Guth, escreveram um livro sobre política de negócios introduzindo a ideia de que uma firma deve balancear diversos elementos.

Além das forças, das fraquezas, das oportunidades e das ameaças, constavam os valores pessoais dos dirigentes da empresa e as expectativas da sociedade.

O modelo *SWOT* foi criado no Stanford Research Institute nos anos 1960. Hoje, é chamado SRI International.

#### Quando usar?

É uma poderosa ferramenta de planejamento estratégico. Mas também pode ser utilizada para uma análise de um processo individual, caso tenha necessidade de uma reestruturação.

### Como usar?

A sigla *SWOT*<sup>10</sup> vem das iniciais das palavras inglesas:

- *Strengths* (forças);
- *Weaknesses* (fraquezas);
- *Opportunities* (oportunidades);
- *Threats* (ameaças).

Ao analisarmos forças e fraquezas, estaremos verificando apenas variantes internas da empresa, enquanto a análise das ameaças e das oportunidades se refere às variantes externas.

Para a análise externa, pode-se considerar variáveis demográficas; econômicas; socioculturais; político-legais; tecnológicas; naturais; entre outras. São questões que estão fora do controle da organização, passíveis de monitoramento. É importante aproveitar as oportunidades de forma ágil e eficiente para evitar ameaças. A organização que identificar e agir com antecedência para tirar melhor proveito das oportunidades terá, também, menos danos das ameaças.

Já o ambiente interno são as características internas, que indicam o que deve ser potencializado e aproveitado para atingir os objetivos. A força descreve quais as competências mais fortes da sua empresa, aquelas que estão sob sua influência. Com estas respostas, você consegue desenvolver esta parte da análise, sempre lembrando que, quanto maior a vantagem competitiva que uma força lhe traz, mais importante ela é dentro da análise.

## 2. Brainstorming

O *Brainstorming* é uma técnica de estimulação da criatividade de uma equipe, em um curto período de tempo.<sup>11</sup> Pode gerar ideias para possíveis inovações, ajudar na detecção e na resolução de problemas, entre outras questões.

As ferramentas de geração de ideias, ou geração de tempestade de ideias, são maneiras comprovadas de se chegar a novas soluções e perspectivas para uma questão ou problema que não parece ter solução. As ferramentas de geração de ideias auxiliam no desenvolvimento de habilidades para ver as coisas de maneiras diferentes, chegando a novas conexões e soluções.

O *Brainstorming* ajuda a pensar em ideias sem julgamentos por meio das suas regras e técnicas. Deve ser usado para gerar uma grande quantidade de novas ideias e soluções, e não é recomendado que seja usado para a análise ou a tomada de decisão.

<sup>10</sup> SOUZA, D. N. Z.; SILVA, E. M.; OLIVEIRA, M. C. Analysis environment by SWOT method: an application in automotive industry. *Espacios*, v. 34, n. 10, 2013.

<sup>11</sup> NHS – NHS INSTITUTE FOR INNOVATION AND IMPROVEMENT. *The Handbook of Quality and Service Improvement Tools*. London: NHS, 2010.

Foi originalmente desenvolvido por Osborn em 1930, sendo provavelmente a técnica mais conhecida de todas.

### Quando usar?

- Quando um número muito grande de ideias é desejado;
- Quando ideias criativas e originais são necessárias;
- Quando a participação do grupo todo é desejada na construção de algum processo.

### Como usar?

Primeiramente, prepare a equipe para a utilização do *Brainstorming*. Levante o problema que será discutido e introduza o tema ao grupo que fará a parte da sessão de *Brainstorming*. Programe um tempo para sua duração. Deixe disponível alguns materiais que serão usados, como folhas de papel (*flipchart*), papéis, marcadores, papéis autocolantes, canetas, fita e espaço da parede em branco. E, caso realize em formato digital/remoto, use sites/plataformas que contribuam para essa construção coletiva.

É crucial que haja um facilitador para conduzir a sessão, acompanhar o tempo, garantir a manutenção das regras durante toda a sessão e assegurar que os participantes se sintam confortáveis em participar.

Declare as regras de debate a todo o grupo e certifique-se de que as entenderam. A seguir, você pode conferir algumas das regras:

- Nenhuma ideia deve ser criticada, e não deve ser realizada nenhuma avaliação das ideias. O julgamento está suspenso até o final da sessão de *Brainstorming*;
- Todas as ideias são bem-vindas. Quanto mais ideias, melhor;
- Todas as ideias são anotadas;
- A construção de novas ideias a partir de uma ideia já exposta é estimulada: combinar, modificando, ampliando as ideias dos outros;
- Reveja o tema ou problema a ser discutido. Muitas vezes, é melhor ser formulado como um “por que,” “como” ou “o que causa”;
- É importante certificar-se de que todos entendem o assunto do *Brainstorming*;
- Incentivar 1 ou 2 minutos de silêncio para todos pensarem sobre a questão;
- Todas as pessoas devem ser convidadas a verbalizar as suas ideias. Cada pessoa e cada ideia tem igual valor;
- Registre todas as ideias, em palavras as mais próximas possíveis daquelas usadas pelo grupo;
- Não é permitida discussão ou avaliação de qualquer tipo;
- Continue a registrar as ideias geradas até esgotar o assunto ou concluir o tempo planejado.

### 3. Ferramentas para mapeamento de processos

Um dos dez Princípios da Qualidade de Deming é a Gerência por Processos, por trazer o conceito da cadeia fornecedor-processo-cliente em uma visão horizontal das organizações (a visão sistêmica), que integra as diferentes funções existentes nas instituições. A visão sistêmica se difere da visão tradicional, que ocorre quando as diferentes funções são gerenciadas individualmente e objetivos independentes são estabelecidos para cada função, que denota a visão vertical das organizações (a visão tradicional).

O mapeamento de processos traz vários benefícios para a organização, como:

- Concentra o foco no que realmente interessa: o trabalho;
- É uma ferramenta para implementação da estratégia organizacional;
- Confere simplicidade e agilidade às atividades;
- Facilita a gestão por meio da identificação de indicadores de desempenho e medição de melhorias nos processos;
- Permite uma visão integrada da organização;
- Instrumentaliza a aplicação de abordagens inovadoras;
- Facilita a gestão do conhecimento organizacional e a gestão de competências.

#### Quando usar?

O mapeamento de processos é usado para registrar cada etapa de um processo. Costuma ser utilizado para mapear o itinerário percorrido por um paciente. É extremamente útil como uma ferramenta para engajar os profissionais, fazendo-os compreender como as diferentes etapas se encaixam, quais etapas acrescentam valor ao processo e em que pontos pode haver desperdícios ou atrasos. E sua lógica, segundo a ABNT NBR ISO 9001:2015,<sup>12</sup> considera entrada, transformação e saída.

#### Como usar?

Apresentaremos, a seguir, uma das ferramentas que pode ajudar no mapeamento de processos, seguindo a lógica apresentada pela ABNT NBR ISO 9001:2015: SIPOC (*Suppliers, Inputs, Process, Outputs, Customers*), uma ferramenta utilizada na metodologia Six Sigma. Fornece a visão completa do processo, ou seja, os fornecedores das entradas, as entradas, o processo, as saídas dos processos e os clientes dos processos, que serão, por sua vez, os recebedores das saídas.

<sup>12</sup> ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 9001:2015**. Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos. São Paulo: ABNT, 2015.

Algumas perguntas podem orientar o momento da aplicação da ferramenta de forma consistente:

- Qual é o produto?
- Quais são nossos fornecedores principais?
- Quais são nossos fornecedores críticos?
- Quem são nossos clientes?
- Quais são os riscos identificados no processo?
- Quais são os protocolos (barreiras) existentes ou necessários?
- Qual o resultado do processo?
- Qual é o resultado esperado do processo?

Para garantir a efetividade no uso da SIPOC, alguns passos devem ser seguidos:

- Estruturar uma sistemática para utilização da ferramenta. Pode ser um formulário padronizado que contemple as variáveis necessárias;
- Identificar todos os processos da organização, bem como quais deles são gerenciais, finalísticos e de apoio;
- Aplicar a ferramenta para cada um dos processos priorizando os finalísticos e os de apoio que são considerados críticos;
- Envolver a equipe na utilização da ferramenta;
- Identificar as saídas (os resultados) deste processo;
- Identificar os clientes que receberão os resultados deste processo;
- Identificar as entradas (insumos) necessárias para o processo funcionar corretamente;
- Identificar os fornecedores dos insumos que são necessários para o processo.

A seguir, há um exemplo da SIPOC aplicada para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).



**Figura 1** – SIPOC aplicada para a UTI

Fonte: Elaborada pelos autores do capítulo.

### 4. Lista de verificação (*checklist*)

É uma ferramenta para garantir que todas as medidas ou ações importantes em uma operação tenham sido tomadas. As listas de verificação contêm itens importantes ou relevantes para um problema ou situação, em que a ausência de sua execução pode acarretar falhas.

#### Quando usar?

São utilizadas em várias áreas. Por exemplo, os pilotos, antes da decolagem de um avião, utilizam listas de verificação pré-concebidas para checar o funcionamento da aeronave e garantir a segurança de todo o trajeto. Na saúde, as listas de verificação podem ajudar a garantir a consistência e a integridade na realização de tarefas complexas.

A OMS define *checklist* como uma lista de ações críticas a serem tomadas para garantir a segurança do paciente.<sup>13</sup> Um exemplo de lista de verificação que é mundialmente utilizada na saúde é o *checklist* de cirurgia segura, proposto pela OMS.

As listas de verificação possuem algumas funções fundamentais, como:

- Ajudam no controle das atividades do dia a dia para não haver perda de prazos na execução;
- Esclarecem o mínimo de passos previstos dentro de um processo complexo;
- Ao favorecer o trabalho em equipe, estabelecem um padrão de desempenho mais elevado.

<sup>13</sup> WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Guidelines for Safe Surgery** : safe surgery saves lives. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_eng.pdf;jsessionid=6B51EF487FBE-78652F39C5A01D664AFD?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=6B51EF487FBE-78652F39C5A01D664AFD?sequence=1). Acesso em: 23 nov. 2022.

**Como usar?**

A criação de um *checklist* parte de um consenso de *experts*, baseados na melhor evidência científica a respeito da etapa que deve ser verificada. Geralmente, os itens críticos são verificados em voz alta por um membro da equipe na presença de outros membros. Na folha de verificação, são anotados e checados cada um dos itens importantes verificados e implementados.

Para que as listas de verificação funcionem, precisamos elaborá-las de maneira que sejam curtas, claras e precisas, pois, se muito longas, os profissionais acabam por não as utilizar, e sua função primordial de verificar a padronização de uma ação deixa de existir. Elas devem ser claras a ponto de todos entenderem o que está sendo verificado, e precisas para garantir que a etapa que deve ser verificada seja importante para o resultado que se quer alcançar.<sup>14,15</sup>

**Lista de verificação de segurança cirúrgica (primeira edição)**

Antes de indução anestésica      Antes de incisão      Antes de o paciente sair de sala de operações

Entrada	Pausa cirúrgica	Saída
<input type="checkbox"/> Paciente confirmou <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identidade</li> <li>• Sítio cirúrgico</li> <li>• Procedimento</li> <li>• Consentimento</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Confirmar que todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função	O profissional da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirmam verbalmente com a equipe:
<input type="checkbox"/> Sítio demarcado/não se aplica	<input type="checkbox"/> Cirurgião, anestesiolista e enfermeiro confirmam verbalmente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação do paciente</li> <li>• Sítio cirúrgico</li> <li>• Procedimento</li> </ul>	<input type="checkbox"/> O nome do procedimento registrado
<input type="checkbox"/> Verificação de segurança Anestésica concluída	Eventos críticos previstos	<input type="checkbox"/> Se as contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas (ou não se aplicam)
<input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso no paciente e Em funcionamento	<input type="checkbox"/> Revisão do cirurgião: Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação, perda sanguínea prevista?	<input type="checkbox"/> Como a amostra para anatomia patológica está identificada (incluindo o nome do paciente)
O paciente possui:	<input type="checkbox"/> Revisão da equipe de anestesia: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente?	<input type="checkbox"/> Se há algum problema com equipamento para ser resolvido
Alergia conhecida?	<input type="checkbox"/> Revisão da equipe de enfermagem: Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização? (incluindo resultados do indicador)? há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações?	<input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesiolista e a equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais para a recuperação e o manejo deste paciente
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> A profilaxia antimicrobiana FOI realizada nos últimos 60 minutos?	_____ Assinatura
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	
<input type="checkbox"/> SIM, e equipamento/assistência disponíveis	<input type="checkbox"/> As imagens essenciais estão disponíveis?	
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SIM	
<input type="checkbox"/> SIM, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos	<input type="checkbox"/> Não se aplica	

Esta lista de verificação não tem a intenção de ser abrangente. Acréscimos e modificações para adaptação à prática local são recomendados.

**Figura 2** – Lista de verificação de segurança cirúrgica traduzida para a língua portuguesa

Fonte: World Alliance; Opas/OMS; Anvisa/Ministério da Saúde.

14 IHI – INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **IHI's QI Essentials Toolkit**. Boston: IHI, 2017. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Essentials-Toolkit.aspx>. Acesso em: 23 nov. 2022.

15 NPSA – NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. **Seven steps to patient safety**. The full reference guide. London: NPSA, 2004. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787>. Acesso em: 23 nov. 2022.

### 5. Diagrama de Pareto

O Diagrama de Pareto é um tipo de gráfico de barras no qual os vários fatores que contribuem para um efeito geral são organizados em ordem da maior para a menor contribuição ao efeito. <sup>16</sup>

O Princípio de Pareto foi desenvolvido nos estudos sobre desigualdade na distribuição de riquezas e também é conhecido como “Regra 80/20” – em qualquer grupo de fatores que contribuam para um efeito geral, aproximadamente 80% do efeito vem de 20% das causas. Juran aplicou o método como forma de classificar os problemas de qualidade.

É um gráfico de barras que apresenta, de forma estratificada, as várias causas ou características dos defeitos, das falhas ou das reclamações, auxiliando na determinação da prioridade da resolução do problema.

As barras são dispostas em ordem decrescente, com a causa principal visível do lado esquerdo do diagrama, e as causas menores são mostradas em ordem decrescente ao lado direito, permitindo a localização de problemas vitais e a eliminação de futuras perdas.

#### Quando usar?

O Diagrama de Pareto tem o objetivo de compreender a relação ação/benefício, ou seja, prioriza a ação que trará o melhor resultado.

#### Como usar?

Traçar dois eixos verticais e um eixo horizontal em uma planilha de Excel:

- Eixo horizontal: dividir o eixo em partes iguais, conforme o número de fatores em análise;
- Eixo vertical esquerdo: marcar uma escala de 0 ao número total da contagem ou medição, indicando a unidade;
- Eixo vertical direito: marcar uma escala de 0 a 100%, coincidente com o número total da contagem ou medição;
- Registrar no gráfico as barras verticais em ordem decrescente, correspondentes à contagem ou medição dos fatores, registrando-os no eixo horizontal;
- A partir do canto superior direito da maior barra, da esquerda para a direita, traçar a curva das porcentagens acumuladas;
- Registrar, no cabeçalho, as informações necessárias ao gráfico:
  - » Título;
  - » Período considerado.

A seguir, há uma demonstração de Gráficos de Pareto:

<sup>16</sup> IHI, 2017.

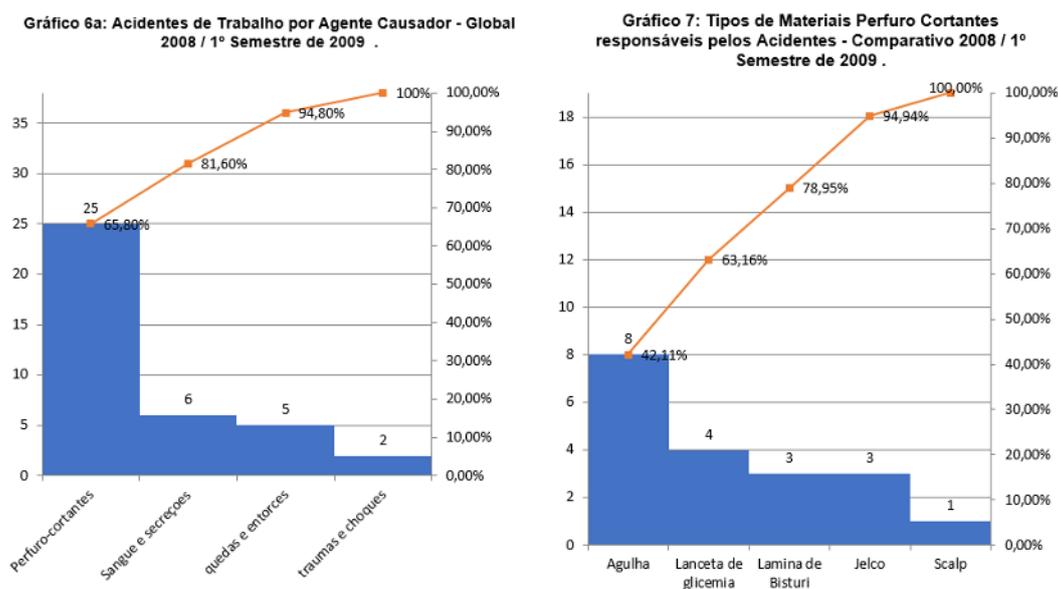


Figura 3 – Exemplos de Gráfico de Pareto

Fonte: Vaz, 2010.<sup>17</sup>

## 6. Estratificação

Quando os dados de uma variedade de fontes ou categorias são agrupados, o significado dos dados pode ser impossível de serem interpretados. A técnica da estratificação separa os dados de modo que os padrões possam ser vistos.<sup>18</sup>

A estratificação é uma técnica utilizada em combinação com outras ferramentas de análise de dados. É uma ferramenta muito útil, pois as causas das variabilidades nos processos podem ser relacionadas a fatores que, quando estratificados, mostram a verdadeira origem do problema onde a melhoria possa ser focada.

### Quando usar?

- Antes de coletar dados;
- Quando os dados vêm de várias fontes ou condições, tais como turnos, dias da semana, fornecedores ou grupos populacionais;
- Quando a análise dos dados necessitar que sejam separadas diferentes fontes ou condições.

<sup>17</sup> VAZ, P. F. E. **Acidentes de trabalho em um hospital privado de médio porte da região metropolitana de Belo Horizonte**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Faculdades Integradas Pedro Leopoldo, Belo Horizonte, 2010.

<sup>18</sup> ASQ – AMERICAN SOCIETY FOR QUALITY. Quality Glossary Definition: quality tools. **Portal ASQ**, 20 dez. 2019. Disponível em: <https://asq.org/quality-resources/quality-tools>. Acesso em: 25 nov. 2022.

### Como usar?

- Antes de coletar dados, considere que a informação sobre as fontes dos dados pode ter um efeito sobre os resultados. Configure a coleta de dados para que a informação sobre a fonte também seja coletada;
- Ao traçar graficamente os dados coletados em um diagrama de dispersão, carta de controle, histograma ou outra ferramenta de análise, usar diferentes marcas ou cores para distinguir os dados de várias fontes. Os dados que se distinguem deste modo são referidos como sendo “estratificados”;
- Analisar os subconjuntos de dados estratificados separadamente;
- Em seu gráfico ou tabela, incluir uma legenda que identifique as marcas ou cores utilizadas.

## 7. Diagrama de Causa e Efeito (Ishikawa)

O Diagrama de Causa e Efeito é uma ferramenta organizacional que ajuda as equipes a explorar e exibir as muitas causas que contribuem para um determinado efeito ou resultado.<sup>19</sup> Também é conhecido como Diagrama de Ishikawa, por seu criador, ou Diagrama de Espinha de Peixe, por sua semelhança com a estrutura de um peixe. As várias causas em potencial são organizadas em categorias principais e subcategorias.

### Quando usar?

Pode ser usado para orientar a análise de identificação das causas fundamentais ligadas a um efeito, além de registrar as informações para permitir crítica, nivelamento e obtenção de consenso.

### Como usar?

- Promover o encontro da equipe;
- identificar o problema e considerá-lo em detalhes: quem está envolvido, quando e onde ele ocorre. Escrever o problema em uma caixa e desenhar uma seta apontando para ele;
- Escrever o efeito/situação-problema no quadro. O problema deve ser discutido entre todos os participantes para sua compreensão e consenso quanto ao enunciado;
- Listar as possíveis causas levantadas e as organizar segundo a classificação;
- Identificar os maiores fatores que podem ter provocado o efeito. Originalmente, no Diagrama de Ishikawa, as causas do efeito são agrupadas por categorias;
- Para listar os fatores e as causas ligados à situação-problema, pode-se utilizar o Brainstorming já realizado ou os registros de dados históricos;
- Classificar os fatores nas categorias 5M e registrá-las nas ramificações primárias. Muitas ideias expressas são subníveis dos fatores, prováveis “causa da causa” que devem ser registradas nas ramificações secundárias, terciárias, e assim por diante;
- Fazer uma verificação final, para assegurar que todas as causas registradas foram incluídas no diagrama.

<sup>19</sup> IHI, 2017.

Veja um exemplo a seguir:

Diagrama 1: Causas Atribuídas no Brainstorming dos Acidentes de Trabalho- Comparativo 2008 / 1º Semestre de 2009

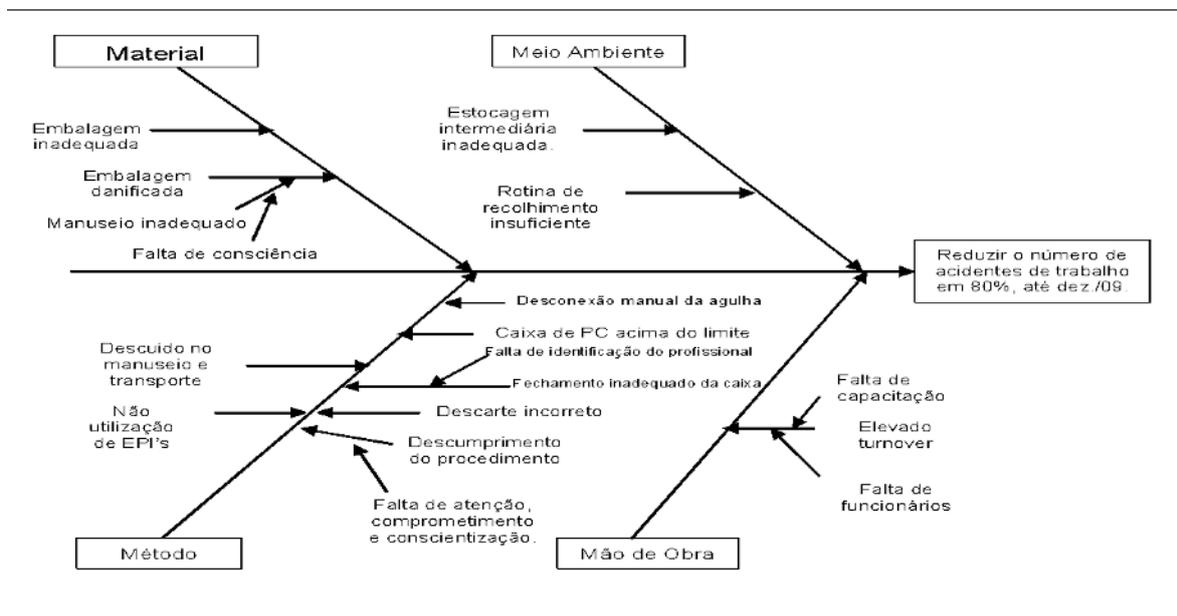


Figura 4 – Exemplo preenchido de Diagrama de Causa e Efeito/Espinha de Peixe/Diagrama de Ishikawa

Fonte: Vaz, 2010.

## 8. 5 Porquês

Os 5 Porquês permitem que você determine a relação entre as diferentes causas do problema. É muito fácil e rápido aplicá-lo, e pode auxiliar na finalização ou no encaminhamento das análises.

É comum, ao se analisar um problema, entender que a causa fundamental é a primeira a ser discutida, ou apresentada, o que induz ao erro.

A resposta a um problema estará após aprofundar o entendimento e a análise detalhada, que se consegue fazendo estas questões sucessivas.

Lembre-se: se você não fizer as perguntas certas, você não vai obter as respostas certas.

### Quando usar?

A ferramenta dos 5 Porquês pode ser utilizada para buscar a causa-raiz do problema que está sendo analisado, traçando uma rota. Consiste em repetir seguidamente “Porquê”, para responder ao motivo pelo qual o problema ocorreu.

### Como usar?

O 5 Porquês é uma técnica para expandir o horizonte de uma equipe em busca de respostas. Pode ser utilizado juntamente a outras ferramentas para tentar compreender as causas de um problema ou defeito. É importante envolver os profissionais da linha de frente nas análises.

A seguir, há um exemplo da ferramenta aplicada:

### Cadastro de Materiais e Medicamentos

Porque não foi feito o cadastro do produto?



Porque não havia especificação no sistema.

Porque?



Porque não havia cadastro da vigência do contrato com o fornecedor no sistema.

Porque?



Porque o setor de contratos não realizou o cadastro.

Porque?



Porque os colaboradores não foram treinados para realizar cadastro no sistema novo.

**Figura 5** – Exemplo da aplicação da ferramenta dos 5 Porquês

Fonte: Elaborada pelos autores do capítulo.

## 9. 5W2H

Uma vez que você tem as causas levantadas, é importante definir as ações.

### Quando usar?

A ferramenta 5W2H é fortemente recomendada para a definição de ações, com prazos e responsáveis. Não é obrigatória a utilização de todos os campos, porém, para garantir a efetividade da ferramenta, é importante que se considere minimamente o que será feito, como será executado, quem será o responsável e em quanto tempo.

Tabela 3: Plano de Ação para Alcança da Meta para Solução do Problema de Acidentes com Material Perfuro Cortante						
Problema: Acidentes com Material Perfuro Cortante						
Causa: Atitude dos colaboradores: Capacitação e Conscientização para o descarte correto de resíduos, manuseio de materiais perfuro cortantes e utilização dos EPI's						
Meta: Reduzir em 80% os acidentes com material perfuro cortante						
O QUE	POR QUE	ONDE	QUEM	QUANDO	COMO	QUANTO
Identificar os responsáveis pelo manuseio das caixas de perfuro cortante.	Foi identificado no Brainstorming que muitos acidentes acontecem devido ao descuido no descarte. A identificação dos responsáveis irá comprometer os colaboradores na execução correta do manuseio da caixa, além de identificar os setores e pessoas que não estão cumprindo os procedimentos.	A caixa deverá ser carimbada no almoxarifado antes de ir para o setor onde será utilizada.	Colaboradores da Segurança do Trabalho e Coordenador da UNI.	A partir do dia 10/07/09. Procedimento se tornará uma rotina.	Implantando carimbo para identificação das Caixas de Perfuro Cortantes. O carimbo identifica o setor e os responsáveis pela montagem e fechamento da caixa. A caixa deverá ser carimbada no almoxarifado antes de ir para o setor. A rotina será incluída no procedimento da segurança do trabalho.	R\$ 25,00 (Custo do Carimbo)
Divulgar atitudes de prevenção de acidentes e doenças a todos os colaboradores	Para estimular os colaboradores de forma criativa e envolvente, a prevenir os acidentes, estimulando-os a participar da campanha.	O mural será fixado em parede próxima ao local de entrada e saída dos colaboradores e nos postos de Enfermagem da UNI, estando bem visível.	Colaboradores da Segurança do Trabalho Membros da CIPA e Coordenador da UNI.	A partir do dia 13/07/2009	Criando o mural CIPA INFORMA que irá divulgar assuntos e ações relacionadas à prevenção de acidentes, de forma criativa, além de deixar os colaboradores sobre as ações e os resultados que a CIPA vem obtendo.	R\$0,15

Figura 6 – Exemplo preenchido de 5W2H

Fonte: Vaz, 2010.

### Como usar?

- Levantar os fatores ou as ações que compõem o assunto: “que” e “por que”, relacionando-os nas colunas iniciais da tabela;
- Escolher, na sequência das colunas, as demais perguntas segundo a necessidade da situação;
- Preencher cada linha conforme o conteúdo exigido pela pergunta;
- Posicionar o “quanto” na última pergunta, nos casos em que a tabela for utilizada também como planilha de custos de acompanhamento.

## Ferramentas para fortalecer a cultura da qualidade

As ferramentas da qualidade, sem dúvida, irão auxiliar na implementação e na sustentação do plano da gestão da qualidade. Porém, é fator crítico de sucesso que as pessoas envolvidas sejam preparadas e capacitadas para a utilização delas. Desta forma, serão capazes de atingir objetivos, atuando de maneira participativa.

Sempre que possível, envolva, desde a construção desse tema, os coordenadores, os líderes, os supervisores e os representantes do processo, entre outras partes que entender pertinente. Desenvolva nestes profissionais o conhecimento dos processos e seus produtos, a disponibilidade de tempo, a autoridade, a habilidade técnica e a capacidade de inter-relacionamento, para trabalhar com o método, as ferramentas e atingir um objetivo. Uma equipe bem formada conduz bem o trabalho, obtém bons resultados e leva ao crescimento das pessoas envolvidas. Permite a soma de conhecimentos e habilidades de seus membros na busca das causas e soluções permanentes para os problemas. Facilita a criatividade e o trabalho de

tomadas de decisão para obtenção de resultados. Facilita a disseminação de informações e troca de experiência entre as pessoas.

O trabalho em equipe será fundamental para a utilização adequada das ferramentas da qualidade; portanto, prepare o ambiente de trabalho e organize a equipe para atingir o objetivo estabelecido.

Para uma organização ser bem-sucedida em melhoria, ela necessita de vontade de melhorar, de ideias de melhoria e de habilidades para executar a mudança. A melhoria vem da ação: desenvolvimento, teste e implementação de mudança. As mudanças são realizadas de forma mais eficiente e eficaz se forem baseadas em um método científico, em que observam um evento, estudam e analisam suas causas, fazem previsões a respeito de mudanças que podem melhorar os resultados, testam estas mudanças e avaliam seus resultados, e, assim, podem aplicar o aprendizado obtido em melhorias. Tudo isso é possível quando aplicamos as ferramentas da qualidade com consistência e tendo como foco o aprendizado contínuo.

## Referências

ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 9001:2015**. Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos. São Paulo: ABNT, 2015.

ASQ – AMERICAN SOCIETY FOR QUALITY. Quality Glossary Definition: quality tools. **Portal ASQ**, 20 dez. 2019. Disponível em: <https://asq.org/quality-resources/quality-tools>. Acesso em: 25 nov. 2022.

CODMAN, E. A. **A Study in Hospital Efficiency**: As Demonstrated by the Case Report of the First Five Years of a Private Hospital. Boston: [s.n.], 1915.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, 1966.

DONABEDIAN, A. As sete ferramentas da qualidade. **Rev Calid Asist**, 2001.

IHI – INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **IHI's QI Essentials Toolkit**. Boston: IHI, 2017. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Essentials-Toolkit.aspx>. Acesso em: 23 nov. 2022.

IOM – INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the Quality Chasm**: A New Health System for the 21st Century. Washington: The National Academies Press, 2001. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/10027>. Acesso em: 22 nov. 2022.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To Err Is Human**. Washington: IOM, 2000. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/9728>. Acesso em: 22 nov. 2022.

NHS – NHS INSTITUTE FOR INNOVATION AND IMPROVEMENT. **The Handbook of Quality and Service Improvement Tools**. London: NHS, 2010.

NPSA – NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. **Seven steps to patient safety**. The full reference guide. London: NPSA, 2004. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787>. Acesso em: 23 nov. 2022.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Lisboa: OMS, 2009. (Relatório Técnico Final).

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual para Organizações Prestadoras dos Serviços de Saúde (OPSS) – versão 2022**. São Paulo: ONA, 2022.

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Norma Orientadora 23 – Termos e Conceitos. In: ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual para Organizações Prestadoras dos Serviços de Saúde (OPSS) – versão 2022**. São Paulo: ONA, 2022.

SOUZA, D. N. Z.; SILVA, E. M.; OLIVEIRA, M. C. Analysis environment by SWOT method: an application in automotive industry. **Espacios**, v. 34, n. 10, 2013.

VAZ, P. F. E. **Acidentes de trabalho em um hospital privado de médio porte da região metropolitana de Belo Horizonte**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Faculdades Integradas Pedro Leopoldo, Belo Horizonte, 2010.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Guidelines for Safe Surgery** : safe surgery saves lives. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_eng.pdf;jsessionid=6B51EF487FBE78652F39C5A01D664AFD?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=6B51EF487FBE78652F39C5A01D664AFD?sequence=1). Acesso em: 23 nov. 2022.

# CAPÍTULO 6

## RESPONSABILIDADE SOCIAL

Vânia Bezerra



# RESPONSABILIDADE SOCIAL

## Objetivos

- Conceituar responsabilidade social, compromisso social, Objetivos Globais para o Desenvolvimento Sustentável (ODS), Agenda 2030 e *Environmental, Social and Governance* (ESG), e a evolução ao longo do tempo;
- Explicar sobre a importância da implantação e do desenvolvimento de conceitos e políticas de responsabilidade social, sustentabilidade e ESG nos hospitais;
- Apontar possíveis caminhos para a gestão estratégica com visão de compromisso social.

## Histórico e conceitos da responsabilidade social

Ao revisarmos a história, observamos que o termo “responsabilidade social”<sup>1</sup> apareceu pela primeira vez em um manifesto de 120 industriais ingleses, em que “a responsabilidade dos que dirigem a indústria é manter um equilíbrio justo entre os vários interesses dos públicos, dos consumidores, dos funcionários, dos acionistas”. No século XX, os americanos Charles Eliot (1906), Hakley (1907) e John Clark (1916), e, em 1923, o inglês Oliver Sheldon fizeram a defesa dessas ideias.

Após a Primeira Guerra Mundial, essa diretriz balizou uma cooperação intensa, em especial entre a indústria e a comunidade, visto que a necessidade de reconstrução era essencial em vários países. Assim, houve um crescimento das associações, como sindicatos, igrejas e grupos políticos, que almejavam a melhoria das condições de trabalho e da vida em comunidade.

Essa iniciativa de colaboração, aliada ao conhecimento científico aplicado a várias áreas, principalmente administração, utilizando as ideias de Sheldon,<sup>2</sup> começa a dar concretude à responsabilidade social nos objetivos das empresas. Em 1953, nos Estados Unidos, um evento com a empresa A. P. Smith Manufacturing Company, que enfrentou problemas com os seus acionistas, pois eram contrários à doação de recursos financeiros à Universidade de Princeton, fez com que fosse criada a lei da filantropia corporativa, determinando que uma empresa poderia buscar o desenvolvimento social.<sup>3</sup>

Nesse período, o meio empresarial e acadêmico iniciou uma discussão a respeito da importância da responsabilidade social dos seus dirigentes, o que popularizou o tema nos Estados Unidos.

<sup>1</sup> DE BENEDICTO, S. C.; RODRIGUES, A. C.; PENIDO, A. M. S. **Surgimento e evolução da responsabilidade social empresarial: uma reflexão teórico-analítica.** Rio de Janeiro: Abepro, 2008. Disponível em: [https://abepro.org.br/biblioteca/enegep2008\\_tn\\_sto\\_079\\_547\\_11666.pdf](https://abepro.org.br/biblioteca/enegep2008_tn_sto_079_547_11666.pdf). Acesso em: 1º dez. 2022.

<sup>2</sup> ORCHIS, M. A.; YUNG, M.; MORALES, S. **Impactos da responsabilidade social nos objetivos e estratégias empresariais.** 2000. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Fundação Armando Alvares Penteado, São Paulo, 2000.

<sup>3</sup> ASHLEY, P. A.; COUTINHO, R. B. G.; TOMEI, P. A. Responsabilidade social corporativa e cidadania empresarial: uma análise conceitual comparativa. In: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, Rio de Janeiro, 2000. **Anais** [...]. Rio de Janeiro: Anpad, 2000.

Os problemas socioeconômicos e as mudanças na sociedade criaram um ambiente propício para essa discussão nos Estados Unidos, chegando à Europa com artigos de revistas e notícias de jornais. Durante os anos 1960, os autores europeus Kenneth Galbraith, Vance Packard e Rachel Carson se destacaram ao pensar soluções para problemas sociais.

A questão ambiental e social já era uma preocupação ao final da década, e as empresas se preocupavam em publicizar suas iniciativas para a sociedade.

Chegamos a 1970 com a preocupação de como e quando a empresa deveria responder sobre suas obrigações sociais e demonstrá-las para a sociedade, pois havia uma cobrança nos meios empresariais e acadêmicos. Na Alemanha, esta preocupação se reflete nos orçamentos e nos balanços financeiros que se integram aos objetivos sociais.

No entanto, buscando na literatura, observamos que foi a França o primeiro país a formalizar a obrigação das empresas a fazerem balanços periódicos de seu desempenho social em relação aos trabalhadores e às condições de trabalho.<sup>4</sup>

Chegamos aos anos 1980 com muitos países em via de democratização política, pressões sobre as empresas por mudanças econômicas, e esse tema passa a ser associado à ética empresarial e à qualidade de vida no trabalho.<sup>5</sup> Diversos autores começaram a produzir materiais sobre responsabilidade social, questões éticas e morais nas empresas, envolvendo a questão ambiental, a educação e as desigualdades sociais, o que contribuiu para a redefinição do papel das organizações.

Atualmente, a responsabilidade social assumiu um aspecto ético-empresarial fundamental, que é incluído como item de avaliação de qualidade, performance e sucesso, avançando para uma discussão de compromisso social, em que se propõe o vínculo genuíno com a comunidade, que afeta todas as decisões de produção, negócio e relações no mercado. Desta forma, a responsabilidade é a prática, e o compromisso é um vínculo real e empático com sua comunidade.

Além desse processo, em 2000 o secretário-geral das Nações Unidas, Kofi Annan, lançou o Pacto Global, para que as empresas alinhassem suas estratégias e operações aos Dez Princípios Universais nas áreas de Direitos Humanos, Trabalho, Meio Ambiente e Anticorrupção, e desenvolvessem ações que contribuíssem para o enfrentamento dos desafios da sociedade.

Essa grande iniciativa de sustentabilidade corporativa do mundo contou com mais de 16 mil participantes, entre empresas e organizações, distribuídos em 70 redes locais, que abrangem 160 países.

Para a operacionalização, os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) propuseram oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), estabelecendo metas para o período entre 2000 e 2015.

<sup>4</sup> OLIVEIRA, F. R. M. **Relações públicas e a comunicação na empresa cidadã**. 2000. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2000.

<sup>5</sup> DE BENEDICTO, S. C. **A Responsabilidade Social das Empresas: uma relação estreita com a educação**. 2002. Monografia (Especialização em Educação) – Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2002.

Esse esforço alcançou avanços consideráveis na redução da pobreza global, no acesso à educação e à água potável. A partir desses dados, para a continuidade, foram traçadas novas metas para os próximos 15 anos, os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS), que são os sucessores dos ODMs. Desta forma, quem participa do Pacto Global também assume a responsabilidade de contribuir para o alcance dos 17 ODS.

Os 193 países-membros das Nações Unidas aprovaram, em 2015, a Agenda 2030, um plano de ação de 2015 a 2030 com 169 metas universais.

Segundo a ONU:

O Pacto Global não é um instrumento regulatório, um código de conduta obrigatório ou um fórum para policiar as políticas e práticas gerenciais. É uma iniciativa voluntária que fornece diretrizes para a promoção do crescimento sustentável e da cidadania, por meio de lideranças corporativas comprometidas e inovadoras.<sup>6</sup>

Mas os registros mostram que apenas em 2005 foi criado o termo *Environmental, Social and Governance* (ESG), que tem ganhado grande adesão, em virtude da preocupação crescente do mercado e da sociedade com a sustentabilidade, a partir de um artigo em inglês chamado “*Who cares wins*”, do autor Ivo Knoepfel,<sup>7</sup> sendo que a tradução seria algo como “Ganha quem cuida” ou “Ganha quem se importa”.



**Figura 1** – Objetivos Globais para o Desenvolvimento Sustentável, ONU, 2015

Fonte: Pacto Global<sup>8</sup>

<sup>6</sup> PACTO Global. ODS. ESG. **Portal Pacto Global – Rede Brasil**, [s.d.]. Disponível em <https://www.pactoglobal.org.br/>. Acesso em: 2 dez. 2022.

<sup>7</sup> KNOEPFEL, I. Who Cares Wins. **Portal IFC**, [s.d.]. Disponível em: [https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/9eeb7982-3705-407a-a631586b31dab000/IFC\\_Breif\\_whocares\\_online.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-9eeb7982-3705-407a-a631-586b31dab000-jkD12B5](https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/9eeb7982-3705-407a-a631586b31dab000/IFC_Breif_whocares_online.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-9eeb7982-3705-407a-a631-586b31dab000-jkD12B5). Acesso em: 2 dez. 2022.

<sup>8</sup> A INICIATIVA. **Portal Pacto Global – Rede Brasil**, [s.d.]. Disponível em <https://www.pactoglobal.org.br/a-iniciativa>. Acesso em: 2 dez. 2022.

O relatório produzido pelo autor foi resultado do Pacto Global da ONU, amparado em pilares ambientais, sociais e de governança.

A linha de base do artigo foi decisiva ao apontar um caminho, mostrava que as empresas que se preocupavam com a preservação do meio ambiente, que se inseriam em causas sociais e que buscavam boas práticas de governança tinham melhores resultados.

Essa sigla representa uma compreensão por parte do mercado financeiro de que aspectos não financeiros caracterizam riscos/oportunidades para geração de valor das empresas, e que, portanto, há necessidade de avaliação e publicização do desempenho das práticas de sustentabilidade empresarial nos eixos Governança, Social e Meio Ambiente,<sup>9</sup> de forma a compartilhar as melhorias e trabalhar colaborativamente. Nesse sentido, os problemas ambientais, sociais e de governança são considerados fundamentais atualmente nas análises de riscos e nas decisões de investimentos.

Embora pareça uma novidade, a verdade é que ESG não é uma evolução da sustentabilidade empresarial, mas, sim, a própria sustentabilidade empresarial, como explicou o diretor executivo da Rede Brasil do Pacto Global em artigo recente.<sup>10</sup>

Resumindo, é um compromisso do negócio com a sustentabilidade e impactos positivos para toda a sociedade, ou seja, práticas ESG levam à construção de confiança interna e externa, promove aumento da consciência de responsabilidade individual e coletiva e encoraja a mudança social, ou seja, os efeitos dessa agenda impactam os colaboradores, alavancam a imagem da marca, incentivam a inovação, criam crescimento econômico e estabelecem parcerias estratégicas e colaborativas.

Relatório da PricewaterhouseCoopers Brasil (PwC) mostra que, até 2025, 57% dos ativos de fundos mútuos na Europa estarão em fundos que consideram os critérios ESG, o que representa US\$ 8,9 trilhões em relação a 15,1% no fim de 2020. Além disso, a mesma publicação informa que, após pesquisa no setor, ficou claro que 77% dos investidores planejam parar de comprar produtos não ESG nos próximos dois anos.<sup>11</sup>

No Brasil, fundos ESG captaram R\$ 2,5 bilhões em 2020 – mais da metade da captação veio de fundos criados nos últimos 12 meses. Este levantamento foi feito pelas empresas Morningstar e Capital Reset.<sup>12</sup>

<sup>9</sup> IDIS – INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DO INVESTIMENTO SOCIAL. **ESG, RSC e ISP: o que significa e como as siglas se relacionam.** São Paulo: IDIS, 2022. Disponível em: <https://www.idis.org.br/esg-rsc-e-isp-o-que-significa-e-como-as-siglas-se-relacionam/>. Acesso em: 1º dez. 2022.

<sup>10</sup> PACTO... ([s.d.]).

<sup>11</sup> ATIVOS de fundos mútuos na Europa com critérios ESG serão 57% até 2025. **Monitor Mercantil**, Rio de Janeiro, 26 ago. 2021. Disponível em <https://monitormercantil.com.br/ativos-de-fundos-mutuos-na-europa-com-criterios-esg-serao-57-ate-2025/>. Acesso em: 2 dez. 2022.

<sup>12</sup> DELOITTE. 2022 **Global Life Sciences Outlook Digitalization at scale: Delivering on the promise of Science.** [S.l.]: Deloitte, 2022. Disponível em: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-dei-global-life-sciences-outlook-report.pdf>. Acesso em: 1º dez. 2022.

## Aplicação prática dos conceitos de responsabilidade social

Todas as grandes publicações que envolvem gestão, economia, mercado e finanças colocam a especificidade dos hospitais em se tratando de sustentabilidade, pois estes equipamentos de saúde consomem recursos naturais dos mais diversos. Além disso, trabalham com alta tecnologia e muitos profissionais de saúde, tendo intensa relação com a sociedade, além de produzirem grande quantidade de resíduos, inclusive infectantes.

Adotar boas práticas de governança, em relação à mitigação de impactos no meio ambiente, na relação com trabalhadores e comunidade, é essencial, adotando políticas claras e alinhadas de sustentabilidade, em que temos a responsabilidade social, os ODS e, agora, ESG.

Desde os primórdios da discussão de responsabilidade social, ficou claro que o conceito estimula ações voluntárias voltadas à melhoria da qualidade de vida dentro e fora das organizações, implicando, nas empresas, maior investimento em capital humano, no ambiente e nas relações com as comunidades locais. Este conceito está dentro de uma visão ampliada de sustentabilidade, que passa pelo Pacto Global, pelos ODS e pela discussão atual de ESG.

Dessa forma, o engajamento dos hospitais nesta discussão representa um diferencial na competitividade no mercado diante da sociedade, para os potenciais usuários e investidores, que, neste mundo moderno, consideram estes princípios essenciais, diante do esgotamento dos recursos naturais mundiais e da profunda crise socioeconômica, em especial após a pandemia de Covid-19, o que nos coloca diante de um mundo em transição para sua própria sobrevivência.

Um outro aspecto a ser considerado, que faz parte desse contexto, é que o processo de cuidado das pessoas envolve uma visão ampliada do cuidado (ou: aspecto) saúde/doença, pois é inegável que a forma como se vive, incluindo o o procedimento de (ou: contexto do) trabalho, implica como se adoecce e morre. Pensar em consumo consciente, reduzir desigualdades, equidade, educação, proteção ao meio ambiente, projetos comunitários que estimulem resiliência e sustentabilidade, melhorando a vida das pessoas, faz parte de nossos deveres e *expertises*. Os hospitais, como serviços especiais e especializados, guardam uma íntima relação com toda essa discussão, visto que transitamos em um mundo de assimetria de informações entre gestores, profissionais de saúde e usuários, e considerado imperfeito do ponto de vista da economia por ter dificuldades em previsibilidade e garantia de seus produtos de forma ampla, como cura de doenças ou agravos.

Essa discussão nos coloca a questão da agregação de valor, em uma visão adequada ao campo da saúde, relembrando Porter,<sup>13</sup> ou seja, valor entendido como melhoria do processo de cuidado real para o paciente que está no centro do processo, em que qualidade, segurança, experiência do paciente, efetividade, melhores desfechos e custos adequados estão fortemente interligados. Tudo isso se liga efetivamente à sustentabilidade, e, neste atual estágio, aos conceitos de ESG, que permitem desenvolvimento de ações que levam à agregação de valor.<sup>14</sup>

<sup>13</sup> PORTER, M. E. What is value in health care? *N Engl J Med*, v. 363, p. 2477-2481, 2010.

<sup>14</sup> *Ibidem*.

Assim, se observarmos o panorama brasileiro considerando as grandes dificuldades dos hospitais brasileiros em termos financeiros, por exemplo, um modo simples para começar seria pensar iniciativas de sustentabilidade com os ODS e avançar para ESG, que amplia o olhar e envolve um conjunto de boas práticas que determinam se as ações da organização estão voltadas para o desenvolvimento social, a sustentabilidade e as boas políticas de governança.

Quando um hospital investe na capacitação de seus colaboradores, ele faz mais do que promover emprego digno e crescimento econômico (ODS 8), mas, também, valoriza a educação (ODS 4) e pode estar contribuindo indiretamente para reduzir desigualdades (ODS 10), inclusive em relação a gêneros (ODS 5).<sup>15</sup> Outro exemplo pode ser o *case* em relação à erradicação da pobreza realizado pelo Hospital Sírio Libanês<sup>16</sup> sobre o “Abraça seu Bairro”.

Os usos das políticas ESG dentro dos hospitais são inúmeros. Além de ressaltar o caráter de instituições que servem à sociedade, os conceitos de ESG reorganizam as relações internas na instituição, inclusive de produção e organização dos processos de trabalho.

Quando discutimos governança, as orientações dentro do ESG nos trazem premissas como transparência, equidade, ética, políticas de combate à corrupção e *accountability*, o que implica mudanças culturais profundas no estilo de gestão, estrutura e processos.

A transparência com instrumentos, fluxos e formatos inclusivos de prestação de contas, compartilhamento de dados e resultados ao público interno e à sociedade promove uma melhoria nos relacionamentos, maior engajamento e possibilidade de mais eficiência e confiabilidade do mercado.

Em relação à equidade, o compromisso em direcionar esforços para setores e populações internas e externas mais vulneráveis, por meio de políticas específicas, pode sinalizar positivamente o compromisso social da instituição.

Ética deve nortear discussões, planejamentos, ações e decisões em todos os momentos e ser mola motriz em todos os processos de educação permanente, pois, no campo da saúde, é um elemento vital em constante cobrança interna e externa.

Quanto à política de combate à corrupção em todos os níveis, essa é uma meta mundial para todos e que diferencia as instituições, devendo permear toda a organização, desde a relação com fornecedores, as políticas de gestão de pessoas, o relacionamento com os parceiros etc. A criação e o desenvolvimento de estruturas de *compliance*, largamente disseminadas, com autonomia, apoio da alta liderança, conhecimento profundo do hospital, em que o respeito às legislações, os fluxos, os marcos regulatórios e a criação de um conjunto claro de regras pode auxiliar as mudanças culturais necessárias por meio de processos de educação permanentes ao longo do tempo.

<sup>15</sup> ANAHP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS. **ESG nos Hospitais ANAHP: Resultados e Boas Práticas**. São Paulo: ANAHP, 2022. Disponível em: [https://anahp.com.br/pdf/ESG\\_nos\\_hospitais\\_Anahp.pdf](https://anahp.com.br/pdf/ESG_nos_hospitais_Anahp.pdf). Acesso em: 1º dez. 2022.

<sup>16</sup> *Ibidem*, p. 30.

Em relação a *accountability*, este termo em inglês sem uma definição exata nos remete à responsabilidade individual e coletiva, à prestação de contas, ao controle, à fiscalização, à responsabilização, ao compromisso, à proatividade e à transparência, mas, principalmente, de uma cultura de colaboração, comprometimento e engajamento de todos na manutenção de indicadores de metas, processos e resultados, garantindo a transparência. Para isso, é preciso desenvolver uma cultura em cada setor do hospital da importância deste processo, criando um clima organizacional propício.

Outro aspecto importante que envolve a governança é a implantação de políticas claras de diversidade e inclusão, considerando diferentes origens, culturas, gênero, raça, pessoas com deficiência ou restrição de mobilidade, geração, capacidade física, LGBTQIA+ etc. Iniciativas neste sentido devem incluir avaliação por competências, enfrentamento dos preconceitos, liberdade de ideias, fóruns de afinidade, retenção de talentos etc.

O estímulo a processos e formas de gestão dinâmicas, que permitem o livre debate e a capacidade de expressar ideias, é essencial. Atualmente, alguns modelos, como a metodologia Ágil com os pequenos grupos por produto, capacidade de adaptabilidade, flexibilidade e colaboração entre as equipes, parecem ser potentes para várias áreas do hospital.

uma sugestão em relação à governança é ter mecanismos ou fóruns para a escuta ativa e regular das partes interessadas (*stakeholders*) durante todo o trabalho, principalmente em mudanças, o que pode auxiliar em uma visão mais ampliada de problemas e possíveis soluções, promovendo a melhoria contínua da instituição. Lembrando que o hospital reúne trabalhadores com diversas formações, principalmente com nível superior, com grande capacidade de vocalização e organização corporativa, muitas vezes mais fiéis às suas estruturas profissionais, além de pacientes, familiares, fornecedores, investidores etc., trazendo uma gama de atores sociais que dá complexidade. Por isso, é preciso criar estratégias de múltiplas escutas e diálogos, além de entender interesses e formas de motivação.

Com relação ao *environmental* no ESG, a palavra do inglês traduzida significa meio ambiente. Como já discutimos, hospital consome recursos e gera resíduos em grande quantidade. Desta forma, é essencial trabalhar este quesito e se aliar às lutas mundiais contra desperdícios e pela preservação. Importante lembrar como isso pode impactar positivamente o hospital: reduzir custos, ao diminuir o consumo de água, economizar energia elétrica, reutilizar papéis, diminuir o uso do papel; buscar transportes alternativos; produção de menos resíduos e gases de efeito estufa (GEEs); reciclagem; consumo responsável; estabelecer política ecológica de compras; valorizar e proteger o meio ambiente; buscar proteger os colaboradores quanto à higiene e à prevenção de doenças etc., podendo, inclusive, impactar o entorno fisicamente, estimulando hábitos ecologicamente saudáveis e socialmente colaborativos, trabalhando com cooperativas de reciclagem, por exemplo.

Segundo a Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais (Abrelpe), em 2020, em decorrência do aumento no número de internações hospitalares e atendimentos de saúde, por conta da pandemia de Covid-19, cerca de 290 mil toneladas de resíduos de serviços de saúde foram coletadas nos municípios brasileiros, com um índice de coleta *per capita* em torno de 1,4 kg por habitante no ano, o que representou um aumento de cerca de 20%.<sup>17</sup>

17 ABRELPE – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE LIMPEZA PÚBLICA E RESÍDUOS SÓLIDOS. *Revista Panorama dos Re-*

Também o consumo médio diário de água por paciente internado passou de 0,86 para 0,96 metros cúbicos entre 2019 e 2020. <sup>18</sup>

O Programa CPFL Energia nos Hospitais, que implementa usinas de energia solar, lâmpadas LED, além de estimular doações de consumidores e contribuir para a formação de profissionais, é uma das iniciativas com base nos ODS que impacta os hospitais. Até agora, foram atendidos 325 hospitais. <sup>19</sup>

Um ponto de atenção é a urgência das pautas ESG. Os custos com saúde relacionados às mudanças climáticas são estimados em US\$ 820 bilhões por ano, e os sistemas de saúde do mundo, juntos, respondem por 4% das emissões globais de dióxido de carbono – mais do que as indústrias de aviação ou o transporte marítimo, por exemplo. <sup>20</sup>

Mas, muitas ideias e projetos trabalham esta questão. Por exemplo, o Hospital do Coração em São Paulo (HCor) faz reciclagem de películas de raio-X desde 2020, o que resultou em 189 quilos de películas recolhidos e enviados para reciclagem. Também o projeto de reciclagem de isopor, iniciado em 2020, chegou a 5,1 toneladas em 2021. <sup>21</sup>

Outro *case* seria o Hospital Sírio-Libanês, que, durante a Conferência da ONU sobre as Mudanças Climáticas de 2019 (CO P25), recebeu o certificado de boas práticas por reduzir suas emissões de carbono. <sup>22</sup>

Um aspecto da cadeia produtiva, de insumos hospitalares e medicamentos, é a automação, a conexão entre fábricas e inteligência artificial, que afeta logística, racionalizando o setor e impactando positivamente o uso de recursos, aprendizado trazido pela pandemia após a falta de insumos e medicamentos em todo o mundo. <sup>23</sup>

A construção de uma usina própria de transformação de resíduos químicos e infectantes foi a forma como o Hospital Moinhos de Vento, em Porto Alegre (RS), enfrentou a questão do lixo hospitalar. A usina transforma 2 mil toneladas de lixo em cápsulas de energia, e o hospital aguarda aprovação de órgãos reguladores para começar a gerar a sua própria eletricidade. <sup>24</sup>

Enfim, considerando a gravidade do cenário em relação à crise ambiental e a responsabilidade do Setor Saúde neste processo, em especial hospitais, é importante buscar formas de enfrentar este desafio.

Com relação ao social do ESG, é inegável a responsabilidade dos hospitais em relação ao tema,

---

**síduos Sólidos no Brasil**, 2022. Disponível em: <https://abrelpe.org.br/Panorama>. Acesso em: 1º dez. 2022.

<sup>18</sup> ANAHP, 2022.

<sup>19</sup> CPFL ENERGIA. Plano de Sustentabilidade. **Portal CPFL Energia**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.grupocpfl.com.br/energias-sustentaveis/cpfl-e-rge-nos-hospitais>. Acesso em: 1º dez. 2022.

<sup>20</sup> DELOITTE, 2022.

<sup>21</sup> ANAHP, 2022.

<sup>22</sup> *Ibidem*, p. 144.

<sup>23</sup> DELOITTE, 2022.

<sup>24</sup> ANAHP, 2022.

considerando que trabalham com a assistência à vida, o que imprime uma relação intensa de compromisso com a qualidade de vida, práticas saudáveis, solidariedade, equidade, justiça social e tantos outros temas que implicam uma defesa incondicional do viver. Estes são aspectos observados com intensidade por consumidores, clientes, colaboradores e investidores.

Nesse quesito, temos as ações relativas aos públicos interno e externo, em especial com a comunidade, de forma a se tornar referência em práticas colaborativas e de apoio dentro e fora do hospital.

Algumas questões como iniciativas de diversidade e inclusão estão entrelaçadas com a governança, mas, fundamentalmente, com o social. Neste item, não basta cumprir a legislação, mas, também, escolher parceiros e fornecedores que compartilhem das mesmas premissas, como combate ao trabalho infantil, toda e qualquer forma de discriminação por etnia, seja pela cor de pele, seja pela orientação religiosa ou sexual, pessoas com deficiência, entre outros, além de combate às formas de assédio, busca por políticas justas de remuneração e benefícios, preocupação com a saúde e o bem-estar de cada colaborador e o desenvolvimento pessoal e profissional.

Aliada a isso, temos a necessidade de ampliar o olhar para a sociedade, em especial para o entorno do hospital.

Outro *case* seria o Complexo Hospitalar de Niterói (CHN), no Rio de Janeiro, que, em 2018, passou a oferecer treinamento em primeiros socorros, em especial em parada cardiorrespiratória e outros eventos que levam à perda de consciência para profissionais de segurança e educação, após fazer uma escuta da comunidade em relação às suas necessidades. Mais de 800 pessoas já passaram pelo treinamento.<sup>25</sup>

O Hospital Sírio-Libanês criou um projeto chamado Guardiões do Bairro, em 2020, durante a pandemia, iniciativa na qual um grupo de colaboradores distribuiu cerca de 79 mil máscaras pelo bairro da Bela Vista, em São Paulo (SP), onde está situada a sede da instituição, com investimento de R\$ 163 mil, beneficiando mais de 30 mil pessoas com os mais de 5 mil *kits* entregues por 400 colaboradores, além de gerar renda para um grupo de mulheres costureiras em grande dificuldade naquele momento.<sup>26</sup>

Uma das questões que se aponta como essencial, que a pandemia nos ensinou, foi a parceria entre o governo e o setor privado, que levou ao desenvolvimento de vacinas contra Covid-19 em tempo recorde. Então, concluímos que, quando unimos os esforços dos setores público e privado, podemos realizar ações realmente impactantes e transformadoras.

Assim, os problemas da esfera pública são desafios das empresas também. Por isso, a experiência do Hospital Albert Einstein com a rápida estruturação de hospitais de campanha para casos Covid, em parceria com a Prefeitura de São Paulo e o projeto “Ouvid” acerca de saúde mental dos colaboradores e seus familiares, para oferecer apoio psicológico em casos de sofrimento emocional e psíquico, na lógica de que “Ouvir também é cuidar”,<sup>27</sup> se encaixa tão bem no ESG.

<sup>25</sup> *Ibidem*.

<sup>26</sup> *Ibidem*.

<sup>27</sup> IMPORTÂNCIA da assistência direcionada à saúde mental para alunos e profissionais durante a pandemia da COVID-19. **Portal Hospital Albert Einstein**, 9 jul. 2020. Disponível em: <https://ensinoepesquisa.einstein.br/fiquepordentro/noticia/importancia-da->

Uma das questões importantes dentro do ESG, que também faz parte do braço social e que se relaciona com o propósito e o engajamento dos colaboradores, é o voluntariado corporativo.

Conectar colaboradores com organizações do terceiro setor, iniciativas da comunidade ou do próprio hospital para além dos muros hospitalares, para que juntos possam solucionar desafios, constrói um reforço na ideia do ESG, conecta o conceito de responsabilidade com o bem-estar da sociedade.

Vimos acima várias iniciativas em que o colaborador participou voluntariamente para dar resposta a um problema fora do hospital, e, além do impacto positivo para a comunidade, isto desenvolve competências e outras capacidades nos colaboradores. Todos ganham, sendo uma grande oportunidade de estabelecer relacionamentos comunitários genuínos.

Dessa forma, para além da solidariedade, o voluntariado se transforma em uma ferramenta estratégica dentro dos hospitais, pois vai fortalecer espírito de equipe, desenvolver habilidades comportamentais, como as chamadas soft skill, oportunizar conhecer competências que os colaboradores já possuem e não utilizam no ambiente hospitalar, além de trabalhar conceitos do ESG ativamente.

Um tema importante quando discutimos ESG, além da preferência crescente dos investidores em empresas que trabalham dentro destes princípios e uma mudança no comportamento de acionistas atuais, é que temos a possibilidade de captação de recursos de investidores sociais.

Em relação a investimentos, temos uma oferta crescente de recursos e investidores que desejam financiar economias sustentáveis e conectadas com ESG.

Na pandemia de Covid-19, o protagonismo de empresas na doação de recursos financeiros, itens de higiene, cestas de alimentos e equipamentos de saúde foi excepcional. De acordo com o Monitor das Doações, ferramenta criada pela Associação Brasileira de Captadores de Recursos (ABCR) para apurar o montante doado para combater os efeitos da pandemia no Brasil, o setor empresarial foi responsável por 85,41% dos mais de R\$ 7 bilhões contabilizados até o mês de setembro de 2021, intensificando a discussão de responsabilidade social e ESG.<sup>28</sup>

Por isso, hoje, existem diversos títulos específicos que podem ser emitidos por empresas e que têm o selo ESG representado, como títulos verdes (*green bonds*), títulos sociais (*social bonds*), títulos de sustentabilidade (*sustainability bonds*) e *linked bonds*.<sup>29</sup> Mas temos, também, a oportunidade de investimentos sociais privados por parte de empresas, fundos patrimoniais específicos, indivíduos e famílias, em que ocorre a alocação voluntária e estratégica de recursos privados, sejam eles financeiros, sejam em espécie, humanos, técnicos ou gerenciais para o benefício público, visando promover a transformação social.<sup>30</sup>

---

-assistencia-direcionada-a-saude-mental-para-alunos-e-profissionais-durante-a-pandemia-da-covid-19. Acesso em: 1º dez. 2022.

28 ABCR – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CAPTADORES DE RECURSOS. **Portal ABCR**, [s.d.]. Disponível em: <https://captadores.org.br/>. Acesso em: 1º dez. 2022.

29 PEREIRA, D.; BORGES, R.; CABRAL, A. Finanças sustentáveis e as novas opções de captação de recursos. **Revista LIDE**, Agência EY, 7 jun. 2022. Disponível em: <https://revistalide.com.br/noticias/esg/artigo-financassustentaveis-e-as-novasopcoes-paracapta-caoderecursos>. Acesso em: 2 dez. 2022.

30 IDIS, 2022.

No caso do hospital, a instituição pode fazer investimento social privado em projetos que julgue importantes e que dialoguem com o propósito, sendo esta uma ação que se encaixa dentro do item social do ESG, mas, também, pode receber recursos para projetos de aprimoramento do seu trabalho internamente ou para projetos que deseje fazer para e com a comunidade.

O cenário atual é bastante propício para quem pratica ESG e se propõe a criar projetos engajados com este tema, seja para investir, seja para captar recursos. Essa responsabilidade social exige uma gestão estratégica nesta direção, pois, para que seja praticada em um contexto que permita adquirir vantagem competitiva, deve ser disseminada como uma atitude estratégica que possibilite criar uma nova cultura dentro do hospital, sendo praticada e incorporada na gestão das principais áreas organizacionais. Um dos principais desafios a ser enfrentado na implementação é privilegiar, nas relações internas e externas, valores culturais que suportem o ESG. Somente quando os princípios forem incorporados em todos os níveis e as operações do negócio e praticados é que a gestão poderá ser considerada estratégica e contribuirá para a sustentabilidade da organização e da sociedade.<sup>31</sup>

## Ferramentas sugeridas para evidenciar resultados e impacto social

Os relatórios ESG, também conhecidos como relatórios de sustentabilidade, oferecem às empresas a oportunidade de serem transparentes com as partes interessadas sobre sua abordagem quanto às diretrizes ambientais, sociais e de governança corporativa.

Existem muitos modelos no mercado. No entanto, é importante adotar um modelo possível, mas validado, pois, em se tratando de ESG, o relatório é parte essencial da operação. Temos muitos *frameworks* (estrutura) ESG disponíveis, o que traz alguma dificuldade, mas apresentamos a seguir alguns modelos que podem ser usados nos hospitais:

- GRI (*Global Reporting Initiative*) – foi o primeiro *framework* criado e é o mais utilizado no mundo. Inicialmente, seus objetivos eram fornecer às empresas indicadores de práticas ambientais responsáveis. Posteriormente, as métricas foram expandidas para incluir direitos humanos, governança e bem-estar social;<sup>32</sup>
- SASB (*Sustainability Accounting Standards Board*) – este *framework* foi elaborado individualmente para 77 setores de atuação diferentes, o que é um grande diferencial em relação aos demais. Ele usa seu próprio sistema de classificação de indústria sustentável para agrupar empresas e setores semelhantes, com base em seus riscos e oportunidades relacionados à sustentabilidade;<sup>33</sup>

<sup>31</sup> ESTEVES, M. L.; SILVA, S. S.; ALIGLERI, L. Gestão estratégica da responsabilidade social: o caso das empresas do setor de atacado e comércio exterior na região Sul do país. **Rev. FAE**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 19-26, jan./jun. 2007.

<sup>32</sup> GLOBAL REPORTING INITIATIVE GRID. **Portal GRI**, 2022. Disponível em: <https://www.globalreporting.org/>. Acesso em: 1º dez. 2022.

<sup>33</sup> SUSTAINABILITY ACCOUNTING STANDARDS BOARD. *Portal IFRS Foundation*, [s.d.]. Disponível em: <https://www.sasb.org/>. Acesso em: 2 dez. 2022.

- IIRC (*International Integrated Reporting Council*) – esse conselho é responsável por divulgar o *International Framework* (IR), que adota uma abordagem baseada em princípios fornecendo orientações que as empresas devem seguir ao preparar relatórios para os usuários finais abrangendo o conteúdo ESG para ativos tangíveis e intangíveis; <sup>34</sup>
- CDP (*Carbon Disclosure Project*) – reúne informações sobre cada organização por meio de um questionário detalhado e, em seguida, produz uma pontuação usando seus próprios critérios. O CDP se concentra em tópicos relacionados ao meio ambiente e não cobre diretamente os aspectos sociais e de governança; <sup>35</sup>
- TCFD (*Task Force on Climate-Related Financial Disclosures*) – em 2020, os relatórios baseados em TCFD tornaram-se obrigatórios para todos os proprietários e gestores de ativos que aderiram aos Princípios para Investimento Responsável (PRI) das Nações Unidas. O PRI é a maior rede de investidores do mundo; <sup>36</sup>
- SSE (*Sustainable Stock Exchange Initiative*) – Programa de Parceria da ONU que fornece uma plataforma global para explorar como as bolsas em questões ESG mantêm um banco de dados com todos os documentos de orientação fornecidos pelas bolsas de valores para empresas listadas, permitindo que elas possam aprender com seus pares. A maioria das principais bolsas de valores do mundo agora tem orientação sobre como divulgar dados ESG. <sup>37</sup>

Importante adotar progressivamente um relatório padronizado para não correr o risco de ser confundido com uma empresa *greenwashing*.<sup>38</sup>

Além dos relatórios, em especial no componente social do ESG, as avaliações de impacto fazem parte de uma agenda mais ampla da formulação de políticas baseadas em evidências, pois estima as mudanças no bem-estar dos indivíduos que podem ser atribuídas a um projeto, política pública ou programa específico. O enfoque na atribuição do resultado é o selo distintivo das avaliações de impacto. Iguamente, seu desafio central é identificar a relação causal entre o programa ou a política e os resultados de interesse. <sup>39</sup>

Independentemente do formato da avaliação, demonstrar o impacto tem se tornado essencial para investidores sociais. Mensurar o impacto também é vital para as empresas, ter certeza de que se ações são efetivas na sociedade e que isso abre possibilidade de doações e investimentos.

O impacto é a mudança social que deve ocorrer após a implementação de um projeto, sendo que os resultados se relacionam com os efeitos objetivos, que, em geral, representam a cobertura da

<sup>34</sup> INTERNATIONAL INTEGRATED REPORTING COUNCIL. *Integrated Reporting Framework*. **Portal IFRS Foundation**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.integratedreporting.org/resource/international-ir-framework/>. Acesso em: 2 dez. 2022.

<sup>35</sup> CDP – CARBON DISCLOSURE PROJECT. **Portal CDP**, [s.d.]. Disponível em: <https://la-pt.cdp.net/>. Acesso em: 1º dez. 2022.

<sup>36</sup> TASK FORCE ON CLIMATE RELATED FINANCIAL DISCLOSURE. **Portal TCFD**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.fsb-tcf.org/>. Acesso em: 2 dez. 2022.

<sup>37</sup> SUSTAINABLE STOCK EXCHANGE INITIATIVE. Disponível em: <https://sseinitiative.org/>

<sup>38</sup> Termo usado quando uma organização gasta mais tempo e dinheiro se promovendo como sustentáveis do que realmente minimizando seu impacto ambiental.

<sup>39</sup> GERTLER, P. J. *et al. Avaliação de Impacto na Prática*. Washington: BID, 2018.

iniciativa, enquanto o impacto pode ter uma natureza mais subjetiva e profunda – mais voltado à ideia de transformação social. Assim, as métricas de impacto buscam identificar o quanto o projeto mudou a vida das pessoas envolvidas. Enquanto objetivo a ser avaliado, pode se utilizar de diversas metodologias, mas também é uma prática reflexiva, que visa buscar evidências para identificar se uma iniciativa tem alcançado as transformações sociais que estabeleceu como objetivos.<sup>40</sup>

Assim como os relatórios de ESG, existem várias metodologias, como:

- O SROI – *Social Return on Investment*,<sup>41</sup> ou Retorno Social sobre Investimento, é um protocolo de avaliação que propõe uma análise comparativa entre o valor dos recursos investidos em um projeto ou programa e o valor social gerado para a sociedade com essa iniciativa, por meio de várias etapas, com foco no beneficiário. Para isso, aplica diversas técnicas para estimar o valor intangível de ativos que não podem ser comprados ou vendidos. Dessa forma, nos permite concluir que a cada R\$ 1 investido, foram gerados R\$ X em benefícios sociais, por exemplo. A abordagem quantitativa, por outro lado, proporciona um trabalho com amostras estatisticamente significativas que mensuram a intensidade das mudanças percebidas;
- Também temos o desenvolvimento de modelo lógico ou teoria da mudança,<sup>42</sup> em que há uma imagem de como seu esforço ou iniciativa deve funcionar, que explica por que sua estratégia é uma boa solução para o problema em questão. Um modelo lógico mantém os participantes no esforço movendo-se na mesma direção, fornecendo uma linguagem comum e um ponto de referência. Mais do que uma ferramenta de observação, os modelos lógicos passam a fazer parte do próprio trabalho. Eles energizam e reúnem apoio para uma iniciativa, declarando precisamente o que você está tentando realizar e como. Alguns outros nomes incluem: roteiro, mapa conceitual ou mapa de caminhos, modelo mental, plano de mudança, estrutura para ação ou estrutura do programa, teoria do programa ou hipótese do programa, sustentação teórica ou fundamento lógico, cadeia causal ou cadeia de causalidade ou teoria da mudança ou modelo de mudança. Cada mapeamento ou técnica de modelagem usa uma abordagem ligeiramente diferente, mas todas elas se baseiam em uma base de lógica – especificamente, a lógica de como a mudança acontece. Qualquer que seja o nome, um modelo lógico apoia o trabalho de promoção da saúde e desenvolvimento comunitário, mapeando o curso da transformação da comunidade à medida que ela se desenvolve.

## Responsabilidade social para a transformação do Setor Saúde

Redução de riscos diversos, aumento de rentabilidade, agregar valor, sobreviver, se desenvolver e evoluir em um mundo em transformação, cumprindo sua missão no campo da saúde e resgatando propósito nos colaboradores, estes itens são parte do desafio dos hospitais.

<sup>40</sup> IDIS, 2022.

<sup>41</sup> *Ibidem*.

<sup>42</sup> COMMUNITY TOOL BOX. **Portal Community Tool Box**, [s.d.]. Disponível em: <https://ctb.ku.edu/en/table-ofcontents/overview/models-for-community-health-and-development/logic-modeldevelopment/main>. Acesso em: 1º dez. 2022.

Para completar, podemos utilizar um trecho da carta de Larry Fink, CEO da BlackRock, um dos maiores fundos de investimento do mundo:

Na base do capitalismo está o processo de constante reinvenção – a forma como as empresas devem evoluir continuamente à medida que o mundo ao seu redor muda para não correrem o risco de serem substituídas por novos concorrentes. A pandemia tem acelerado uma evolução no ambiente operacional de praticamente todas as empresas. Ela está mudando a forma como as pessoas trabalham e como os consumidores compram. Ela está criando novos negócios e extinguindo outros. Mais notavelmente, ela está acelerando drasticamente a forma como a tecnologia está redefinindo a vida e os negócios. Empresas inovadoras que procuram se adaptar a esse ambiente têm acesso mais fácil do que nunca ao capital para concretizar suas visões. E a relação entre uma empresa, seus funcionários e a sociedade está sendo redefinida.<sup>43</sup>

Neste capítulo, foi possível entender e evidenciar exemplos reais de instituições de saúde com responsabilidade social, mas existem alguns passos, como liderança, que precisam ser ressaltados. O exemplo é a maneira mais potente para engajar as pessoas. Em ESG, comece pelo G, da governança. Ter líderes alinhados com o propósito institucional e vivendo a importância de ser socialmente responsável impulsiona a cultura e viabiliza a estratégia institucional.

Defina metas de curto, médio e longo prazos com clareza e comece por algo que você já está fazendo e tenha plano de ação; tenha uma direção aberta; traga pontos em que você possa investir em médio prazo, com ferramentas simples (como uma linha do tempo de onde pretendem chegar com diversidade e inclusão, partindo de trabalhos com o conceito de respeito no time, por exemplo). Em longo prazo, trabalhe algo que traga motivação, algo que você sonha, que seja ambicioso e que você ainda não sabe realizar. Crie um mural ou gestão à vista com a descrição da ambição para conhecimento do seu time.

Responsabilidade social tem relação com fazer ações e projetos com inteligência, aportando amor, paixão pelo próximo no que se faz com o nobre objetivo de construir uma sociedade melhor.

## Referências

A INICIATIVA. **Portal Pacto Global – Rede Brasil**, [s.d.]. Disponível em <https://www.pactoglobal.org.br/a-iniciativa>. Acesso em: 2 dez. 2022.

ABCR – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CAPTADORES DE RECURSOS. **Portal ABCR**, [s.d.]. Disponível em: <https://captadores.org.br/>. Acesso em: 1º dez. 2022.

ABRELPE – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE LIMPEZA PÚBLICA E RESÍDUOS SÓLIDOS. **Revista Panorama dos Resíduos Sólidos no Brasil**, 2022. Disponível em: <https://abrelpe.org.br/Panorama>. Acesso em: 1º dez. 2022.

<sup>43</sup> CARTA de Larry Fink aos CEOS. **Black Rock**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.blackrock.com/br/2021-larry-fink-ceo-letter>. Acesso em: 1º dez. 2022.

ANAHP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS. **ESG nos Hospitais ANAHP: Resultados e Boas Práticas**. São Paulo: ANAHP, 2022. Disponível em: [https://anahp.com.br/pdf/ESG\\_nos\\_hospitais\\_Anahp.pdf](https://anahp.com.br/pdf/ESG_nos_hospitais_Anahp.pdf). Acesso em: 1º dez. 2022.

ASHLEY, P. A.; COUTINHO, R. B. G.; TOMEI, P. A. Responsabilidade social corporativa e cidadania empresarial: uma análise conceitual comparativa. In: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, Rio de Janeiro, 2000. *Anais [...]*. Rio de Janeiro: Anpad, 2000.

ATIVOS de fundos mútuos na Europa com critérios ESG serão 57% até 2025. **Monitor Mercantil**, Rio de Janeiro, 26 ago. 2021. <https://monitormercantil.com.br/ativos-de-fundos-mutuos-na-europa-com-criterios-esg-serao-57-ate-2025/>. Acesso em: 2 dez. 2022.

CARTA de Larry Fink aos CEOS. **Black Rock**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.blackrock.com/br/2021-larry-fink-ceo-letter>. Acesso em: 1º dez. 2022.

CDP – CARBON DISCLOSURE PROJECT. **Portal CDP**, [s.d.]. Disponível em: <https://la-pt.cdp.net/>. Acesso em: 1º dez. 2022.

COMMUNITY TOOL BOX. **Portal Community Tool Box**, [s.d.]. Disponível em: <https://ctb.ku.edu/en/table-ofcontents/overview/models-for-community-health-and-development/logic-modeldevelopment/main>. Acesso em: 1º dez. 2022.

CPFL ENERGIA. Plano de Sustentabilidade. **Portal CPFL Energia**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.grupo-cpfl.com.br/energias-sustentaveis/cpfl-e-rge-nos-hospitais>. Acesso em: 1º dez. 2022.

DE BENEDICTO, S. C. **A Responsabilidade Social das Empresas**: uma relação estreita com a educação. 2002. Monografia (Especialização em Educação) – Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2002.

DE BENEDICTO, S. C.; RODRIGUES, A. C.; PENIDO, A. M. S. **Surgimento e evolução da responsabilidade social empresarial**: uma reflexão teórico-analítica. Rio de Janeiro: Abepro, 2008. Disponível em: [https://abepro.org.br/biblioteca/enegep2008\\_tn\\_sto\\_079\\_547\\_11666.pdf](https://abepro.org.br/biblioteca/enegep2008_tn_sto_079_547_11666.pdf). Acesso em: 1º dez. 2022.

DELOITTE. 2022 **Global Life Sciences Outlook Digitalization at scale**: Delivering on the promise of Science. [S.l.]: Deloitte, 2022. Disponível em: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-dei-global-life-sciences-outlook-report.pdf>. Acesso em: 1º dez. 2022.

ESTEVES, M. L.; SILVA, S. S.; ALIGLERI, L. Gestão estratégica da responsabilidade social: o caso das empresas do setor de atacado e comércio exterior na região Sul do país. **Rev. FAE**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 19-26, jan./jun. 2007.

GERTLER, P. J. *et al.* **Avaliação de Impacto na Prática**. Washington: BID, 2018.

GLOBAL REPORTING INITIATIVE GRID. **Portal GRI**, 2022. Disponível em: <https://www.globalreporting.org/>. Acesso em: 1º dez. 2022.

IDIS – INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DO INVESTIMENTO SOCIAL. **ESG, RSC e ISP**: o que significa e como as siglas se relacionam. São Paulo: IDIS, 2022. Disponível em: <https://www.idis.org.br/esg-rsc-e-isp-o-que-significa-e-como-as-siglas-se-relacionam/>. Acesso em: 1º dez. 2022.

IMPORTÂNCIA da assistência direcionada à saúde mental para alunos e profissionais durante a pandemia da COVID-19. **Portal Hospital Albert Einstein**, 9 jul. 2020. Disponível em: <https://ensinoepesquisa.einstein.br/fiquepordentro/noticia/importancia-da-assistencia-direcionada-a-saude-mental-para-alunos-e-profissionais-durante-a-pandemia-da-covid-19>. Acesso em: 1º dez. 2022.

INTERNATIONAL INTEGRATED REPORTING COUNCIL. Integrated Reporting Framework. **Portal IFRS Foundation**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.integratedreporting.org/resource/international-ir-framework/>. Acesso em: 2 dez. 2022.

KNOEPFEL, I. Who Cares Wins. **Portal IFC**, [s.d.]. Disponível em: [https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/9eeb7982-3705-407a-a631586b31dab000/IFC\\_Breif\\_whocares\\_online.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROO-TWORKSPACE-9eeb7982-3705-407a-a631-586b31dab000-jkD12B5](https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/9eeb7982-3705-407a-a631586b31dab000/IFC_Breif_whocares_online.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROO-TWORKSPACE-9eeb7982-3705-407a-a631-586b31dab000-jkD12B5). Acesso em: 2 dez. 2022.

OLIVEIRA, F. R. M. **Relações públicas e a comunicação na empresa cidadã**. 2000. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2000.

ORCHIS, M. A.; YUNG, M.; MORALES, S. **Impactos da responsabilidade social nos objetivos e estratégias empresariais**. 2000. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Fundação Armando Alvares Penteado, São Paulo, 2000.

PACTO Global. ODS. ESG. Portal **Pacto Global – Rede Brasil**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.pactoglobal.org.br/>. Acesso em: 2 dez. 2022.

PEREIRA, D.; BORGES, R.; CABRAL, A. Finanças sustentáveis e as novas opções de captação de recursos. **Revista LIDE**, Agência EY, 7 jun. 2022. Disponível em: <https://revistalide.com.br/noticias/esg/artigo-financas-sustentaveis-e-as-novasopcoes-paracaptacaoderecursos>. Acesso em: 2 dez. 2022.

PORTER, M. E. What is value in health care? **N Engl J Med**, v. 363, p. 2477-2481, 2010.

SUSTAINABILITY ACCOUNTING STANDARDS BOARD. **Portal IFRS Foundation**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.sasb.org/>. Acesso em: 2 dez. 2022.

TASK FORCE ON CLIMATE RELATED FINANCIAL DISCLOSURE. **Portal TCFD**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.fsb-tcf.org/>. Acesso em: 2 dez. 2022.



# CAPÍTULO 7

# GESTÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA

Ricardo Alcoforado Maranhão Sá e  
Alexandre Ferreli Souza



# GESTÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA

## Objetivos

- Apresentar a história da engenharia clínica;
- Abordar os principais conceitos da gestão de tecnologia em saúde;
- Demonstrar a importância da engenharia clínica para a segurança do paciente;
- Apresentar como a engenharia clínica avança na qualidade com o selo de qualificação.

## A evolução da engenharia clínica

No final da década de 1960 e começo da década de 1970, houve, nos Estados Unidos, um alarde com a notícia divulgada pelo cirurgião Cari W. Walter, da Harvard Medical School, de que, no país, estavam morrendo cerca de três pessoas por dia, ou 1.200 por ano, devido a choques elétricos relacionados aos equipamentos médicos.<sup>1</sup> Diante desse cenário, surgiu a engenharia clínica com a proposta de tornar os equipamentos eletromédicos mais seguros para a equipe de saúde e os pacientes.

Em 28 de maio de 1976, foi aprovada pelo presidente Ford uma legislação (PL 94-295) sobre equipamentos médicos requisitando que os mais de 2 mil diferentes fabricantes nos Estados Unidos estabelecessem a segurança e a eficácia dos seus produtos, submetendo-os à aprovação do Federal Drug Administration (FDA), órgão governamental do país, antes que estes fossem postos no mercado. Isto gerou a necessidade de contratação imediata de mais de 300 engenheiros eletroeletrônicos para trabalhar nos escritórios da FDA.

Na mesma década de 1970, Thomas Hargest, o primeiro engenheiro clínico certificado da história, e César Cáceres, cardiologista, criaram o termo engenheiro clínico, para denominar o engenheiro responsável pelo gerenciamento de equipamentos de um hospital, por meio de consertos, treinamento de usuários, verificação da segurança e desempenho e especificações técnicas para aquisição dos aparelhos.<sup>2</sup>

A partir da década de 1980, começou a se pensar no engenheiro clínico não apenas como o responsável pelos equipamentos dos hospitais, mas, sim, como um profissional que poderia ter participação ativa nas áreas de transferência de tecnologia, avaliação tecnológica e gerenciamento tecnológico.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> RAMIREZ, E. F. F.; CALIL, S. J. Engenharia clínica: Parte I – Origens (1942-1996). **Semina: Ci. Exatas/Tecnol.**, Londrina, v. 21, n. 4, p. 27-33, dez. 2000.

<sup>2</sup> SOUZA, A. F. *et al.* **Gestão de manutenção em serviços de saúde**. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2010.

<sup>3</sup> BAULS, T. J. The definition of a clinical engineer. **Journal of Clinical Engineering**, v. 6, n. 2, p. 105-109, 1981.

# Engenharia clínica no Brasil e as primeiras demandas

No Brasil, em 1989, o Ministério do Bem-estar e da Previdência Social estimou que de 20% a 40% dos equipamentos médicos no país estavam desativados ou parados por falta de conserto, peças de reposição, suprimentos ou até instalação.<sup>4</sup>

Diante disso, em 1991, a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS/MS) – atual Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) – implantou o PROEQUIPO (Programa de Equipamentos Odonto-Médico-Hospitalares), visando à normalização e à organização da área de equipamentos médico-hospitalares (EMHs). Havia a necessidade de expansão do parque de equipamentos, porém, inexistia uma política para orientar a aquisição, a manutenção, a gerência, o uso e o desenvolvimento científico e tecnológico desses equipamentos de saúde.<sup>5</sup>

Em 1999, é criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio da Lei nº 9.782.<sup>6</sup> E, em 2003, um grupo de engenheiros, fornecedores de serviços e equipamento, fabricantes e membros da comunidade acadêmica preocupados com a falta de organização e direcionamento da engenharia clínica no Brasil, decide fundar a Associação Brasileira de Engenharia Clínica (Abeclin).<sup>7</sup>

Em 2005, ocorre o Primeiro Congresso Brasileiro de Engenharia Clínica, e, em 2009, é feita a proposta de criação dos cursos de especialização na área de Engenharia Clínica.<sup>8</sup>

Com o reconhecimento da importância da gestão de tecnologias na saúde, a Anvisa publica em 2010 a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 02 – Gerenciamento de Tecnologias em Saúde –, revisada e lançada em 2021 como RDC 509.<sup>9,10</sup>

Em 24 de janeiro de 2014, em uma reunião na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) com vários representantes do setor, a Abeclin estabelece a nova definição de engenharia clínica em acordo com a RDC 02, que define o profissional atuante em engenharia clínica como aquele que “aplica as técnicas da

4 WANG, B.; CALIL, S. J. Clinical engineering in Brazil: current status. **J Clin Eng**, v. 16, n. 2, p. 129-35, 1991.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa de Equipamentos Odonto-Médico-Hospitalares – PROEQUIPO**. 1. ed. Brasília: MS, 1991.

6 BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1999. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9782.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.782%2C%20DE%2026%20DE%20JANEIRO%20DE%201999.&text=Define%20o%20Sistema%20Nacional%20de,Sanit%C3%A1ria%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=CAP%C3%8DTULO%20I-,Art.,6%C2%BA%20e%20pelos%20arts](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.782%2C%20DE%2026%20DE%20JANEIRO%20DE%201999.&text=Define%20o%20Sistema%20Nacional%20de,Sanit%C3%A1ria%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=CAP%C3%8DTULO%20I-,Art.,6%C2%BA%20e%20pelos%20arts). Acesso em: 3 set. 2022.

7 ABECLIN – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENGENHARIA CLÍNICA. **Portal ABECLIN**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.abeclin.org.br/>. Acesso em: 3 set. 2022.

8 *Ibidem*.

9 BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. **Resolução RDC nº 2, de 25 de janeiro de 2010**. Brasília: Anvisa/MS, 2010.

10 BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. **Resolução RDC nº 509, de 27 de maio de 2021**. Brasília: Anvisa/MS, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-509-de-27-de-maio-de-2021-323002855>. Acesso em: 2 set. 2022.

engenharia no gerenciamento dos equipamentos de saúde”.<sup>11</sup> A Resolução ainda diz que o objetivo é garantir a rastreabilidade, a usabilidade, a qualidade, a eficácia, a efetividade, a segurança e o desempenho destes equipamentos, no intuito de promover a segurança dos pacientes.<sup>12</sup>

Em 2017, a Abeclin inicia sua parceria com o sistema Confea/Crea (Conselho Federal de Engenharia e Agronomia/Conselhos Regionais de Engenharia e Agronomia) para fiscalização dos serviços de engenharia prestados em unidades de saúde. Em 2020, a engenharia clínica tem seu valor internacional reconhecido pela sua atuação na pandemia. No Brasil, a Abeclin e seus associados atuaram na Iniciativa +Ventiladores Pulmonares do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), com o apoio do Ministério da Economia (ME), o Ministério da Educação (MEC) e a iniciativa privada.<sup>13</sup>

Em 2019, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) inclui, no Manual de Certificação de Serviços para a Saúde – Selo de Qualificação, as *facilities* do setor da saúde para os serviços prestados pelas empresas de engenharia clínica.<sup>14</sup>

A engenharia clínica continua aumentando sua visibilidade e importância internacional, sendo fundada, em 2020, a Global Clinical Engineering Alliance (GCEA), na qual a Abeclin representa o Brasil desde 2021.<sup>15</sup>

## Aspectos legais

A RDC nº 509, de 27 de maio de 2021, do Ministério da Saúde (MS), por meio da Anvisa, dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde. Segundo esta Resolução, os objetivos são estabelecer os critérios mínimos a serem seguidos pelas instituições para o gerenciamento de tecnologias em saúde utilizadas na prestação de serviços de saúde. O texto ainda diz que esses objetivos devem garantir a sua rastreabilidade, qualidade, eficácia, efetividade e segurança e, no que couber, desempenho.<sup>16</sup>

A Resolução levanta definições importantes para o entendimento das ações que envolvem o gerenciamento. Neste sentido, vale destacar os seguintes conceitos:

- a. Equipamento de saúde: conjunto de aparelhos e máquinas, suas partes e acessórios utilizados por um estabelecimento de saúde, em que são desenvolvidas ações de diagnose, terapia e monitoramento. Tais como: equipamentos de apoio, infraestrutura, gerais e médico-assistenciais;

<sup>11</sup> BRASIL, 2010.

<sup>12</sup> ABECLIN, [s.d.].

<sup>13</sup> *Ibidem*.

<sup>14</sup> ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Selo de Qualificação ONA – Manual para Serviços de Saúde**. São Paulo: ONA, 2020. Disponível em: [https://www.ona.org.br/Manual%20Selo%20Qualificac%CC%A7a%CC%83o%202020\\_Consulta\\_Publica.pdf](https://www.ona.org.br/Manual%20Selo%20Qualificac%CC%A7a%CC%83o%202020_Consulta_Publica.pdf). Acesso em: 3 set. 2022.

<sup>15</sup> MEMBERS. **Portal Global Clinical Engineering Alliance**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.globalcea.org/members>. Acesso em: 3 set. 2022.

<sup>16</sup> BRASIL, 2021.

- b.** Equipamento de infraestrutura: equipamento ou sistema, inclusive acessório e periférico, que compõe as instalações elétrica, eletrônica, hidráulica, fluido-mecânica, de climatização ou de circulação vertical, destinado a dar suporte ao funcionamento adequado das unidades assistenciais e aos setores de apoio;
- c.** Estabelecimento de saúde: local destinado à realização de ações e serviços de saúde, coletiva ou individual, qualquer que seja o seu porte ou nível de complexidade;
- d.** Gerenciamento de tecnologias em saúde: conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de garantir a rastreabilidade, a qualidade, a eficácia, a efetividade, a segurança e, em alguns casos, o desempenho das tecnologias de saúde utilizadas na prestação de serviços de saúde, desde sua entrada no estabelecimento até seu descarte, visando à proteção dos trabalhadores, à preservação da saúde pública e do meio ambiente e à segurança do paciente;
- e.** Plano de gerenciamento: documento que aponta e descreve os critérios estabelecidos pelo estabelecimento de saúde para a execução das etapas do gerenciamento das diferentes tecnologias em saúde submetidas ao controle e à fiscalização sanitária abrangidas nesta Resolução, desde o planejamento e a entrada no estabelecimento de saúde, até sua utilização no serviço de saúde e descarte;
- f.** Rastreabilidade: capacidade de traçar o histórico, a aplicação ou a localização de um item por meio de informações previamente registradas;
- g.** Tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, de medicamentos, de insumos e de procedimentos utilizados na prestação de serviços de saúde, bem como das técnicas de infraestrutura desses serviços e de sua organização.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), por meio da NBR 15.943, também apresenta as diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para a saúde.<sup>17</sup>

Nesse sentido, a engenharia clínica dentro das unidades que fornecem atendimento na área da saúde já demonstra grande relevância. Segundo a NBR 15.943, os equipamentos para saúde são componentes essenciais dos serviços de saúde, o que demonstra que o gerenciamento adequado destes equipamentos é fundamental para garantir que eles permaneçam seguros e para que sua vida útil seja maximizada.<sup>18</sup>

Entre os requisitos para que os objetivos da NBR 15.943 sejam alcançados está a organização. As empresas prestadoras de serviço na área de engenharia clínica devem assegurar recursos humanos e materiais para a realização das atividades descritas nos procedimentos de inspeção e manutenção, equipamentos de proteção exigidos na legislação voltada à segurança e saúde do trabalhador. Ainda dentro do requisito organização, é preciso que seja formalizado contrato de prestação de serviço nos casos de terceirização dos serviços de apoio técnico, logístico e gerenciamento de equipamentos.

<sup>17</sup> ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR-15943/2011**. Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para a saúde. Rio de Janeiro: ABNT, 2011.

<sup>18</sup> *Ibidem*.

Sobre a infraestrutura física para que os procedimentos sejam realizados, a NBR 15.943 orienta a utilização de estruturas em bom estado de conservação, higiene e limpeza, além de chamar a atenção para instalações elétricas, iluminação e sistemas de climatização que são necessários para a conservação dos equipamentos.

No que se refere à gestão de pessoal, é de responsabilidade dos engenheiros formados e com registro em seus Conselhos de Classe as atividades de gerenciamento de equipamentos. É importante que a parte documental também seja feita por esses profissionais, sendo que os procedimentos operacionais precisam ser assinados e atualizados com frequência. As empresas que prestam serviços de gerenciamento de equipamentos precisam oferecer um plano de gerenciamento de equipamentos e mecanismos que garanta a rastreabilidade dos equipamentos, desde sua incorporação no serviço de saúde até seu descarte final, além de:<sup>19</sup>

- a. Estabelecer e registrar os métodos que garantam a utilização dos procedimentos operacionais;
- b. Dispor de mecanismos que permitam gerar, armazenar e disponibilizar informações técnicas e gerenciais acerca dos equipamentos, bem como sobre os procedimentos utilizados pelo serviço de saúde;
- c. Possuir histórico de incidentes e falhas dos equipamentos;
- d. Estabelecer e manter documento escrito para controle dos procedimentos operacionais para assegurar que estes satisfaçam os requisitos desta norma e estejam corretos e adequados para o uso pretendido;
- e. Manter registro de alteração em procedimentos operacionais, incluindo sua descrição, análise crítica, assinatura do responsável, data de aprovação e data de vigência das alterações;
- f. Ter as atividades do gerenciamento descritas, registradas, analisadas, datadas e assinadas pelo executor.

## A engenharia clínica e o gerenciamento dos equipamentos

A segurança do paciente está diretamente ligada ao trabalho executado pelo engenheiro clínico. Por esse motivo, é importante ressaltar os pontos fundamentais que englobam a gerência dos equipamentos médico-hospitalares, desde a seleção do equipamento para aquisição, planejamento dos recursos físicos, humanos e materiais, até o destino final e a capacitação de todos os profissionais que estão envolvidos no processo.<sup>20</sup>

Para garantir a segurança de uma organização, é necessário que haja um programa ou um plano com responsável capacitado e com as orientações para manejo dos equipamentos médico-hospitalares. O Plano de Gerenciamento de Equipamentos Médico-Hospitalares pode ser definido como:

<sup>19</sup> *Ibidem.*

<sup>20</sup> BRASIL, 2021.

O conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de garantir a rastreabilidade, qualidade, eficácia, efetividade, segurança e em alguns casos o desempenho das tecnologias de saúde utilizadas na prestação de serviços de saúde.<sup>21</sup>

Fazem parte do ciclo de gestão, de acordo com a NBR 15.943:<sup>22</sup>

### 1. Planejamento, seleção e aquisição

A aquisição dos equipamentos médico-hospitalares exige estudos prévios, qualificação e conhecimento. Além disso, deve ser realizada por uma equipe multiprofissional composta por corpo clínico, administração, engenheiros e técnicos em equipamentos médico-hospitalares. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que há um aumento de 10% a 30% em gastos adicionais quando falta acompanhamento especializado e profissional nesta etapa. Os valores compreendem acessórios, serviços, peças e modificações nas instalações físicas.<sup>23</sup>

O processo pode considerar contextos técnicos, humanos, tempo necessário de adequação e recursos materiais. Quando se fala em contextos técnicos, é preciso observar instalações, eletricidade, gás e fluidos, abastecimento de água e obras. No quesito humano, por sua vez, devemos considerar a capacitação de profissionais, a composição da equipe e o número de pessoal.

### 2. Recebimento, verificação e aceitação

O recebimento do equipamento de saúde/médico-hospitalar é uma atividade que, como as demais, exige um responsável técnico e com competência. A documentação precisa ser verificada e deve constar: a especificação técnica do equipamento; a comprovação da regularização do equipamento no órgão sanitário competente; o documento fiscal discriminando marca, modelo e número de série e acessórios do equipamento.

A lista de documentos complementares conta com manual de instalação, manual de operação, circuitos e desenhos. É preciso, ainda, a comprovação de que os equipamentos foram ensaiados e aprovados no recebimento.

### 3. Inventário técnico

Ao conjunto de informações dos equipamentos, partes e acessórios dá-se o nome de inventário técnico. Todos os que são de propriedade da organização de saúde precisam estar listados independentemente da forma de contratação: contratos, convênios, sublocados, temporários, consignados ou permanentes. A cada aquisição ou desativação, este documento precisa ser atualizado e deve prever a periodicidade de auditorias internas e método para amostragem de auditoria.

<sup>21</sup> BRASIL, 2010.

<sup>22</sup> SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do Paciente**: Conhecendo os Riscos nas Organizações de Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

<sup>23</sup> LENEL, A. *et al.* **How to organize a system of healthcare technology management**. Geneva: World Health Organization, 2005.

O inventário precisa conter informações de cada equipamento, como: nome técnico, nome e modelo comercial, fabricante, fornecedor, lista de partes e acessórios, lista de insumos e reagentes (se houver), data de aceitação, data de instalação, data de funcionamento e desativação, responsável pela assistência técnica (quando terceirizado) e dados de regularização no órgão sanitário competente, número de série, código de identificação individual ou de patrimônio (esses últimos, criados pela organização).

## 4. Instalação

A instalação correta vai garantir que o funcionamento ocorra conforme os parâmetros para os quais foram projetados e vai evitar situação de risco a operadores e pacientes. Para instalação dos equipamentos médico-hospitalares, recomenda-se que seja previsto um registro formal das atividades. Ela deve ser realizada por profissional com comprovação de treinamento, geralmente executada pelo fabricante por meio de um representante técnico. É importante dar atenção aos requisitos estabelecidos pelo fabricante.

## 5. Treinamento do usuário

O treinamento precisa contemplar a capacitação em normas de segurança que estão previstas em normativos e atos legais, bem como novos processos de trabalho, novas ferramentas e/ou equipamentos. Dessa forma, a unidade de saúde precisa escolher e aplicar os treinamentos conforme necessidades operacionais e dos profissionais. Profissionais sem comprovação e treinamento ou sem condições adequadas de segurança não devem usar os equipamentos.

A OMS alerta para danos e mortes de pacientes que podem ter como causa o mau uso ou a operação incorreta dos equipamentos. Essas falhas podem variar de 60% a 80%, dependendo do nível de complexidade na unidade hospitalar.<sup>24</sup> E os números não param por aí: a vida útil do equipamento pode ser reduzida de 30% até 80% pelo mesmo motivo e levar à subutilização ou à não utilização de 20% a 40% deles.<sup>25</sup>

## 6. Transferência

A transferência de um equipamento precisa de planejamento e execução feita com segurança e rastreabilidade. Isso porque a quebra pode significar um prejuízo de alto custo para a organização de saúde. O registro de transferência também precisa ser documentado.

## 7. Armazenamento

O armazenamento correto de equipamentos médico-hospitalares garante o aumento de vida útil e redução quando o assunto envolve custos de manutenção. Não pode haver contato direto com o solo ou luz solar; deve estar em áreas livres de pó, lixo e animais. Outro ponto essencial é a manutenção da temperatura indicada pelo fabricante. Os equipamentos não podem estar junto de substâncias que afetem a integridade, a segurança, a identidade e o desempenho.

<sup>24</sup> SÁ, R. A. M. **Gestão de Equipamentos Médico-Hospitalares**. Goiânia: SGC, [s.d.]. Disponível em: [http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq\\_519\\_8\\_DrARicardo\\_GerenciamentoAdeEquipamentosAdaAsaude.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_519_8_DrARicardo_GerenciamentoAdeEquipamentosAdaAsaude.pdf). Acesso em: 12 out. 2015.

<sup>25</sup> ABNT, 2011.

Ainda que seja de forma temporária, não é permitido que estejam em áreas de circulação. Se forem fontes radioativas ou de equipamentos que possuam fontes radioativas incorporadas, é necessário garantir que cumprem o plano de proteção radiológica implantado e aprovado pela organização de saúde, respeitando a legislação vigente.

### 8. Uso

O uso do equipamento deve seguir critérios que garantam a sua rastreabilidade, além da segurança do paciente e da pessoa que vai operá-lo. Ele deve ser manuseado pelo profissional capacitado, além de estar em condições adequadas de segurança. Outro ponto importante é que o uso do equipamento precisa seguir as instruções operacionais fornecidas pelo fabricante.

### 9. Intervenção técnica

A intervenção técnica ocorre quando se decide manter o equipamento de forma que possa desempenhar uma função requerida, seja ela inspeção, seja manutenção, ensaio, ajuste ou calibração, podendo ser classificada como corretiva, preventiva ou preditiva.

É obrigação da unidade de saúde criar e documentar os procedimentos para cada tipo de intervenção. Toda ação precisa, por sua vez, assegurar a rastreabilidade metrológica. As intervenções devem, obrigatoriamente, ser documentadas no chamado registro histórico com indicação de executor. Além disso, é preciso ressaltar que essas atividades devem ser realizadas por profissional comprovadamente treinado.

Se as intervenções forem feitas de forma terceirizada, um acordo formal entre as partes é necessário. Dessa forma, a unidade de saúde precisa dispor de todas as informações e alimentar o registro histórico. Nele também devem estar os procedimentos de manutenção corretiva (MC) e de manutenção preventiva (MP) para cada equipamento médico-hospitalar.

### 10. Registro histórico

No que se refere ao registro histórico de cada equipamento, ele deve conter as informações que permitam a sua rastreabilidade. Deve conter dados do inventário, identificação do departamento ao qual pertence, manual de operação e de manutenção, relatórios de manutenção preventiva e corretiva, nome do profissional designado como responsável pelo equipamento em cada departamento, histórico de falhas do equipamento e histórico documentado dos problemas e incidentes relacionados a incidentes causados em pacientes por falhas do equipamento. Além disso, também deve ter o histórico documentado dos problemas e incidentes relacionados ao equipamento, com as ações tomadas pela organização e a notificação ao órgão sanitário competente, quando pertinente.

### 11. Desativação e descarte

Ao final da vida útil, qualquer equipamento médico-hospitalar precisa ser considerado inservível e desativado. Se for desativado, o responsável pelo gerenciamento deverá emitir um laudo em que conste: a data da desativação; o motivo da desativação; e o responsável pela desativação. O descarte precisa ocorrer de acordo com o programa de gerenciamento de resíduos da unidade. Se houver um incidente, por sua vez, ele precisa ser notificado nos sistemas locais e nacionais contendo informações necessárias para in-

investigações minuciosas, caso sejam necessárias. Um exemplo que marcou a nossa história em relação ao descarte inadequado de equipamento médico é o caso do Césio 137, em setembro de 1987, em Goiânia, Goiás, Brasil. O manuseio indevido por catadores de sucata de um aparelho de radioterapia abandonado, onde funcionava o Instituto de Radioterapia, gerou o maior acidente radioativo com Césio 137 no mundo.

## 12. Tecnovigilância

A engenharia clínica atua fazendo laudos de eventos adversos envolvendo equipamentos médicos para confirmar ou não a sua participação no evento. Além disso, a equipe de engenharia analisa os produtos e serviços que podem originar queixas técnicas<sup>26</sup> no Notivisa. Um processo que todo setor de engenharia clínica tem como boa prática é a homologação de novos produtos antes de eles serem adquiridos pela unidade de saúde. Outro ponto importante é o acompanhamento de alertas e *recalls* feitos pela Anvisa e por fabricantes, assim como plano de ação para os executar.<sup>27</sup> A engenharia clínica também interage com a Segurança do Trabalho, para manter os equipamentos seguros para os operadores.<sup>28</sup>

## 13. Avaliação do plano de gerenciamento de equipamentos

Na avaliação do plano de gerenciamento de equipamentos, o serviço de saúde deve desenvolver e implementar um processo de melhoria de desempenho no sentido de possibilitar a avaliação anual do gerenciamento e planejar e executar alterações necessárias. Além disso, o serviço de saúde deve elaborar relatórios de indicadores que permitam avaliar a conformidade com os objetivos do plano de gerenciamento de equipamentos.

## Indicadores

Uma boa prática para o serviço de engenharia clínica é mensurá-lo por meio de indicadores e fazer o *benchmarking* com outras unidades de saúde.

Um sistema alimentado com dados corretos gera informações úteis. E, neste caso, o engenheiro clínico é o responsável por orientar a equipe para a correta coleta e entrada de dados no sistema. Em seguida, é preciso processar e fazer a análise crítica desses dados para gerar informações que possam ser utilizadas para otimizar processos, reduzir falhas e/ou melhorar o rendimento do ativo.<sup>29</sup>

Os indicadores podem ser divididos em grupos, nos quais destacamos alguns importantes:

<sup>26</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cartilha de Notificações em Tecnovigilância**. Brasília: Anvisa/MS, 2003.

<sup>27</sup> SANTOS, A. C. R. B. *et al.* **Manual de tecnovigilância**: uma abordagem sob a ótica da vigilância sanitária. Brasília: Anvisa, 2021.

<sup>28</sup> BRASIL. Ministério do Trabalho. **Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32)**. Brasília: Ministério do Trabalho, 2020.

<sup>29</sup> TAVARES, L. **Administração da moderna manutenção**. Rio de Janeiro: Novo Polo Publicações, 1999.

## 7. GESTÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA

<b>Indicador 1:</b>	Taxa de cumprimento do cronograma de manutenção preventiva
<b>Objetivo:</b>	O objetivo deste indicador é avaliar o cumprimento do cronograma mensal de manutenção preventiva.
<b>Meta:</b>	95%
<b>Tipo de medida:</b>	%
<b>Cálculo:</b>	Total das manutenções preventivas programadas no mês que foram executadas / Total de manutenções preventivas programadas no mês x 100
<b>Periodicidade da análise:</b>	Mensal

**Tabela 1** – Taxa de cumprimento do cronograma de manutenção preventiva

Fonte: Elaborada pelos autores do capítulo.

<b>Indicador 2:</b>	Taxa de cumprimento do cronograma de metrologia
<b>Objetivo:</b>	O objetivo deste indicador é avaliar o cumprimento do cronograma mensal de metrologia (calibração, teste de segurança elétrica, qualificação).
<b>Meta:</b>	95%
<b>Tipo de medida:</b>	%
<b>Cálculo:</b>	Total de serviços de metrologia programados no mês que foram executados / Total de serviços de metrologia programados no mês x 100
<b>Periodicidade da análise:</b>	Mensal

**Tabela 2** – Taxa de cumprimento do cronograma de metodologia

Fonte: Elaborada pelos autores do capítulo.

<b>Indicador 3:</b>	Índice de manutenções corretivas
<b>Objetivo:</b>	O objetivo deste indicador é avaliar a eficácia das manutenções preventivas. Quanto menor o índice de manutenções corretivas, maior está sendo a eficácia das manutenções preventivas.
<b>Meta:</b>	Menor que 40%
<b>Tipo de medida:</b>	%
<b>Cálculo:</b>	Total de ordens de serviços de manutenção corretiva abertas no mês / Total ordens de serviços corretivas + preventivas abertas no mês x 100
<b>Periodicidade da análise:</b>	Mensal

**Tabela 3** – Índice de manutenções corretivas

Fonte: Elaborada pelos autores do capítulo.

<b>Indicador 4:</b>	Taxa de atendimentos da engenharia clínica no prazo
<b>Objetivo:</b>	O objetivo deste indicador é avaliar se a equipe e os prestadores de serviços estão concluindo a manutenção corretiva dentro do prazo estabelecido, de acordo com a criticidade dos equipamentos.
<b>Meta:</b>	Maior que 85%
<b>Tipo de medida:</b>	%
<b>Cálculo:</b>	Total de ordens de serviços de manutenção corretiva fechadas dentro do prazo no mês / Total ordens de serviços de manutenção corretiva abertas no mês x 100
<b>Periodicidade da análise:</b>	Mensal

**Tabela 4** – Taxa de atendimento da engenharia clínica no prazo

Fonte: Elaborada pelos autores do capítulo.

<b>Indicador 5:</b>	Taxa de finalização de ordens de serviço
<b>Objetivo:</b>	O objetivo deste indicador é avaliar a qualidade da gestão da engenharia clínica na unidade. Todas as ordens de serviços abertas no mês devem receber a devida tratativa.
<b>Meta:</b>	Maior que 85%
<b>Tipo de medida:</b>	%
<b>Cálculo:</b>	Total de ordens de serviços abertas e que foram fechadas no mês / Total ordens de serviços abertas no mês x 100
<b>Periodicidade da análise:</b>	Mensal

**Tabela 5** – Taxa de finalização de ordens de serviço

Fonte: Elaborada pelos autores do capítulo.

<b>Indicador 6:</b>	MTBF: <i>mean time between faults</i> ou tempo médio entre falhas
<b>Objetivo:</b>	O objetivo é um tempo médio maior sem apresentar falhas, refletindo a confiabilidade do equipamento.
<b>Meta:</b>	Depende do equipamento, do fornecimento de peças, da experiência da equipe, da idade do equipamento etc.
<b>Tipo de medida:</b>	Unidade de tempo – horas
<b>Cálculo:</b>	Período de tempo sem falhas / Total de ordens de serviço de manutenção corretiva abertas no período) por equipamento específico
<b>Periodicidade da análise:</b>	Anual

**Tabela 6** – MTBF: *mean time between faults* ou tempo médio entre falhas

Fonte: Elaborada pelos autores do capítulo.

<b>Indicador 7:</b>	MTTR: <i>mean time to repair</i> ou tempo médio para reparar
<b>Objetivo:</b>	O objetivo deste indicador é avaliar a manutenibilidade do equipamento.
<b>Meta:</b>	Depende do equipamento, do fornecimento de peças, da experiência da equipe, da idade do equipamento etc.
<b>Tipo de medida:</b>	Unidade de tempo – horas
<b>Cálculo:</b>	(Somatório dos tempos das ordens de serviço de reparo / Número total de ordens de serviço desses reparos) por equipamento específico
<b>Periodicidade da análise:</b>	Anual

**Tabela 7** – MTTR: *mean time to repair* ou tempo médio para reparar

Fonte: Elaborada pelos autores do capítulo.

<b>Indicador 8:</b>	Taxa de <i>availability</i> /disponibilidade
<b>Objetivo:</b>	O objetivo deste indicador é avaliar a disponibilidade de equipamentos, de acordo com a criticidade dos equipamentos.
<b>Meta:</b>	Maior que 95%
<b>Tipo de medida:</b>	%
<b>Cálculo:</b>	$MTBF / (MTBF + MTTR) \times 100(\%)$ ou (horas previstas - horas de equipamento em manutenção) / horas previstas
<b>Periodicidade da análise:</b>	Anual

**Tabela 8** – Taxa de *availability*/disponibilidade

Fonte: Elaborada pelos autores do capítulo.

Os valores de meta apresentados são sugeridos pelos autores com base em suas experiências, mas, como em todas as metas, elas devem ser pactuadas entre a alta administração e a engenharia clínica.

## Mais qualidade na engenharia clínica

A engenharia clínica participa intensamente da acreditação hospitalar, auxiliando na confecção dos processos relacionados aos equipamentos médicos, motivando o trabalho com processos bem definidos e otimizados.<sup>30</sup>

<sup>30</sup> ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **O que é acreditação**. São Paulo: ONA, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ona.org.br/>

De 2020 para cá, a engenharia clínica passou a ter também a oportunidade de ser qualificada pela ONA, ao ser contemplada no Manual de Certificação de Serviços para a Saúde – Selo de Qualificação,<sup>31</sup> o que constitui grande avanço a este importante serviço de apoio.

O Selo ONA atende aos padrões internacionais de exigência, chancelado pela maior entidade de acreditação de serviços de saúde no mundo, a International Society for Quality in Health Care (ISQua). O manual para a obtenção do selo foi elaborado por comitê formado por profissionais da área técnica da ONA, especialistas e associações setoriais, entre elas a Abeclin, e traz regras rigorosas, metodologia de avaliação objetiva e exigência de as instituições atingirem a pontuação mínima de 85% de conformidade por padrão.

Na avaliação, que fortalece o compromisso das organizações prestadoras de serviço em engenharia clínica com o controle de qualidade no atendimento prestado, são considerados planejamento, execução das atividades e gerenciamento, como uso racional de recursos, insumos e equipamentos, sustentabilidade e eficiência operacional em todas as etapas. Como parte determinante do sucesso dessa rede, a engenharia clínica tende a se aprimorar ainda mais com o manual, o que vai acarretar mais qualidade e segurança para a equipe de saúde e o paciente em relação a essa área, cuja relevância vem se acentuando com os contínuos avanços tecnológicos.<sup>32</sup>

## A engenharia clínica pode mudar os resultados de um hospital

Para entender a importância da engenharia clínica na área da saúde, basta pensar em uma situação de emergência, em que, no mais simples procedimento, o sucesso depende do funcionamento sem falhas de uma série de instrumentos e equipamentos, que devem passar por todas as fases da gestão de tecnologia em saúde, que é cada vez mais uma aliada imprescindível ao bom atendimento, e justamente aí, no desenvolvimento e no gerenciamento dessa área especializada e indispensável, atua o engenheiro clínico.

Hoje, os processos na área de saúde são de tal forma interligados que um componente interfere em todos os demais envolvidos, e, conseqüentemente, no resultado da assistência. Por isso, a engenharia clínica é fundamental nas unidades de saúde para o controle de qualidade no atendimento prestado com o uso do equipamento médico, pois faz parte de uma soma de esforços e cuidados que visa garantir mais eficiência, com mais segurança aos profissionais da saúde e aos pacientes, objetivo para o qual convergem as atenções de todos os envolvidos nessa complexa rede de atendimento.

---

ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao. Acesso em: 1º set. 2022.

<sup>31</sup> BRASIL, 2010.

<sup>32</sup> ACREDITAÇÃO e qualificação ONA: o que você precisa saber! **Portal ORBIS**, 22 jun. 2022. Disponível em: <https://orbisengenhariaclinica.com.br/2022/06/22/acreditacao-e-qualificacao-ona-o-que-voce-precisa-saber/>. Acesso em: 1º set. 2022.

### Referências

ABECLIN – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENGENHARIA CLÍNICA. **Portal ABECLIN**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.abeclin.org.br/>. Acesso em: 3 set. 2022.

ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR-15943/2011**. Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para a saúde. Rio de Janeiro: ABNT, 2011.

ACREDITAÇÃO e qualificação ONA: o que você precisa saber! **Portal ORBIS**, 22 jun. 2022. Disponível em: <https://orbisengenhariaclinica.com.br/2022/06/22/acreditacao-e-qualificacao-ona-o-que-voce-precisa-saber/>. Acesso em: 1º set. 2022.

BAULS, T. J. The definition of a clinical engineer. **Journal of Clinical Engineering**, v. 6, n. 2, p. 105-109, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa de Equipamentos Odonto-Médico-Hospitalares – PROEQUIPO**. 1. ed. Brasília: MS, 1991.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1999. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9782.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.782%2C%20DE%2026%20DE%20JANEIRO%20DE%201999.&text=Define%20o%20Sistema%20Nacional%20de,Sanit%C3%A1ria%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=CAP%C3%8DTULO%20I-,Art.,6%C2%BA%20e%20pelos%20arts](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.782%2C%20DE%2026%20DE%20JANEIRO%20DE%201999.&text=Define%20o%20Sistema%20Nacional%20de,Sanit%C3%A1ria%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=CAP%C3%8DTULO%20I-,Art.,6%C2%BA%20e%20pelos%20arts.). Acesso em: 3 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cartilha de Notificações em Tecnovigilância**. Brasília: Anvisa/MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. **Resolução RDC nº 2, de 25 de janeiro de 2010**. Brasília: Anvisa/MS, 2010.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32)**. Brasília: Ministério do Trabalho, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. **Resolução RDC nº 509, de 27 de maio de 2021**. Brasília: Anvisa/MS, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-509-de-27-de-maio-de-2021-323002855>. Acesso em: 2 set. 2022.

LENEL, A. *et al.* **How to organize a system of healthcare technology management**. Geneva: World Health Organization, 2005.

MEMBERS. **Portal Global Clinical Engineering Alliance**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.globalcea.org/members>. Acesso em: 3 set. 2022.

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Selo de Qualificação ONA** – Manual para Serviços de Saúde. São Paulo: ONA, 2020. Disponível em: [https://www.ona.org.br/Manual%20Selo%20Qualificac%C%A7a%CC%83o%202020\\_Consulta\\_Publica.pdf](https://www.ona.org.br/Manual%20Selo%20Qualificac%C%A7a%CC%83o%202020_Consulta_Publica.pdf). Acesso em: 3 set. 2022.

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **O que é acreditação**. São Paulo: ONA, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao>. Acesso em: 1º set. 2022.

RAMIREZ, E. F. F.; CALIL, S. J. Engenharia clínica: Parte I – Origens (1942-1996). **Semina: Ci. Exatas/Tecnol.**, Londrina, v. 21, n. 4, p. 27-33, dez. 2000.

SÁ, R. A. M. **Gestão de Equipamentos Médico-Hospitalares**. Goiânia: SGC, [s.d.]. Disponível em: [http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq\\_519\\_8\\_DrARicardo\\_GerenciamentoAdeAequipamentosAdaA-saude.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_519_8_DrARicardo_GerenciamentoAdeAequipamentosAdaA-saude.pdf). Acesso em: 12 out. 2015.

SANTOS, A. C. R. B. *et al.* **Manual de tecnovigilância: uma abordagem sob a ótica da vigilância sanitária**. Brasília: Anvisa, 2021.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do Paciente: Conhecendo os Riscos nas Organizações de Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

SOUZA, A. F. *et al.* **Gestão de manutenção em serviços de saúde**. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2010.

TAVARES, L. **Administração da moderna manutenção**. Rio de Janeiro: Novo Polo Publicações, 1999.

WANG, B.; CALIL, S. J. Clinical engineering in Brazil: current status. **J Clin Eng**, v. 16, n. 2, p. 129-35, 1991.

## Bibliografia complementar

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 5.194, de 24 de dezembro de 1966. Regula o exercício das profissões de Engenheiro, Arquiteto e Engenheiro-Agrônomo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1966. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l5194.htm#:~:text=L5194&text=LEI%20N%C2%BA%205.194%2C%20DE%2024%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201966.&text=Regula%20o%20exerc%C3%ADcio%20das%20profiss%C3%B5es,A-gr%C3%B4nomo%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=Art](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5194.htm#:~:text=L5194&text=LEI%20N%C2%BA%205.194%2C%20DE%2024%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201966.&text=Regula%20o%20exerc%C3%ADcio%20das%20profiss%C3%B5es,A-gr%C3%B4nomo%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=Art). Acesso em: 3 set. 2022.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Projeto REFORSUS-Análise das causas da baixa educação financeira do projeto. **Revista do TCU**, Brasília, n. 85, p. 93-134, ago. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. **Resolução RDC nº 579, de 25 de novembro de 2021**. Brasília: Anvisa/MS, 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-579-de-25-de-novembro-de-2021-363480054>. Acesso em: 2 set. 2022.

DALLEDONNE, J. **Gestão de serviços – a chave do sucesso dos negócios**. 1. ed. Rio de Janeiro: Senac, 2008.

DYRO, J. **Clinical Engineering Handbook**. 2nd ed. Amsterdam: Elsevier, 2004.

LAFRAIA, J. R. B. **Manual de Gestão de Ativos**. Volume 1: Fundamentos. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. do autor, 2020a.

LAFRAIA, J. R. B. **Manual de Gestão de Ativos**. Volume 2: Certificação. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. do autor, 2020b.

MORABITO, K.; MARION, J. Understanding Medical Device Recalls. **Journal of Clinical Engineering**, v. 40, n. 3, p. 169-172, 2015.

MYTTON, O. Health technology assessment of medical devices: WHO medical device technical series. *In*: WORLD HEALTH ASSEMBLY, 63., 2010, Geneva. **Annals** [...] Geneva: WHO, 2010.

SÁ, R. A. M. A engenharia clínica na segurança do paciente. **O Popular**, 15 jan. 2020.

SARTORI, D. H. Q. **Entendendo a gestão de ativos (ISO-55001) na prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ciência Moderna Ltda, 2020.

SILVEIRA, C. B. Indicadores de performance da manutenção industrial. **Citisystems**, 10 set. 2012. Disponível em: <https://www.citisystems.com.br/indicadores-performance-manutencao-industrial/>. Acesso em: 3 set. 2022.

SIQUEIRA, I. P. **Manutenção Centrada em Confiabilidade – Manual de Implementação**. 1. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.

TAKTAK, A. *et al.* **Clinical engineering: a handbook for clinical and biomedical engineers**. 2nd ed. Cambridge: Academic Press, 2019.

TAVARES, L.; NONATO, F. S. **Índices Brasileiros de Manutenção: um benchmarking para o mundo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2019.

WANG, B. Strategic Health Technology Incorporation. **Synthesis Lectures on Biomedical Engineering**, v. 4, n. 1, p. 1-71, 2009.

WANG, B. Medical equipment maintenance: management and oversight. **Synthesis Lectures on Biomedical Engineering**, v. 7, n. 2, p. 1-85, 2012.

WANG, B. **Clinical Engineering Financial Management and Benchmarking: Essential Tools to Manage Finances and Remain Competitive for Clinical Engineering**. [s.l.]: Independently Published, 2018.

WANG, B. **Evidence-Based Maintenance of Medical Equipment: An Outcomes-Based Method of Keeping Medical Equipment Safe and Reliable**. 2nd ed. [s.l.]: Independently Published, 2020.





# CAPÍTULO 8

# PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

Francisco Figueiredo e  
Daennye Oliveira

# PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

## Objetivos

- Apresentar as definições e as vantagens de um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP);
- Refletir sobre como o uso do PEP pode auxiliar na assistência em saúde e na segurança do cuidado ao paciente;
- Apresentar os desafios e a estrutura necessária para a implementação do PEP;
- Abordar os aspectos éticos e legais no uso do PEP.

## Definições, vantagens e desvantagens do PEP

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é definido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como um documento único, constituído de um conjunto de informações, de sinais e de imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros de uma equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.<sup>1</sup>

O PEP foi criado com o objetivo de possibilitar o tratamento do paciente, de forma holística e integrada, a favor da proteção e da restauração da sua saúde, o que, segundo a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades.<sup>2</sup>

No âmbito da saúde, o prontuário do paciente é a forma de registro mais utilizada em instituições hospitalares. É uma fonte de informação primária, essencial para o paciente no acompanhamento da sua saúde e doença, e estratégica para o serviço de saúde, pois gera conhecimentos de ordem administrativa, de ensino, pesquisa e aspectos legais.<sup>3</sup>

A incorporação da tecnologia da informação e comunicação (TIC) na área da saúde trouxe uma expressiva contribuição para a melhoria da qualidade do atendimento aos usuários, visto que uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) é a atenção integrada no cuidado ao paciente, tendo como finalidades: compartilhar a informação, facilitar o acesso, aproximar os serviços e estabelecer políticas comuns.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002**. Brasília: CFM, 2002. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.html](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.html). Acesso em: 14 set. 2022.

<sup>2</sup> DALMOLIN, B. B. *et al.* Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 389- 394, 2011.

<sup>3</sup> ABATINNI, R. M. E. História da Informática em Saúde no Brasil. **Informática Médica**, v. 1, n. 5, 1998. Disponível em: <http://www.informaticamedica.org.br/informaticamedica/n0105/sabbatini.htm>. Acesso em: 14 set. 2022.

<sup>4</sup> CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>. Acesso em: 14 set. 2022.

Nos últimos anos, surgiram novas gerações de sistemas de informação hospitalar que priorizam a integração de dados clínicos e administrativos, com o objetivo de otimizar e qualificar o atendimento, reduzir custos e obter informações relevantes que compõem um perfil da saúde em uma determinada região. Assim, o PEP tornou-se a principal ferramenta com a qual o médico e sua equipe precisam lidar em suas atividades diárias. A informação no PEP está disponível e atualizada, onde e quando o médico precisa; os dados armazenados são mais legíveis, exatos e confiáveis; e as ferramentas que acompanham o PEP reduzem a possibilidade de erro.<sup>5</sup>

A ONC Data Brief, organização dos Estados Unidos de coordenação de TI para saúde, listou as principais vantagens observadas em instituições com PEP:<sup>6</sup>

- Aumento da receita;
- Redução de processos burocráticos;
- Aperfeiçoamento de práticas médicas;
- Melhor comunicação e atendimento dos pacientes.

Outra grande vantagem observada com o uso de prontuários eletrônicos é que, conforme há um aumento na utilização, o tempo nos consultórios diminui. Isso porque os médicos que utilizam esses sistemas digitais têm diversas atividades facilitadas, desde a inserção eletrônica de observações sobre os pacientes, até o acesso aos resultados clínicos e no apoio às decisões clínicas.

Apesar da extensa lista de vantagens apresentada, ainda existem grandes obstáculos que impedem a difusão do PEP pelos hospitais e centros de saúde do país, como a necessidade de infraestrutura física e mão de obra especializada no trabalho com as tecnologias requerentes. Mesmo nos locais onde já está em prática, há a necessidade de aprimoramento constante. Segundo Magalhães e Lagreca,<sup>7</sup> a resistência à implantação de Sistemas de Informação representa uma das maiores causas do insucesso dos projetos de informatização nas organizações. A implantação do PEP nos hospitais gera uma discussão acerca da necessidade de mudanças históricas dos processos de trabalho, rotinas médico-assistenciais, conceitos éticos, armazenamentos dos dados exigidos em lei, informatização dos setores prioritários, planejamento e treinamento de todos os envolvidos no processo da assistência médico-hospitalar.<sup>8</sup>

Nesse sentido, o PEP perfaz uma importante ferramenta tecnológica que visa facilitar a mobilização de informações acerca das condições de saúde do paciente, bem como aspectos ligados ao seu diagnóstico e terapêutica. Assim, este capítulo pretende identificar as dificuldades e os desafios da implantação do

<sup>5</sup> SBIS – SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE; CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Cartilha sobre prontuário eletrônico – a certificação de sistemas de registro eletrônico de saúde**. Brasília: CFM; SBIS, 2012. Disponível em: [http://www.sbis.org.br/certificacao/Cartilha\\_SBIS\\_CFM\\_Prontuario\\_Eletronico\\_fev\\_2012.pdf](http://www.sbis.org.br/certificacao/Cartilha_SBIS_CFM_Prontuario_Eletronico_fev_2012.pdf). Acesso em: 14 set. 2022.

<sup>6</sup> SABATINNI, 1998.

<sup>7</sup> MAGALHÃES, C. A.; LAGRECA, M. C. Lidando com a resistência na implantação de sistemas de saúde. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA NA SAÚDE, 10., 2006, Florianópolis. **Anais** [...]. Florianópolis: SBIS, 2006. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/255670501\\_Lidando\\_com\\_a\\_Resistencia\\_na\\_Implantacao\\_de\\_Sistemas\\_de\\_Saude](https://www.researchgate.net/publication/255670501_Lidando_com_a_Resistencia_na_Implantacao_de_Sistemas_de_Saude). Acesso em: 14 set. 2022.

<sup>8</sup> BEZERRA, S. M. Prontuário eletrônico do paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. **Revista Meta Avaliação**, v. 1, n. 1, p. 73-82, 2009.

PEP no âmbito hospitalar, possibilitando conhecer os benefícios que a organização possa obter para que tenha pleno sucesso na informatização do prontuário do paciente.

## O uso da tecnologia para a assistência em saúde

O uso de tecnologias da informação tem se tornado presente na rotina das pessoas em todo o mundo. O avanço da ciência e da tecnologia no último século é considerado superior a tudo o que tínhamos conseguido avançar anteriormente.

Segundo dados do relatório da GSMA, associação que reúne a indústria e organiza o *Mobile World Congress* (MWC), maior feira mundial do setor, o número de usuários únicos de telefone celular chegou a 5 bilhões no mundo em 2017.<sup>9</sup> O relatório Digital de 2018, divulgado pelos serviços *on-line* Hootsuite e We Are Social, informa que mais da metade da população mundial já conta com acesso à internet.<sup>10</sup> De acordo com as duas companhias, somos mais de 4 bilhões de pessoas conectadas à rede, enquanto as estimativas mais recentes apontam para uma população global de 7,6 bilhões de seres humanos.<sup>11</sup>

Esse cenário tem gerado impactos diretos sobre as organizações, inclusive da área da saúde. O setor começa a ter novas experiências e conhecimentos que ultrapassam as fronteiras das disciplinas tradicionais. Hoje, quando se fala em serviços de saúde, deve-se considerar a possibilidade de realização de atendimentos remotos, da prática da telemedicina e de muitos outros processos que são suportados pela tecnologia em prol do cuidado com o paciente.

Quando falamos sobre os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas etc.), todos são preparados para cuidar e dar a assistência mais adequada ao paciente, evitando qualquer ato que possa prejudicar ainda mais a saúde do indivíduo. Falando especificamente em uma dessas classes, todo enfermeiro, em sua formação, aprende sobre a arte do cuidar a partir dos ensinamentos de Florence Nightingale:

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!<sup>12</sup>

<sup>9</sup> WAKKA, W. Mais de 5 bilhões de pessoas já contam com celulares em todo mundo. **Canal Tech**, 9 set. 2019. Disponível em: <https://canaltech.com.br/smartphone/mais-de-5-bilhoes-de-pessoas-ja-contam-com-celulares-em-todo-mundo-149165/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

<sup>10</sup> ALBERTI, K. 2018: mais da metade da população do mundo está online. **Portal Karen Alberti**, 30 jan. 2018. Disponível em: <https://karenalberti.com.br/2018-mais-da-metade-da-populacao-do-mundo-esta-online/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

<sup>11</sup> ROCHA, L. População mundial se aproxima de 8 bilhões; número deve ser atingido na terça (15). **Portal CNN**, 12 nov. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/populacao-mundial-se-aproxima-de-8-bilhoes-numero-deve-ser-atingido-na-terca-15/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

<sup>12</sup> FLORENCE Nightingale. **Wikipedia**, 2 mar. 2022. Disponível em: [https://pt.wikiquote.org/wiki/Florence\\_Nightingale#:~:text=%22A%20Enfermagem%20%C3%A9%20uma%20arte,templo%20do%20esp%C3%ADrito%20de%20Deus](https://pt.wikiquote.org/wiki/Florence_Nightingale#:~:text=%22A%20Enfermagem%20%C3%A9%20uma%20arte,templo%20do%20esp%C3%ADrito%20de%20Deus.). Acesso em: 30 set. 2022.

Os profissionais de Enfermagem que atuam na assistência ao paciente ou em atividades indiretas carregam a arte do cuidar. Mas por que falar sobre isso se antes o foco era a tecnologia? Simplesmente porque, com todo esse avanço tecnológico na saúde, é importante ressaltar como os enfermeiros podem fortalecer a sua arte de cuidar usando a tecnologia. Os enfermeiros e todos os profissionais de saúde aprenderam a utilizar a tecnologia a seu favor, e, assim, auxiliar em suas atividades de forma proativa e com automação.

Sempre que está à frente de um paciente, o profissional de saúde tem a possibilidade de enxergar de forma sistemática, observando todos os detalhes e as possibilidades de tratá-lo da melhor forma possível. O objetivo é tornar a permanência do paciente no hospital mais receptiva, cuidadosa e rápida. Com o uso da tecnologia, é possível centralizar todas as informações do paciente em um único local, dando ao profissional a capacidade de perceber as possíveis lacunas que irão auxiliar na realização de um cuidado mais assertivo e completo.

Em um hospital, é fácil imaginar a seguinte situação: um paciente, em seu leito, aguarda a realização dos seus cuidados. Então, o profissional, com o auxílio de um *tablet*, começa a anamnese. Se esse processo inicial de atendimento fosse realizado sem tecnologia, as anotações seriam preenchidas em um papel e, posteriormente, colocadas dentro do prontuário do paciente. Como estamos falando de tecnologia, nesse caso, ao incluir os dados, o sistema automaticamente é capaz de identificar possíveis problemas com o paciente e alertar o profissional de imediato, mostrando qual o melhor tratamento a ser seguido para aquela situação. A automação do cuidado passa, portanto, a ser imputada em tempo real, e os demais profissionais conseguem enxergar as ações, sendo possível começar os cuidados baseados nos problemas encontrados. Com isso, o tempo de resposta ao problema do paciente torna-se mais ágil.

Quando o médico realiza uma prescrição e o enfermeiro vai administrá-la no paciente, é possível utilizar um aparelho móvel para fazer a conferência dos nove certos durante a administração do medicamento. Caso algo não esteja de acordo, o sistema poderá emitir um alerta ao enfermeiro para que ajustes sejam realizados e, conseqüentemente, cuidados mais adequados são oferecidos, garantindo a segurança na assistência.

São diversos os exemplos de como a tecnologia pode auxiliar o profissional. O exemplo citado é apenas para ressaltar que a preocupação com o cuidado do paciente, usando a tecnologia, envolve também a segurança nas três vertentes: para o paciente, garantindo que o melhor cuidado seja prestado; para o prestador, que tem a segurança de que executou tudo o que era necessário para que o cuidado fosse oferecido; e para a instituição, que garante aos pacientes um atendimento com mais qualidade.

Como é possível perceber, a tecnologia veio para facilitar e auxiliar o trabalho do profissional, e não para substituí-lo. Isso jamais acontecerá. Com a tecnologia, o profissional tem o apoio para oferecer o melhor cuidado ao paciente, pois a decisão final é sempre dele. Em outras palavras, o sistema informático pode direcionar para o caminho mais adequado a ser seguido. É um facilitador na rotina, possibilitando que o profissional da assistência utilize melhor o seu tempo na prestação do serviço e se preocupe menos com questões administrativas.

Uma das grandes tendências do PEP em todo o mundo é o uso multidisciplinar. Ou seja, em um modelo que facilita e agiliza o acesso às diversas informações assistenciais registradas por vários profissionais, tornando o diagnóstico mais preciso, ágil e seguro. Com o uso do PEP, é possível gerar mais satisfação dos

usuários e uma melhor comunicação entre médicos e pacientes, fator que traz ganhos imensuráveis para a instituição. Isso contribui para que a organização seja reconhecida por seu trabalho humanizado e seguro.

A utilização do PEP também é primordial para obter a certificação HIMSS (*Health Information and Management Systems Society*), que indica o grau de maturidade digital da instituição de saúde. Essa certificação visa garantir o cuidado com o uso da tecnologia, trazendo mais vantagens para a assistência prestada. Por meio de um processo de ciclo fechado de medicamentos, por exemplo, consegue garantir o máximo de segurança no processo de administração de medicamentos. A HIMSS permite a eliminação do papel, e, ao eliminar os prontuários físicos, o PEP reduz os riscos de perda de dados, atrasos ou falhas internas que possam afetar os pacientes. O seu uso, junto a outras tecnologias, garante mais qualificação dos serviços médicos e proteção aos usuários.

Com as constantes evoluções do PEP e a consolidação das tecnologias da saúde do futuro, estamos diante de um verdadeiro divisor de águas. Pacientes e médicos estão entrando de vez na era do compartilhamento, que já chegou em outros segmentos e, finalmente, deságua na área médico-assistencial, favorecendo a vida e o cuidado em saúde.

Hoje, os profissionais contam com diversas ferramentas para auxiliar o cuidado: IA (inteligência artificial), checagem por aparelhos móveis, automação dos processos em sistema, lembretes, alertas; enfim, existe uma infinidade de possibilidades. Portanto, vemos que tecnologia e saúde estão andando de mãos dadas para garantir o alcance de um único objetivo: o melhor cuidado ao maior interessado, o paciente.

As evoluções trazidas pela transformação digital revolucionaram também a forma como os pacientes são atendidos pelos serviços de saúde. Hoje, eles estão bem mais envolvidos nos seus cuidados com a saúde. Há poucas décadas, os pacientes não tinham acesso à internet. Atualmente, é habitual chegarem à consulta munidos de informações que os ajudam a compreender o próprio quadro clínico. Diante desse cenário, se o paciente não se sentir devidamente acolhido pelos profissionais de saúde, as chances de ele confiar apenas no que encontrou na internet e não seguir os tratamentos prescritos são grandes.

Uma das prioridades definidas pela Agenda de Desenvolvimento Sustentável para 2030, da OMS, é o desenvolvimento de procedimentos que promovam bem-estar, saúde física e mental de indivíduos, com objetivo de estender a expectativa de vida mundial. Ainda segundo a própria OMS, o avanço da saúde digital, em especial a *mHealth*, desempenha papel de destaque no alcance desse patamar.

A ampliação do uso de novas tecnologias, como relógios inteligentes e outros dispositivos vestíveis, bem como o desenvolvimento de aplicações e sistemas voltados ao cuidado da saúde, contribuem para o alcance de uma cobertura universal e de qualidade. Os pacientes, por sua vez, demonstram interesse crescente no uso de inovações em saúde: um levantamento feito pela IDC Brasil (International Data Corporation) no primeiro trimestre de 2021, por exemplo, aponta que o número de *wearables* vendidos no mundo cresceu 24,39% em relação ao mesmo período do ano anterior. Dos cerca de 2 milhões de aparelhos comercializados, 63% eram *smartwatches* e 34% de encaixe na orelha, e o principal uso dos dispositivos era para saúde e bem-estar.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> MERCADO de wearables cresce no 1º trimestre, mas IDC Brasil alerta para o avanço do grey market. IDC Brasil, 20 jul. 2021. Disponível em: <https://www.idc.com/getdoc.jsp?containerId=prLA48265621>. Acesso em: 14 set. 2022.

Com esses dados, percebemos que o uso da tecnologia para os cuidados com a saúde passa a ser utilizado não apenas por profissionais de saúde, mas também pelos próprios pacientes. Com esse aumento do engajamento do paciente no seu contexto de saúde, a relação médico-paciente se aprofunda para que quem está sendo atendido possa se sentir totalmente esclarecido sobre sua condição clínica. Assim, ele terá mais segurança e confiança para seguir as orientações médico-assistenciais, as quais, por diversas vezes, não são seguidas e acabam acarretando uma série de problemas, agravando ainda mais a sua saúde.

Atualmente, muitos profissionais de saúde não têm a certeza de que o paciente está cumprindo com as recomendações de tratamento. Imagine, por exemplo, que um indivíduo precisa fazer uma dieta por questões de saúde. Sem o seu adequado comprometimento, o quadro pode evoluir para uma doença crônica. Mas, se há tecnologia envolvida, esse indivíduo pode acessar o plano de cuidado ao alcance de um clique, além de tirar dúvidas e entrar facilmente em contato com o médico, mesmo a distância. Dessa forma, o engajamento é facilitado e o tratamento pode ser, de fato, cumprido.

Com o uso da tecnologia, os dados inseridos no PEP podem ser enviados para os pacientes, e eles terem ao alcance de uma mão todo o seu histórico de saúde, plano de cuidados, tratamentos, agendamentos, resultados de exames, por exemplo, além de poder interagir com os dispositivos vestíveis (*wearables*), trazendo em tempo real os dados da sua saúde, que são inseridos no prontuário. Isso tudo acaba facilitando e agilizando o atendimento do paciente em uma unidade de saúde, pois, a partir do momento em que o próprio paciente possui seu histórico e é compartilhado de forma rápida, o profissional de saúde passa a ter um contexto completo de tudo que vem ocorrendo com a saúde do paciente e consegue identificar qual o melhor tratamento a ser seguido, garantindo ainda mais a segurança do cuidado prestado nas três vertentes: paciente, prestador e instituição.

Além de promover a segurança e o cuidado prestado, essa interação do paciente com a tecnologia ajuda na adesão ao tratamento, e torna mais fácil para ele compreender que precisa monitorar adequadamente seu quadro clínico e manter hábitos de vida mais saudáveis. É disso que se trata o conceito de saúde baseada em valor, e não apenas nos serviços prestados por operadoras, instituições ou profissionais, reforçando ainda mais que, com o uso adequado da tecnologia, passamos a **cuidar da saúde, e não da doença!**

Mesmo diante de várias vantagens na adoção do uso da tecnologia, por diversas vezes são encontrados alguns obstáculos durante a implantação de um PEP. De acordo com estudos,<sup>14</sup> é possível identificar que o principal obstáculo enfrentado pelas instituições é, sem dúvida, a resistência dos profissionais de saúde ao uso de sistemas informatizados.<sup>15</sup> Essa resistência se deve, na maioria das vezes, à falta de domínio de informática pelos profissionais de saúde. Há necessidade de grandes investimentos em *hardwares*, *softwares*, equipamentos e treinamentos de todos os profissionais.<sup>16</sup>

<sup>14</sup> MOURÃO, A. D.; NEVES, J. T. R. Impactos da implantação do prontuário eletrônico do paciente sobre o trabalho dos profissionais de saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 4., 2007, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Rio de Janeiro: AEDB, 2007.

<sup>15</sup> BELIQUE, H. C. *et al.* A experiência de implantação do prontuário eletrônico no âmbito hospitalar. In: FÓRUM FEPEG, 2014, Montes Claros. **Anais** [...]. Montes Claros: Unimontes, 2014.

<sup>16</sup> MARTINS, C.; LIMA, S. M. Vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico para instituição de saúde. **RAS**, v. 16, n. 63, p. 61-66, 2014.

Outros estudos<sup>17</sup> também mencionam o receio dos profissionais em expor suas condutas clínicas,<sup>18</sup> o receio de perda da autonomia, além do risco de uso e acesso indevidos dos prontuários, que podem comprometer a confiabilidade e a segurança das informações do paciente, como desvantagens da adoção dos registros eletrônicos. Durante a implantação de um PEP, é comum observar profissionais reclamando do aumento de tempo de trabalho. Entretanto, é perceptível pelas instituições que esse aumento no tempo de atendimento ocorra apenas na fase inicial de implantação, sendo posteriormente normalizado. Esta situação é, de certa forma, esperada devido às mudanças nas rotinas dos profissionais e à insuficiência ou à ausência de treinamentos adequados para a nova ferramenta, o que vai diminuindo com o tempo de utilização, pois passam a entender o funcionamento e a usabilidade da tecnologia, além de passarem a enxergar as vantagens que o PEP trouxe para o seu dia a dia.

A utilização do prontuário é essencial nos estabelecimentos de saúde, uma vez que é um documento legal em que devem constar todos os registros do paciente, sua história de saúde e doença, possibilitando que a equipe de saúde possa ter conhecimento da sua história pregressa, o que, conseqüentemente, contribui com o tratamento, conforme define o CFM, por meio da Resolução nº 1.638/2002:

documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimento e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.<sup>19</sup>

Quando falamos em PEP, envolve tecnologia e as incertezas da segurança das informações ali inseridas e guardadas, principalmente as tão delicadas que são os dados de saúde do paciente. A Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), em parceria com o CFM, desenvolveu um processo de Certificação de S-RES que visa avaliar e atestar aspectos de qualidade, segurança e privacidade de Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde (S-RES), incluindo conformidade a regulamentações. Tal lista de requisitos foi criada com base em diversos padrões, normas e boas práticas de qualidade de S-RES, e foi amplamente discutida e consensuada por especialistas na área de informática em saúde. A Certificação de S-RES SBIS tem como objetivos principais:<sup>20</sup>

- Melhorar a segurança de informação dos registros eletrônicos em saúde;
- Avaliar a aderência do *software* a regulamentos e normativas para o suporte legal para eliminação do papel;
- Promover a evolução tecnológica e melhorar a qualidade dos S-RES no Brasil, colaborando com o aumento da segurança do paciente e da qualidade da assistência à saúde.

<sup>17</sup> JENAL, S.; ÉVORA, Y. D. M. Revisão de literatura: implantação de prontuário eletrônico do paciente. **J Health Inform**, v. 4, n. 4, p. 176-181, 2012.

<sup>18</sup> MORETI, B. O.; RONDINA, A. M. F.; RONDINA, J. M. A experiência de implantação e utilização do prontuário eletrônico do paciente. **Revista de Iniciação Científica, Tecnológica e Artística**, v. 5, n. 4, 2015.

<sup>19</sup> CFM, 2002.

<sup>20</sup> SBIS – SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE. Guia sobre o processo de certificação de software. **Portal SBIS**, 14 set. 2022. Disponível em: <http://sbis.org.br/certificacao-sbis/>. Acesso em: 14 set. 2022.

Dentro dos requisitos exigidos pela certificação S-RES SBIS, existem vários itens direcionados para a segurança da informação, que incidem diretamente na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), ajudando a acabar com o mercado de dados pessoais para fins comerciais sem a autorização do usuário, como, por exemplo, a venda de informações pessoais inicialmente coletadas por outras empresas.

A LGPD tem por objetivo aumentar a segurança de informações confidenciais. A certificação S-RES SBIS traz requisitos que garantem mais rigor na segurança dos dados transitados entre os sistemas das próprias instituições, como a transferência de dados entre clínicas e hospitais, laboratórios ou operadoras de saúde. Um exemplo da exigência da segurança da informação pela certificação S-RES SBIS é que o paciente precisa autorizar para que qualquer dado existente em seu prontuário possa ser extraído e compartilhado.

O compartilhamento destas informações só poderá ser feito se os arquivos forem criptografados, ou seja, codificados. Dessa maneira, atribui-se mais privacidade e segurança aos dados dentro dos *softwares*, ajudando a amenizar as preocupações que os usuários passam a ter quando começam a utilizar a tecnologia para registro das informações de saúde dos pacientes.

É perceptível que os serviços médico-hospitalares, ao definir pela utilização da tecnologia, estejam avançados no processo de qualidade dos serviços oferecidos. No entanto, há que se considerar algumas desvantagens em relação à implantação do PEP, conforme afirmam Jenal e Evora:<sup>21</sup>

grandes investimentos financeiros e de treinamento, a possibilidade do usuário não se acostumar com o uso da informática, demora na verificação dos reais resultados referentes à implantação e dificuldades quando há inoperância temporária do sistema.<sup>22</sup>

Na implantação do PEP, os gestores das instituições de saúde não podem desconsiderar as desvantagens, devendo estar atentos para que esses pontos possam ser trabalhados de forma antecipada para evitar transtornos futuros, buscando articular com a equipe multiprofissional da saúde as práticas de humanização da assistência, uma vez que a informatização pode contribuir com o distanciamento da equipe multiprofissional do paciente, adotando, dessa forma, ações para superar as incertezas.

Na fase de implantação, é necessário que a instituição de saúde realize um importante investimento com aquisição de servidor, rede, máquinas que comportem o processamento do *software*, e um dos principais investimentos que é o treinamento da equipe. É imprescindível que os gestores tenham o pleno conhecimento do “custo x benefício”, conforme citado anteriormente, e identifiquem as vantagens e as desvantagens, pensando no que o sistema pode agregar à instituição médico-hospitalar ao longo do tempo, tendo em vista que, quando se fala em custo, inicialmente há um alto investimento, mas, ao longo do tempo, isso pode representar produtividade e lucro.<sup>23</sup>

<sup>21</sup> JENAL; ÉVORA, 2012.

<sup>22</sup> *Ibidem*.

<sup>23</sup> BELIQUE *et al.*, 2014.

Importante também que, após a escolha e a adoção do *software* a ser utilizado na instituição, sejam formados comitês que deverão interagir com a equipe de TI, a equipe do *software* e a equipe de negócio, pois essas três áreas precisam trabalhar juntas para definição e construção dos processos dentro do PEP.

Nesse momento é necessário ter profissionais das diversas áreas e que conheçam a fundo o negócio e o seu processo, pois, na construção e na montagem das regras dentro do PEP, precisam ter os processos bem definidos para que as automações agilizem a assistência e a melhoria do cuidado, lembrando que toda mudança de rotina pode criar uma barreira do profissional em utilizar algo novo, pois já está acostumado com a rotina anterior. Além de treinar os profissionais no uso da nova ferramenta, recomenda-se que participem da montagem, para a exposição de suas dores do dia a dia na rotina de cuidados, e possam ser eliminadas ou mitigadas dentro do PEP. A inclusão de diferentes profissionais na implantação do PEP pode mostrar a eles mais vantagens em utilizar a tecnologia, e, assim, quebrar as barreiras quanto ao uso.

Por isso, um dos fatores mais importantes para o sucesso na implantação do PEP é envolver as áreas de negócio (Enfermagem, médica, Nutrição etc.), para que possam construir juntos os processos dentro da ferramenta, de forma a auxiliar os profissionais durante a assistência prestada ao paciente, trazendo mais agilidade e segurança ao cuidado prestado.

## Principais ferramentas de PEP

Hoje, no mercado, existem diversos sistemas voltados para o uso na saúde, principalmente o PEP. Se realizarmos uma busca simples e rápida na internet, aparece uma infinidade de sistemas, conforme apresentamos no quadro 1. Alguns desses PEPs foram os mais destacados, com suas principais características identificadas, mostrando o diferencial de cada.

Importante ressaltarmos que cada empresa fornecedora dos PEPs citados possui inúmeras soluções focadas na área de saúde e gestão. O PEP é apenas uma das soluções desses segmentos, que contemplam um atendimento focado no paciente, na busca de mais agilidade, segurança, automação, inteligência e cuidado no principal interessado: o paciente.

As demais soluções integradas, como BI, exames de imagem, laboratório, painel de indicadores, bases de conhecimento, certificados digitais, ajudam no dia a dia dos profissionais de saúde, contemplando uma visão mais sistêmica e gerencial de toda a rotina da unidade de saúde, bem como de tudo que está ocorrendo durante a estadia do paciente dentro da instituição. Dessa forma, tanto os profissionais de saúde quanto os gestores podem enxergar em sua totalidade as necessidades dos pacientes e da unidade, agindo, por muitas vezes, de forma preditiva, mudando o conceito: em vez de cuidar da doença, cuidar da saúde.

## 8. PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

Nome do produto	Empresa	Principais características
SOULMV - PEP	MV	Prontuário focado na área hospitalar, possui todas as funcionalidades que um hospital precisa, bem como pode ser integrado com as diversas áreas de imagem, laboratório, monitores etc., agilizando o cuidado e a assistência. Ele recebeu o prêmio do instituto norte-americano KLASS por seis vezes consecutivas, como O Melhor Prontuário Eletrônico da América Latina.
TASY	Phillips	Prontuário completo, integrado com diversos segmentos dentro das instituições, como, por exemplo: monitoramento do paciente, exames de imagem, monitores multiparâmetros etc. Dessa forma, consegue agilizar a assistência prestada ao paciente.
Pixeon Smart	Pixeon	Possui grande variedade de funcionalidades para área hospitalar, integrando e controlando diversas áreas da instituição, oportunizando uma assistência mais segura e eficiente.
Medview-PEP	DGS Brasil do grupo Dedalus	Com o alto desempenho no processo da prescrição, facilita a adoção do uso sistêmico por parte dos profissionais médicos, bem como uma maior segurança para o paciente, com conceitos de suporte à decisão. Em tela bastante enxuta e de fácil, proporcionando, também, suporte aos 5 Cs: paciente correto, medicamento correto, na dose correta, no horário correto e na via correta.
Sx Sigma/Horizon	Salux	Atendem aos mais variados fluxos, públicos e privados. Solução modular, escalável, interoperabilidade (HL7, webservices), multiplataforma (Windows, Linux), Certificação Digital Nativa do prontuário, facilitando a transformação digital nas instituições de saúde, com o processo paper less, além de promover segurança para a assistência.

**Quadro 1** – Lista de principais PEPs do mercado

Fonte: Elaborado pelos autores do capítulo.

## O uso do PEP para a otimização da assistência em saúde

A adesão dos serviços de saúde ao PEP é importante para a otimização do serviço, facilidade no acesso e assistência prestada, além de aumentar a segurança e a qualidade de atendimento nas diversas instituições prestadoras de serviços de saúde. O desenho de um sistema de informação hospitalar requer considerações complexas, e muitas são as dificuldades enfrentadas para sua completa funcionalidade. A efetividade ou o mau funcionamento do PEP está intimamente ligado à padronização do serviço, ao envolvimento dos profissionais atuantes, assim como ao envolvimento dos usuários no planejamento, na implantação e na utilização do sistema.<sup>24</sup>

Esses fatores são, geralmente, considerados as maiores dificuldades enfrentadas na implantação de um sistema de registro eletrônico. Por outro lado, existem formas de transpor as dificuldades e implantar efetivamente o acesso digital às informações dos pacientes. Entre elas, podemos citar o aumento da acessibilidade a diferentes setores e organizações hospitalares, a padronização das estruturas e a concordância da terminologia utilizada na comunicação entre usuários do PEP. Assim, devido aos benefícios trazidos pelo PEP, todo o esforço deve ser feito para vencer barreiras de ordem legal, organizacional ou tecnológica. O gerenciamento da complexidade da Medicina moderna exige a automação dos registros dos pacientes como tecnologia essencial aos cuidados médicos atuais.

Importante, também, citar que o uso da tecnologia para ajudar na assistência e no cuidado prestado não se limita apenas a dentro da instituição, mas, sim, fora dela, incluindo o uso pelo próprio paciente, que pode monitorar e registrar dados da sua saúde, além de poder ter dados resgatados de dispositivos vestíveis que captam esses dados em tempo real e são inseridos dentro do PEP e compartilhado com toda equipe multidisciplinar, ajudando esses profissionais de saúde a tomarem as decisões com os cuidados prestados de forma mais assertiva e rápida, trazendo uma experiência mais satisfatória para todos os envolvidos, sejam os profissionais, sejam os próprios pacientes, que passam a visualizar a importância do uso da tecnologia para os cuidados com a saúde e melhoram cada vez mais a relação médico-paciente, reforçando a cultura da segurança do cuidado e o conceito de cuidar da saúde, e não da doença.

<sup>24</sup> PATRICIO, C. M. *et al.* O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Sci. Med.**, v. 21, n. 3, p. 121-131, 2011.

## Referências

ALBERTI, K. 2018: mais da metade da população do mundo está online. **Portal Karen Alberti**, 30 jan. 2018. Disponível em: <https://karenalberti.com.br/2018-mais-da-metade-da-populacao-do-mundo-esta-online/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

BELIQUE, H. C. *et al.* A experiência de implantação do prontuário eletrônico no âmbito hospitalar. *In: FÓRUM FEPEG*, 2014, Montes Claros. **Anais [...]**. Montes Claros: Unimontes, 2014.

BEZERRA, S. M. Prontuário eletrônico do paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. **Revista Meta Avaliação**, v. 1, n. 1, p. 73-82, 2009.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.638/2002, de 10 de julho de 2002**. Brasília: CFM, 2002. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.html](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.html). Acesso em: 14 set. 2022.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>. Acesso em: 14 set. 2022.

DALMOLIN, B. B. *et al.* Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 389- 394, 2011.

FLORENCE Nightingale. **Wikipedia**, 2 mar. 2022. Disponível em: [https://pt.wikiquote.org/wiki/Florence\\_Nightingale#:~:text=%22A%20Enfermagem%20%C3%A9%20uma%20arte,templo%20do%20esp%C3%ADrito%20de%20Deus](https://pt.wikiquote.org/wiki/Florence_Nightingale#:~:text=%22A%20Enfermagem%20%C3%A9%20uma%20arte,templo%20do%20esp%C3%ADrito%20de%20Deus). Acesso em: 30 set. 2022.

JENAL, S.; ÉVORA, Y. D. M. Revisão de literatura: implantação de prontuário eletrônico do paciente. **J Health Inform**, v. 4, n. 4, p. 176-181, 2012.

MAGALHÃES, C. A.; LAGRECA, M. C. Lidando com a resistência na implantação de sistemas de saúde. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA NA SAÚDE*, 10., 2006, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: SBIS, 2006. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/255670501\\_Lidando\\_com\\_a\\_Resistencia\\_na\\_Implantacao\\_de\\_Sistemas\\_de\\_Saude](https://www.researchgate.net/publication/255670501_Lidando_com_a_Resistencia_na_Implantacao_de_Sistemas_de_Saude). Acesso em: 14 set. 2022.

MARTINS, C.; LIMA, S. M. Vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico para instituição de saúde. **RAS**, v. 16, n. 63, p. 61-66, 2014.

MERCADO de wearables cresce no 1º trimestre, mas IDC Brasil alerta para o avanço do grey market. **IDC Brasil**, 20 jul. 2021. Disponível em: <https://www.idc.com/getdoc.jsp?containerId=prLA48265621>. Acesso em: 14 set. 2022.

MORETI, B. O.; RONDINA, A. M. F.; RONDINA, J. M. A experiência de implantação e utilização do prontuário eletrônico do paciente. **Revista de Iniciação Científica, Tecnológica e Artística**, v. 5, n. 4, 2015.

MOURÃO, A. D.; NEVES, J. T. R. Impactos da implantação do prontuário eletrônico do paciente sobre o trabalho dos profissionais de saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. *In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA*, 4., 2007, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Rio de Janeiro: AEDB, 2007.

PATRICIO, C. M. *et al.* O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Sci. Med.**, v. 21, n. 3, p. 121-131, 2011.

ROCHA, L. População mundial se aproxima de 8 bilhões; número deve ser atingido na terça (15). **Portal CNN**, 12 nov. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/populacao-mundial-se-aproxima-de-8-bilhoes-numero-deve-ser-atingido-na-terca-15/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

SABATINNI, R. M. E. História da Informática em Saúde no Brasil. **Informática Médica**, v. 1, n. 5, 1998. Disponível em: <http://www.informaticamedica.org.br/informaticamedica/n0105/sabbatini.htm>. Acesso em: 14 set. 2022.

SBIS – SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE; CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Cartilha sobre prontuário eletrônico – a certificação de sistemas de registro eletrônico de saúde**. Brasília: CFM; SBIS, 2012. Disponível em: [http://www.sbis.org.br/certificacao/Cartilha\\_SBIS\\_CFM\\_Prontuario\\_Eletronico\\_fev\\_2012.pdf](http://www.sbis.org.br/certificacao/Cartilha_SBIS_CFM_Prontuario_Eletronico_fev_2012.pdf). Acesso em: 14 set. 2022.

SBIS – SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE. Guia sobre o processo de certificação de software. **Portal SBIS**, 14 set. 2022. Disponível em: <http://sbis.org.br/certificacao-sbis/>. Acesso em: 14 set. 2022.

WAKKA, W. Mais de 5 bilhões de pessoas já contam com celulares em todo mundo. **Canal Tech**, 9 set. 2019. Disponível em: <https://canaltech.com.br/smartphone/mais-de-5-bilhoes-de-pessoas-ja-contam-com-celulares-em-todo-mundo-149165/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

# CAPÍTULO 9

# CUSTOS HOSPITALARES NA PRÁTICA

**Marcelo Tadeu Carnielo,  
Maria Beatriz Nunes Pires e  
Patrick Miguel Guilger**



# CUSTOS HOSPITALARES NA PRÁTICA

## Objetivos

- Estabelecer relação entre os avanços da tecnologia e a inovação na saúde e a gestão de custos;
- Abordar as principais metodologias de custeio adotadas em hospitais brasileiros;
- Apresentar os custos hospitalares de forma prática, os desafios e as perspectivas.

## Gestão de custos e tecnologia

A gestão de custos é uma importante ferramenta, capaz de subsidiar os gestores com informações úteis para tomada de decisões em vários tipos de empresas e segmentos econômicos, entre os quais os hospitais. Especificamente no ambiente hospitalar, destacou-se a complexidade do processo de apuração de custos, com abordagem nas principais metodologias de custeio adotadas em hospitais brasileiros: o custeio por absorção e o custeio direto.

Os avanços da tecnologia na área da saúde são reais e fascinantes. Quem não se impressiona com a robotização? Por exemplo, a cirurgia robótica? Alguns têm até nome: Da Vinci, Laura. Somam-se a eles os braços robóticos, a telemedicina, o supercomputador Watson, da IBM, os serviços de agendamento inteligente de consultas e exames, o hospital digital, o prontuário eletrônico, a inteligência artificial, a nuvem, o *blockchain* e a internet das coisas. Tudo isso está mudando o mundo, certo? Não há dúvidas que sim! E cada vez mais! Mas esses avanços tecnológicos têm dois grandes desafios: gerar uma boa relação custo-efetividade e entregar valor. De acordo com Lottemberg, Klajner e Silva,<sup>1</sup> o uso indiscriminado de tecnologias caras tornou-se uma praga do sistema brasileiro, contribuindo em grande parte para sua falência.

Na análise de tecnologias em saúde, a análise de custo-efetividade é o método mais indicado para comparar alternativas de investimento em equipamentos e utilização de terapias diagnósticas, pois considera os benefícios clínicos e os custos associados. A partir dessa análise, é possível tomar com objetividade e transparência. Além disso, a maneira de transformar o sistema de saúde é realinhar a competição com o valor para os pacientes. O valor na assistência à saúde é resultado obtido na saúde por dólar gasto.<sup>2</sup>

Em ambos os desafios, temos o custo como parte integrante da equação, muito embora o Setor Saúde ainda não tenha acordado para algo que outras indústrias fazem há muito tempo: a gestão de custos. Alguns remetem a origem da contabilidade de custos ao período de 1350 a 1600. Preferimos associar o nascimento da contabilidade de custos à Revolução Industrial, no século XVIII. Ainda segundo Martins,<sup>3</sup> a contabilidade de custos nasceu da contabilidade financeira, quando foi necessário avaliar estoques na indústria de manufatura.

<sup>1</sup> LOTTEMBERG, C.; KLAJNER, S.; SILVA, P. E. **A revolução digital na saúde:** como a inteligência artificial e a internet das coisas tornam o cuidado mais humano, eficiente e sustentável. São Paulo: Editora dos Editores, 2019.

<sup>2</sup> PORTER, M. E; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde:** estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

<sup>3</sup> MARTINS, E. **Contabilidade de custos.** 11. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

Assim, pergunte no seu hospital: qual é o custo médio do procedimento cirúrgico colecistectomia? E por que o desvio padrão de custos entre as colecistectomias realizadas é tão grande? Por que existem colecistectomias com custos completamente diferentes? Se você tiver as respostas, seu hospital faz parte de uma seleta categoria de hospitais brasileiros, muito provavelmente menos de 1%, que sabem responder a essas perguntas. Obviamente, colecistectomia é apenas um exemplo; o exercício pode ser realizado com qualquer outro procedimento cirúrgico (frisamos procedimentos cirúrgicos porque procedimentos clínicos normalmente representam “terra de ninguém”: “ninguém sabe, ninguém viu”).

Mas, afinal, por que os hospitais brasileiros ainda não iniciaram a gestão de custos? Muito provavelmente o Setor de Saúde é o mais complexo para apuração de custos, pois cada paciente é único e, portanto, o custo por encomenda é único.<sup>4</sup>

Apesar dos *Enterprise Resource Planning* (ERPs), os hospitais têm uma verdadeira “colcha de retalhos” quando tratamos do uso de *softwares*, pois a contabilização de custos do paciente exige dados de todos eles. Nesse ponto, normalmente temos muitos problemas, e o desafio da interoperabilidade na saúde é palco de discussão há um bom tempo.

Soma-se a tudo isso a qualidade dos dados de origem: pacientes-dia, número de atendimentos, dúvidas quanto ao registro correto do número de leitos de internação, e Classificação Internacional da Doença (CID), cujo preenchimento correto ainda é um grande desafio.

Existe uma frase sem autoria definida que diz: “A saúde não tem preço, mas tem custos”. Por aqui, preferimos dizer que “a saúde no Brasil não tem custo, tem apenas preço”.

## Metodologias de custeio

As instituições de saúde não podem prescindir de instrumentos gerenciais destinados à melhoria dos padrões de produtividade dos recursos utilizados na prestação de serviços médico-hospitalares. Nessa dimensão de gerenciamento, encontram-se os instrumentos de gestão de custos que, adequadamente aplicados, trarão a transparência do desempenho em toda a extensão das atividades operacionais do hospital.

A gestão de custos aplicada às especificações de uma instituição de saúde compreende diferentes formas de acumulação de custos, destinadas a suprir a série de necessidades dos usuários que exercem a gerência, a análise e a tomada de decisão.

A conceituação de custos pode ser definida sob a seguinte segmentação básica:

- Gestão de custos por níveis de responsabilidade;
- Custeio dos serviços médico-hospitalares:

<sup>4</sup> MATOS, A. J. **Gestão de Custos Hospitalares**. 3. ed. São Paulo: Editora STS, 2005.

- a. Apropriação de custo por centros de custos;
  - b. Custeio dos procedimentos médico-hospitalares.
- Custos para a tomada de decisão.

## Gestão de custos por níveis de responsabilidade

Uma das questões de maior relevância no processo de gerenciamento de custos diz respeito à atribuição da responsabilidade pelos custos incorridos na consecução das atividades operacionais do hospital. De acordo com Falk,<sup>5</sup> um centro de responsabilidade é uma unidade organizada do hospital para a qual existe chefia com autoridade de mando e com responsabilidade perante os resultados alcançados.

É importante que se tenha absoluta segurança em questões dessa natureza, uma vez que um projeto de custos não pode ser visto como algo isolado dentro da organização ou sem responsáveis. Após muitos anos de experiência, podemos afirmar que um projeto de custos só é bem-sucedido com a priorização pela diretoria e com pelo menos um profissional qualificado responsável e com dedicação integral. Mas, infelizmente, não é assim que acontece na maioria das organizações e, portanto, os resultados virão na mesma proporção da importância dada ao projeto (só melhora quem avalia; só acerta quem erra).

A responsabilidade pela gerência dos custos, sob o enfoque do controle por níveis de responsabilidade, é indiscutível. Quem tem a função ou a autoridade definida pelo organograma do hospital deve assumir o desempenho das atividades sob sua responsabilidade, e os custos são parte inquestionável do âmbito das funções departamentais ou gerenciais de qualquer empresa. Com essa lógica de gestão, o hospital passa a dispor de todos os níveis de responsabilidade, independentemente da posição hierárquica, obtendo-se uma expressão de gestão abrangente e com a participação de quem efetivamente entende dos custos, que é quem entende da atividade.

Essa realidade tem que ser colocada em prática: quem tem condições do efetivo gerenciamento de custos é quem entende das atividades e não quem entende apenas de custos. Mas, afinal, qual é o papel do profissional de custos? Diríamos que está mais para arquiteto da informação de custos do que responsável pela gerência dos custos.<sup>6</sup> Ele pode ser um dos responsáveis pela organização, pela padronização, pela aplicação de metodologia, mas a essência da avaliação, da qualidade da informação e da tomada de decisão não está definitivamente nas suas responsabilidades.

<sup>5</sup> FALK, J. A. **Gestão de Custos para Hospitais**. São Paulo: Editora Atlas, 2001.

<sup>6</sup> PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. **Competindo pelo futuro**: estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

## Custeio dos serviços médico-hospitalares

No âmbito do custeio das atividades hospitalares ocorrem algumas questões com extrema frequência e que são do interesse dos executivos de qualquer instituição de saúde: quanto custa uma diária hospitalar? A quanto posso vender uma taxa de sala cirúrgica? Como compor o custo de uma diária da Unidade de Terapia Intensiva (UTI)? Quanto custa um parto normal, uma cesariana ou uma herniorrafia inguinal? Qual é o resultado do convênio A, B ou C? Qual é o resultado por *Diagnosis Related Groups* (DRG)?

Questões dessa natureza serão respondidas caso o hospital apure os custos sob a orientação de apropriação de custos por centro de custos e a complementação para a apuração do custo dos procedimentos médico-hospitalares ou custo por paciente. Não é fácil medir o produto de um hospital, pois são muitas variáveis envolvidas,<sup>7</sup> mas apresentamos, a seguir, algumas metodologias usadas para facilitar essa tarefa.

### 1. Apropriação de custos por centro de custos

A metodologia de apropriação de custos por centro de custos destaca-se pela possibilidade de geração dos custos unitários dos serviços produzidos em departamentos geradores das atividades de atenção final aos pacientes. Conforme afirma Martins,<sup>8</sup> o hospital é fracionado em unidades especializadas (lavanderia, nutrição, centro cirúrgico, administração etc.), ou, ainda, em departamento que corresponde a uma unidade operacional representada por um conjunto de pessoas e/ou máquinas de características semelhantes, desenvolvendo atividades homogêneas dentro de uma mesma área.<sup>9</sup>

A seguir, mostramos exemplos de unidades de produção nas quais os custos unitários são alcançados por meio da adoção da metodologia de apropriação de custos por centro de custos.

Centro de custo	Parâmetro de custo
Unidade de Internação	Custo da diária de U. de Internação
Unidade de Terapia Intensiva	Custo da diária de UTI
Centro Cirúrgico	Custo da hora de utilização da sala
Pronto-Socorro	Custo do paciente atendido no PS
Serviço de Diagnóstico	Custo do exame
Ambulatório	Custo da consulta

**Quadro 1** – Exemplos de unidades de produção com custos unitários alcançados via apropriação de custos por centro de custos

Fonte: Elaborado pelos autores do capítulo.

<sup>7</sup> ATKINSON, A. A. *et al.* **Contabilidade gerencial**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

<sup>8</sup> MARTINS, D. S. **Custeio Hospitalar por Atividades**. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

<sup>9</sup> BRUNI, A. L.; FAMÁ, R. **Gestão de Custos e Formação de Preços**. Com aplicações na calculadora HP 12C e Excel. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

## 2. Custeio de procedimentos médico-hospitalares

O cálculo do custo dos procedimentos médico-hospitalares compreende a integração dos custos unitários dos serviços utilizados, com o perfil de conduta médica adotada na consecução dos procedimentos.

A importância do cálculo do custo dos procedimentos é indiscutível no atual cenário de gestão das instituições de saúde brasileiras. As razões mais claras relacionam-se ao modelo de remuneração adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no qual é fixado um valor para cada procedimento, à crescente discussão sobre a adoção desta metodologia por outras fontes de clientela (convênios, seguro-saúde, autogestão e cooperativas médicas) e à preocupação com a melhoria da produtividade e dos insumos utilizados em toda a cadeia produtiva dos serviços de assistência médico-hospitalar.

Abaixo, a integração dos relatórios gerados pela metodologia de apropriação por centros de custos e custeio dos procedimentos médico-hospitalares.

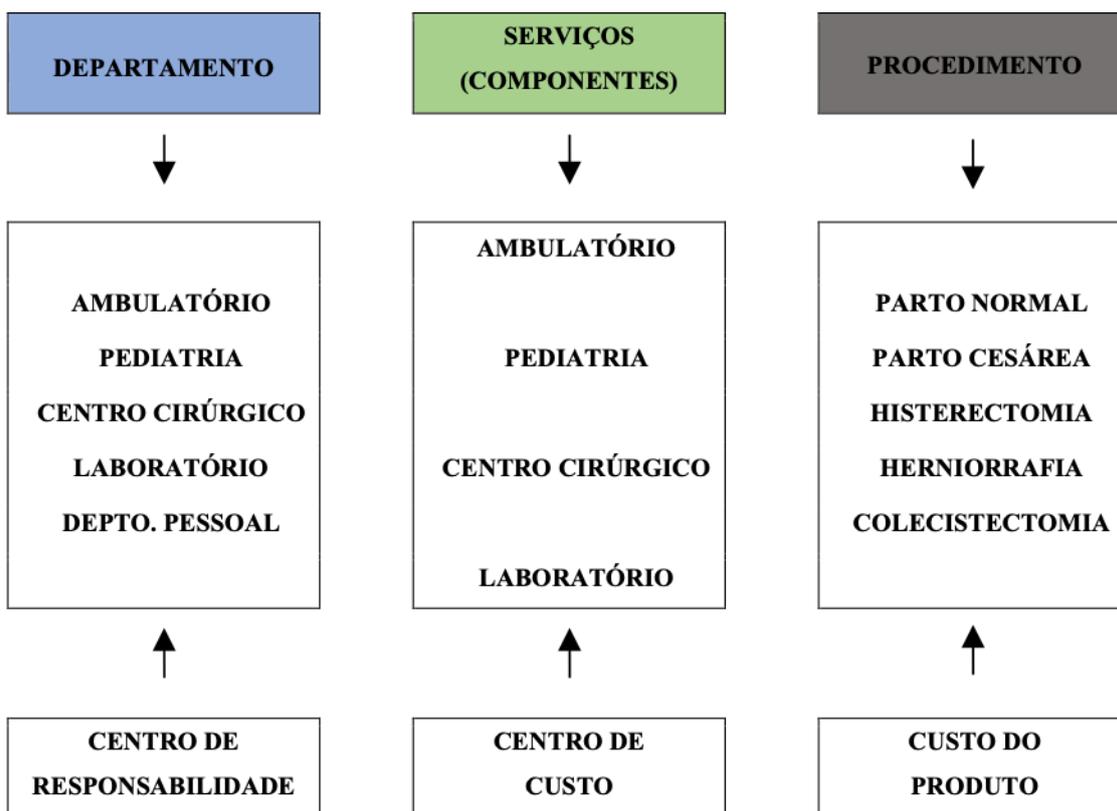
Centro de Custo: UNID. INTERNAÇÃO	
DESCRIÇÃO	VALOR
<b>1.CUSTOS DIRETOS:</b>	
...	
...	
.....	\$
<b>2. CUSTOS INDIRETOS:</b>	
...	
...	
.....	\$
<b>3.CENTROS AUX./ ADMINIST.</b>	
...	
...	
.....	\$
<b>4.TOTAL.....</b>	\$
<b>5.QUANTIDADE.....</b>	Q
<b>6.CUSTO UNITÁRIO.....</b>	\$

Procedimento: PARTO NORMAL			
DESCRIÇÃO	QTDE.	CUSTO UNITÁRIO	CUSTO TOTAL
<b>1.DIÁRIAS</b>			
(...)			\$
<b>2.TAXAS DE SALA</b>			
(...)			\$
<b>3.MATERIAIS E MEDICAMENTOS</b>			
(...)			\$
<b>4.LABORATÓRIO</b>			
(...)			\$
<b>TOTAL</b>			\$

**Figura 1** – Relatórios de custos: centros de custos e procedimentos

Fonte: Elaborada pelos autores do capítulo.

O diagrama a seguir compreende uma síntese dos conceitos de gestão de custos por centros de responsabilidade, apropriação de custos por centro de custo e custeio de procedimento médico-hospitalares, cuja elaboração pode ser aplicada de forma integrada.



**Figura 2** – Custos hospitalares: uma visão conceitual integrada

Fonte: Elaborada pelos autores do capítulo.

Desde já, garantimos: gestão de custos no nível do procedimento médico-hospitalar é extremamente complexa, pois depende de um conjunto de dados no nível do paciente, e, aqui, normalmente temos vários desdobramentos. Trazemos algumas reflexões: o repasse do honorário médico do cirurgião está na conta de custos do paciente? Como você está compondo o custo do anestesista, do médico radiologista no nível do custo do procedimento? O valor da nota fiscal dos materiais de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) consumidos (com desconto financeiro) na cirurgia está sendo lançado na conta de custos do paciente? O material e o medicamento consumidos são lançados na conta do paciente? O tempo em sala cirúrgica está sendo contabilizado de forma correta? Observe: apurar custos não é um “ato milagroso”, feito às pressas, mas com processos sistematizados desde a coleta até a apuração dos dados, que, em muitas organizações, perpassam mudanças de processos e reorganização na coleta de dados.

Os hospitais ainda são, de modo geral, organizados por setores e especialidades médicas, o que dificulta avaliações mais detalhadas do custo por paciente, quando deveriam ser organizados por ciclo do cuidado ou por tratamento. Mas, vamos em frente!

## Custos para a tomada de decisão

O modelo de decisão deve ser significativo e atender ao seu processo lógico e específico para cada evento ou problema a ser resolvido. Esse modelo incorpora ainda dois outros necessários para tomada de decisão: um de informação e um de mensuração.<sup>10</sup>

Assim, uma das formulações de maior significado gerencial encontra-se compreendida por meio da análise da relação custo-volume-lucro. Essa conceituação propicia um acervo de informações úteis à análise de custos e correspondente à avaliação de resultados operacionais, na rapidez e na fluência que a tomada de decisões relevantes exige.

Para a concretização dessa formulação, é importante analisar os custos em relação ao nível da atividade operacional. Os custos de um hospital apresentam diferentes comportamentos: alguns são fixos (não se alteram com as modificações do volume) e outros são de natureza variável (se alteram na mesma proporção das variações no nível de atividade).

Os custos variáveis, ou diretos, variam diretamente com o volume do produto, enquanto os custos fixos são classificados como custo de período e debitados totalmente no período no qual os custos fixos foram incorridos.<sup>11</sup> De acordo com Horngren, Foster e Datar,<sup>12</sup> a análise de custo-volume-lucro propicia uma ampla visão financeira do processo de planejamento.

O interesse dessa conceituação é propiciar uma clara compreensão das flutuações dos resultados diante das alterações no volume de serviços do hospital, em razão do comportamento dos custos fixos e variáveis. Na medida em que os custos se comportam dessa forma, um aumento de receita gera um aumento de lucro, enquanto uma diminuição provoca uma redução de resultados operacionais.

Com essa classificação de custos, torna-se importante a avaliação dos resultados sob diferentes níveis de atividade, incluindo o cálculo do ponto de equilíbrio, que é representado pelo volume de serviços em que ocorre a igualdade entre receita e custos.

### 1. Classificação dos custos

- Custo fixo (CF): corresponde aos itens de custos que permanecem constantes, mesmo que ocorram alterações no volume de serviços, dentro de uma determinada capacidade de produção. São exemplos: mão de obra, depreciação etc.;
- Custo variável (CV): são os custos que variam na mesma proporção do volume de atendimento do hospital. Exemplos: medicamentos e material hospitalar;
- Custo total (CT): a soma dos custos fixos e dos custos variáveis.

<sup>10</sup> PADOVEZE, C. L. **Controladoria estratégica e operacional**. 3. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2007.

<sup>11</sup> VANDERBECK, E. J.; NAGY, C. F. **Contabilidade de Custos**. 11. ed. São Paulo: Pioneira, 2001.

<sup>12</sup> HORNGREN, C. T.; FOSTER, G.; DATAR, S. **Contabilidade de Custos**. 9. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1997.

Conforme Bornia,<sup>13</sup> o custo de mão de obra direta pode ser fixo se tomado um mês como base, mas será variável caso seja considerado um semestre. De modo geral, os custos tendem a ter comportamento variável ao longo do tempo.

### 2. Receita total (RT)

Corresponde à remuneração dos serviços prestados e se altera à medida que ocorrem modificações no nível de atendimento.

### 3. Ponto de equilíbrio (Qpe)

É o ponto no qual a quantidade (Q) ou o valor da receita total é igual ao custo total. Neste ponto, não há lucro nem prejuízo.

$$\begin{aligned}
 RT &= CT \\
 RT &= CF + CV \\
 Q \times Pv &= Q \times Cvu + CF \rightarrow Q \times Pv - Q \times Cvu = CF \rightarrow Q \times (Pv - Cvu) = CF \\
 Qpe &= \frac{CF}{Pv - Cvu}
 \end{aligned}$$

Com a aplicação da fórmula anterior, o hospital passa a dispor da informação do ponto de equilíbrio.

Exemplo:

Custo fixo (CF): R\$ 2.000

Custo variável unitário (Cvu): R\$ 20

Preço de venda unitário (Pv): R\$ 30

$$Qpe = \frac{CF}{Pv - Cvu} = \frac{2.000}{30 - 20} = 200 \text{ unidades}$$

Demonstração de resultados:

Receita total (200 x R\$ 30):	R\$ 6.000
(-) Custo variável (200 x R\$ 20):	R\$ 4.000
(-) Custo fixo:	R\$ 2.000
Lucro:	R\$ 0

O cálculo de ponto de equilíbrio demonstra que, com 200 unidades, o hospital terá lucro zero. Para um volume de serviços acima de 200 unidades, haverá lucro. E para uma quantidade abaixo de 200 unidades, as atividades apresentarão prejuízo.

<sup>13</sup> BORNIA, A. C. **Análise gerencial de custos**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

**Custo total:**

Descrição	150 unid.	200 unid.	250 unid.
Custo variável	R\$ 3.000	R\$ 4.000	R\$ 5.000
Custo fixo	R\$ 2.000	R\$ 2.000	R\$ 2.000
<b>Custo total</b>	<b>R\$ 5.000</b>	<b>R\$ 6.000</b>	<b>R\$ 7.000</b>

**Custo unitário:**

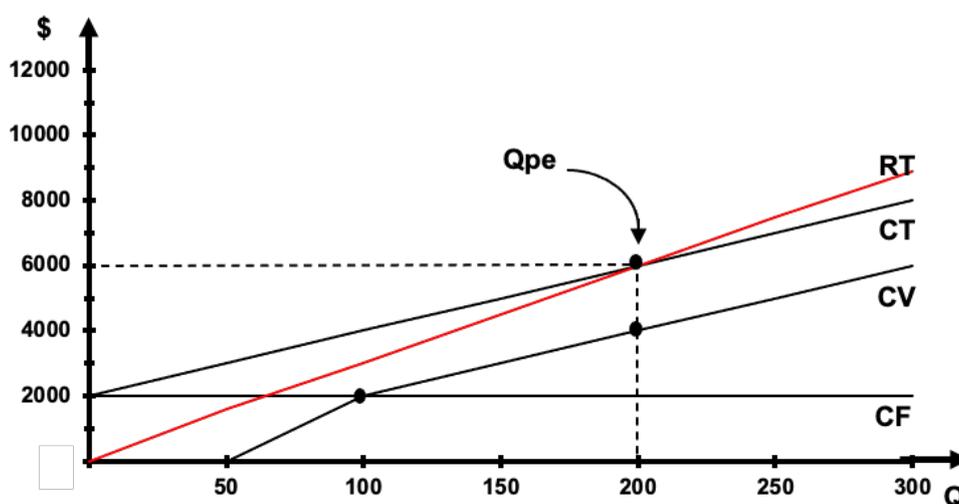
Descrição	150 unid.	200 unid.	250 unid.
Custo variável unitário	R\$ 20	R\$ 20	R\$ 20
Custo fixo unitário	R\$ 13	R\$ 10	R\$ 8
<b>Custo total</b>	<b>R\$ 33</b>	<b>R\$ 30</b>	<b>R\$ 28</b>

O comportamento dos custos, fixos e variáveis, faz com que o custo total aumente à medida que a quantidade produzida aumenta, gerando, em compensação, uma redução no custo unitário, em razão da utilização da mesma estrutura de custos fixos por um maior número de unidades.

**Demonstração de resultados:**

Descrição	150 unid.	200 unid.	250 unid.
Receita total	R\$ 4.500	R\$ 6.000	R\$ 7.500
(-) Custo variável	R\$ 3.000	R\$ 4.000	R\$ 5.000
(-) Custo fixo	R\$ 2.000	R\$ 2.000	R\$ 2.000
<b>Lucro</b>	<b>(-) R\$ 500</b>	<b>R\$ 0</b>	<b>R\$ 500</b>

A conceituação de custos, receita e ponto de equilíbrio pode ser observada sob a forma gráfica.



**Gráfico 1** – Demonstração do conceito do ponto de equilíbrio

Fonte: Elaborado pelos autores do capítulo.

## 4. Margem de contribuição

O valor da margem de contribuição corresponde à diferença entre o preço de venda e o custo variável, destina-se à cobertura dos custos fixos e, após o ponto de equilíbrio, à geração do lucro.

Por meio do conceito da margem de contribuição, fica visível que, além da cobertura do custo variável, há a necessidade de cobrir o montante de custos fixos. Estes são cobertos pela margem de contribuição.

Utilizando as mesmas informações do exemplo anterior, a demonstração de resultados ajusta-se para a seguinte forma:

### Demonstração de resultados:

Descrição	150 unid.	200 unid.	250 unid.
Receita total	R\$ 4.500	R\$ 6.000	R\$ 7.500
(-) Custo variável	R\$ 3.000	R\$ 4.000	R\$ 5.000
<b>Margem de contribuição</b>	<b>R\$ 1.500</b>	<b>R\$ 2.000</b>	<b>R\$ 2.500</b>
(-) Custo fixo	R\$ 2.000	R\$ 2.000	R\$ 2.000
<b>Custo total</b>	<b>R\$ 500</b>	<b>R\$ 0</b>	<b>R\$ 500</b>

Nessa forma de apresentação da demonstração de resultados, é possível perceber a destinação da margem de contribuições para os diferentes níveis de atividade.

- No ponto de equilíbrio: a margem de contribuição é igual ao custo fixo;
- Abaixo do ponto de equilíbrio: a margem de contribuição é insuficiente para cobrir o custo fixo. O hospital tem prejuízo;
- Acima do ponto de equilíbrio: a margem de contribuição cobre o custo fixo e ainda contribui para a geração de lucro.

A fórmula do ponto de equilíbrio pode ser apresentada sob uma maneira mais simples.

Assim, torna-se mais clara a compreensão da origem dos resultados operacionais para os diferentes níveis de atividade apresentados no exemplo.

$$Q_{pe} = \frac{CF}{MCu}$$

$$Q_{pe} = \frac{R\$ 2.000}{R\$ 10} = 200 \text{ unidades}$$

As atividades ao nível de 250 unidades proporcionaram o lucro de R\$ 500 porque o hospital vendeu 50 unidades acima do ponto de equilíbrio, gerando, assim, uma contribuição unitária para o lucro no valor de R\$ 10. O lucro, portanto, pode ser calculado por meio da multiplicação da margem de contribuição unitária (MCu) pelo volume de unidades acima do ponto de equilíbrio (50 unidades x R\$ 10 = R\$ 500).

Dessa maneira, conclui-se que, para quaisquer volumes de produção, é possível alcançar o valor do lucro com rapidez, tornando a conceituação extremamente relevante para a avaliação das flutuações de lucro e as correspondentes razões da sua ocorrência.

Deve-se destacar algumas deficiências e limitações do ponto de equilíbrio: a dificuldade de segregar os custos fixos e variáveis, a falta de sincronismo entre receitas e despesas e relação as economias e deseconomias de escalas são alguns exemplos.<sup>14</sup>

## Desafios e perspectivas da gestão de custos em hospitais

A proposta é que você pense “fora da caixa” durante a leitura do texto, e se pergunte a todo momento: posso fazer diferente? O objetivo deste tópico é abordar possibilidades de ganhos de eficiência, especificamente nas causas do desperdício hospitalar. Shingo classificou os desperdícios em sete tipos: superprodução, transporte, processamento, fabricação de produção defeituosos, movimento, espera e estoque.<sup>15</sup>

Muito longe de quereremos abordar todos esses tipos, entendemos que, em primeiro lugar, a iniciativa da redução de custos deve ser abordada na ótica do posicionamento estratégico, isto é, algumas iniciativas podem reforçá-lo, outras podem não ter impacto e outras podem até enfraquecê-lo. Se a empresa prioriza a satisfação do cliente, demitir colaboradores da recepção de internação, por exemplo, pode ocasionar aumento de filas e, conseqüentemente, insatisfação do cliente. É, portanto, uma medida que enfraquece o posicionamento.

Por outro lado, uma simples eliminação dos copinhos de café provavelmente não surtirá efeitos relevantes na proposta de diminuição de custos. Sendo assim, vamos discutir, a partir de agora, algumas propostas de redução de desperdícios que podem ser relevantes para sua empresa.

Observe a palavra **relevante**; esta palavra deve ser a base das análises de um bom profissional de custos. Se você, leitor, conseguir mudar só o que é relevante, mais rápido do que imagina, fará verdadeiras transformações.

Em todas as vertentes de desperdícios a seguir, vamos fazer uma pergunta, e a resposta deixaremos para você, leitor. O objetivo é levá-lo a reflexões a partir das suas próprias experiências.

<sup>14</sup> MEGLIORINI, E. M. **Custos – Análise e Gestão**. 2. ed. São Paulo: Person, 2007.

<sup>15</sup> SHINGO, S. **Study of Toyota production system from industrial engineering viewpoint**. Tokyo: Japan Management Association, 1981.

### 1. Erro assistencial

Em estudo publicado no ano de 2022 pelo portal Blog Valor em Saúde,<sup>16</sup> em mais de 4 milhões de altas codificadas no Brasil, concluiu-se que 53% das diárias consumidas foram desperdícios, e, destas, 13,64% foram relacionadas à segurança assistencial, com ocorrência de condições adquiridas graves, sendo que 65% delas eram preveníveis.

Segundo relatório da Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD),<sup>17</sup> eventos adversos em hospitais somam entre 13% e 16% dos custos hospitalares, e entre 28% e 72% deles são considerados evitáveis. Quais são as ações necessárias para diminuir o sofrimento dos pacientes com erros assistenciais? Afinal, ele é o centro do cuidado.

### 2. Equipamentos obsoletos

Diante das dificuldades de investimentos, encontramos uma quantidade considerável de equipamentos obsoletos com altos custos de manutenção e baixa produtividade. No Setor Hospitalar, em função do impacto do alto custo fixo, ter produção alta (exames, diárias etc.) é necessário e obrigatório. Em 25 unidades de UTI Neonatal de hospitais brasileiros, no período de janeiro a junho de 2022, ao simular o custo de uma diária, o valor variou no percentil 50, de R\$ 2.220, com taxa de ocupação de 80%, a R\$ 2.880, com taxa de ocupação de 60%, conforme dados extraídos do KPIH.<sup>18</sup> Portanto, a diferença de R\$ 660 no custo da diária pode ser considerada desperdícios em função da não utilização da capacidade instalada. Se pensarmos que, no Brasil, a maioria dos hospitais são de pequeno porte e com ocupação inferior a 50%, qual é a magnitude desse desperdício?

### 3. A formação profissional

A formação profissional também não colabora para diminuir o desperdício. Como disse o médico cancerologista Dr. Drauzio Varella:<sup>19</sup>

Fico impressionado com o número de exames inúteis que os pacientes trazem nas consultas. Chegam com sacolas abarrotadas de radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas e uma infinidade de provas laboratoriais que pouco ou nada contribuíram para ajudá-los.<sup>20</sup>

<sup>16</sup> OPORTUNIDADE de ganhos assistenciais chegam a 38,9 bilhões no setor de saúde. **Blog Valor em Saúde**, 3 jan. 2022. Disponível em: <https://www.drgbrasil.com.br/valoremsaude/opportunidades-de-ganhos-assistenciais/>. Acesso em: 29 ago. 2022.

<sup>17</sup> OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. **Tackling Wasteful Spending on Health**. Paris: OECD Publishing, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>. Acesso em: 29 ago. 2022.

<sup>18</sup> KPIH – KEY PERFORMANCE INDICATORS FOR HEALTH. **Portal KPIH**, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.kpih.com.br>. Acesso em: 29 ago. 2022.

<sup>19</sup> VARELLA, D. Desperdício Nababesco. **Portal UOL**, São Paulo, 21 out. 2021. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/desperdicio-nababesco/>. Acesso em: 29 abr. 2022.

<sup>20</sup> *Ibidem*.

Portanto, a ausência e/ou a má-formação dos profissionais de saúde são ingredientes importantes na análise das causas dos desperdícios hospitalares.

Em publicação realizada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS),<sup>21</sup> estimou-se que, nos Estados Unidos, o uso desnecessário e em demasia de tratamentos, consultas, medicamentos e exames consome entre US\$ 158 bilhões e US\$ 226 bilhões por ano; o uso do pronto-socorro em situações não emergenciais, devido à falha de coordenação do sistema, consome anualmente de US\$ 21,4 bilhões a US\$ 24,4 bilhões; e as fraudes e práticas abusivas consomem aproximadamente US\$ 80 bilhões anuais. Trazendo para a nossa realidade: quanto custa uma cirurgia que não precisaria ter sido realizada?

## 4. A relação custo x efetividade

Segundo Vanzella *et al.*,<sup>22</sup> a diarreia é a segunda causa de morte entre crianças em todo mundo. Por outro lado, segundo publicação da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP),<sup>23</sup> um paciente de 90 anos, em estado vegetativo, internado há 570 dias, custa R\$ 5 milhões, e a judicialização da saúde em São Paulo chegou a R\$ 1,2 bilhão em 2016, segundo publicação do Jornal da USP.<sup>24</sup> No cenário de saúde cada vez mais escasso de recursos, o debate da assistência médica parte da contradição de que todos têm direito a viver, mas não há e não haverá dinheiro para todo mundo. Quantas crianças morrem no país por não terem acesso à UTI Neonatal, recém-nascidos que teriam mais de 80 anos de expectativa de vida? Assim, as políticas de saúde pública devem ser baseadas no menor custo e melhor resultado, não?

## 5. Gestão de processos

As suas tabelas de faturamento estão atualizadas? Você fatura tudo o que produz? Compartilhamos com você uma experiência realizada na Planisa<sup>25</sup> com o eletrodo descartável em um hospital em 2017. Em nove meses, foram faturados 7.508 itens que geraram R\$ 9.396. No mesmo período, foram consumidos 108.818 eletrodos que consumiram R\$ 43.530; portanto, prejuízo acumulado de R\$ 34.134.

O excesso de estoque, baixo giro, perdas, ausência de padronização de estoques, baixo controle de OPME e até a escolha dos produtos do estoque podem contribuir para geração de melhores resultados. As ausências de controles de repasse médico, de instrumental cirúrgico, de negociação de contratos são mais alguns exemplos de desperdícios relacionados aos processos. Por que os hospitais de complexidades e tamanhos similares, muitas vezes, possuem giro de estoque tão diferenciados no Brasil?

<sup>21</sup> IESS – INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Guia da Saúde Suplementar**. São Paulo: IESS, 2013. Disponível em: [www.iess.org.br](http://www.iess.org.br). Acesso em: 29 ago. 2022.

<sup>22</sup> VANZELLA, M. F. *et al.* Diarreia aguda: diagnóstico clínico e tratamento. **Acta Méd.**, Porto Alegre, v. 37, n. 8, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882991>. Acesso em: 29 ago. 2022.

<sup>23</sup> PACIENTE de 90 anos, estado vegetativo e internado há 570 dias, custa R\$ 5 mi. **Portal ANAHP**, São Paulo, 3 jan. 2017. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/noticias/noticias-do-mercado/paciente-de-90-anos-estado-vegetativo-e-internado-ha-570-dias-custa-r-5-mi/>. Acesso em: 29 ago. 2022.

<sup>24</sup> SOARES, G. Ações judiciais custaram R\$ 1,2 bilhão ao Ministério da Saúde em 2016. **Jornal da USP**, São Paulo, 20 abr. 2017. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/acoes-judiciais-custaram-r-12-bilhao-ao-ministerio-da-saude-em-2016/>. Acesso em: 29 ago. 2022.

<sup>25</sup> GESTÃO de Custos Hospitalares: Quanto Custa Não Fazer Nada? **Portal Planisa**, 13 ago. 2017. Disponível em: <https://planisa.com.br/site/gestao-de-custos-hospitalares-quanto-custa-nao-fazer-nada/>. Acesso em: 5 dez. 2022.

### 6. Padronização

Vamos dizer que eu preciso de uma substituição de curativo. Quantas ataduras foram utilizadas no processo? Quantas no paciente da cama ao meu lado? E na pessoa do outro quarto? A padronização é fator primordial para diminuição de desperdícios, uma vez que define protocolo de tempo e consumo. Dessa forma, devemos nos perguntar com frequência: quais atividades geralmente realizadas pelo setor devemos eliminar? Quais atividades devemos reduzir no setor? Quais atividades devemos elevar bem acima do padrão? E quais atividades que o setor nunca ofereceu devemos criar?

### 7. Sistemas de gestão hospitalar

A dificuldade na utilização dos ERPs na sua plenitude junto aos hospitais é, sem dúvida, um componente importante no aumento de desperdício, uma vez que os colaboradores utilizam planilhas eletrônicas paralelas aos sistemas ERPs, gerando retrabalhos e perda de visão sistêmica.

De um modo geral, alguns profissionais ainda se preocupam apenas em executar seu papel de forma isolada, sem se atentar às consequências nas outras áreas. Um exemplo: se não há um alinhamento, o remédio para um paciente da urgência que deveria ser entregue em, no máximo, 30 minutos, pode não chegar a tempo. Outro exemplo é a utilização da ficha de anestesia preenchida de forma manual pelos anestesistas, apesar dos avanços da tecnologia, fazendo com que o médico perca tempo nesse preenchimento, quando deveria estar focado na assistência ao paciente.

Em nossa opinião, a ausência da disciplina de execução na área da saúde, somada às reinternações, às complicações, à permanência desnecessária do paciente, à quantidade exagerada e desnecessária de exames realizados, à utilização de materiais e medicamentos e ao individualismo do médico, contribui significativamente para o colapso do sistema de saúde como um todo.

Será que o Brasil, com as dimensões territoriais que tem e com 53% das diárias “desperdiçadas”, precisa de mais leitos ou melhorar a utilização dos que já existem?

## Modelos de remuneração

As previsões para o setor da saúde não são animadoras. De um lado, A Saúde Suplementar dependente do nível de emprego; do outro, a persistente crise econômica, que não alavanca a receita do Estado, e, conseqüentemente, congela os níveis de gastos no sistema público, atualmente em 3,8% do produto interno bruto (PIB) em 2021.<sup>26</sup>

Diante disso, a saída é buscar mais eficiência nos custos e despesas e, em contrapartida, atentar para os mecanismos da forma como pagamos o Estado ou os cidadãos pela saúde.

Nas infinitas discussões sobre modelo de remuneração, há apenas duas certezas: ninguém quer correr riscos financeiros e a ausência de informação robusta dos players envolvidos.

<sup>26</sup> OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. **Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021**. Paris: OECD Publishing, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/f2b7ee85-pt>. Acesso em: 29 ago. 2022.

A possibilidade de um modelo que agregue valor, que valorize a experiência do paciente e que incentive a efetividade clínica ainda é algo que fica mais no discurso do politicamente correto, visto o tímido avanço.

Ainda no dia a dia, o *fee for service* (conta aberta) ou pacote (conta fechada) são predominantes. Sabidamente, o foco do primeiro é volume e, do segundo, são os custos. As opções de diária global e migração de margem de material e medicamento de uso no paciente para serviços (diárias) simplificam a operação e tornam mais justa a relação entre prestador e operadora, mas, de modo geral, quanto mais se consome, mais o hospital ganha. Desta forma, o foco, de novo, é no volume e não na entrega de valor ao paciente.

Outros modelos permeiam pela lógica do orçamento global (*global budgets*). Este princípio é praticado em operações, por exemplo, em que o governo concede a gestão de unidades de saúde a instituições privadas sem fins lucrativos, as chamadas Organizações Sociais de Saúde (OSS). Por meio de um contrato de gestão com metas previamente definidas, o Estado remunera mensalmente as OSS com um valor fixo. Vale dizer que essa modalidade é uma alternativa para a desburocratização e melhoria de gestão dos serviços públicos, mas, apesar do mérito, não trabalha na lógica do “mais ou menos” em função de indicadores centrados na atenção do paciente nem ajustados ao *case mix* ou complexidade do hospital.

Outros ainda entendem que um sistema de remuneração por *performance pay-for-performance* (P4P) ao médico seria uma alternativa definitiva para uma lógica mais saudável e uma oportunidade única de melhores resultados clínicos, mas será? O médico como protagonista? O desfecho clínico e a diminuição de condições adquiridas durante a permanência do paciente muitas vezes, ou na maioria delas, não depende somente do médico. O erro assistencial é uma falha de processos, portanto, sistêmico e multidisciplinar. Assim, entendemos que não é justo delegar o resultado clínico ou financeiro pelo episódio de internação a um determinado médico ou equipe.

Existe ainda a opção do *capitation*, que, sem dúvida, coloca o hospital com carteira de cliente e capacidade reduzida para diluir os riscos. Acreditamos que não é uma alternativa com grande possibilidade de avanço em hospitais, mas uma alternativa já utilizada, por exemplo, na assistência primária.

Assim, não existe uma alternativa única, mas modelos que, como o DRG, possam significar avanços importantes, remunerando o prestador com informações que priorizem a transparência e, principalmente, que entreguem valor ao paciente. O DRG também pode nos ajudar a gerar ganhos de eficiência e que, compartilhados (*share saving*) entre prestador e hospital, podem colaborar na sustentabilidade do setor.

De um modo geral, percebe-se, tanto no Brasil quanto em outros países, a utilização de sistemas mistos. Mas, em todos eles, a busca de mecanismos para alocação de recursos ajustada por desempenho e na entrega de valor ao paciente.

### Desafios e cenários do custeio hospitalar

O capítulo abordou a relevância da avaliação da relação custo-efetividade, destacando a complexidade no processo de apuração dos custos hospitalares, bem como a possibilidade da implementação de rotina estruturada capaz de organizar os processos para a adequada implementação da gestão dos custos.

Apresentou as duas principais metodologias de custeio utilizadas no Brasil: o custeio por absorção e o custeio direto, destacando a importância e a complementariedade de cada uma delas, bem como da avaliação permanente dos indicadores de custos por meio dos centros de responsabilidades.

O capítulo buscou, ainda, apontar os desafios e os cenários da gestão de custos no complexo setor da saúde, procurando levar ao leitor valiosas reflexões sobre ações práticas e significativas para a sustentabilidade do setor.

### Referências

ATKINSON, A. A. *et al.* **Contabilidade gerencial**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

BORNIA, A. C. **Análise gerencial de custos**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

BRUNI, A. L.; FAMÁ, R. **Gestão de Custos e Formação de Preços**. Com aplicações na calculadora HP 12C e Excel. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

FALK, J. A. **Gestão de Custos para Hospitais**. São Paulo: Editora Atlas, 2001.

GESTÃO de Custos Hospitalares: Quanto Custa Não Fazer Nada? **Portal Planisa**, 13 ago. 2017. Disponível em: <https://planisa.com.br/site/gestao-de-custos-hospitalares-quanto-custa-nao-fazer-nada/>. Acesso em: 5 dez. 2022.

HORNGREN, C. T.; FOSTER, G.; DATAR, S. **Contabilidade de Custos**. 9. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1997.

IESS – INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Guia da Saúde Suplementar**. São Paulo: IESS, 2013. Disponível em: [www.iess.org.br](http://www.iess.org.br). Acesso em: 29 ago. 2022.

KPIH – KEY PERFORMANCE INDICATORS FOR HEALTH. **Portal KPIH**, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.kpih.com.br>. Acesso em: 29 ago. 2022.

LOTTEMBERG, C.; KLAJNER, S.; SILVA, P. E. **A revolução digital na saúde**: como a inteligência artificial e a internet das coisas tornam o cuidado mais humano, eficiente e sustentável. São Paulo: Editora dos Editores, 2019.

MARTINS, D. S. **Custeio Hospitalar por Atividades**. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

MATOS, A. J. **Gestão de Custos Hospitalares**. 3. ed. São Paulo: Editora STS, 2005.

MEGLIORINI, E. M. **Custos – Análise e Gestão**. 2. ed. São Paulo: Person, 2007.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. **Tackling Wasteful Spending on Health**. Paris: OECD Publishing, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>. Acesso em: 29 ago. 2022.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. **Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021**. Paris: OECD Publishing, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/f2b7ee85-pt>. Acesso em: 29 ago. 2022.

OPORTUNIDADE de ganhos assistenciais chegam a 38,9 bilhões no setor de saúde. **Blog Valor em Saúde**, 3 jan. 2022. Disponível em: <https://www.drgbrasil.com.br/valoremsaude/oportunidades-de-ganhos-assistenciais/>. Acesso em: 29 ago. 2022.

PACIENTE de 90 anos, estado vegetativo e internado há 570 dias, custa R\$ 5 mi. **Portal ANAHP**, São Paulo, 3 jan. 2017. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/noticias/noticias-do-mercado/paciente-de-90-anos-estado-vegetativo-e-internado-ha-570-dias-custa-r-5-mi/>. Acesso em: 29 ago. 2022.

PADOVEZE, C. L. **Controladoria estratégica e operacional**. 3. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2007.

PORTER, M. E; TEISBERG, E. **O. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. **Competindo pelo futuro: estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

SHINGO, S. **Study of Toyota production system from industrial engineering viewpoint**. Tokyo: Japan Management Association, 1981.

SOARES, G. Ações judiciais custaram R\$ 1,2 bilhão ao Ministério da Saúde em 2016. **Jornal da USP**, São Paulo, 20 abr. 2017. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/acoes-judiciais-custaram-r-12-bilhao-ao-ministerio-da-saude-em-2016/>. Acesso em: 29 ago. 2022.

VANDERBECK, E. J.; NAGY, C. F. **Contabilidade de Custos**. 11. ed. São Paulo: Pioneira, 2001.

VANZELLA, M. F. *et al.* Diarreia aguda: diagnóstico clínico e tratamento. **Acta Méd.**, Porto Alegre, v. 37, n. 8, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-882991>. Acesso em: 29 ago. 2022.

VARELLA, D. Desperdício Nababesco. **Portal UOL**, São Paulo, 21 out. 2021. Disponível em: <https://drauzio-varella.uol.com.br/drauzio/desperdicio-nababesco/>. Acesso em: 29 abr. 2022.

# CAPÍTULO 10

## GESTÃO DE PROJETOS NA PANDEMIA DE COVID-19: UM CASO PRÁTICO

Juliana Pan



# GESTÃO DE PROJETOS NA PANDEMIA DE COVID-19: UM CASO PRÁTICO

## Objetivos

- Clarificar a importância da gestão de projetos para planejar a criação de valor nas organizações hospitalares;
- Apresentar as competências necessárias para a gestão de projetos em saúde;
- Exemplificar a aplicação prática do tema em projetos nacionais.

## Gestão de projetos em saúde

A saúde é essencial para a vida humana e, ao contrário de muitos outros setores econômicos, erros potenciais não podem ser permitidos, e o risco de falha deve ser minimizado.

As mudanças demográficas e epidemiológicas, o aumento das expectativas por parte da sociedade brasileira e as novas demandas para o período de recuperação pós-Covid-19 deixam claro que melhorias e reformas contínuas são necessárias para fortalecer o sistema de saúde e garantir sua sustentabilidade. O setor de saúde precisa se reinventar e buscar inovações, criando projetos e utilizando ferramentas que permitam uma gestão proativa de suas estratégias de negócios.

A gestão em saúde é o conhecimento aplicado no gerenciamento da complexidade que envolve as organizações de saúde, tanto na administração de redes quanto nas esferas públicas, nos hospitais, nos laboratórios, nas clínicas e nas demais instituições e serviços de saúde. Abarca três grandes dimensões de alta complexidade: (i) os espaços de cuidado direto – singular e multiprofissional; (ii) as diversas instituições de saúde; e (iii) a exigência de formação e funcionamento de redes de serviços de saúde para atendimento universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente às necessidades de saúde da população.<sup>1</sup>

O sistema de saúde é caracterizado por um ambiente complexo, com múltiplos, diversos e interdependentes agentes. A interdependência entre múltiplos agentes produz novos resultados, principalmente quando os agentes e as forças que afetam o sistema mudam ao longo do tempo. Colocar em movimento um sistema de agentes múltiplos, diversos e interdependentes, interagindo para prestar cuidados de saúde, cria uma grande complexidade.<sup>2</sup>

A gestão de projetos surgiu porque as características da nossa sociedade contemporânea exigem o desenvolvimento de novos métodos de gestão. Das muitas forças envolvidas, três são primordiais: (i) a

<sup>1</sup> CECÍLIO, L. C. O. The death of Ivan Ilyich, by Leo Tolstoy: points to be considered regarding the multiple dimensions of health-care management. **Interface – Comunicação, Saúde**, Educação, v. 13, suppl. 1, p. 545-555, 2009.

<sup>2</sup> BEGUN, J. W.; THYGESON, M. Managing complex healthcare organizations. In: FOTTLER, M. D.; MALVEY, D.; SLOVENSKY, D. J. (Eds.). **Handbook of healthcare management**. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2015.

expansão exponencial do conhecimento humano; (ii) a crescente demanda por uma ampla gama de bens e serviços complexos, sofisticados e customizados; e (iii) a evolução dos competitivos mercados mundiais de produção e consumo de bens e serviços. Todas as três forças se combinam para exigir o uso de equipes para resolver problemas que costumavam ser resolvidos por indivíduos. Além disso, essas três forças se combinam para aumentar significativamente a complexidade dos bens e serviços produzidos, além da complexidade dos processos utilizados para obtê-los. Por sua vez, isso leva à necessidade de sistemas mais sofisticados para controlar saídas e processos.<sup>3</sup>

O foco principal de iniciar um projeto é atingir objetivos específicos. A razão para organizar a tarefa como um projeto é focar a responsabilidade e a autoridade no alcance dos objetivos de um indivíduo ou de um grupo. Em particular, a forma como o projeto está organizado permite que o gestor responda (i) ao cliente e ao meio ambiente; (ii) identifique e corrija os problemas antecipadamente; (iii) tome decisões oportunas sobre os objetivos do projeto; e (iv) assegure que os líderes das tarefas separadas que compõem o projeto não otimizem o desempenho de suas tarefas em detrimento do projeto total.<sup>4</sup>

### Contexto de gerenciamento de projetos

Ao longo das últimas décadas no Brasil, a cultura de gerenciamento de projetos tornou-se parte essencial da vida cotidiana no local de trabalho no sistema de saúde privado e público, com o objetivo final de melhorar o atendimento ao paciente.<sup>5</sup> O gerente de projeto (líder) desempenha um papel significativo no fornecimento de benefícios.

No domínio do conhecimento em gerenciamento de projetos, o conceito de projeto como uma organização temporária é amplamente aceito e ainda está sendo explorado e desenvolvido por pesquisadores. Este conceito coloca a organização temporária do projeto e sua equipe como uma agência atuando “em nome de” e “colocada dentro” de sua organização-mãe<sup>6</sup> para alcançar a transição necessária (ou desejada) para uma mudança,<sup>7</sup> e, por fim, gerar benefícios como resultados.<sup>8</sup> O gerenciamento de projetos evoluiu de produto para criação de valor.<sup>9</sup>

O gerenciamento de projetos no sistema de saúde compartilha muitas características com outros setores, mas algumas facetas críticas são únicas. As organizações desse setor se concentram em melhorar

<sup>3</sup> MEREDITH, J. R.; SHAFER, S. M.; MANTEL JR, S. J. **Project management**: a strategic managerial approach. New York: John Wiley & Sons, 2017.

<sup>4</sup> *Ibidem*.

<sup>5</sup> CRAWFORD, M. *et al.* Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. **British Medical Journal**, v. 325, n. 7375, p. 1263-1265, 2002.

<sup>6</sup> TURNER, J. R.; MÜLLER, R. On the nature of the project as a temporary organization. **International Journal of Project Management**, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2003.

<sup>7</sup> LUNDIN, R. A.; SÖDERHOLM, A. A theory of the temporary organization. **Scandinavian Journal of Management**, v. 11, n. 4, p. 437-455, 1995.

<sup>8</sup> BRADLEY, G. **Fundamentals of benefit realization**. London: The Stationery Office, 2010.

<sup>9</sup> WINTER, M. *et al.* Directions for future research in project management: the main findings of a UK government-funded research network. **International Journal of Project Management**, v. 24, n. 8, p. 638-649, 2006.

a vida dos pacientes, e os projetos vinculados a essa missão geralmente obtêm um bom suporte organizacional. No entanto, a liderança deve definir o projeto para conectar seus objetivos à visão. Caso não sejam considerados a experiência do paciente e o atendimento ao cliente, projetos focados apenas em redução de custos e eficiência correm o risco de perder a prioridade ou não receber o suporte necessário para ter sucesso.

Os gerentes de projeto do setor de saúde têm uma vantagem significativa sobre aqueles sem essa experiência, pois têm uma consciência cultural que não pode ser facilmente transmitida ou ensinada. No entanto, ao envolver estrategicamente líderes e especialistas funcionais, um gerente de projeto pode apreciar rapidamente essas dimensões, incorporando-as aos objetivos gerais, à abordagem do projeto e à estrutura da equipe. Garantir que a equipe se envolva regularmente com funções com visibilidade para esses problemas a tornará mais eficaz no gerenciamento de riscos e relevante para o sistema de saúde.<sup>10</sup>

Outras distinções entre gerenciamento e liderança incluem que os gerentes se concentram na eficiência (fazer mais com menos), enquanto os líderes se concentram na eficácia (atingir metas). Essa distinção refere-se ao foco operacional e de curto prazo da administração em relação à direção estratégica e de liderança de longo prazo.

## A importância da gestão de projetos

O gerenciamento de projetos organizacionais pode ser definido como uma nova esfera de gerenciamento em que estruturas organizacionais dinâmicas são articuladas para implementar objetivos estratégicos por meio de projetos para maximizar o valor.<sup>11</sup>

Antes limitado à construção, à engenharia e à tecnologia da informação, o trabalho baseado em projetos agora está se espalhando para vários setores,<sup>12</sup> incluindo saúde.<sup>13</sup>

A gestão de projetos de saúde é muito complexa.<sup>14</sup> Vai além de planejar e gerenciar a construção ou a modernização de sites existentes. Também envolve reexaminar a gestão dos cuidados clínicos. As questões incluem reorganização do processo de serviço, tecnologia da informação, desenvolvimento de competências humanas e gestão de mudanças.<sup>15</sup>

<sup>10</sup> SARACHMAN, M. Project Management in Healthcare. In: KUDYBA, S. (Ed.). **Healthcare Informatics: Strategies for the Digital Era**. Boca Raton: CRC Press, 2021.

<sup>11</sup> AUBRY, M.; HOBBS, B.; THUILLIER, D. A new framework for understanding organisational project management through the PMO. **International Journal of Project Management**, v. 25, n. 4, p. 328-336, 2007.

<sup>12</sup> MORRIS, P. Reconstructing Project Management Revisited: A Knowledge Perspective. **Project Management Journal**, v. 44, n. 5, p. 6-23, 2013.

<sup>13</sup> DWYER, J.; STANTON, P.; THIESSEN, V. **Project management in health and community services**. London: Routledge, 2004.

<sup>14</sup> AUBRY, M.; RICHER, M. C.; LAVOIE-TREMBLAY, M. Governance performance in complex environment: the case of a major transformation in a university hospital. **International Journal of Project Management**, v. 32, n. 8, p. 1333-1345, 2014.

<sup>15</sup> RICHER, M. C. *et al.* The project management office: transforming healthcare in the context of a hospital redevelopment project. **Healthcare Management Forum**, v. 26, n. 3, p. 150-156, 2013.

Em 2020, a pandemia de Covid-19 mudou o rumo da saúde no mundo. Os modelos de gestão praticados mostraram-se insuficientes, os profissionais foram levados à exaustão e a tecnologia e a inovação foram fundamentais para enfrentar essa crise. Com o aumento projetado nos gastos com saúde, uma possibilidade é gerar ganhos de eficiência e reduzir gastos desnecessários no setor de saúde. Obter “mais valor para o dinheiro” poderia suavizar as pressões de gastos emergentes, garantindo que a intervenção adequada seja realizada no ambiente certo, usando a combinação de insumos mais econômica e baseada em evidências para tratar doenças e limitando o desvio de recursos financeiros do sistema de saúde que não são utilizados para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento de pacientes.<sup>16</sup>

Um estudo mostrou que os profissionais de saúde estão envolvidos em dois a cinco projetos simultaneamente.<sup>17</sup> Em parte, devido à necessidade de melhorar os processos organizacionais,<sup>18</sup> a maioria dos projetos realizados por profissionais de saúde tem a ver com reengenharia de serviços de colaboração interprofissional,<sup>19</sup> inovação organizacional e gestão<sup>20</sup> e implementação de abordagens centradas no paciente.<sup>21</sup>

### Aplicação da gestão de projetos no enfrentamento da crise sanitária de Covid-19 e lições aprendidas

Quando o Hospital Albert Einstein diagnosticou o primeiro caso de Covid-19 no Brasil, a doença havia afetado aproximadamente 80 mil pacientes, alastrando-se para além da Ásia, na Europa e nas Américas. Era, então, a vez de o Brasil entrar para o mapa da pandemia. Um paciente de 62 anos, recém-chegado da Itália, deu entrada no pronto atendimento do hospital com sintomas típicos da doença. Seu diagnóstico seria confirmado por meio de exames complementares no dia seguinte.

Algumas semanas antes, profissionais da instituição discutiam aspectos relacionados à pandemia, notadamente assistenciais e de estrutura. A necessidade de organizar as principais ações, mitigar riscos e desenvolver planos multidisciplinares sincronizados levou a administração da organização a instituir um **Comitê de Crise** formado por especialistas em doenças infecciosas e respiratórias, além de membros do Serviço de Infecção Hospitalar, bem como lideranças de todas as áreas, por meio do qual planos de ação seriam discutidos e elaborados via um complexo modelo de interações entre a assistência, o apoio à assistência e a administração.

Para dar suporte ao **Comitê da Crise** foi implantado o **Núcleo de Planejamento**, composto por

<sup>16</sup> OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. **Tackling Wasteful Spending on Health**. Paris: OECD Publishing, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>. Acesso em: 5 dez. 2022.

<sup>17</sup> CHIOCCIO, F.; RABBAT, F.; LEBEL, P. Multi-Level Efficacy Evidence of a Combined Interprofessional Collaboration and Project Management Training Program for Healthcare Project Teams. **Project Management Journal**, v. 46, n. 4, p. 20-34, 2015.

<sup>18</sup> TUCKER, A.; EDMONDSON, A. C. Why hospitals don't learn from failures: organizational and psychological dynamics that inhibit system change. **California Management Review**, v. 45, p. 55-72, 2003.

<sup>19</sup> SUTER, E. *et al.* Can interprofessional collaboration provide health human resources solutions? A knowledge synthesis. **Journal of Interprofessional Care**, v. 26, n. 4, p. 261-268, 2012.

<sup>20</sup> OVRETVET, J. *et al.* Implementing organisation and management innovations in Swedish healthcare: lessons from a comparison of 12 cases. **Journal of Health Organization and Management**, v. 26, n. 2, p. 237-257, 2012.

<sup>21</sup> CARLSTRÖM, E. D.; EKMAN, I. Organisational culture and change: implementing person-centred care. **Journal of Health Organization and Management**, v. 26, n. 2, p. 175-191, 2012.

uma equipe **multidisciplinar com especialistas** em gestão de projetos, metodologias de eficiência operacional e um time médico com formação em gestão, descentralizado, dedicado a harmonizar diferentes pacotes de tarefas, integrações de projetos e a comunicação entre os profissionais que, a partir daquele momento, estariam dedicados ao **enfrentamento da crise**.

Entre as ações essenciais do Núcleo de Planejamento, podemos citar:

- Promoção da **otimização dos recursos** essenciais à operação;
- Gerenciamento **das diversas frentes** em andamento **simultaneamente**;
- Facilitar a atuação das equipes assistenciais, isto é, **100% de dedicação no cuidado aos pacientes** e atenção permanente às necessidades e à segurança dos colaboradores;
- Mitigar falhas **de comunicação**.

O presente capítulo apresenta, também, o trabalho desenvolvido pelo **Núcleo de Planejamento do Comitê de Crise do Hospital Israelita Albert Einstein**<sup>22</sup> no cenário da pandemia causada pelo coronavírus a partir de fevereiro de 2020, como forma de exemplificar a importância da gestão de projetos na saúde.

Foram estabelecidas **diferentes frentes** de atuação para suportar a organização nas demandas, bem como a adoção de medidas de segurança junto aos colaboradores. Um dos maiores desafios em projetos complexos é garantir que a **execução seja bem feita** e que a entrega final seja coerente com aquilo que foi proposto, principalmente em um **cenário volátil e incerto**, no qual é preciso **transformar incertezas em gestão de riscos**.

## 1. Modelo de planejamento

A Covid-19 gerou uma crise humanitária de escala global e complexidade sem precedentes no mundo moderno. Desafiou a capacidade fiscal e econômica de governos, estressou sistemas de saúde, bem como a habilidade de organizações de lidar com mudanças constantes e adaptar-se a diferentes cenários impostos pelo vírus, de forma absolutamente dinâmica, ao longo do tempo.

A pandemia desenvolveu-se em um período de grandes mudanças socioeconômicas no mundo de adaptação acelerada à revolução digital e por turbulências, relacionadas a políticas governamentais e acontecimentos capazes de gerar consequências na vida da população de praticamente todos os países do planeta. Com isso, o nível de incerteza atingiu o extremo.

Para muitas organizações, efeitos mais visíveis relacionaram-se a seus **modelos operacionais** e de negócio. Da forma como os profissionais trabalhariam até a velocidade de chegada de informações,

<sup>22</sup> Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein atua na saúde privada e na saúde pública em todas as etapas da assistência, do ensino e da educação, na consultoria, na pesquisa e na inovação e na responsabilidade social. Tem sede em São Paulo (SP) e desenvolve atividades na cidade de São Paulo, no interior paulista, nos estados do Rio de Janeiro, de Goiás, de Minas Gerais, do Espírito Santo, do Pará e de Pernambuco e no Distrito Federal. A estrutura de prestação de serviços é formada por 12 unidades de saúde privada em São Paulo e uma em Sorocaba (SP), 27 unidades do SUS, operadas por meio de contrato de gestão e convênios com as prefeituras de Mogi das Cruzes e de São Paulo, seis unidades de ensino em São Paulo, uma no Rio de Janeiro (RJ) e uma em Belo Horizonte (MG).

as adversidades exigiam a **aceleração de decisões, a adaptação e a resiliência da força de trabalho e da liderança.**

O cenário foi dramático na área da saúde. A heterogeneidade dos sistemas e a escassez de recursos de profissionais capacitados contrastaram com o aumento significativo da demanda de trabalho, gerando riscos cada vez maiores e imprevisíveis. Projeções feitas eram rapidamente revisadas, por conta da mudança dos dados, do comportamento epidemiológico da doença e do impacto das ações de enfrentamento. A pandemia de fato caracterizou um cenário de **guerra no setor de saúde.**

Um planejamento rápido, assertivo, com dados obtidos de forma acelerada seriam fundamentais para **tomada de decisão.**

Os **modelos Ágeis**,<sup>23</sup> até então não totalmente adotados, foram utilizados como base para resposta às demandas da pandemia.

De fato, no momento inicial da pandemia, as organizações que apresentavam melhor performance adotavam práticas Ágeis em seus modelos operacionais. Isso significava a necessidade de uma estrutura de resposta que transformasse informações, dados científicos, orientações de *experts*, decisões e direcionamento de recursos, em um **modelo de planejamento** cuja resposta fosse eficiente e garantisse a coordenação necessária para vencer os desafios da situação.

### a. O modelo Ágil adaptado ao momento da crise

A crise sanitária trouxe a necessidade de adaptar a instituição a um modelo de entregas assertivas, muitas vezes simultâneas, que ocorreram em períodos exíguos. Assim, o Hospital Israelita Albert Einstein aderiu ao conceito Ágil, apropriado para condições de alta incerteza, complexidade, risco e caracterizadas por mudanças constantes.

Para ajudar a facilitar o processo de tomada a decisão, o conceito de **squads**,<sup>24</sup> característico de metodologias Ágeis, foi utilizado na formatação dos **times multidisciplinares**, a fim de manter a assertividade e a eficiência.

As **squads** são equipes multidisciplinares, com autonomia e tempo dedicado para ações ao enfrentamento da crise, porém com **reports sistemáticos**, para as tomadas rápidas de decisões.

Manter o equilíbrio de uma grande organização não é fácil. O sistema operacional é composto de muitos fatores – objetivo e valores, gestão de talentos, base de dados e tecnologia –, e cada um deles pode sair completamente do controle, tornando-se, de um lado, estático e conservador, ou, de outro, arriscado e caótico.

<sup>23</sup> Manifesto Ágil é uma declaração de valores e princípios essenciais para desenvolvimento de software. Entretanto, os impactos do Manifesto e do desenvolvimento ágil proposto são inegáveis para organizações de diversos setores. Os valores do Manifesto Ágil são: indivíduos e interação entre eles mais que processos e ferramentas; software em funcionamento mais que documentação abrangente; colaboração do cliente mais que negociação de contratos; e responder a mudanças mais que seguir um plano.

<sup>24</sup> *Squads* é o nome do modelo organizacional que separa os funcionários em pequenos grupos multidisciplinares com objetivos específicos.

O equilíbrio é o grande desafio, e a liderança fez a diferença ao criar um **sistema cuidadosamente equilibrado** que **oferecesse estabilidade e agilidade**. E essa agilidade, em suma, requer humildade, o que ficou evidente. Pessoas humildes reconhecem a **futilidade de prever o imprevisível** e, em vez disso, criam ciclos de **feedback rápidos** para garantir que as iniciativas continuem no caminho certo.

Algumas das vantagens de se trabalhar com **métodos Ágeis** no lugar das abordagens tradicionais de gerenciamento de projetos em saúde são:

- Maior **alinhamento entre os times** para rápida resolução de possíveis problemas e conflitos;
- **Redução de riscos e resultados de alta qualidade;**
- Economia de recursos por meio de **entregas mais assertivas;**
- **Agilidade e eficiência** nas entregas e na execução do projeto;
- **Flexibilidade** para **propor alternativas** e chegar à melhor solução.

### **b. Passos iniciais de planejamento**

O plano de crise considerou práticas integradas para hospitais e unidades gerenciadas pela organização.

A preparação começou pela formação de **uma equipe de monitoramento das infecções no mundo**, sendo a **squad** denominada **Central de Inteligência**, formada por pessoas que diariamente buscavam informações sobre o que acontecia no mundo. Além da leitura de estudos, boletins e notícias, o time também conversava com **especialistas internacionais**. Posteriormente, um núcleo desse time, formado por médicos pesquisadores, destacou-se e passou a obter informações provenientes das inúmeras publicações que rapidamente eram disponibilizadas (**Núcleo de Pesquisa**). A Central de Inteligência passou a trabalhar com dados atualizados de projeções, essenciais na condução da pandemia. O Núcleo de Epidemiologia produziu cálculos que serviram para estruturar o hospital de forma precoce. Assim, foram projetadas as demandas de equipamentos – de máscaras de proteção a ventiladores mecânicos, além de quantitativos profissionais.

Com base nessas informações, a **equipe de epidemiologia** pôde fazer projeções sobre o que estava por vir. Os cálculos serviram para **estruturar o hospital precocemente**. Assim, foram projetadas as demandas de equipamentos – de máscaras de proteção a ventiladores mecânicos – e os quantitativos de profissionais.

### **c. Núcleo de Planejamento**

Com as projeções em mãos, o **Núcleo de Planejamento** dividiu-se e passou a atuar junto aos **squads** que iam sendo formados.

Foi estipulado um espaço de trabalho, que passou a ser chamado de **War Room**, longe das áreas assistenciais, respeitando as evidências que surgiam à época, de prevenção de progressão da infecção pelo coronavírus, como distanciamento social e uso de máscaras. Ferramentas de reuniões digitais passaram a

ser intensamente utilizadas, o que contribuiu para encontros como o *Huddle*<sup>25</sup> Assistencial de atualização da Gestão de Riscos Assistenciais continuassem a ocorrer, diante do estado de quarentena vigente. Essas mesmas ferramentas foram empregadas para as reuniões do Núcleo de Planejamento e Comitê de Crise.

O **Huddle Assistencial** seguiu as seguintes etapas:

- Devolutivas das pendências do dia anterior;
- Atualização dos pacientes com diagnóstico de Covid-19;
- Atualização dos colaboradores afastados com suspeita e/ou diagnóstico de Covid-19;
- Pacientes “*watcher*” (gerenciamento de risco jurídico/imagem ou outras situações que mereça um suporte da alta direção);
- Problemas com corpo clínico e/ou equipe multiprofissional que trariam risco à segurança do paciente (práticas inseguras ou não habituais, falta de avaliação médica, comportamento disruptivo);
- Algum evento adverso grave ou com potencial de dano grave que merecesse ser compartilhado;
- Problemas com infraestrutura, sistemas eletrônicos, equipamentos/falta de materiais ou medicamentos;
- Algum comunicado ou situação crítica nova que poderia impactar outras áreas e merecesse ser compartilhado ou que necessitasse de apoio da direção;
- *Case* de sucesso (fato positivo do dia, que deveria ser celebrado).

De imediato, começou-se a observar a falta de insumos críticos, como máscaras e luvas. Cadeias logísticas tornaram-se frágeis diante da dependência de matérias-primas importadas, muitas vezes sobrepondo o espírito mercantilista à necessária solidariedade da situação.

Diante de uma ameaça de saúde pública, vários fornecedores optaram por aumentar seus preços para aproveitar a demanda elevada, em vez de reconhecerem a premência extrema de proteção dos profissionais de saúde que representam a linha de frente no combate da pandemia.

Mais do que nunca, os gestores tiveram um papel fundamental. A capacidade de adaptação e resiliência fez a diferença para conduzir os serviços durante esse período. Acima de tudo, transmitir segurança e confiança para as equipes de frente, entender o ecossistema como um todo e trabalhar o horizonte futuro dentro do possível.

Quando se está gerenciando um grande projeto com vários *stakeholders*, o acompanhamento **sistemático é fundamental**, e, para tal, foi desenvolvido o **Diário de Bordo**, que concentrou todas as informações e **pontos de atenção**, dando aos envolvidos uma visão geral das atividades.

---

<sup>25</sup> *Safety Huddle*, também chamada de “reunião de segurança” proposta pelo Institute Healthcare Improvement (IHI). Esse método aumenta a conscientização de segurança no nível operacional, ou, ainda, da linha de frente, e ajuda a organização a desenvolver uma cultura de segurança.

Como as atividades cresciam em ritmo acelerado, a disponibilização do **Diário de Bordo**, pelo **Núcleo de Planejamento**, ocorria **três vezes** ao dia para atualizar todas as **squads** a respeito do progresso de cada frente.

No **Diário de Bordo** as ações eram relatadas, mas não se limitavam:

- Dados **epidemiológicos**;
- **Impactos econômicos** no Brasil e no mundo;
- **Curvas** de projeções e produções;
- Programa do Colaborador – o objetivo de **garantir o bem-estar e a segurança física e psicológica das equipes** durante a crise, incluindo o monitoramento do colaborador, por meio de mecanismos de saúde ocupacional;
- *Status* de operação das áreas, **remanejamento de recursos**, contratações, afastamentos de colaboradores, plano de **capacitação** para colaboradores em atuação e **novas contratações**;
- **Cobertura de estoque** (itens críticos e oxigênio), serviços e aquisições (equipamentos);
- *Status* dos leitos em operação, **expansão para conversão de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Clínica Médica Cirúrgica**, novas estruturas e *facilities*;
- *Status* real de custos, despesas, receitas, margem e **controle do dispêndio de capital**;
- **Medicina baseada em evidência**, desenvolvimento de pesquisas clínicas submetidas à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos;
- **Doações** para a saúde pública.

Foram mapeadas **questões críticas** para **otimização dos planos de respostas**:



**Figura 1** – Mapa de ações críticas

Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein.

### 2. Modelo de governança

Estabelecido para monitorar e gerenciar o plano de gestão de crise. Esse modelo foi apoiado por membros do *Board* da Diretoria Executiva e de Áreas Técnicas, sendo liderado pelo **Comitê de Crise**.

As ações de governança consistiam em:

- Monitorar as principais mudanças que vinham ocorrendo entre agentes de mercado, sobretudo operadores de plano de saúde e reguladores, em um contexto no qual alterações vinham ocorrendo com muita frequência;
- Desenvolver e implementar uma estratégia de comunicação da gestão da crise para todos os stakeholders;
- Definir pela implementação de ferramentas de apoio à detecção de eventos para apoiar na detecção de eventos que possam contribuir para aprofundar cenários e servir como referência de tomada de decisão para questões operacionais e execução do modelo Ágil.

#### a. Núcleo de Gestão de Pessoas

Desenvolvido para acompanhar ações integradas na gestão de recursos humanos. De aumento e realocação de quadros internos, passando por ações integradas de assistência médica, o Núcleo exerceu papel fundamental na alocação adequada de recursos humanos.

#### b. Aumento e realocação dos quadros internos

Para fazer frente ao aumento de demanda de atendimento, realizou-se, em março de 2020, a seleção e a contratação de novos profissionais, processo totalmente *on-line* realizado no período de 14 dias, em que foi possível reforçar os quadros com **1.137 profissionais**, entre contratações por tempo determinado e indeterminado. Outros **1.081 colaboradores** foram realocados internamente.

Novos treinamentos foram formatados em função da pandemia, unindo abordagens práticas e teóricas a partir das plataformas de capacitação contínua. Nos meses de março e abril de 2020, mais de 5,4 mil profissionais passaram por treinamento em estações práticas, que simulam situações reais de atendimento, e os conteúdos *on-line* de capacitação receberam mais de 116,7 mil acessos.

#### c. Ações integradas de assistência ao colaborador

Um dos riscos relacionados à gestão da pandemia era o afastamento de profissionais da linha de frente, que estavam no atendimento dos pacientes internados com Covid-19, por contaminação. O Núcleo trabalhou para:

- Criar mecanismos para orientar, monitorar 24/7 e assistir quem necessitava, entre os colaboradores (casos confirmados e suspeitos de Covid-19, assim como outros problemas de saúde);
- Prover suporte emocional para enfrentamento de condições de estresse e *burnout* que se tornaram comuns e com extremo impacto na pandemia;

- Estabelecer regras para quarentena;
- Estipular planos de sucessão e prevenção para lideranças e equipes técnicas;
- Implementar e monitorar condições de trabalho, provendo as tecnologias e informações necessárias;
- Reavaliar as políticas de licenças, viagens, mobilidade local e global.

#### **d. Impactos financeiros**

Priorizado a gestão e a manutenção do seu capital de giro e a preservação da liquidez:

- Reavaliado o fluxo de caixa projetado (*forecast*) para os 100 dias à frente e definidas as ações corretivas;
- Foco no controle de custos e nas despesas operacionais;
- Reavaliados os dispêndios de capital programados;
- Negociado com os *stakeholders* prioritários no ecossistema – aqueles que também tinham problemas similares e foram abertas agendas para discussão;
- Entendidos os impactos das obrigações contratuais para situações de força maior; da mesma forma, reuniu-se a documentação necessária para renegociações e reivindicações contratuais;
- Negociados prazos de fornecedores mais flexíveis e linhas adicionais de financiamento;
- Considerados os benefícios temporários recém-estabelecidos pelo governo em relação à suspensão, ao adiamento ou à redução de contribuições tributárias.

#### **e. Cadeia de suprimentos**

Identificar rupturas existentes na cadeia de suprimentos e potenciais riscos na operação, desenvolvido um **plano de contingência**.

- Efetuado o levantamento sobre matérias-primas, embalagens, materiais e serviços essenciais necessários para as entregas críticas;
- Consideradas, com os fornecedores estratégicos, ações em conjunto, como otimização de cargas, planejamento integrado de produção e gestão colaborativa de capacidades;
- Mapeados os fornecedores mais vulneráveis financeiramente e que poderiam gerar maior impacto na cadeia, avaliando a possibilidade de realizar aportes financeiros e/ou adiantamentos para que pudessem adquirir matérias-primas, manter os serviços ativos e cumprir com as entregas;
- Revisitado o planejamento logístico, com foco em redução de custos, o que poderia implicar fechamento temporário ou permanente de alguns serviços;
- Otimização de ativos e recursos disponíveis, como capacidades, transporte de cargas e realocação de especialistas;
- Reavaliado o plano de inovações para identificar a chance de antecipar o lançamento de produtos que ajudasse a organização no momento de crise.

A responsabilidade na gestão de estoques, a antecipação de demandas e a relação de parceria com os fornecedores foi fundamental para manter as estruturas abastecidas de insumos e equipamentos para atendimento à pandemia de Covid-19.

Em negociações com os parceiros, conseguiu-se assegurar compras necessárias e identificar previamente as situações em que os fornecedores habituais não seriam suficientes para suprir a demanda.

Internamente, a tecnologia da informação deu suporte às atividades de abastecimento, com sistema de planejamento de materiais, que funciona em plataforma digital, e o processamento automatizado de pedidos.

### f. Clientes e receitas

Priorizados médicos e pacientes no restabelecimento das atividades, procurando engajá-los nos esforços para apoiar a continuidade dos serviços.

- Reforçada a lealdade, garantindo apoio aos médicos em condições especiais, como redução de taxas e suporte com telemedicina, em virtude da redução significativa de movimento ambulatorial e queda de atendimentos cirúrgicos;
- Reavaliada a jornada e experiência do consumidor, adaptando a estratégia de ida ao hospital e implementando a transição de canais físicos e entrega de serviços para modelos digitais e expansão do domiciliar;
- Desenvolvida uma estratégia de comunicação clara e consistente, informando a médicos, pacientes e colaboradores a respeito das medidas adotadas pela organização.

### g. Digital

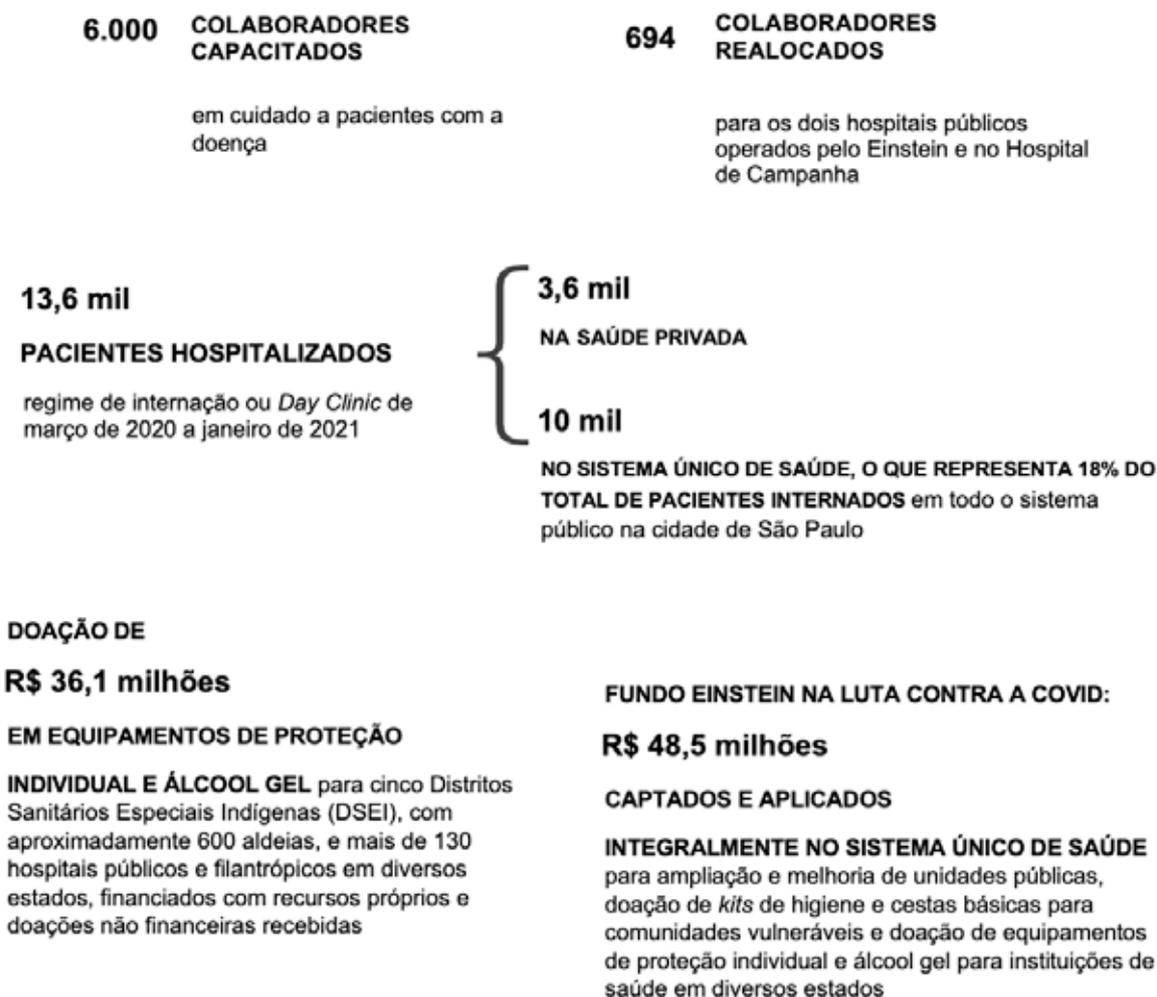
Implantação de ferramentas colaborativas para trabalho remoto e para atendimento médico ao paciente.

- Preparada a infraestrutura para novos padrões de tráfego e utilização, avaliando padrões de segurança, autenticação e capacidade de rede, além de considerar seus parceiros e fornecedores;
- Dedicção de estrutura e equipe 24/7 para garantir suporte tecnológico para a continuidade do negócio diante de uma crise que requer trabalho remoto;
- Avaliadas e endereçadas tempestivamente eventuais vulnerabilidades cibernéticas e de sistemas, em um momento no qual a exposição e o tráfego de informações no ambiente virtual se ampliaram ainda mais;
- Desenvolvido um **dashboard** de dados e alertas em tempo real para atendimento aos diversos níveis executivos;
- Criados os canais digitais de comunicação com pacientes e colaboradores, que foi essencial em um cenário de quarentena institucionalizada, como a telemedicina.

## h. Resultados

Entre março de 2020 e janeiro de 2021, 13.590 pacientes com Covid foram atendidos nas unidades do Einstein em regime de internação ou *Day Clinic*. Destes, 74%, ou 10.027, foram internados em unidades públicas: 6.330 pacientes nos hospitais públicos geridos pelo Einstein (Hospital Municipal M’Boi Mirim – Dr. Moysés Deutsch; Hospital Municipal Vila Santa Catarina – Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho; e Hospital de Campanha do Pacaembu) e 3.697 em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) com regime de internação, alguns necessitando de ventilação mecânica enquanto aguardavam por leitos definitivos. Esse volume representou **18% de todas as internações de pacientes com Covid no município de São Paulo** nesse período – o percentual considera dados da Secretaria Municipal da Saúde, que registrou 34.962 altas de pacientes com Covid na rede hospitalar pública.

Para atender a essa demanda nos setores privado e público, o Einstein aumentou seu parque de ventiladores mecânicos, contratou e realocou profissionais e identificou oportunidades para otimizar os recursos disponíveis, com a criação de novos leitos operacionais. As iniciativas, adotadas no âmbito da saúde privada e nas unidades do sistema público, foram possíveis por uma abordagem integrada dos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde.



**Diagrama 1** – Síntese das estratégias adotadas

Fonte: Elaborado pela autora do capítulo.

### i. O Hospital de Campanha do Pacaembu

A pedido da Prefeitura de São Paulo, o Einstein assumiu a operação do Hospital de Campanha do Pacaembu, montado em caráter emergencial para aliviar a demanda por leitos hospitalares no sistema público da cidade.

Durante os três meses de seu funcionamento, no período mais crítico da pandemia, o hospital proporcionou **200 leitos de baixa e média complexidades** e atendeu 1.515 pacientes transferidos de outras unidades públicas de saúde, de modo a liberar essas estruturas para casos mais graves.

O hospital ocupou uma área de 6,3 mil metros quadrados no gramado do estádio do Pacaembu e foi em parte equipado pelo Einstein com recursos próprios remanejados de outras unidades ou adquiridos com recursos de doações. Após o fechamento do Hospital de Campanha, o Einstein doou à prefeitura todos os equipamentos utilizados no local, com valor estimado de R\$ 7 milhões.

A estrutura contou com todos os recursos de um hospital completo. Prontuário eletrônico, equipamento de diagnóstico por imagem (radiografia, ultrassom, tomografia), área de farmácia e refeitório para os profissionais são alguns exemplos, além da telemedicina, que conectava a equipe local com a unidade central para segunda opinião.

Como não eram permitidas visitas, o contato dos familiares com os pacientes era feito via WhatsApp por meio de celulares e *tablets*. O boletim médico diário também era transmitido às famílias via aplicativo.

Todo o trabalho foi voltado à segurança, à qualidade e à humanização do atendimento aos pacientes e à segurança dos 520 profissionais que se revezavam em três turnos no local. As equipes eram compostas por profissionais que já atuavam na organização e outros contratados especificamente para responder à pandemia.

Por ser o primeiro hospital de campanha do país na ação contra a Covid, não havia padrão a seguir, e a organização precisou definir o modelo de operação. A tarefa coube a uma **equipe multidisciplinar**, formada por profissionais da área médico-assistencial, de logística, suprimentos e farmácia. Posteriormente, as definições para estrutura física, modelo de funcionamento, fluxo de circulação, protocolos assistenciais e de proteção dos profissionais de saúde à atenção humanizada a pacientes e familiares utilizadas puderam ser aplicadas a estruturas semelhantes criadas emergencialmente em outras regiões do país.

### j. O Hospital M'Boi Mirim

O Hospital Municipal M'Boi Mirim – Dr. Moysés Deutsch, operado pela organização, foi uma das principais estruturas do Sistema Único de Saúde (SUS) <sup>26</sup> em São Paulo para o atendimento à pandemia, com 514 leitos (220 de UTI e 294 de Enfermaria) dedicados a pacientes de Covid-19. Mais de 4 mil pacientes foram atendidos na unidade ao longo do ano, uma contribuição importante para evitar o colapso do sistema de saúde na cidade. A unidade é gerida pelo Einstein em associação com o Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim.

<sup>26</sup> Sistema Único de Saúde é a denominação do sistema público de saúde brasileiro criado pela Constituição Federal de 1988.

A rapidez e o senso de urgência da gestão foram fundamentais para os resultados alcançados. Ainda em março, o hospital foi o **primeiro da rede pública a realizar adaptações para atender à emergência sanitária** que se anunciava, com o aumento de leitos operacionais, a conversão de leitos de Enfermaria em leitos de UTI e o reforço nos equipamentos de suporte respiratório.

Em abril, a unidade ganhou uma ampliação, **financiada pela iniciativa privada** e construída em tempo recorde.

<b>Prazo de construção</b>	Foram 33 dias desde o início da construção até a entrega da obra de ampliação do Hospital Municipal M'Boi Mirim.
<b>Área e capacidade operacional</b>	O anexo tem área total de 1,4 mil metros quadrados, distribuídos em dois pavimentos, conectados ao hospital, e uma capacidade operacional de 100 leitos.
<b>Investimento</b>	A obra mobilizou investimento de R\$ 13,5 milhões da Ambev, Gerdau, Brasil ao Cubo e Einstein, e passa a integrar de forma permanente a estrutura do hospital.

**Quadro 1** – Obra de ampliação do Hospital Municipal M'Boi Mirim

Fonte: Elaborado pela autora do capítulo.

O hospital também foi exemplo de melhores práticas de cuidado humano, e criou meios inovadores para minimizar a angústia e a solidão de pacientes e familiares. Foram disponibilizadas televisitas na UTI e, nos casos mais graves, visitas presenciais. Equipados com trajes de segurança, os familiares mais próximos não pertencentes a grupos de risco podiam se despedir de seus entes queridos. Uma equipe multidisciplinar foi destacada para dar suporte a pacientes e familiares.

### k. Plano de Retomada

Foi revisado e ativado o **Plano de Continuidade – Retomada**, garantindo que as aplicações e os serviços estariam operacionais e a continuidade de funções essenciais aos pacientes, além da frequência na avaliação de vulnerabilidades das unidades do Einstein (pública e suplementar).

A organização demonstrou que o ambiente assistencial era seguro em meio à pandemia.

## 3. Modelo de governança

- Refletidas as lições, e os **planos de ações** foram mapeados com resiliência;
- Considerados os protocolos do **Comitê da Crise**.

### a. Gestão de pessoas

- Gerenciado o **retorno dos colaboradores** à “normalidade”;
- Revisada a **estratégia para absorver talentos** na pandemia em operações regulares.

### b. Impactos financeiros

- Repriorizados a **carteira de dispêndio de capital** e o financiamento adicional de dívidas a baixo custo e longo prazo;
- Acelerado o **reporte financeiro** normalizado;
- Avaliados sistematicamente o **tamanho e o modelo operacional** (ex.: recursos fixos *versus* variáveis; pessoas *versus* tecnologia).

### c. Cadeia de suprimentos e operações

- Exploradas a transparência e a visibilidade sobre os riscos de toda a cadeia de suprimentos;
- Colaboração com clientes e fornecedores para sincronizar operações e atender às prioridades, apesar das restrições;
- Implementação da gestão Ágil de inventário e fluxo de caixa;
- Revisados pedidos, compromissos e inventários.

### d. Operadoras de plano de saúde e receitas

- Redesenhado o modelo operacional para fortalecer o engajamento de clientes;
- Implementadas tecnologias avançadas disponíveis nas interações com clientes e nos canais de distribuição;
- Redefinido o ciclo de recebíveis, processos de cobranças e OKRs;
- Otimizado o *e-commerce* e a estratégia de canais e relacionamento com B2C e B2B;
- Estabelecidos mecanismos de controle para prevenção e respostas a riscos;
- Desenvolvidos planos de contingência para rupturas financeiras.

### e. Digital

- Desenvolvida a capacidade de intensificar condições de trabalho flexíveis e digitais;
- Estruturado mecanismo de gestão de riscos cibernéticos e de toda a infraestrutura tecnológica.

Por meio do acompanhamento uniforme das principais ações tomadas pela organização no período, foi possível, ao longo de meses, ajustar os recursos às necessidades menores durante as oscilações mais críticas da pandemia nas diversas regiões do Brasil.

## Lições aprendidas

O cenário de incertezas cobra das organizações uma forma clara de direcionamento: “Reconhecemos que há uma crise. Para tal, optamos por decisões individuais ou coletivas, que expressem a resiliência por definição, permitindo que entreguemos o melhor serviço possível, a despeito dos complexos desafios, sendo capazes de mudar o *status quo*, sem prejuízos”.

Pensar, sentir e agir a partir dessa crença possibilitou ampliação da visão, fortalecimento da missão e alinhamento do propósito, além de novas formas de refletir sobre gestão de pessoas e atividades, desenvolvendo e aprimorando competências e novos comportamentos que foram determinantes para a criação e a ampliação de serviços, melhoria nas relações com stakeholders, bem como para tornar os processos e serviços mais criativos e inovadores.

Em tempos de incertezas, enfrentar o inevitável fará parte de nova estrutura mental individual e corporativa. A crise constitui-se em grande oportunidade de avanço, como oportunidades de ajustes necessários para melhorias individuais e coletivas, bem como aprendizados sobre a importância da flexibilidade, da resiliência e, principalmente, da solidariedade e da colaboração entre diferentes entidades.

As equipes multidisciplinares do setor de saúde foram colocadas à prova, em cenário sem precedentes na história. O apoio das organizações, provendo todo suporte de equipamentos, métodos de trabalho, treinamentos, apoio de saúde e emocional, é essencial para o sucesso da empreitada. A gestão por projetos, baseada em modelo Ágil, alavancado por ferramentas digitais e suporte não exaustivo de dados, mostrou-se, na nossa experiência, modelo vencedor para enfrentar a pandemia de Covid-19.

A mudança é a **essência do trabalho de gestão**. Os líderes devem vê-la não como um disruptor ocasional, mas como a própria essência do seu trabalho. Estabelecer metas e processos para alcançá-las, executar tais processos e aprender cuidadosamente com eles são atitudes que devem caracterizar o cotidiano da organização em todos os níveis.

## Desenvolvimento das competências individuais, das equipes e das organizações

A área de saúde é permeada por uma grande diversidade de projetos. Esse cenário representa um imenso desafio de desenvolver e instrumentalizar gestores de diferentes formações e áreas de atuação, engajando-os e orientando-os como líderes resilientes frente às transformações. Por este motivo, é fundamental trabalhar a formação de gestores de projetos com visão por competências. Isso significa desenvolver a linha de compreensão do contexto do setor de saúde, partes envolvidas (competências humanas) e aplicação de ferramentas para concepção, planejamento e entrega dos projetos com foco em resultados.

Com isso, é possível ampliar a compreensão e o domínio da lógica da criação de valor em uma organização, possibilitando intervenções nos processos e projetos sob sua responsabilidade e influência nos níveis estratégicos. Focar o desenvolvimento de competências e a capacitação dos profissionais de projetos de instituições da saúde ajudará a suprir uma lacuna neste importante âmbito e para a obtenção de melhores resultados.

## Investindo agora para reimaginar os sistemas de saúde

Os projetos são instrumentos poderosos para mobilizar recursos organizacionais para a concretização de estratégias. Haja vista, três grandes áreas de competências são primordiais: perspectiva, pessoa e prática – uma abordagem abrangente e integrada que permite uma análise do contexto dos sistemas de saúde considerando aspectos estratégicos, sua diversidade e pluralidade.

Reconhece, também, projetos em sua dimensão humana, executados por pessoas e para pessoas, visando a uma formação que privilegie uma relação de cordialidade e confiança entre os membros da equipe, engajamento dos pacientes, parceria com os fornecedores e sociedade e demais partes interessadas nas esferas pública e privada. Integra perspectiva e pessoas privilegiando a adoção de práticas condizentes com o contexto e com as competências pessoais existentes, evidenciando, também, os gaps de desenvolvimento e aproveitando a bagagem e a experiência dos profissionais de saúde na busca contínua pela eficiência.

## Referências

AUBRY, M.; HOBBS, B.; THUILLIER, D. A new framework for understanding organisational project management through the PMO. **International Journal of Project Management**, v. 25, n. 4, p. 328-336, 2007.

AUBRY, M.; RICHER, M. C.; LAVOIE-TREMBLAY, M. Governance performance in complex environment: the case of a major transformation in a university hospital. **International Journal of Project Management**, v. 32, n. 8, p. 1333-1345, 2014.

BEGUN, J. W.; THYGESON, M. Managing complex healthcare organizations. In: FOTTLER, M. D.; MALVEY, D.; SLOVENSKY, D. J. (Eds.). **Handbook of healthcare management**. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2015.

BRADLEY, G. **Fundamentals of benefit realization**. London: The Stationery Office, 2010.

CARLSTRÖM, E. D.; EKMAN, I. Organisational culture and change: implementing person-centred care. **Journal of Health Organization and Management**, v. 26, n. 2, p. 175-191, 2012.

CECÍLIO, L. C. O. The death of Ivan Ilyich, by Leo Tolstoy: points to be considered regarding the multiple dimensions of healthcare management. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, suppl. 1, p. 545-555, 2009.

CHIOCCHIO, F.; RABBAT, F.; LEBEL, P. Multi-Level Efficacy Evidence of a Combined Interprofessional Collaboration and Project Management Training Program for Healthcare Project Teams. **Project Management Journal**, v. 46, n. 4, p. 20-34, 2015.

CRAWFORD, M. *et al.* Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. **British Medical Journal**, v. 325, n. 7375, p. 1263-1265, 2002.

DWYER, J.; STANTON, P.; THIESSEN, V. **Project management in health and community services**. London: Routledge, 2004.

LUNDIN, R. A.; SÖDERHOLM, A. A theory of the temporary organization. **Scandinavian Journal of Management**, v. 11, n. 4, p. 437-455, 1995.

MEREDITH, J. R.; SHAFER, S. M.; MANTEL JR, S. J. **Project management: a strategic managerial approach**. New York: John Wiley & Sons, 2017.

MORRIS, P. Reconstructing Project Management Reprised: A Knowledge Perspective. **Project Management Journal**, v. 44, n. 5, p. 6-23, 2013.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. **Tackling Wasteful Spending on Health**. Paris: OECD Publishing, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>. Acesso em: 5 dez. 2022.

OVRETVEIT, J. *et al.* Implementing organisation and management innovations in Swedish healthcare: lessons from a comparison of 12 cases. **Journal of Health Organization and Management**, v. 26, n. 2, p. 237-257, 2012.

RICHER, M. C. *et al.* The project management office: transforming healthcare in the context of a hospital redevelopment project. **Healthcare Management Forum**, v. 26, n. 3, p. 150-156, 2013.

SARACHMAN, M. Project Management in Healthcare. *In*: KUDYBA, S. (Ed.). **Healthcare Informatics: Strategies for the Digital Era**. Boca Raton: CRC Press, 2021.

SUTER, E. *et al.* Can interprofessional collaboration provide health human resources solutions? A knowledge synthesis. **Journal of Interprofessional Care**, v. 26, n. 4, p. 261-268, 2012.

TUCKER, A.; EDMONDSON, A. C. Why hospitals don't learn from failures: organizational and psychological dynamics that inhibit system change. **California Management Review**, v. 45, p. 55-72, 2003.

TURNER, J. R.; MÜLLER, R. On the nature of the project as a temporary organization. **International Journal of Project Management**, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2003.

WINTER, M. *et al.* Directions for future research in project management: the main findings of a UK government-funded research network. **International Journal of Project Management**, v. 24, n. 8, p. 638-649, 2006.

## Bibliografia complementar

BUSSE, R.; WISMAR, M. Health target programmes and health care services – any link? A conceptual and comparative study (part 1). **Health Policy**, Amsterdam, v. 59, n. 3, p. 209-221, 2002.

MURRAY, C. L.; FRENK, J. **A WHO framework for health system performance assessment**. Geneve: WHO, 1999. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/66267>. Acesso em: 5 dez. 2022.



CONSIDERAÇÕES

# CONSIDERAÇÕES

**Andréa Prestes e  
J. Antônio Cirino**

## CONSIDERAÇÕES

### Fortalecimento da governança corporativa e a estratégia organizacional

Este quarto volume do Manual do Gestor Hospitalar da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) apresentou temas que circundam as discussões mais importantes para o pensamento sistêmico essencial à governança corporativa para a adequada aplicação da estratégia organizacional, com vistas à sustentação da assistência em saúde dedicada à entrega de valor aos pacientes e à melhoria das condições de trabalho aos profissionais das unidades hospitalares.

Nesse sentido, o capítulo inaugural do manual, “Gestão Estratégica”, apresenta reflexões sobre o papel da alta direção no direcionamento da organização, como podemos planejar e operacionalizar as estratégias, bem como as atribuições da liderança no desdobramento do tema para com suas equipes. Além disso, visualizamos como acompanhar os resultados e as métricas estratégicas para a sustentabilidade da unidade de saúde.

Já no texto “Desafios da Saúde Suplementar para os próximos 20 anos”, conferimos quais são os principais pontos a serem debatidos pelo setor da Saúde Suplementar, com base nos dados das alterações sociodemográficas e de saúde da população brasileira. Com isso, tivemos a oportunidade de entender a crucialidade de sensibilizar as lideranças de saúde para a transformação dos seus processos e a melhoria contínua das atividades para a entrega de valor aos pacientes e a perenidade do setor.

Quanto às “Políticas Institucionais”, esse terceiro capítulo fundamentou a importância de o hospital estruturar e declarar suas políticas, construindo sua base normativa com foco na padronização das atividades e condutas de todos os envolvidos com a organização. Além disso, fomos instrumentalizados com o passo a passo para esse ciclo contínuo de gerenciamento das políticas institucionais no Setor Saúde.

Como uma das políticas essenciais à organização de saúde, o texto “Ética na Saúde” apresentou a relevância da discussão do tema no país, bem como o funcionamento do Instituto Ética Saúde e suas contribuições para o debate da ética no Brasil. Questões relativas também à implantação do Programa de Integridade e aos dados do Canal de Denúncias do IES foram explicitadas.

Com foco na melhoria dos processos em saúde, o capítulo “Ferramentas da Qualidade” trouxe um apanhado histórico fulcral para o entendimento dos instrumentos disponíveis para a promoção de melhorias nos hospitais, bem como apresentou as principais ferramentas e como usá-las nos processos e nas atividades da organização de saúde. Entre os benefícios, o construto destacou a possibilidade de maior prevenção e aprimoramento dos processos para a segurança do paciente e de todos.

Visando ampliar a visão da inserção do hospital e seu papel na sociedade, o capítulo “Responsabilidade Social” trouxe diversos insights importantes que podem auxiliar as unidades de saúde na configuração de uma área e/ou projetos sociais para o reforço do compromisso social que essas organizações têm.

Por meio de um apanhado histórico e de exemplos práticos da responsabilidade social de hospitais no Brasil, o capítulo 6 traz um importante contributo para potencializar a transformação da realidade no país.

No texto “Gestão de Engenharia Clínica”, nos aprofundamos nessa área como facilitadora do processo assistencial hospitalar, assim como para a identificação das necessidades, a análise de custo/benefício para investimento, a decisão sobre nova aquisição, renovação ou ampliação dos equipamentos médico-hospitalares. Destacamos, ainda, a abordagem sobre a seleção e a instalação de novos equipamentos, treinamentos das equipes sobre a funcionalidade e o uso dos equipamentos médico-hospitalares e a manutenção preditiva, preventiva, corretiva e calibração de equipamentos médico-hospitalares como fatores críticos para o sucesso de um hospital.

Quanto ao “Prontuário Eletrônico do Paciente”, conhecemos mais sobre a essencialidade de os registros em saúde serem realizados em plataformas digitais, devido aos benefícios e aos impactos para a segurança, em todos os âmbitos. Verificamos os principais sistemas e como podem contribuir com a gestão em saúde, e ainda entendemos um pouco mais sobre saúde digital.

No texto sobre “Custos Hospitalares na prática”, aprofundamos o aprendizado do capítulo sobre gestão de custos do volume 2 do Manual do Gestor Hospitalar, ao visualizarmos esses conceitos para o Setor Saúde em um cenário de boas práticas, contribuindo para fortalecer a cultura da análise e gestão dos custos como uma premissa de todo e qualquer gestor em saúde.

Por fim, no capítulo “Gestão de Projetos na pandemia de Covid-19: um caso prático”, conhecemos mais sobre a gestão de projetos na saúde e sua importância por meio do relato de experiência sobre como o Hospital Albert Einstein atuou durante a pandemia do coronavírus em estrutura de projetos, como um marco histórico dessa entrega de valor para a sociedade.

Cada capítulo trouxe temas relevantes e com um potencial transformador das práticas em saúde, possibilitando que o profissional e líder na saúde se oriente pelo seu autodesenvolvimento para a entrega de competência, habilidades e atitudes que sejam coerentes com as necessidades do Setor Saúde.



FEDERADAS  
FEDERADAS  
FEDERADAS

**FBH E AS  
FEDERADAS**

# UM HISTÓRICO DE LUTAS POR MELHORIA NO SETOR DE SAÚDE DO PAÍS

A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) é uma entidade associativa, sem fins lucrativos, que, há mais de 50 anos, representa o setor hospitalar brasileiro.

Membro titular na Câmara de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), presença constante junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e ao Ministério da Saúde (MS), a FBH participa das principais decisões do setor, lutando por melhores condições de trabalho para as empresas que representa e pela qualidade dos serviços prestados pela rede privada de saúde.

Atualmente, um dos principais focos da Federação é a luta pela mitigação da crise financeira que atinge uma significativa parcela dos hospitais particulares conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), aí incluídas as instituições de caráter beneficente e as clínicas especializadas, como as de nefrologia.

A tabela dos procedimentos do SUS ficou sem qualquer reajuste de 1994 a 1999, o que resultou em uma defasagem acentuada e jamais corrigida.

A proposta da FBH é fortalecer a posição institucional da entidade frente às negociações da rede particular de saúde com o poder público e as operadoras de planos de saúde, com o propósito de promover um plano para recuperação por meio da atualização dos valores pagos às unidades conveniadas ao SUS e ao sistema suplementar.

Outra grande bandeira de luta da Federação é a redução da carga tributária no setor de saúde, considerada pelos estudos tributários uma das mais altas da economia brasileira, havendo inclusive bitributação incidindo sobre alguns impostos.

A carga tributária imposta ao setor é pauta de constante debate da FBH junto ao poder público e ao Congresso Nacional. A FBH propõe a desoneração de alguns impostos que incidem sobre a receita para reduzir os encargos, melhorando, assim, a negociação do reajuste das tabelas do SUS e dos planos de saúde.

## HISTÓRICO

### Uma trajetória de lutas

A FBH, uma das maiores representantes da rede de saúde privada do país, ajudou a escrever a história da assistência pública brasileira nestes últimos 50 anos.

A Federação e suas associações estaduais atuam na defesa de clínicas, hospitais e ambulatorios, representando hoje mais de quatro mil unidades responsáveis por 62% dos atendimentos do SUS e 100% do sistema suplementar, atendendo às necessidades assistenciais da população em localidades onde não existem hospitais públicos.

## **Crescimento e modernização**

Nessa trajetória de lutas, a FBH transformou as adversidades em conquistas e, hoje, segue norteadada pela meta permanente de qualificar a assistência pública sempre pautada pela ética, pela justiça e pela ideia de que saúde é realmente um direito de todos.

## **Qualidade em primeiro lugar**

A Organização Nacional de Acreditação (ONA), instituída por iniciativa, patrocínio e incentivo da FBH, é a primeira entidade nacional a criar programa de qualidade, atestar a credibilidade e incentivar o aprimoramento das instituições que oferecem serviços de saúde em todo o país, por meio de programas de acreditação, que avalia permanentemente a qualidade dos serviços de saúde no país.

Esse foi mais um importante passo na história da FBH. A criação de cursos para qualificação dos profissionais de instituições privadas, utilizando as estruturas de suas filiadas, é um constante investimento da FBH, com o propósito permanente de qualificar o setor hospitalar brasileiro.



## Associação de Hospitais do Estado de Alagoas

A Associação de Hospitais do Estado de Alagoas (AHEAL) foi fundada no dia 31 de maio de 1974 em memorável reunião ocorrida na sede da Sociedade de Medicina de Alagoas na cidade de Maceió, capital do estado de Alagoas.

A AHEAL foi constituída desde os primórdios com o objetivo de congregar os estabelecimentos hospitalares do estado de Alagoas, visando à promoção e ao aprimoramento cultural e científico da medicina com vistas ao desenvolvimento do país e efetivo fator de bem-estar social de nossa comunidade.

Cabe à entidade representar os estabelecimentos hospitalares associados perante a FBH, amparar os legítimos interesses de seus filiados, bem como organizar congressos, conferências, cursos, seminários e jornadas, propiciando, efetivamente, a continuidade de seus princípios norteadores para o pleno desenvolvimento dos hospitais em Alagoas.

Atualmente, a AHEAL é constituída por 16 hospitais associados, totalizando mais de 1.847 leitos.

A Associação continua vigilante e atenta à política de saúde no país, alinhada às ações promovidas pela FBH no sentido de promover a atualização constante de seus associados, atenta aos avanços técnico-científicos da medicina e à qualidade de serviços de saúde.



**Presidente:** Erivaldo Cavalcante Junior

**Endereço:** Rua Prof. José da Silveira Camerino 930 – Maceió/AL

**CEP:** 57057-250

**Telefone/Fax:** (82) 3338-2504 / (82) 3338-2505

**E-mail:** sindhospital@uol.com.br



## Associação de Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia

A Associação de Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia (AHSEB) é uma associação civil, sem fins lucrativos ou econômicos, fundada em 20 de outubro de 1965. Hoje, no estado, são 635 hospitais e 14.186 leitos.

Desde a criação, há quase 50 anos, a AHSEB tem como compromisso: contribuir de forma permanente na orientação aos associados com vistas à qualidade do segmento de saúde do estado da Bahia; apresentar-se enquanto substituta processual na defesa dos interesses dos seus associados na via judicial ou administrativa; representar os associados perante as autoridades, entidades de classe, instituições públicas ou privadas e o público em geral, na defesa de seus interesses, direitos e reputação.

O intuito da Associação é fazer com que, cada vez mais, hospitais, clínicas e outros estabelecimentos da área estejam sempre próximos, estimulando a troca de informações, tornando a AHSEB uma referência para o Setor Saúde, na busca de resolução de problemas que envolvam a área da saúde privada no estado.

Por meio de parcerias com importantes e conceituadas entidades - Universidade Salvador (Unifacs), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Norte do Paraná (Unopar) e Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae) –, a AHSEB alcança a excelência na educação continuada.



**Presidente:** Mauro Adan

**Endereço:** Rua Frederico Simões, 98, Ed. Advanced Trade Center, 14º andar  
– Caminho das Árvores, Salvador-BA

**CEP:** 41820-774

**Telefone/Fax:** +55 (71) 3082-3752 / +55 (71) 3082-3763

**Site:** [www.ahseb.com.br](http://www.ahseb.com.br)

**E-mail:** [ahseb@ahseb.com.br](mailto:ahseb@ahseb.com.br)



## Associação de Hospitais do Estado do Ceará

A Associação dos Hospitais do Estado do Ceará (AHECE) foi criada em 1967, entidade sem fins lucrativos que tem como objetivo defender os interesses de seus associados (hospitais e clínicas) e também dos que prestam serviço ao SUS, bem como à saúde suplementar (operadoras, seguradoras, cooperativas e caixas de autogestão).

O estado do Ceará possui 277 hospitais e 8.816 leitos. A entidade atua também junto aos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, promovendo congressos e cursos visando à constante melhoria da gestão político-administrativa de seus associados.

Atualmente, a Associação funciona em sede própria adquirida em agosto de 2007, com o Departamento de Convênios abrangendo hospitais e clínicas de imagem e o Departamento Jurídico.

Vale a pena ser associado, pois somente assim alcançará os benefícios oriundos do trabalho da entidade na defesa do Setor Saúde.



**Presidente:** Luiz Aramicy Bezerra Pinto

**Endereço:** Av. Pereira Filgueiras, 2020, Sala 407 – Aldeota Fortaleza/CE

**CEP:** 60160-150

**Telefone/Fax:** +55 (85) 3224-7641/ +55 (85) 3224-7642

**E-mail:** [aheceara@hotmail.com](mailto:aheceara@hotmail.com)



## Associação de Hospitais, Clínicas e Prestadores de Serviços da Área de Saúde do Espírito Santo

A Associação de Hospitais, Clínicas e Prestadores de Serviços da Área de Saúde do Espírito Santo (AHCES), juntamente ao Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Espírito Santo (SINDHES), são os únicos representantes legais da categoria econômica na área da saúde, que congregam mais de 3 mil empresas no estado. A Associação é responsável pela defesa dos direitos e interesses coletivos ou individuais da categoria, inclusive em questões jurídicas, técnicas e administrativas.

A história da Associação começou em 10 de dezembro de 1970, em Vitória-ES, com uma assembleia entre representantes de hospitais, clínicas, casas de saúde e laboratórios da rede filantrópica e privada instalada no estado. Na ocasião, foi eleita a primeira diretoria da AHCES, presidida pelo médico Dr. Herwan Wanderley.

Desde o início, houve a participação e o apoio das empresas de todo o estado, que enxergaram na Associação um espaço democrático e importante para as negociações e discussões do setor. A trajetória da AHCES, desde então, vem sendo marcada pela defesa dos interesses coletivos das instituições de saúde filiadas, aliada à modernização, à resolutividade e à qualidade na prestação de serviços à população capixaba.



**Presidente:** Manoel Gonçalves Carneiro Netto

**Endereço:** Av. Paulino Muller, 161, Ed. Laisa, Sala 201 Ilha de Santa Maria, Vitória-ES

**CEP:** 29051-035

**Telefone/Fax:** +55 (27) 3089-6920 / +55 (27) 3098-6901

**E-mail:** [sindhес@sindhес.org.br](mailto:sindhес@sindhес.org.br)



## Associação dos Hospitais do Estado de Goiás

Entidade de representação associativa, a Associação dos Hospitais do Estado de Goiás (AHEG) foi fundada em 6 de agosto de 1968, sendo constituída para fins de definições e orientações de políticas e padrões hospitalares de seus associados, visando à qualidade, racionalização, melhoria em atendimento e tratamento, ao estabelecimento de normas de relacionamento interpessoal e inter-departamental nos hospitais, e à manutenção de organismos técnico-operacionais e de pesquisa de mercado. A Associação representa o setor em um estado que contempla 435 hospitais e 11.394 leitos hospitalares.

A AHEG também objetiva a manutenção de atividades culturais, como: eventos direcionados, intercâmbio e estudo, divulgação e publicações, cursos e treinamentos e representação dos associados perante os poderes públicos, as autoridades, as entidades classistas e o público em geral, sempre em subordinação aos interesses, à defesa e aos direitos deles.



**Presidente:** Adelvânio Francisco Morato

**Endereço:** Alameda Botafogo, 101 – Centro Goiânia-GO

**CEP:** 74030-020

**Telefone/Fax:** +55 (62) 3093-4307 / +55 (62) 3093-4309

**Site:** [www.aheg.com.br](http://www.aheg.com.br)

**E-mails:** [superintendencia@casadoshospitais.com.br](mailto:superintendencia@casadoshospitais.com.br)  
[secretaria@casadoshospitais.com.br](mailto:secretaria@casadoshospitais.com.br)



## Associação dos Hospitais de Minas Gerais

Fruto da necessidade de uma liderança na área médico-hospitalar, a Associação dos Hospitais de Minas Gerais (AHMG) foi fundada em 9 de dezembro de 1956.

Em função do crescimento de Belo Horizonte e devido à chegada cada vez maior de enfermos oriundos do interior do estado, a oferta de leitos hospitalares na capital não mais suportava a demanda. Tais fatos, somados à estatização dos serviços assistenciais, motivaram o surgimento de novas organizações hospitalares. Hoje o estado contempla 677 hospitais e 32.015 leitos.

Para representá-las havia o Sindicato dos Hospitais. Entretanto, devido à rigidez da legislação específica, o sindicato não podia atuar com a liberdade desejável junto às entidades da Previdência Social. Diante disso, foi unânime a acolhida da fundação da AHMG.

Estruturada nos princípios da ética médica, a AHMG era um departamento da Associação Médica de Minas Gerais, mas logo se tornou autônoma, tendo em vista a necessidade de ampla autonomia e independência de ação.



**Presidente:** Reginaldo Teófanos F. de Araujo

**Endereço:** Rua Carangola, 225 – Santo Antônio Belo Horizonte-MG

**CEP:** 30330-240

**Telefone/Fax:** +55 (31) 3326-8001 / +55 (31) 3296-0444

**Site:** [www.centraldoshospitais.com.br](http://www.centraldoshospitais.com.br)

**E-mail:** [ahmg@centraldoshospitais.com.br](mailto:ahmg@centraldoshospitais.com.br)



## Associação de Hospitais e Casas de Saúde do Estado do Pará

A Associação de Hospitais e Casas de Saúde do Estado do Pará (AHCSEP) foi fundada no dia 27 de janeiro de 1977 com o objetivo de realizar um trabalho efetivo em prol da classe de hospitais e casas de saúde. São 239 hospitais com 8.443 leitos em todo o estado.

A primeira diretoria teve Fernando Guimarães como presidente, Carlos Costa de Oliveira como vice-presidente, Joaquim Alcides Queiroz como 1º secretário, Sérgio Vasconcelos Paiva como 2º secretário, Fernando Jordão de Souza como 1º tesoureiro e Victor Moutinho da Conceição como 2º tesoureiro.

Em fevereiro de 2001, a AHCSEP foi fundida ao Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Pará (Sindesspa).



**Presidente:** Breno de Figueredo Monteiro

**Endereço:** Travessa São Pedro, 566, Ed. Carajás, Sala 702 Batista Campos  
Belém-PA

**CEP:** 66023-570

**Telefone/Fax:** +55 (91) 3225-3709 / +55 (91) 3224-1819

**E-mail:** [sindespa@supridados.com.br](mailto:sindespa@supridados.com.br)



## Associação Paraibana de Hospitais

Fundada em 26 de julho de 1968, tem como visão atuar com excelência na atenção à saúde, promovendo a busca pela melhoria dos serviços oferecidos pelas instituições associadas com o objetivo de oferecer à sociedade o acesso a uma medicina de qualidade, humanizada e de alta resolutividade.

Por meio do trabalho realizado pela APH, os associados são representados junto aos órgãos públicos e convênios para toda e qualquer tratativa de natureza institucional. O estado possui 153 hospitais e 3.143 leitos hospitalares, e a Associação trabalha para agregar e fortalecer o setor cada vez mais.



**Presidente:** Francisco José Santiago de Brito

**Endereço:** Av. Manoel Deodato, 17 – Torre João Pessoa-PB

**CEP:** 58040-180

**Telefone/Fax:** +55 (83) 3224-8648

**E-mail:** associacaoparaibanadehospitais@hotmail.com



## Associação de Hospitais do Estado do Paraná

A Associação nasceu sob a necessidade de fortalecer as ações políticas e de atualização tecnológica e de conhecimento, em complemento às atribuições do Sindicato dos Hospitais (Sindipar) e, depois, da Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Paraná (FEHOSPAR). O estado possui 502 hospitais e 20.181 leitos. A Associação representa também a promoção de intercâmbio entre associados para partilhar experiências e conhecimento, visando melhorar o padrão de atendimento e a redução de custos operacionais.

A AHOPAR comemorou, em 2016, o seu 43º aniversário de fundação. A história começou a ser construída em março de 1973, quando 16 representantes das principais instituições hospitalares de Curitiba reuniram-se em assembleias consecutivas com o propósito de constituir uma organização sem fins lucrativos que, como braço da FBH, pudesse dar mais voz política na defesa dos interesses do setor hospitalar privado, complementando as ações inerentes ao sindicato da categoria, o Sindipar. A trajetória da AHOPAR apresenta grandes conquistas, que merecem celebrar seus dirigentes e associados.

No início dos anos 1990, a Associação engajou-se em grandes movimentos nacionais e estaduais. Participou da criação da Frente Parlamentar de Saúde, da valorização dos serviços na saúde pública e supletiva e da redução de impostos, incluindo aí o Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS) nos municípios e a ação judicial da URV, que representa importante recuperação financeira à rede conveniada ao SUS. A AHOPAR apoiou a criação do Instituto Paranaense de Acreditação Hospitalar (IPASS) e deu grande ênfase à propagação do conhecimento, com realização de cursos, congressos e encontros.



**Presidente:** Flaviano Feu Ventorim

**Endereço:** Rua Senador Xavier da Silva, 294,  
Bairro São Francisco Curitiba- PR

**CEP:** 80530-060

**Telefone/Fax:** +55 (41) 3254-1772

**Site:** [www.fehospar.com.br](http://www.fehospar.com.br)

**E-mail:** [presidencia@ahopar.com.br](mailto:presidencia@ahopar.com.br)



## Associação Nordestina de Hospitais

A Associação Nordestina de Hospitais (ANH) foi fundada em 13 de julho de 1967 e atua junto aos associados, na defesa dos interesses do setor, promovendo a administração científica por meio de cursos, seminários e congressos para desenvolver e aprimorar a gestão dos hospitais. Luta pela melhoria nas condições das prestações dos serviços hospitalar, médico e ambulatorial. O estado hoje possui 20.181 leitos hospitalares e 250 hospitais.

Foi idealizada pelo médico psiquiatra Luiz Inácio de Andrade Lima e fundada em Recife com a parceria do professor Waldemir Miranda e dos médicos Avelar de Castro Loureiro, Sávio Vieira, João Marques de Sá e Tomé Dias.

Os caminhos percorridos pela Associação sempre foram de muitas lutas em defesa dos hospitais, principalmente dos localizados nas cidades interioranas que viviam, constantemente, enfrentando exigências das mais diversas, feitas pela Secretaria Estadual de Saúde e pelas Secretarias Municipais de Saúde.

Representante do estado de Pernambuco, que possui um dos maiores polos de saúde do país, a ANH tem o papel de atuar na defesa dos interesses desses estabelecimentos e fortalecer a liderança regional. Uma região que possui mais de 400 hospitais e 8 mil leitos e que gera mais de 107 mil empregos, Pernambuco é um dos locais mais procurados para tratamentos de saúde, por questões de tecnologia, infraestrutura adequada e instrumental avançado em saúde.



**Presidente:** Renato Botto

**Endereço:** Rua José de Alencar, 916, Ed. Empresarial, Sala 303  
Ilha do Leite, Recife-PE

**CEP:** 50070-030

**Telefone/Fax:** +55 (81) 3221-1280 / +55 (81) 3231-0881

**E-mail:** hospitais@ass-nordestina.com.br



## Associação de Hospitais do Estado do Rio de Janeiro

A Associação de Hospitais do Estado do Rio de Janeiro (AHERJ) é uma sociedade civil de caráter privado, sem fins lucrativos, que tem por finalidade reunir, coordenar e defender os interesses e objetivos das unidades assistenciais de saúde, sejam hospitais, sejam casas de saúde, clínicas, sanatórios e demais unidades ambulatoriais e serviços complementares de diagnóstico e tratamento, particulares ou públicas, estabelecidas no estado do Rio de Janeiro. O estado possui 504 hospitais e 21.091 leitos.

Em 1969 foi criada a Nosocômios Assistenciais de Duque de Caxias (NADUC), formada por um grupo de hospitais daquele município. Em 1971 ocorreu a transformação da NADUC na AHERJ. Em 1972, no mês de novembro, foi constituído o Conselho Diretor definitivo formado pelos fundadores da AHERJ. No ano de 1975, com a fusão do estado do Rio de Janeiro com o estado da Guanabara, por decisão da FBH, a AHERJ foi oficialmente reconhecida como única representante resultante da união dos dois estados.

Em 2002, a AHERJ, por meio da Regional de Niterói e São Gonçalo, teve papel fundamental no resgate do Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde de Niterói e São Gonçalo, promovendo suporte jurídico, econômico e assessoria de comunicação. A AHERJ promoveu reforma em seu estatuto em 2015, constituindo uma nova diretoria, passando a contar com um vice-presidente executivo e o Departamento de Oftalmologia.



**Presidente:** Marcus Camargo Quintella

**Endereço:** Rua dos Andradas 96, 13º Andar, Centro – Rio de Janeiro/RJ

**CEP:** 20051-002

**Telefone/Fax:** +55 (21) 2203-1343 / +55 (21) 2263-3398

**Site:** [www.aherj.com.br](http://www.aherj.com.br)

**E-mail:** [aherj@aherj.com.br](mailto:aherj@aherj.com.br)



## Associação de Hospitais do Estado do Rio Grande do Norte

A Associação de Hospitais do Estado do Rio Grande do Norte (AHORN) foi fundada em 1973, com intuito de representar o setor hospitalar do estado, que possui 2.336 leitos e 107 hospitais. Os caminhos percorridos pela Associação em sua trajetória de representatividade e lutas em defesa dos hospitais foram marcados por lutas e conquistas.

Linha sucessória de presidentes: Paulo Santiago Henriques Bittencourt foi o primeiro presidente da AHORN, reeleito por cinco mandatos consecutivos, de 1973 a 1983. Sócio-fundador, participou da Comissão Elaboradora do Estatuto Social e teve voto de louvor proposto em Assembleia Geral; Severino Lopes da Silva, segundo presidente da AHORN, reeleito por cinco mandatos consecutivos, de 1983 a 1993; Ricardo Bittencourt, terceiro presidente da AHORN, reeleito por cinco mandatos consecutivos, de 1993 a 2003; Carlos Alexandre A. Garcia, quarto presidente da AHORN, eleito em 2003 e que exerceu o mandato até 2005; Elson Sousa Miranda, quinto presidente da AHORN, eleito em 2005 e que exerceu o mandato até 2008. A Associação viveu um momento de desativação, retornando suas atividades em 2013, com Elson Sousa Miranda exercendo o cargo de presidente, há 13 anos.



**Presidente:** Elson Sousa Miranda

**Endereço:** Rua Joaquim Manoel, 717 S/ 411, Ed. Centro Odonto Médico  
Petrópolis, Natal-RN

**CEP:** 59012-330

**Telefone/Fax:** +55(84) 3202-3748 / +55 (84) 3202-3100

**E-mail:** sindesern@hotmail.com



# AHRGS

## Associação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do Sul

A noite de 23 de janeiro de 1969 foi um marco para a saúde gaúcha. Em um encontro no Hospital Moinhos de Vento, representantes de 14 instituições de Porto Alegre, Canoas, Caxias do Sul e Bento Gonçalves fundaram duas entidades que, desde então, são indispensáveis na defesa dos interesses da categoria. O estado hoje possui 341 hospitais e 25.001 leitos.

Em quase cinco décadas foram inúmeros avanços e conquistas, galgados com muito empenho e união das entidades gaúchas.

Durante a década de 1970, a Associação reivindicou enfaticamente políticas favoráveis à rede hospitalar junto às autoridades e lideranças nacionais, com os presidentes Geisel, Médici e Figueiredo. Na segunda gestão, presidida por Lauro Schuck, a Associação mudou-se para uma segunda sede, localizada em uma galeria (chamada Champs Élysees) no bairro Moinhos de Vento.

Atualmente, a AHRGS vem desenvolvendo um novo plano de atuação e de comunicação para fortalecer a sua base de associados e oferecer um maior número de serviços aos seus mantenedores.

Filiada à FBH desde a sua fundação, saiu da AHRGS o antigo presidente da FBH, o médico Angel Antônio Gomez Del Arroyo, e o ex-vice-presidente por várias gestões, o também médico Lauro Schuck.

Foram presidentes da AHRGS o administrador hospitalar Hélio Henriques (1969-1971), o médico Lauro Schuck (1971-1981), o médico Vicente Passos Maia Filho (1981-1982), o contador Ilso Menegás (1982-1987, 1995-1998 e 2005-2010), o médico Paulo Schuller Maciel (1987-1989 e 1998-2005) e o médico Cláudio Allgayer (1989-1995 e 2010-atual).



**Presidente:** Cláudio José Allgayer

**Endereço:** Rua Cel. Corte Real, 133 – Petrópolis Porto Alegre-RS

**CEP:** 90630-080

**Telefone:** +55 (51) 3234-1100

**E-mail:** presidencia@fehosul.org.br



## Associação de Hospitais do Estado de Santa Catarina

A Associação foi fundada em 31 de agosto de 1963, com a missão de representar os interesses da rede hospitalar catarinense. O estado possui 254 hospitais e 11.879 leitos.

Em janeiro de 1975 foi adquirida a sede da entidade, sendo ampliada em 1983, com a aquisição de novas salas contíguas, dando condições para a realização de suas atividades. Desde 1980, a AHESC descentralizou suas atividades criando sete centros regionais, que passaram a se chamar Conselho Administrativo Regional Hospitalar (CARH), e, em 2009, em decorrência do planejamento estratégico, passaram a ser denominados como AHESC Regionais, divididos nas seguintes regiões: Regional Grande Florianópolis, Regional Norte e Nordeste, Regional Sul, Regional Serrana, Regional Meio Oeste, Regional Oeste e Regional dos Vales.

Os objetivos da entidade são: definir e orientar a política hospitalar no estado; promover o desenvolvimento da assistência hospitalar; estabelecer normas de funcionamento que visem à integração dos serviços médicos; representar os associados e defender seus interesses, direitos e reputações; promover o desenvolvimento da administração científica por meio de cursos e seminários nas diversas áreas de interesse da classe hospitalar; divulgar e fazer obedecer o Código de Ética do Administrador Hospitalar e dos demais profissionais associados.

Em agosto de 1995, a entidade teve um importante reforço na realização das atividades inerentes a saúde. A criação da Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina (FEHOESC) só veio somar aos esforços da AHESC, consolidando a parceria em maio de 1996, com a união das duas entidades em um mesmo ambiente de trabalho, no escritório da AHESC.

Em 2010 a AHESC e a FEHOESC somaram esforços e adquiriram uma nova sede, ampla e mais adequada para desenvolver as atividades e melhor atender seus associados.

A AHESC representa atualmente 105 hospitais associados, em um total de mais de 8.365 leitos.



**Presidente:** Mauricio Jose Souto-Maior

**Endereço:** Av. Almirante Tamandaré, nº 94, 8º Andar, Sala 805 – Coqueiros, Florianópolis-SC

**CEP:** 88080-160

**Telefone/Fax:** +55 (48) 3224-5488

**Site:** [saudecatarinense.com.br/#/entidades/ahesc/institucional](http://saudecatarinense.com.br/#/entidades/ahesc/institucional)

**E-mail:** [ahesc-fehoesc@ahesc-fehoesc.com.br](mailto:ahesc-fehoesc@ahesc-fehoesc.com.br)



## Associação de Hospitais do Estado de São Paulo

Em 7 de junho de 1965, foi criada a Associação dos Hospitais com objetivo de prestar serviços à Previdência Social, presidida, à época, por Lívio Amato. Dois anos depois da fundação, em 7 de agosto de 1967, a entidade passou a chamar-se Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo e seu presidente foi Pierpaolo Gerbini.

O estado hoje possui 1.059 hospitais e 66.479 leitos hospitalares. A AHESP tem a grande missão de representar o maior polo de saúde do país e atuar na defesa dos interesses do setor hospitalar. Trabalha para estabelecer políticas na área de gestão hospitalar, estimulando a adoção de boas práticas, visando à qualidade assistencial, à segurança dos pacientes e preservando a sustentabilidade do setor. Facilita e auxilia a relação dos hospitais com o mercado e com o órgão regulador. Representa seus associados perante instituições públicas e privadas. Promove estudos, pesquisas e eventos para aprimoramento do corpo técnico e administrativo dos associados, como também o intercâmbio entre associados e instituições na área de assistência à saúde. Defende os interesses jurídicos e econômicos comuns dos associados.



**Presidente:** Yussif Ali Mere Junior

**Endereço:** Av. Ipiranga, 919 – Conj. 1711 – 17º Andar São Paulo – SP

**CEP:** 01039-000

**Telefone/Fax:** +55 (11) 3337-5757

**Site:** [www.ahesp.com.br](http://www.ahesp.com.br)

**E-mail:** [ahesp@ahesp.com.br](mailto:ahesp@ahesp.com.br)





ISBN: 978-65-88821-00-8



9 786588 821008