

MANUAL DO GESTOR HOSPITALAR



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



DIRETORIA DA FBH

Presidente

Adelvânio Francisco Morato

Vice-Presidentes

Altamiro Bittencourt

Eduardo de Oliveira

Manoel Gonçalves Carneiro Netto

Reginaldo Teófanos de Araújo

Francisco José Santiago de Brito

José Pereira

Mauro Duran Adan

Élson Sousa Miranda

Secretário-Geral

Luiz Aramicy Bezerra Pinto

Secretário Adjunto

Ivo Garcia do Nascimento

Diretor-Tesoureiro

Mansur José Mansur

Tesoureiro Adjunto

Glauco Monteiro Cavalcanti Manso

Diretor de Atividades Culturais

Marcus Camargo Quintella

CONSELHO FISCAL

Membros Efetivos

Fernando Antônio Honorato da Silva e Souza

Leonardo Gigliotti Barberes

Edivardo Silveira Santos

Membros Suplentes

Roberto de Oliveira Vellasco

Maurício Souto Maior

Benno Kreisel

ASSESSORES DA DIRETORIA

Leonardo Rocha Machado

Ibsen Pontes Moreira Pinto

DIREÇÃO E COORDENAÇÃO DO PROJETO – VIVA COMUNICAÇÃO GROUP

Coordenação-Geral

Viviã de Sousa

Coordenação Científica

Andréa Prestes

José Antônio Ferreira Cirino

Produção Executiva

Rosana Oliveira

Autores

Ana Paula Silva Cavalcante

Andréa Prestes

Bianca Breyer Cardoso

Claudia Queiroz Miguez

Elaine Coutinho Marcial

Elza Costeira

Fábio Bitencourt

Flávio de Castro Bicalho

Gilvane Lolato

J. Antônio Cirino

Jonas Badermann de Lemos

José Felipe Riani Costa

Péricles Góes da Cruz

Priscilla Brasileiro Constantino

Renata Macedo

Rodrigo Rodrigues de Aguiar

Tomás Duarte

Valmir de Oliveira Júnior

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

ORGANIZADORES

Andréa Prestes
José Antônio Ferreira Cirino
Rosana Oliveira
Viviã de Sousa

Brasília
Federação Brasileira de Hospitais – FBH
2019

© 2019 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: 1.000 exemplares

Informações e elaboração:

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

Projeto Gráfico e Diagramação: Viva Comunicação Group

Revisão Textual: Amanda Vasconcelos

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

Produzido no Brasil / Produced in Brazil

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

P936m

Prestes, Andréa.

Manual do gestor hospitalar / Organizadores: Andréa Prestes, José Antônio Ferreira Cirino, Rosana Oliveira e Viviã de Sousa. – Brasília: Federação Brasileira de Hospitais, 2019.

192 p. : fots. ; 21 x 29,7 cm

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. José Antônio Ferreira Cirino. II. Rosana Oliveira. III. Viviã de Sousa. VI. Título.

CDD – 658

ASSOCIAÇÕES

AHEAL – Associação de Hospitais do Estado de Alagoas

AHSEB – Associação de Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia

AHECE – Associação de Hospitais do Estado do Ceará

AHCES – Associação de Hospitais, Clínicas e Prestadores de Serviços Afins à Área de Saúde do Espírito Santo

AHEG – Associação de Hospitais do Estado de Goiás

AHMG – Associação de Hospitais de Minas Gerais

AHCSEP – Associação de Hospitais e Casas de Saúde do Estado do Pará

APH – Associação Paraibana de Hospitais

AHOPAR – Associação de Hospitais do Estado do Paraná

ANH – Associação Nordestina de Hospitais

AHERJ – Associação de Hospitais do Estado do Rio de Janeiro

AHORN – Associação de Hospitais do Estado do Rio Grande do Norte

AHRGS – Associação de Hospitais e Estabelecimento de Saúde do Rio Grande do Sul

AHESC – Associação de Hospitais do Estado de Santa Catarina

AHESP – Associação de Hospitais do Estado de São Paulo

SUMÁRIO

	AUTORES	9
	PARCEIROS INSTITUCIONAIS	17
	PALAVRA DO PRESIDENTE	21
	PREFÁCIO	23
	INTRODUÇÃO	27
CAP 1	PLANEJAMENTO POR CENÁRIOS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	33
CAP 2	LIDERANÇA E PESSOAS	47
CAP 3	COMUNICAÇÃO	61
CAP 4	A SUSTENTABILIDADE NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	77
CAP 5	MODELOS DE REMUNERAÇÃO NO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE	91
CAP 6	GESTÃO DA QUALIDADE E ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	107
CAP 7	QUALIFICAÇÃO NO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE	119
CAP 8	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	133
CAP 9	ARQUITETURA E SAÚDE	143
CAP 10	EXPERIÊNCIA DO PACIENTE	159
	CONSIDERAÇÕES	171
	A FBH E AS FEDERADAS	175

OS AUTORES

ANA PAULA SILVA CAVALCANTE. Médica, Psiquiatra, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – FIOCRUZ, Gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (GEEIQ/DIDES/ANS).



ANDRÉA PRESTES. Diretora Administrativa de um hospital público de grande porte, de urgência e emergência, na cidade de Goiânia/GO. Leader Coaching, Personal & Professional Coaching, Executive & Business Coaching, Positive Psychology Coaching e Alpha Coaching; Administradora com MBA em Gestão Hospitalar e especialização em Qualidade nos Serviços de Saúde - Acreditação, Especialista em Lean Healthcare, com Certificação Lean Six Sigma Black Belt, em fase de Certificação em Lean Six Sigma Master Black Belt. Ampla experiência em gestão de Unidades Hospitalares Públicas de Urgências e Emergências, com perfis de Média e Alta Complexidade, atuando nas áreas Estratégicas, Administrativas e Financeiras. Participou da implantação de hospitais (projetos, estrutura física, escopo de serviços, treinamento e desenvolvimento de pessoas e equipes), em grandes e importantes unidades no país.

BIANCA BREYER CARDOSO. Arquiteta e coordenadora de projetos na Badermann Arquitetos Associados. Mestre em Planejamento Urbano e Regional pela UFRGS. Pós-graduação em Arquitetura Hospitalar em andamento no Albert Einstein - Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa. Experiência profissional em projeto e aprovação junto aos órgãos fiscalizadores, com ênfase em Ambientes de Saúde. Ministra aulas na Pós-Graduação em Arquitetura Hospitalar da Fasaúde-IAHCS e do INBEC-UNIP. Sócia da ABDEH. Atuou como coordenadora adjunta e professora na graduação em Arquitetura e Urbanismo da ULBRA Torres, onde coordenou pesquisa sobre a inserção urbana de Estabelecimentos de Saúde no Litoral Norte, com foco na qualidade da paisagem do pedestre.





CLAUDIA QUEIROZ MIGUEZ. Arquiteta e Urbanista, especialista em Arquitetura dos Sistemas de Saúde e Planejamento e Uso do Solo Urbano, Mestre em Arquitetura pela UFRJ/RJ e Doutora em Materiais pelo IME/RJ. Atua no Ministério da Saúde/RJ como arquiteta e como docente em cursos de pós-graduação de Arquitetura de Hospitais, Clínicas e Laboratórios e de Engenharia e Manutenção Hospitalar do INBEC/UNIP.

Foi Coordenadora Técnico-Científica e Diretora da Regional Rio de Janeiro e Vice-Presidente Executiva Nacional da gestão de 2005-2007 da ABDEH. Integra a atual Diretoria Nacional da ABDEH como Vice-Presidente para o Desenvolvimento Técnico Científico. Presidente da Comissão Científica do Seminário Internacional IFHE RIO 2017 e do VIII CBDEH.

ELAINE MARCIAL possui doutorado e mestrado em Ciência da Informação (UnB), DEA em Informação Científica e Tecnológica (Universidade de Marseille-FR), é especialista em Cenários Prospectivos e Inteligência Competitiva e é Bacharel em Estatística. Atua na área de estudos de futuro e Inteligência Competitiva desde 1996 e já elaborou/coordenou a construção de diversos cenários prospectivos e estudos de tendências e previsões. Coordenou a elaboração do projeto de implantação do Sistema de Inteligência Competitiva em instituição financeira e realizou/coordenou diversos relatórios de Inteligência. Autora de diversos livros, possui vários artigos científicos publicados em congressos nacionais e internacionais. Foi coordenadora no Núcleo de Estudos Prospectivos da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE/PR), onde coordenou o projeto Megatendências Mundiais 2030 (2012-2015) e Coordenadora-Geral de Planejamento, Gestão Estratégica e Orçamento, no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), onde coordenou o projeto Brasil 2035 (2015-2016). Associada fundadora da Associação Brasileira dos Analistas de Inteligência Competitiva (Abraic), onde já exerceu os cargos de vice-presidente e de presidente (de 2000 a 2004). É membro da Rede Brasileira de Prospectiva e da World Future Society (WFS). É Coordenadora de pesquisa no Núcleo de Estudos Prospectivo (NEP-Mackenzie), onde também coordena dois MBAs. Também é professora convidada da Faculdade Presbiteriana Mackenzie Brasília e da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) e pesquisadora do Ipea responsável pela coordenação do projeto Bibliothinking 2050. e-mail: elamarcial@gmail.com. <http://elaine-marcial.blogspot.com/>



ELZA COSTEIRA. Arquiteta; DSc (FAU/UFRJ); Especialista em Administração Hospitalar (IMS/UERJ); Coordenadora e docente do curso de Especialização *lato sensu* de Arquitetura de Hospitais, Clínicas e Laboratórios do INBEC/UNIP; professora do curso de Especialização em Arquitetura Hospitalar do Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde (IAHCS/FASAÚDE), Porto Alegre, RGS e do curso de Pós Graduação de Arquitetura de Ambientes de Saúde da FAU/UFRJ. Diretora Técnico-científica da ABDEH- Rio de Janeiro. Autora de diversos livros e artigos sobre Arquitetura de Hospitais.

FÁBIO BITENCOURT. Doutor em Ciências da Arquitetura com ênfase em ambientes de saúde, Mestre em Arquitetura com ênfase em Conforto Ambiental e Eficiência Energética, pós-graduação em Urbanismo. Arquiteto com escritório de arquitetura e urbanismo no Rio de Janeiro desde 1984. Presidente da Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar (ABDEH) - Gestão 2011-2014, Membro do Conselho Consultivo e do Conselho Editorial da ABDEH.

Acadêmico Titular da Academia Brasileira de Administração Hospitalar (ABAH). Membro do Executive Committee (ExCo) da International Federation of Hospital Engineering (IFHE). Membro Internacional da American Academy of Architecture (AIA) - USA. Autor de livros sobre arquitetura hospitalar e ergonomia.



FLÁVIO DE CASTRO BICALHO é arquiteto formado pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília e especialista em Saúde Coletiva/Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde, também pela UnB. Ex- Presidente da Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar – ABDEH. Coordenador e redator geral das atuais normas para projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde do Brasil (Resolução ANVISA RDC nº 50/2002). É atualmente professor de vários cursos de especialização na área de saúde no País, arquiteto e consultor de vários projetos de edifícios de saúde. Autor do livro A Arquitetura e a Engenharia no Controle de Infecção e coautor de alguns livros. Palestrante em vários congressos nacionais e internacionais, dentre outras atividades.

GILVANE LOLATO. Formada em Administração de Empresas, MBA Gestão em Saúde e Controle de Infecção, Especialização Curso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente - Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa, ENSP - Portugal. Trabalha na área da Qualidade a mais de 10 anos onde foi responsável pela implantação de modelos de Acreditação Hospitalar Nacionais e Internacionais. Coordenadora e Docente do Curso Gestão da Qualidade e Acreditação em Saúde pelo Instituto de Pós Graduação e Graduação (IPOG), Tutora e Docente da Organização Nacional de Acreditação (ONA), Docente do Curso de Analista Acreditação em Saúde da Fundação Getúlio Vargas (FGV), Gerente de Educação da Organização Nacional de Acreditação ONA.





JOSÉ ANTÔNIO CIRINO. Doutor em Comunicação e Sociabilidade (UFMG), mestre em Comunicação (UFG), especialista em Gestão de Projetos (IPOG), graduado em Publicidade e Propaganda (IESRIVER) e em Gestão de Marketing (UNIP). Autor do livro “Gestão da Comunicação Hospitalar” e organizador das obras “Mídias e Desigualdade” e “Comunicação e Mídia: interfaces com a cidadania e com a cultura”. É comunicólogo, professor e pesquisador, atuando desde 2009 na área hospitalar.

JONAS BADERMANN DE LEMOS. Arquiteto titular da Badermann Arquitetos Associados, tem catalisado muitas ações no planejamento dos espaços de saúde há mais de 30 anos, através da atuação em projeto e docência. Coordena a Pós-Graduação em Arquitetura Hospitalar da Fasaúde-IAHCS, além de ministrar aulas em diversos cursos no Brasil e no exterior. Especialista em Administração e Arquitetura Hospitalar, concluiu a *Diplomatura en Diseño y Gestión de la Infraestructura Física y Tecnología em Salud* na Universidad ISALUD e o *Posgrado en Gestión y Diseño del Recurso Físico em Salud* - AADAIH- Universidad Nacional de La Matanza, ambos em Buenos Aires. Foi Diretor Regional da ABDEH e hoje atua na Diretoria Especial de Relações Institucionais América Latina.



JOSÉ FELIPE RIANI COSTA. Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Campinas - Unicamp (1998), especialização em Autogestão em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz - Ensp/Fiocruz (2004) e mestrado em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz, subárea de Política, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde (2016). É Especialista em Melhoria pelo *Institute for Healthcare Improvement* - IHI (2017). Trabalhou como Assessor Técnico da Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde de março de 2001 a março de 2008. Desde abril de 2008 é servidor da Agência Nacional de Saúde Suplementar, onde exerce o cargo de Especialista em Regulação de Saúde Suplementar.

PÉRICLES GÓES DA CRUZ. Médico, pediatra, graduado em medicina pela Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro em 1973; Pós-graduado em Administração Hospitalar pela PUC-RJ e em Gerência Hospitalar pela FIES-RJ; Coordenador-Adjunto do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde no período de 1995 até 2000; Coordenador do Programa Nacional de Acreditação de Unidades de Hemoterapia – Meta Mobilizadora Nacional do Setor Saúde do Ministério da Saúde em 2006; Presidente da Fundação Escola de Serviço Público do Rio de Janeiro – FESP-RJ, do Governo do Estado do RJ em 2002; Presidente do Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro – IASERJ do Governo do Estado do RJ em 2003; Coordenador do Projeto de implantação de Acreditação de Serviços de Saúde do Ministério da Saúde em conjunto com representação da OPAS de 1997 a 1999; Coautor da primeira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar em 1998 e de todos os demais Manuais de Acreditação até os dias atuais; Coordenador dos Comitês da Organização Nacional de Acreditação - ONA de 1999 até 2008; Assessor Técnico de 2008/2013; Analista da Qualidade de 2013/2016; Gerente de Relações Institucionais – 2017/maio 2018 e Atualmente Superintendente Técnico.



PRISICLA BRASILEIRO CONSTANTINO. Graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (2010), Especialização em Neurociências da Reabilitação pela UFRJ (2012). Desde junho de 2017 exerce o cargo de Técnica em Regulação de Saúde Suplementar na Agência Nacional de Saúde Suplementar, atuando também como Coordenadora substituta na Coordenadoria de Avaliação e Estímulo à Qualificação de Prestadores da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS desde 2018.



RENATA MACEDO está no mercado de Gestão em Saúde há mais de 15 anos. Graduada em enfermagem, pós graduada em Terapia Intensiva e Saúde Pública, possui MBA em Gestão da Qualidade e Gestão em Saúde. É coach certificada pelo Program- ACTP. Participou como examinadora do PMQ nos anos de 2007 e 2008. Foi avaliadora ONA, CCAP e Qmentum, atuando junto ao IQG por 5 anos. Atuou como examinadora do Prêmio Célio de Castro e Prêmio Mineiro da Qualidade. É Gerente Administrativo no Hospital Vila da Serra desde 2014. Atua como consultora na área de Gestão em Saúde.



RODRIGO RODRIGUES DE AGUIAR. Diretor de Desenvolvimento Setorial. Servidor público de carreira da ANS desde 2007, Rodrigo Aguiar é graduado em Direito pelo Centro Universitário da Cidade (RJ), possui pós-graduação em Direito Público pela Universidade Cândido Mendes (RJ) e MBA Executivo em Gestão de Negócios pelo IBMEC (RJ). Em 2014, concluiu o curso Fronteiras em Gestão Pública pela Fundação Dom Cabral e, em 2015, o curso de Governança Corporativa em Saúde pelo Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. Em sua carreira na ANS, exerceu os cargos de: Diretor-adjunto de Fiscalização – 2016/2017; Gerente geral de Assessoramento e Ajustamento de Conduta – 2015/2016; Gerente de Assessoramento da Diretoria de Fiscalização – 2014/2015; Assessor Especial da Diretoria de Fiscalização – 2014/2014; Assessor da Diretoria Adjunta de Gestão – 2013/2014; Coordenador substituto da Coordenadoria de Inquérito – 2013.



TOMÁS DUARTE. Um dos maiores especialistas em Net Promoter Score e Customer Experience Metrics no Brasil e América Latina. Através de sua atuação, a Tracksale atualmente impactou mais de 100 milhões de consumidores atuando com mais de 1.250 marcas em 09 países como Brasil, Argentina, Peru, Chile, Equador, Porto Rico, México, Colômbia e Estados Unidos.

VALMIR DE OLIVEIRA JÚNIOR. Com experiência acumulada em implantação de softwares de gestão hospitalar no contexto público e privado, Valmir de Oliveira Júnior já atuou em mais de 100 projetos de informatização em hospitais do Brasil e da América Latina. Como conhecedor dos sistemas de Saúde de países como Brasil, Chile, Panamá, México, República Dominicana, Peru, Colômbia, Uruguai, Argentina, Costa Rica e Nicarágua, o executivo apresenta soluções de TI para clientes e prospects com o objetivo de disseminar a tecnologia como ferramenta estratégica para aumento de produtividade, redução de custos, garantia de rentabilidade aos negócios e, principalmente, melhoria dos serviços de Saúde. Ao longo de 30 anos de atuação na área, junto à MV, ele carrega a missão de melhorar a gestão nas instituições de Saúde e assim permitir o acesso da população a serviços mais qualificados e de forma equânime.



PARCEIROS INSTITUCIONAIS

ABDEH



A Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar (ABDEH) é uma entidade independente, aberta e multidisciplinar, constituída por profissionais e empresas ligadas ao setor, que busca contribuir para a contínua evolução brasileira no campo da edificação de saúde, desde sua concepção até sua operacionalização, e para a valorização de sua importância para a qualidade de vida da sociedade.

Com 25 anos de fundação, a ABDEH possui hoje mais de 700 profissionais e mais de 50 empresas associadas, todos ligados às áreas de arquitetura, construção e saúde. Com 17 regionais dispersas pelos quatro cantos do Brasil, congrega administradores, arquitetos, designers, enfermeiros, engenheiros, estudantes, médicos e professores. Tem como principal objetivo oferecer condições de aprimoramento, troca de experiências e fortalecer a carreira e a formação dos profissionais de arquitetura, engenharia e construção que atuam no setor saúde.

Emerson da Silva

Presidente da ABDEH

ANS



A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde (MS) responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil, tendo como missão promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Fundada em 28 de janeiro de 2000 pela Lei nº 9.961, a ANS empenhou-se para organizar e sistematizar os dados e as informações, elaborar normas e definir as regras de funcionamento das operadoras, promover o controle e a fiscalização do mercado e estabelecer garantias para os consumidores, promovendo a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. Nesse processo, a proteção do beneficiário de plano de saúde sempre foi uma prioridade, já que o consumidor é o elo mais vulnerável do sistema.

Rodrigo Rodrigues de Aguiar

Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS

ONA

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) é uma entidade não governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil, com foco na segurança do paciente.

A ONA é responsável pelo desenvolvimento dos padrões nacionais de segurança e qualidade em saúde no Brasil e tem um papel importante na elaboração de conteúdo de apoio para avaliadores, profissionais de saúde, alunos, instituições acreditadoras, organizações prestadoras dos serviços de saúde e serviços de apoio à saúde.

Prestes a completar 20 anos de atuação, a ONA possui 800 instituições certificadas e consolida-se como a principal metodologia de acreditação de saúde do país. Sua metodologia possui padrões definidos para 16 diferentes tipos de serviços para saúde, tais como: hospitais, ambulatórios, laboratórios, pronto atendimento, atenção domiciliar, hemoterapia, nefrologia e terapia renal substitutiva, medicina hiperbárica, atendimento oncológico, diagnóstico por imagem, radioterapia e medicina nuclear, clínicas odontológicas, processamento de roupas para serviços de saúde, esterilização e reprocessamento de materiais, dietoterapia e manipulação.

Nossa metodologia e nossos padrões são reconhecidos pela International Society for Quality in Health Care (ISQua), associação parceira da Organização Mundial da Saúde (OMS) e que conta com representantes de instituições acadêmicas e organizações de saúde de mais de 100 países.

O objetivo de nossa ação é promover um processo constante de avaliação e aprimoramento nos serviços de saúde e, dessa forma, melhorar a qualidade da assistência no país.

Péricles Góes da Cruz

Superintendente Técnico da ONA

PALAVRA DO PRESIDENTE

QUALIFICAÇÃO E FORTALECIMENTO DA REDE HOSPITALAR BRASILEIRA

É com muita honra que apresento o Manual do Gestor Hospitalar da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), publicado com o selo institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e da Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar (ABDEH).

Com projeto dirigido pela Viva Comunicação Group e coordenado cientificamente por J. Antônio Cirino, mestre e doutor em Comunicação, professor e pesquisador em Saúde, e Andréa Prestes, administradora, *coach*, especialista em Gestão Hospitalar e em *Lean Healthcare*, certificada Lean Six Sigma Black Belt, e pela coordenadora-geral, Viviã de Sousa, jornalista e administradora, este Manual foi redigido por 18 autores de renome nacional, associados às principais instituições e empresas do Setor Saúde, demonstrando a magnitude das contribuições explicitadas nas próximas páginas.

Esta obra caminha em acordo com os objetivos traçados pela FBH: atuar no fortalecimento e na união das associações em prol do hospital, além de trabalhar estrategicamente para qualificar o Setor Saúde, dando atenção necessária aos estabelecimentos de pequeno e médio portes que são maioria por todo o Brasil. Outrossim, contribui também para alcançarmos representatividade em todos os estados, por meio de novas associações e para o maior reconhecimento da importância da FBH junto às demais entidades que lutam pelo aprimoramento da saúde no país.

Com 50 anos de atuação em defesa dos interesses dos estabelecimentos de saúde do Brasil, a FBH protagonizou importantes frentes de atuação, principalmente na última década. Além da publicação de estudos inéditos, da condução de debates importantes para o setor e do resgate da Convenção Brasileira de Hospitais (CBH), a Federação criou um Departamento de Internacionalização, que culminou no retorno do órgão ao Conselho da International Hospital Federation (IHF), entre outros avanços.

Sendo assim, em um satisfatório cumprimento do nosso estatuto, que aborda, no item “C”, parágrafo V, do Art. 3º, o foco na formação de gestores hospitalares em um processo educativo cíclico, em que quem aprende também ensina, compartilhando o conhecimento com a rede, apresento a todos o Manual do Gestor Hospitalar, um importante instrumento teórico-prático para auxiliar na difusão do conhecimento sistêmico de gerenciamento das unidades de saúde, visando à melhoria conjunta da cadeia envolvida no Setor Saúde.

Adelvânio Francisco Morato

Presidente da FBH



PREFÁCIO



A TRANSFORMAÇÃO NA GESTÃO HOSPITALAR

“Nenhuma instituição privada é de maior interesse público do que um hospital particular!” (Luiz Aramicy Pinto)

A gestão não é apenas a arte de administrar normas, processos, pessoas, para a melhoria e a evolução do setor hospitalar. Essa grandiosa habilidade é o principal pilar para o desenvolvimento de todo o segmento, principalmente das pessoas, das organizações, das empresas, das instituições e de tudo que se conecta ao setor saúde.

Gerir um hospital é a grande arte de administrar toda uma estrutura dedicada ao sistema de saúde, sendo a principal estratégia para organizar as atividades que compõem esse universo, e, assim, alcançar não apenas o cumprimento do resultado, mas a satisfação do valioso papel para qual toda essa estrutura hospitalar foi montada: o cuidado ao paciente.

Desde sua origem, o hospital é o lugar onde se tratam pessoas, e tem como objetivo proporcionar assistência multidisciplinar completa, curativa, preventiva e/ou de tratamento à população. Essa complexa empresa constitui-se também de áreas variadas para realizar sua atividade, com a responsabilidade de refletirem suas contribuições em cada etapa do atendimento. Na antiguidade, sua finalidade era mais social do que terapêutica, promovendo a assistência, restaurando a saúde, concluindo o diagnóstico e efetuando o tratamento limitado aos recursos, padrões e condições daquela época.

O primeiro hospital da América do Sul foi a Santa Casa de Santos, fundada em 1543,¹ unidade que tinha sua gestão e seu atendimento realizados por freiras e religiosos. Essa organização passou por diversas transformações para sobreviver durante todos esses anos e hoje continua sendo uma grande referência para os hospitais. A evolução deve-se ao desenvolvimento da gestão hospitalar que, até hoje, conduz ao caminho de aprendizados, aplicações e implantações de modelos de administração eficazes e capazes de sobreviver e acompanhar todas as mudanças, transformações e exigências para o contínuo crescimento do coletivo.

Esta obra tem como principal objetivo ser um instrumento de auxílio no desenvolvimento do gestor hospitalar, considerando que a própria atividade sofreu mudanças e é, por si só, geradora de novas transformações no setor saúde. Para tanto, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) apresenta aos gestores hospitalares e a todo segmento da área da saúde este “Manual do Gestor Hospitalar”, que certamente é um compêndio das melhores práticas e fundamentações desse âmbito, de grande aproveitamento para os atuais e futuros gestores. A partir deste material, esperamos contribuir para a orientação, a fim de conduzir um processo decisório mais efetivo e que ocasione um melhor desempenho dos hospitais gerenciados pelos leitores.

Por isso, os capítulos que seguem neste material têm como foco compreender as principais temáticas que fazem parte desse universo e ajudar o gestor a ter uma visão clara e estratégica das áreas sistêmicas que circundam sua atividade.

Hoje, no Brasil, existem muitos cursos de graduação direcionados à área da saúde e da administração hospitalar, os quais preparam profissionais para o mercado, ofertando conhecimentos teóricos durante a

1 CAMPOS, E. S. **Santa Casa de Misericórdia de Santos**: primeiro hospital fundado no Brasil; sua origem e evolução 1543-1943. São Paulo: Elvino Pocai, 1943.

formação. Este manual vem complementar isso, trazendo uma visão prática, ampla e estratégica do cerne da gestão hospitalar.

A partir disso, a FBH está cumprindo o que determina seu próprio estatuto: atuar na formação de gestores hospitalares, em um processo educativo cíclico em que quem aprende também ensina, compartilhando o conhecimento com a rede hospitalar. A Federação tem o compromisso de atuar pela evolução do setor, e, para que isso aconteça, compreendemos que sendo a educação a base de tudo, o gestor é o topo dessa pirâmide de aprendizado, e, por isso tem uma imensa responsabilidade com o desenvolvimento de toda a cadeia hospitalar.

Nesse íterim, a FBH deve ser participativa e atuante, em que as novas práticas, aliadas ao próprio desenvolvimento tecnológico, no qual predomina a digitalização dos sistemas de saúde, forçam uma constante metamorfose comportamental dentro das empresas, pois quem não acompanhar e não se adequar, por certo sofrerá sérios prejuízos econômico-financeiros.

A busca pelo aprendizado, pela capacitação e pela atualização devem permear as diretrizes dessa nobre função social da gestão hospitalar, responsável pelos pacientes, pelos profissionais, pela estrutura e pelos resultados. Para o excelente cumprimento dessa função, bem como para auxiliar as atividades desempenhadas por milhares de gestores hospitalares em nosso país, a FBH investiu neste manual, por compreender ser a área que merece nosso cuidado e atenção para caminhar na construção de um cenário ainda mais positivo, ampliando o alcance dos resultados almejados para o sucesso do setor.

Temos uma longa e prazerosa jornada juntos, de construir caminhos para a melhoria da gestão hospitalar em todo o país, assim como, por meio dela, acompanhar a transformação constante que impacta a saúde e, de forma mais específica, os profissionais que nela atuam.

Convido todos para conhecerem o Manual do Gestor Hospitalar, redigido por grandes nomes, em suas respectivas áreas de conhecimento, e que traz a chancela de instituições ímpares para esse cenário.

Luiz Aramicy Pinto
Secretário-Geral da FBH

INTRODUÇÃO



EXCELÊNCIA NA GESTÃO DE PROJETOS, PESSOAS E PROCESSOS NO ÂMBITO HOSPITALAR

Andréa Prestes e J. Antônio Cirino

A gestão hospitalar é conhecida por sua grande complexidade. As unidades hospitalares possuem uma gama significativa de áreas de conhecimento necessárias ao seu funcionamento, que devem ser conduzidas de maneira adequada para que os serviços de saúde sejam ofertados da melhor forma possível. O profissional que ingressa na área da gestão em saúde precisa ter um olhar sistêmico e dispende conhecimento específico em administração para a conexão eficiente de toda a cadeia produtiva, visando à máxima obtenção de resultados positivos.

Para Peter Drucker, comumente conhecido como pai da administração moderna, os gestores são profissionais “de quem se espera, em virtude de sua posição ou conhecimento, e no decorrer normal de seu trabalho, decisões que tenham impacto significativo no desempenho e nos resultados do conjunto”.¹ Neste sentido, o gestor hospitalar deve focar seus esforços em programar melhorias, implementar ações de objetividade, avaliar e controlar a *performance* e criar um ambiente motivado e rentável para a empresa.

O gestor hospitalar precisa ter completo conhecimento sobre a amplitude das temáticas e aptidões necessárias para seu labor diário. Apesar do surgimento de formações específicas, ainda não há uma graduação, ou mesmo pós-graduação, que consiga ensinar, por completo, os conhecimentos necessários à rotina diária de um líder de todos os processos hospitalares, ou mesmo de parte deles.

São muitos os entraves enfrentados no dia a dia do gestor hospitalar. Não é por menos que o hospital é classificado como uma das organizações mais complexas de se administrar.² Além de um amplo conhecimento em gestão e sobre o setor saúde, o profissional que atua como líder de uma organização hospitalar depara-se com muitos desafios, tais como:

- Pouco entendimento de que o hospital também é uma empresa;
- Grande variabilidade nos processos, devido à resistência para padronizações;
- Visão restrita assistencialista – humanitária, de alguns profissionais da saúde;
- Muitos profissionais de diferentes áreas e formações;
- Pouco foco em racionalidade dos recursos – custos;
- Pensamento de que, para ter qualidade, é preciso “gastar mais” e trabalhar mais;
- Uma gama enorme de processos;
- Legislação: insegurança jurídica;
- Medicina defensiva: a realização excessiva de exames como uma forma de proteção contra possíveis ações jurídicas;
- Profissional médico que, por vezes, não se sente partícipe dos assuntos relacionados à gestão;
- Resistência em medir e monitorar para resultados;
- Financiamento insuficiente;

1 DRUCKER, P. F. **O gestor eficaz**. Rio de Janeiro: LTC, 2011. p. 23.

2 DRUCKER, P. F. **O melhor de Peter Drucker**: o homem, a administração, a sociedade. São Paulo: Nobel, 2002. p. 73.

- Demandas: modernização da estrutura/equipamentos *versus* novas descobertas *versus* novas formas de tratamentos.

Apesar do grande número de necessidades de resoluções diárias e da impossibilidade de uma formação estritamente acadêmica que dê conta desse universo chamado gestão hospitalar, percebemos que existe um padrão minimamente comum entre a maioria das situações que despontam para resolução desse profissional. Com dedicação ao aprendizado de gerenciamento de três perspectivas, o gestor hospitalar conseguirá, com maior chance de efetividade, resolver grande parte das demandas que surgirem em sua jornada. Esse tripé foca a excelência na gestão hospitalar nos seguintes âmbitos: projetos, pessoas e processos.

O primeiro é saber como gerir projetos. Todas as atividades relacionadas a uma unidade de saúde devem ser, em um primeiro momento, parte de um planejamento detalhado necessário à adequada execução. Nesse sentido, enxergar a gestão hospitalar como um constante gerenciamento de projetos oportunizará ao líder uma melhor organização das atividades inerentes à condução do trabalho, detalhando os responsáveis, as entregas necessárias, bem como os recursos primordiais. Sendo assim, toda a inserção de um novo processo, ou a contratação de pessoas, por exemplo, passa pela fase do planejamento, visando obter sucesso na introdução de uma nova atividade ou para a recepção de colaboradores recém-contratados, consideramos que o adequado planejamento é fulcral para o bom desempenho na fase inicial de qualquer projeto das instituições de saúde.

Pensar a gestão hospitalar na perspectiva do gerenciamento de projetos possibilita, ainda, a oportunidade de administrar com o suporte estruturado de um escritório de projetos, em apoio à alta direção, contribuindo diretamente no acompanhamento do portfólio de prospecções do hospital. Ao adotar a metodologia adequada e com a adaptação pertinente à realidade de cada hospital, poderá haver maior controle do *status* dos projetos propostos, evitando que o gestor hospitalar ocupe-se diretamente com todas essas informações. É possível que, por meio de um painel de bordo, possa ter a visão macro de todos os passos, liberando-o para que se ocupe em olhar outras vertentes que se mostrarem fora de controle, sendo, assim, imprescindíveis de seu acompanhamento mais de perto. Com base nisso, propomos que o escritório de projetos estruture um *dashboard* para facilitar a análise do líder, bem como organize reuniões periódicas para alinhamentos necessários.

Em seguida, recomendamos que o gestor hospitalar seja capacitado a gerenciar pessoas, o segundo âmbito. Para o sucesso dos projetos e dos processos, não há outro caminho senão a adequada seleção da equipe de trabalho, seu respectivo desenvolvimento e, ainda, o estabelecimento de estratégias para o acompanhamento da aderência às competências imprescindíveis para os cargos, bem como de seus resultados.

É evidente que essa atuação é compartilhada com todos os líderes do hospital, mas a figura do gestor hospitalar principal, ou da estrutura da alta direção, deve ser excelente nessa atividade. Saber conduzir sua equipe tática de forma extraordinária, para que seja possível chegar até cada um dos profissionais que atuam em nível operacional, é essencial para se estabelecer uma cadeia de comando efetiva ao: a) desdobrar informações; b) solicitar demandas; c) medir o andamento; d) apresentar resultados.

Por fim, o terceiro foco é voltado ao gerenciamento dos processos. Até aqui, trabalhamos a implantação de projetos que ocorrem de forma contínua a cada nova situação visualizada na unidade,

o gerenciamento das pessoas como foco essencial no desdobramento e na execução das ações para o sucesso desses projetos, e agora sobre os processos, que visam à manutenção de todas as atividades contínuas de um hospital.

A gestão por processos é defendida como a mais adequada para o alcance da excelência operacional, visto que a unidade fica voltada a: a) conhecer seus processos – mapeá-los, de forma a saber quais existem e como funcionam; b) gerenciar – contratualizá-los para que se possa entender suas interconexões e acordos necessários; c) melhorar – analisá-los constantemente, por meio das possíveis quebras de contrato e oportunidades de avanços evidenciadas, possibilitando a melhoria contínua desses processos.

A gestão por processos, nesse caso, também acaba se tornando a matriz condensadora da atividade da gestão de projetos, por ser um processo, e a gestão de pessoas, que também se firma como uma atividade continuada. Nesse sentido, podemos entender que essas três dimensões retroalimentam-se e contribuem, entre si, para o alcance da excelência na gestão hospitalar.

O que dá movimento para as engrenagens é, se não, o planejamento estratégico institucional. Essa ferramenta para gerenciamento da organização funciona como guia e, ao mesmo tempo, propulsor das ações do hospital. Essas engrenagens atuam como motivadoras para a entrega de resultados com excelência, mas estas práticas precisam estar focadas, essencialmente, em um prêmio maior. Por isso, a definição/revisão da identidade organizacional torna-se a primeira etapa para uma adequada gestão estratégica, conhecendo bem a razão de ser (missão), o ponto almejado no futuro (visão), os princípios institucionais (valores) e para que (propósito) fazer o que se faz na unidade.

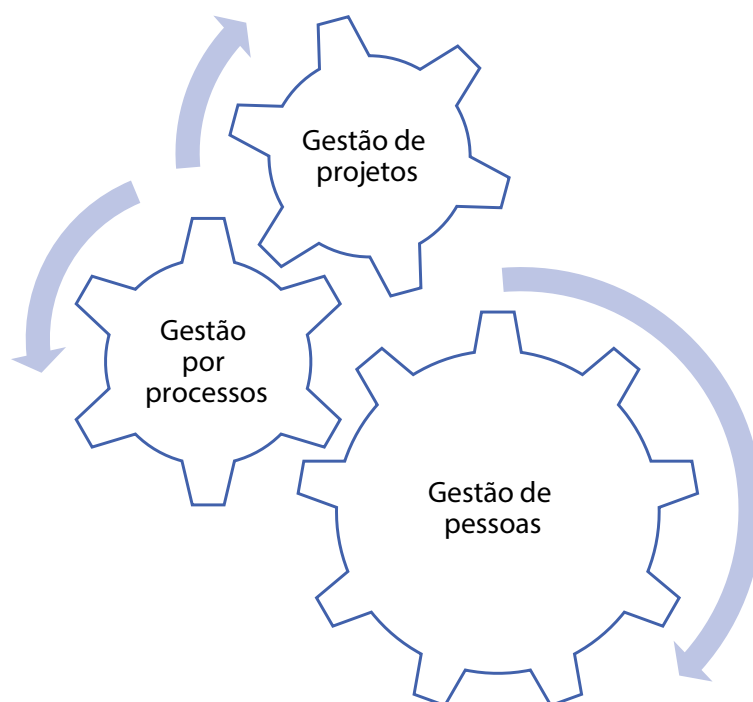


Figura 1 – Engrenagens para gestão hospitalar (projetos, pessoas e processos)

Elaborado pelos organizadores.

Em seguida, sugere-se o uso de algumas ferramentas que podem ser acopladas ao planejamento para conhecer o micro e o macroambiente, captando, assim, as principais oportunidades que se figuram para os próximos passos dessa unidade de saúde. Por meio disso, será possível a construção adequada de objetivos estratégicos dentro das quatro perspectivas principais usando a sabedoria do *Balanced Scorecard* (BSC)³ (sociedade; processos; pessoas; sustentabilidade – termos que sugerimos aqui para adequação à realidade atual).

Isso posto, torna-se crucial o desdobramento dos objetivos estratégicos em metas factíveis, indicadores pertinentes e ações tático-operacionais que possibilitem o alcance de cada um dos resultados almejados. É importante saber que não se trata apenas de planejar. A execução de cada ação elaborada precisa ser feita sob um monitoramento perspicaz da equipe designada para essa atividade, junto à alta direção, seguida de um estudo avaliativo sobre seus impactos efetivos, para que se possa, assim, girar essa roda ao propor melhorias sobre os temas acompanhados.

Tudo isso só é possível se os colaboradores do hospital tiverem ciência da magnitude do planejamento estratégico e o quanto essa ferramenta pode auxiliar no crescimento da instituição. O engajamento de todos os envolvidos é possível a partir do momento em que entendem o impacto de suas ações para a evolução do hospital e que este fato contribui, sobremaneira, na transformação positiva de cada profissional que ali trabalha, em um ciclo contínuo e mútuo de aprendizado e crescimento.

Nesse sentido, este Manual de Gestão Hospitalar da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) surge para apresentar as principais áreas sistêmicas do conhecimento, que estão ligadas, transversalmente, à excelência em projetos, pessoas e processos e com o desdobramento do planejamento estratégico da unidade de saúde.

Convidamos os leitores para se aprofundarem nos temas planejamento por cenários; liderança e pessoas; comunicação; sustentabilidade; remuneração; acreditação; qualificação; tecnologia da informação; arquitetura; e experiência do paciente.

Referências

DRUCKER, P. F. **O melhor de Peter Drucker**: o homem, a administração, a sociedade. São Paulo: Nobel, 2002.

_____. **O gestor eficaz**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

KAPLAN, R.; NORTON, D. **A estratégia em ação**: Balanced Scorecard. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

3 KAPLAN, R.; NORTON, D. **A estratégia em ação**: Balanced Scorecard. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

CAPÍTULO 1



PLANEJAMENTO POR CENÁRIOS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Elaine Coutinho Marcial

Objetivos

- Sensibilizar o gestor hospitalar para olhar o futuro de forma disruptiva e buscar formular estratégias adequadas a esse perfil;
- Mostrar a importância da metodologia de planejamento por cenários para as organizações hospitalares, em especial nos dias atuais;
- Apresentar a metodologia de planejamento por cenários.

Planejar

Se o passado pertence à história, o futuro pertence à estratégia. Qualquer organização, para se manter viva, depende da sua capacidade de desenvolver estratégias vencedoras em um mundo competitivo em eterna mudança.

A questão a respeito do futuro é que ele não é “dado”, necessita ser construído. Não é um conjunto predeterminado de eventos e situações irreversíveis, mas uma construção coletiva e imprevisível, moldada pela estratégia de diversos atores envolvidos nos eventos que se sucedem.¹

Ao observar o momento atual, verifica-se que a incerteza ambiental passou a ser uma certeza na vida cotidiana da sociedade da informação. A incerteza não está só presente, mas aumenta na mesma proporção que essa sociedade evolui.²

A incerteza aumenta, pois o mundo tornou-se disruptivo, em que a mudança é a única certeza. Para onde desviar o olhar, os temas mais recorrentes são *big data*, *cloud computer*, internet das coisas (IoT), inteligência artificial, inteligência ampliada, realidade ampliada, robótica, *bitcoin* e *blockchain*, carros autônomos, novos materiais advindos da nano e da biotecnologia e a impressão 3D. Esses avanços tecnológicos disruptivos vêm afetando todo tipo de organização e as pessoas.³

Essa grande revolução tecnológica não ocorre sozinha; também estão presentes nos campos social, demográfico e ambiental. Como exemplo, citam-se as mudanças demográficas, em especial a do envelhecimento da população, a quebra de paradigma da cura para o cuidado em saúde, o empoderamento dos indivíduos, as novas relações de trabalho, as mudanças climáticas, a ampliação dos fluxos migratórios, a escassez de água, o avanço do terrorismo e dos ataques cibernéticos.⁴

1 MARCIAL, E. C. Lançamento do livro “Megatendências mundiais 2030 – O que entidades e personalidades internacionais pensam sobre o futuro do mundo?”. **Informação Estratégica Blogspot**, 4 out. 2015. Disponível em: <http://elaine-marcial.blogspot.com/2015/10/lançamento-do-livro-megatendencias.html>. Acesso em: 9 abr. 2019.

2 MARCIAL, E. C. **Análise estratégica**: estudos de futuro no contexto da inteligência competitiva. 1. ed. Brasília: Thesaurus, 2011.

3 MARCIAL, E. C. Planejamento energético de longo prazo: cenários para apoiar a formulação de políticas públicas no campo da transição energética. **Informação Estratégica Blogspot**, 10 mar. 2019. Disponível em: <http://elaine-marcial.blogspot.com/2019/03/planejamento-energetico-de-longo-prazo.html>. Acesso em: 9 abr. 2019.

4 *Ibidem*.

Todas essas grandes mudanças irão impactar qualquer tipo de organização e a vida das pessoas, e as instituições hospitalares não ficarão de fora dessa revolução. As mudanças exigirão das organizações adaptação rápida para que possam cumprir seus propósitos, mantendo-se vivas e preservando seus espaços perante os clientes e a sociedade. Quem não romper com o passado não terá espaço no futuro.

Para se formular estratégias vencedoras, a informação torna-se imprescindível. Entretanto, não é qualquer tipo de informação que deve ser utilizada nesse processo, mas aquela que diz respeito ao futuro.⁵

Embora pareça óbvio, a informação sobre o futuro possui característica diferente daquelas relacionadas ao presente. Isto porque o futuro possui características próprias: ele é múltiplo e incerto; é inusitado; impossível de ser previsto; é um constructo da nossa imaginação; os atores podem mudar o seu curso a todo instante; e têm seu curso influenciado por forças ambientais.

Nesse contexto, a construção de cenários prospectivos caracteriza-se como a melhor metodologia para produzir esse tipo de informação. Isso porque os cenários conseguem lidar com as características do futuro, levando em consideração as decisões e ações dos atores, capturando as possíveis quebras de tendências e prováveis rupturas. Ao construir várias histórias a respeito do porvir, os cenários assumem que o futuro é múltiplo e incerto e necessita ser construído.

Sendo assim, são os cenários que produzem as melhores informações sobre o amanhã para subsidiar o processo de tomada de decisão dos estrategistas de qualquer organização.

Cabe lembrar que os cenários lidam com variáveis qualitativas, construindo histórias a respeito do futuro que irão iluminar o processo de tomada de decisão. Estuda-se o futuro não para se saber o que irá acontecer, mas para melhorar o processo decisório hoje, decidindo-se qual o melhor caminho a ser seguido e que apostas devem ser feitas no presente.

É importante que se compreenda as possibilidades de futuro que ora se apresentam, para que se possa pensar em inovações disruptivas e fazer as melhores escolhas. Para tanto, é preciso ter coragem em admitir que muito do que se faz hoje não terá serventia alguma no futuro, e que grande parte das necessidades do amanhã sequer foram imaginadas.⁶

Partindo-se do princípio de que o futuro é múltiplo e incerto e muda a todo o instante, é necessário que, além de realizar o monitoramento constante do ambiente, evitando surpresas e o desenvolvimento de pontos cegos, é preciso desenvolver uma estratégia revolucionária e disruptiva, que promova o rompimento com os paradigmas do passado.⁷ Nesse ambiente, a tomada de decisão torna-se um grande desafio para os executivos de hoje em dia, independentemente do setor em que atuam.

Neste capítulo apresentamos a metodologia de formulação de planejamento por cenários e um modelo de como construí-los e as principais ferramentas, que auxiliam na tomada de decisões e no planejamento em ambientes muito incertos e que surpreendem a todo instante.⁸

5 *Ibidem.*

6 MARCIAL, E. C. A palavra de ordem é Disrupção. Sua organização está preparada? **Informação Estratégica Blogspot**, 19 nov. 2017. Disponível em: <http://elaine-marcial.blogspot.com/2017/11/a-palavra-de-ordem-e-disrupcao-sua.html>. Acesso em: 9 abr. 2019.

7 *Ibidem.*

8 Marcial (2011).

O planejamento por cenários

A humanidade sempre quis saber como será o amanhã. Os egípcios valiam-se dos sacerdotes, os gregos dos oráculos, e, na Idade Média, eram os profetas que reinavam. A partir da Renascença, essas superstições caem por terra e são substituídas pelo pensamento racional e crítico. Como a preocupação com o futuro não deixou de existir, passaram a utilizar a ciência para prever o futuro.⁹

Entretanto, a previsão nunca foi a melhor forma de produzir informação sobre o futuro. Em especial, após a II Guerra Mundial, reduziram ainda mais sua capacidade de auxiliar no processo decisório e de planejamento. É nessa época que surgem as primeiras iniciativas de construção de cenários. Na Europa, o movimento foi liderado por Gaston Berger, filósofo que criou o termo “prospectiva”, e nos Estados Unidos pela Hand Corporation, primeira organização a utilizar o termo cenário para descrever visões a respeito do futuro.¹⁰

Na década de 1970, a metodologia de planejamento por cenários, que antes estava limitada ao uso do Estado, chega às organizações por meio do sucesso alcançado pela Shell, empresa petrolífera, que se valeu dessa metodologia para construir estratégias vencedoras durante a primeira crise do petróleo.¹¹

Hoje em dia, a metodologia é utilizada mundo afora por todo tipo de instituições, como instrumento essencial de planejamento e gestão estratégica em ambientes turbulentos e de grande incerteza.

Apesar de a metodologia ser utilizada há mais de sete décadas, há anos que diversos autores chamam a atenção para a falta de fortes raízes teóricas fornecendo suporte ao planejamento por cenários. Além disso, os impactos no curto e no longo prazos do planejamento por cenários não são muitas vezes compreendidos.^{12,13,14,15,16}

Por volta do início dos anos 2000, os pesquisadores Chermack, Lynham e Ruona, da área de prospectiva, levantaram a necessidade do desenvolvimento de base teórica e conceitual do planejamento por cenários. Isso porque a ausência de raízes teóricas explícitas associada à rápida expansão de sua utilização pelas organizações levou à formação de uma forte comunidade de prática na área de planejamento por cenários, que não possuía tempo para refletir sobre as implicações de suas intervenções nas organizações. Além disso, a falta de uma base conceitual pode levar ao colapso de uma área prática, como o ocorrido nos anos 1970 com o planejamento

9 MARCIAL, E. C.; GRUMBACH, R. J. **Cenários prospectivos**: como construir um futuro melhor. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.

10 *Ibidem*.

11 *Ibidem*.

12 GEORGANTZAS, N. C.; ACAR, W. **Scenario-driven planning**: learning to manage strategic uncertainty. Westport: Quorum, 1995.

13 RINGLAND, G. **Scenario planning**: managing for the future. New York: John Wiley, 1998.

14 SCHWARTZ, P. **The art of the long view**. New York: Doubleday, 1991.

15 VAN DER HEIJDEN, K. **Scenarios**: the art of strategic conversation. New York: John Wiley, 1997.

16 CHERMACK, T. J.; LYNHAM, S. A.; RUONA, W. E. A. A review of scenario planning literature. **Futures Research Quarterly**, v. 17, n. 2, p. 7-31, 2001.

estratégico.¹⁷ Outros autores seguiram o mesmo caminho, como, por exemplo, Bishop, Hines e Collins,¹⁸ Amer, Daim e Jetter,¹⁹ Sonk²⁰ e, recentemente, Soares *et al.*²¹

Para tanto, é necessário dispor de uma definição clara e aceita pelas comunidades de práticas científicas. Em geral, é difícil encontrar uma definição nítida que capture o real significado do planejamento por cenários. É certo que eles não são previsões nem projeções.²² Nesse contexto, Chermack e Lynhan²³ fizeram um levantamento das definições de planejamento com base em cenários. Analisando as mais de 20 definições coletadas, verifica-se que ora apresentam a definição do objeto “cenário” e ora do processo “planejamento por cenários”.

Em síntese, “planejamento por cenários” refere-se ao método de formulação de estratégia por meio da utilização da construção e análise de cenários.²⁴ Nesse processo, imaginam-se várias histórias a respeito de futuros alternativos plausíveis, consistentes e possíveis. Em geral, referem-se a futuros que apresentam grande incerteza, e essas histórias auxiliam na melhoria tanto do processo de planejamento quanto do de tomada de decisão estratégica. Esse processo gera aprendizado pessoal e organizacional, o que resulta na formulação de estratégias vencedoras.^{25,26,27,28,29,30,31}

O planejamento por cenários permite que planejadores examinem o que é provável e o que é improvável, sabendo que elementos improváveis podem determinar o seu sucesso. O processo deve desafiar a sabedoria convencional da organização, focando a atenção sobre como o futuro pode ser diferente do presente. Seu propósito é mudar o pensamento atual, melhorando a tomada de decisão e o desempenho das organizações.^{32,33,34,35}

17 *Ibidem*.

18 BISHOP, P.; HINES, A.; COLLINS, T. The current state of scenario development: an overview of techniques. **Foresight**, v. 9, n. 1, p. 5-25, 2007.

19 AMER, M.; DAIM, T. U.; JETTER, A. A review of scenario planning. **Futures**, v. 46, p. 23-40, 2013.

20 SONK, M. How to justify beliefs about the future: some epistemological remarks. **European Journal of Futures Research**, v. 3, n. 17, 2015.

21 SOARES, S. A. *et al.* **Alcances, limites e antinomias de métodos e técnicas em cenários prospectivos**. Brasília: Ipea, 2019. (Texto para Discussão, n. 2443).

22 Chermack, Lynhan e Ruona (2001).

23 CHERMACK, T. J.; LYNHAM, S. A. Definitions and outcome variables of scenario planning. **Human Resource Development Review**, v. 1, n. 3, p. 366-383, 2002.

24 *Ibidem*.

25 *Ibidem*.

26 GODET, M. **Creating futures**: scenario planning as a strategic management tool. London: Economic, 2001.

27 WILSON, I. From scenario thinking to strategic action. **Technological Forecasting and Social Change**, v. 65, n. 3, p. 23-29, 2000.

28 TUCKER, K. Scenario planning. **Association Management**, v. 51, n. 4, p. 70-75, 1999.

29 BAWDEN, R. The leadership revolution. In: AUSTAFE REGIONAL CONFERENCE, 1998, Ballarat. **Annals [...]**. Ballarat: Austafe, 1998.

30 SCHOEMAKER, P. J. H. Scenario planning: a tool for strategic thinking. **Sloan Management Review**, p. 25-40, 1995.

31 BLOOM, M.; MENEFFEE, M. L. Scenario planning and contingency planning. **Public Productivity & Management Review**, v. 17, n. 3, p. 223-230, 1994.

32 THOMAS, C. W. Learning from imagining the years ahead. **Planning Review**, v. 22, n. 3, p. 6-10, 1994.

33 Bawden (1998).

34 ALEXANDER, W.; SERFASS, R. Creating and analyzing your organization's quality future. **Quality Progress**, v. 31, v. 7, p. 31-36, 1998.

35 Chermak e Lynham (2002).

O termo “cenários” tem muitos significados e varia desde *scripts* de cinema e projeções vagas a combinações estatísticas de incertezas.³⁶ Refere-se ao “conjunto formado pela descrição, de forma coerente, de uma situação futura e do encaminhamento dos acontecimentos que permitam passar da situação de origem à situação futura”.³⁷ São histórias contadas a respeito do futuro – não é a realidade futura, mas um meio de representá-la. Representam, de forma imaginativa, a descrição de futuros possíveis, plausíveis, prováveis e desafiadores, que são apresentados por meio de narrativas fictícias.^{38,39,40,41,42}

Os cenários estimulam o pensamento estratégico e a comunicação dentro das organizações. Também melhoram a capacidade interna de respostas às incertezas ambientais, tornando a organização mais flexível e adaptativa.

Métodos de planejamento por cenários

Há uma variedade de métodos que auxiliam na construção de cenários. Segundo Brasdfield *et al.*,⁴³ esses métodos estão agrupados em três escolas de planejamento por cenários:

1. A da lógica intuitiva – iniciada pelos trabalhos desenvolvidos pela Shell na década de 1970, liderados por Pierre Wack;
2. A probabilística com tendências modificadas – que incorpora dois métodos distintos: análise de impacto de tendências, desenvolvida pelo Future Group, e análise de impactos cruzados, desenvolvida por Gordon e Helman em 1966 na Rand Corporation;
3. E a da *la prospective* – fundada por Michel Godet, no Departamento de Estudos de Futuro da Société d’Economie et des Mathématiques Appliquées (Sema), tomando como base a metodologia da *la prospective* desenvolvida por Gaston Berger, na década de 1950.

Como forma de se mostrar quais os principais passos para a condução de um processo de planejamento por cenários, apresenta-se o modelo síntese dos métodos de construção de cenários, desenvolvido por Marcial.⁴⁴ O modelo foi construído tomando como base a análise comparativa entre três métodos: Godet (escola francesa), Schwartz (escola intuitiva) e Grumbach (escola probabilística).

36 Schoemaker (1995).

37 GODET, M.; ROUBELAT, F. Creating the future: the use and misuse of scenarios. **Long Range Planning**, v. 29, n. 2, p. 164-171, 1996.

38 Bloom e Menefee (1994).

39 SCHWARTZ, P. **The art of the long view**. New York: Doubleday, 1991.

40 Van der Heijden (1997).

41 FAHEY, L.; RANDALL, R. M. **Learning from the future**: competitive foresight scenarios. New York: John Wiley & Sons, 1998.

42 KAHANE, A. Scenarios for changing the world. In: SENGE, P. *et al.* (Eds.). **The dance of change**: the challenges to sustaining momentum in learning organizations. New York: Doubleday, 1999. p. 238-239.

43 BRADFIELD, R. *et al.* The origins and evolution of scenario techniques in long range business planning. **Futures**, v. 37, p. 795-812, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/George_Cairns2/publication/222813630_The_origins_and_evolution_of_scenario_techniques_in_long_range_business_planning/links/00b49525f0a69d67bc000000/The-origins-and-evolution-of-scenario-techniques-in-long-range-business-planning.pdf. Acesso em: 21 jul. 2017.

44 Marcial (2011).

O modelo síntese

O modelo síntese é formado por oito etapas (figura 1), nas quais as ferramentas da prospectiva são utilizadas conforme a necessidade do cenarista. Esse modelo auxilia na construção de um método a ser utilizado de forma customizada em qualquer organização ou para auxiliar na avaliação de um método de construção de cenários a ser contratado.



Figura 1 – Modelo síntese

Fonte: Marcial (2011).

As etapas descritas a seguir foram sintetizadas de Marcial.⁴⁵

Etapas 1 – Definição do plano de trabalho, questão principal e sistema de cenarização

A primeira etapa do processo é a construção de um plano de trabalho com a definição de seu escopo. Nesse momento, além do plano de trabalho, são definidos: a questão orientadora, também chamada de questão principal, seus aspectos fundamentais e o sistema de cenarização.

A questão orientadora refere-se a uma questão estratégica que motivou a construção dos cenários. É uma pergunta em relação ao futuro que tem como objetivo dar foco específico ou aprofundado aos cenários.

Nesse momento, também são explicitados os demais elementos que irão delimitar o sistema de cenarização: 1) a finalidade do trabalho – para que os cenários serão utilizados e qual o objetivo dessa construção; 2) horizonte temporal – representa o período de tempo que será coberto pelo estudo prospectivo, quanto tempo à frente será cenarizado. Pode variar em função da dinâmica e da evolução do sistema estudado; 3) lugar ou abrangência geográfica – delimitação do espaço geográfico de abrangência do tema.

Outras questões importantes necessitam ser definidas, como: 1) a quem se destina – explicitar o destinatário ou os usuários dos cenários; 2) o prazo de produção – quando os cenários deverão estar prontos para serem utilizados nos processos decisório e de planejamento. Orienta também a construção do

⁴⁵ *Ibidem*.

cronograma de trabalho; 3) os recursos necessários, inclusive os informacionais, visto que, em muitos casos, há a necessidade de aquisição de estudos e relatórios específicos para encurtar o tempo de produção.

Destaque-se que a técnica de *brainstorming*, em geral, auxilia na execução dessa etapa. Segundo Marcial:⁴⁶ “é um processo de trabalho em grupo que tem por finalidade a geração de ideias, ligadas a um assunto ou problema, a partir de procedimentos e regras estabelecidas”.

Etapa 2 – Análise retrospectiva e da situação atual

Nessa etapa, é realizado levantamento bibliográfico e análise da evolução dos temas associados à questão principal e seus aspectos fundamentais. Durante a análise retrospectiva, elabora-se resgate histórico dos acontecimentos relacionados à questão orientadora, aos seus aspectos fundamentais e ao sistema de cenarização. Nesse momento, realiza-se coleta de dados e descreve-se o comportamento histórico e atual das principais variáveis e atores que fazem parte do sistema de cenarização, objetivando justificar as sementes de futuro identificadas.

Etapa 3 – Identificação das sementes de futuro

As sementes de futuro⁴⁷ emergem da análise retrospectiva e da situação atual. Em geral, utiliza-se a técnica do *brainstorming* ou do *brainwrighting* para seu levantamento após a análise da etapa anterior. Para tanto, é necessário reunir especialistas para a identificação das percepções a respeito do futuro. Além disso, após a geração de ideia, torna-se necessário justificá-las. Sendo assim, a consulta a especialista é chave nesta etapa, tanto para auxiliar na identificação quanto na confirmação das sementes de futuro.

Todas as sementes de futuro levantadas devem ser devidamente justificadas para que somente as sementes confirmadas dentro do horizonte temporal do estudo de futuro possam ser utilizadas nas etapas seguintes.

Etapa 4 – Definição das condicionantes de futuro

O objetivo desta etapa é identificar as variáveis mais importantes para a descrição da lógica dos cenários e seus atores-chave. Representam aquelas sementes de futuro capazes de condicionar os possíveis futuros. São variáveis independentes entre si, com alto grau de incerteza em relação ao ambiente, de grande importância para a questão orientadora e com capacidade de movimentar todo o sistema de cenarização, ou seja, possuem alta motricidade e baixa dependência em relação às demais variáveis do sistema de cenarização.

Há diversos métodos que contribuem com essa etapa, como: a construção do *ranking* das incertezas críticas,⁴⁸ a construção da matriz de motricidade e dependência⁴⁹ ou a construção de eventos a serem submetidos à pesquisa Delphi e aos impactos cruzados.⁵⁰

46 *Ibidem*, p. 247.

47 Sementes de futuro são fatos ou sinais existentes no passado e no presente que sinalizam possibilidades de eventos futuros (*ibidem*).

48 Schwartz (1991).

49 GODET, M. **Manual de prospectiva estratégica**: da antecipação a ação. Lisboa: Publicações Dom Quichote, 1993.

50 Marcial e Grumbach (2008).

Etapa 5 – Geração dos cenários

Os principais objetivos dessa etapa são a geração, a definição do enredo e a redação dos cenários exploratórios que visam apresentar as possibilidades de futuro relacionadas à questão principal de cenarização. Cabe destacar que cada cenário exploratório construído deve ser capaz de iluminar nossas escolhas futuras.

Para a construção dos cenários exploratórios é necessária a utilização de processos criativos e de escolhas com o uso da lista das incertezas-chave. Essa atividade dá origem à definição da lógica dos cenários, que orienta a descrição da ideia-força ou filosofia de cada cenário exploratório.

Há diversos métodos que auxiliam nessa etapa, como, por exemplo, a construção de eixos ortogonais e a análise morfológica. Eixo ortogonal é, segundo Marcial,

o método utilizado pela Global Business Network (GBN) para auxiliar na definição da lógica dos cenários e, por conseguinte, na geração de cenários. Representa graficamente as incertezas críticas identificadas em eixo que forma um ângulo reto, representando a total independência entre essas incertezas críticas.⁵¹

A análise morfológica é, segundo Marcial,⁵² a “decomposição de uma variável em vários elementos, identificando-se as várias formas e valores que estes podem assumir no horizonte temporal em estudo”. Esses métodos devem auxiliar na construção das ideias-força de cada cenário, as quais irão auxiliar na descrição dos diferentes enredos.

Para a descrição do curso dos acontecimentos, é necessário que o enredo siga uma sequência lógica, construído a partir de uma situação futura até chegar ao presente. Deve também descrever o resultado das ações, das parcerias e dos confrontos entre os atores identificados durante esse período.

Etapa 6 – Teste de consistência e ajustes

O objetivo desta etapa é assegurar a consistência e a coerência dos enredos referentes às diferentes imagens construídas a respeito do futuro. Busca-se verificar, principalmente, se em cada história fictícia existe alguma variável ou ator comportando-se de forma não coerente ou não consistente em relação à lógica de cada cenário, bem como se cada cenário, como um todo, é possível, plausível, coerente e consistente. De posse dos cenários descritos, é necessário verificar junto a especialistas se:

- O enredo é possível/passível de ocorrência?
- As relações de causa e efeito são possíveis? Estão corretas?
- Os atores citados são os responsáveis pelos resultados descritos?
- Está clara a atuação desses atores e as relações entre eles?
- As rupturas descritas são passíveis de ocorrer dentro do enredo escrito?

Com base nas orientações de aprimoramento, redige-se a versão final dos cenários.

Etapa 7 – Análise dos cenários e identificação de estratégias

Esta é uma etapa-chave de todo processo, pois é o momento em que as estratégias são formuladas. Os cenários são construídos para iluminar o processo decisório frente a um futuro múltiplo

⁵¹ Marcial (2011, p. 249).

⁵² *Ibidem*, p. 245-246.

e incerto. Sendo assim, após a análise de todos os cenários construídos, é nesse momento que são definidos os direcionadores estratégicos, incluindo análise SWOT⁵³ e definição dos objetivos estratégicos e das metas.

É nesta etapa que os cenários desejados e alvo são construídos pelo decisor estratégico. Também neste momento devem ser desenvolvidos os planos de contingência em função da incerteza ambiental.

Etapa 8 – Questões para o monitoramento

Como o futuro é múltiplo e incerto, e muda a todo o instante, é imprescindível a construção de um sistema de monitoramento do ambiente para avaliação e atualização dos cenários, bem como a realização de ajustes nas estratégias. Para tanto, é necessário propor as questões para o monitoramento e os indicadores, a periodicidade de avaliações e a responsabilidade dos parceiros. Também é o momento de definir alguns estudos específicos para melhor entendimento de determinados fenômenos, bem como a formação de um banco de dados com essas informações.

Considerações

O futuro faz parte da agenda dos estrategistas e administradores. Gerenciar pressupõe planejar, primeira etapa de qualquer processo de gestão, e, para planejar com excelência, é necessário informação sobre o futuro.

Com o crescimento da incerteza ambiental, torna-se necessária a utilização de metodologia que absorva essa incerteza e que ilumine o processo decisório. Nesse contexto, os cenários têm se apresentado como a melhor forma de se estudar o futuro e produzir informação que sirva como insumo não somente para o processo de planejamento, mas também para o de gestão em qualquer tipo de organização.

As organizações hospitalares não estão imunes às disrupturas que o mundo atual apresenta. Para se manterem competitivas, terão que absorver essa nova ordem mundial, como também promover disruptura em seu ambiente de gestão.

Para tanto, será necessário ser criativo, desprender-se do momento atual e imaginar futuros que auxiliem no processo decisório. E, como o mundo muda o tempo todo, esse exercício deve ser permanente, e o monitoramento do ambiente deve ser sistemático.

Destaca-se que o exercício de olhar criativamente para o futuro, além de desafiador, constitui-se em um processo de aprendizado. Isso não significa uma viagem de ficção ao futuro, mas a construção de imagens coerentes, consistentes e plausíveis que sejam capazes de mudar a forma de ver o presente e que conduzam os gestores das organizações hospitalares à construção de um futuro promissor.

Referências

ALEXANDER, W.; SERFASS, R. Creating and analyzing your organization's quality future. **Quality Progress**, v. 31, n. 7, p. 31-36, 1998.

AMER, M.; DAIM, T. U.; JETTER, A. A review of scenario planning. **Futures**, v. 46, p. 23-40, 2013.

BAWDEN, R. The leadership revolution. In: AUSTAFE REGIONAL CONFERENCE, 1998, Ballarat. **Annals** [...]. Ballarat: Austafe, 1998.

53 SWOT é o acrônimo dos termos ingleses *strengths* (forças), *weaknesses* (fraquezas), *opportunities* (oportunidades) e *threats* (ameaças).

BERGER, G. **L'Attitude Prospective**. Paris: PUF, 1958. (Prospective Mémoire, n. 1).

BISHOP, P.; HINES, A.; COLLINS, T. The current state of scenario development: an overview of techniques. **Foresight**, v. 9, n. 1, p. 5-25, 2007.

BLOOM, M.; MENEFEE, M. L. Scenario planning and contingency planning. **Public Productivity & Management Review**, v. 17, n. 3, p. 223-230, 1994.

BRADFIELD, R. *et al.* The origins and evolution of scenario techniques in long range business planning. **Futures**, v. 37, p. 795-812, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/George_Cairns2/publication/222813630_The_origins_and_evolution_of_scenario_techniques_in_long_range_business_planning/links/00b49525f0a69d67bc000000/The-origins-and-evolution-of-scenario-techniques-in-long-range-business-planning.pdf. Acesso em: 21 jul. 2017.

CHERMACK, T. J.; LYNHAM, S. A. Definitions and outcome variables of scenario planning. **Human Resource Development Review**, v. 1, n. 3, p. 366-383, 2002.

CHERMACK, T. J.; LYNHAM, S. A.; RUONA, W. E. A. A review of scenario planning literature. **Futures Research Quarterly**, v. 17, n. 2, p. 7-31, 2001.

FAHEY, L.; RANDALL, R. M. **Learning from the future: competitive foresight scenarios**. New York: John Wiley & Sons, 1998.

GEORGANTZAS, N. C.; ACAR, W. **Scenario-driven planning: learning to manage strategic uncertainty**. Westport: Quorum, 1995.

GODET, M. **Scenarios and strategic management**. London: Butterworths Scientific, 1987.

_____. **Manual de prospectiva estratégica: da antecipação a acção**. Lisboa: Publicações Dom Quichote, 1993.

_____. **Creating futures: scenario planning as a strategic management tool**. London: Economic, 2001.

GODET, M.; ROUBELAT, F. Creating the future: the use and misuse of scenarios. **Long Range Planning**, v. 29, n. 2, p. 164-171, 1996.

KAHANE, A. Scenarios for changing the world. In: SENGE, P. *et al.* (Eds.). **The dance of change: the challenges to sustaining momentum in learning organizations**. New York: Doubleday, 1999. p. 238-239.

MARCIAL, E. C. **Análise estratégica: estudos de futuro no contexto da inteligência competitiva**. 1. ed. Brasília: Thesaurus, 2011.

_____. Lançamento do livro "Megatendências mundiais 2030 – O que entidades e personalidades internacionais pensam sobre o futuro do mundo?". **Informação Estratégica Blogspot**, 4 out. 2015. Disponível em: <http://elaine-marcial.blogspot.com/2015/10/lançamento-do-livro-megatendencias.html>. Acesso em: 9 abr. 2019.

_____. A palavra de ordem é Disrupção. Sua organização está preparada? **Informação Estratégica Blogspot**, 19 nov. 2017. Disponível em: <http://elaine-marcial.blogspot.com/2017/11/a-palavra-de-ordem-e-disrupcao-sua.html>. Acesso em: 9 abr. 2019.

_____. Planejamento energético de longo prazo: cenários para apoiar a formulação de políticas

públicas no campo da transição energética. **Informação Estratégica Blogspot**, 10 mar. 2019. Disponível em: <http://elaine-marcial.blogspot.com/2019/03/planejamento-energetico-de-longo-prazo.html>. Acesso em: 9 abr. 2019.

MARCIAL, E. C.; GRUMBACH, R. J. **Cenários prospectivos: como construir um futuro melhor**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.

RINGLAND, G. **Scenario planning: managing for the future**. New York: John Wiley, 1998.

SCHOEMAKER, P. J. H. Scenario planning: a tool for strategic thinking. **Sloan Management Review**, p. 25-40, 1995.

SCHWARTZ, P. **The art of the long view**. New York: Doubleday, 1991.

SOARES, S. A. *et al.* **Alcances, limites e antinomias de métodos e técnicas em cenários prospectivos**. Brasília: Ipea, 2019. (Texto para Discussão, n. 2443).

SONK, M. How to justify beliefs about the future: some epistemological remarks. **European Journal of Futures Research**, v. 3, n. 17, 2015.

THOMAS, C. W. Learning from imagining the years ahead. **Planning Review**, v. 22, n. 3, p. 6-10, 1994.

TUCKER, K. Scenario planning. **Association Management**, v. 51, n. 4, p. 70-75, 1999.

VAN DER HEIJDEN, K. **Scenarios: the art of strategic conversation**. New York: John Wiley, 1997.

WACK, P. Scenarios: uncharted waters ahead. **Harvard Business Review**, p. 72-89, 1985.

WILSON, I. From scenario thinking to strategic action. **Technological Forecasting and Social Change**, v. 65, n. 3, p. 23-29, 2000.

Bibliografia complementar

BRASIL 2035 – Cenários para o Desenvolvimento. **YouTube**, 21 jun. 2017. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=NPfj_M--0Jk. Acesso em: 8 jul. 2017.

EARTH – 100 years later (Documentary). **YouTube**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=A-g2RwQkUal>. Acesso em: 8 jul. 2017.

EARTH 2100. **YouTube**, 20 abr. 2012. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=LUWyDWEXH8U>. Acesso em: 8 jul. 2017.

MARCIAL, E. C. *et al.* **Brasil 2035: cenários para o desenvolvimento**. Brasília: Ipea; Assecor, 2017. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/170606_brasil_2035_cenarios_para_desenvolvimento.PDF. Acesso em: 20 set. 2018.

MARCIAL, E. C.; WOSGRAU, A.; CHERVENSKI, V. Cone de futuro: alternativas concebíveis por ator. **Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento – RBPO**, v. 5, n. 1, p. 28-38, 2015.

NIC – NATIONAL INTELLIGENCE COUNCIL. **O relatório da CIA: como será o mundo em 2020**. São Paulo: Ediouro, 2006.

OUR future 2016-2100. **YouTube**, 6 set. 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=JQ-zuQhEKSU>. Acesso em: 8 jul. 2017.

PETERSEN, J. **Out of the blue**: how to anticipate big future surprises. New York: Madison Books, 1999.

PORTER, M. E. **Vantagem competitiva**: criando e sustentando um desempenho superior. 7. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

SIMPSON, D. G. Key lessons for adopting scenario planning in diversified companies. **Planning Review**, p. 10-17, 1992.

TALEB, N. **A lógica do Cisne Negro**: o impacto do altamente improvável. Rio de Janeiro: BestSeller, 2008.

Glossário

- **Análise morfológica** – segundo Marcial,⁵⁴ é a “decomposição de uma variável em vários elementos, identificando-se as várias formas e valores que estes podem assumir no horizonte temporal em estudo”;
- **Brainstorming** – segundo Marcial,⁵⁵ “é um processo de trabalho em grupo que tem por finalidade a geração de ideias, ligadas a um assunto ou problema, a partir de procedimentos e regras estabelecidas”;
- **Brainwriting** – é uma técnica criativa e simples de coletar ideias inovadoras, momento em que um grupo de pessoas registra, individualmente, por escrito, suas ideias sobre o tema em questão. As ideias geradas são apresentadas, debatidas e selecionadas as melhores;
- **Cenários** – para Godet,⁵⁶ cenário é o conjunto formado pela descrição, de forma coerente, de uma situação futura e do encaminhamento dos acontecimentos que permitem passar da situação de origem à situação futura. São histórias a respeito do futuro, segundo Schwartz;⁵⁷
- **Condicionantes de futuro** – representam as variáveis mais importantes para a descrição da lógica dos cenários e seus atores-chave;
- **Eixos ortogonais** – segundo Marcial, é:

o método utilizado pela Global Business Network (GBN) para auxiliar na definição da lógica dos cenários e, por conseguinte, na geração de cenários. Representa graficamente as incertezas críticas identificadas em eixo que forma um ângulo reto, representando a total independência entre essas incertezas críticas.⁵⁸

- **Impactos cruzados** – segundo Marcial e Grumbach, é o:
método de revisão de probabilidades estimadas dos eventos futuros, em função do impacto que a suposta ocorrência de um deles causa nos demais. o método foi proposto por Theodore Gordon e Olaf Helmer em 1966 e tem sido largamente aplicado em conjunto com outras metodologias.⁵⁹
- **Incerteza crítica** – definidas por Schwartz, constituem-se naquelas variáveis que representam os eventos mais incertos e de maior importância relacionados à “questão principal”

54 Marcial (2011, p. 245-246).

55 *Ibidem*, p. 247.

56 GODET, M. **Scenarios and strategic management**. London: Butterworths Scientific, 1987. p. 70.

57 Schwartz (1991).

58 Marcial (2011, p. 249).

59 Marcial e Grumbach (2008).

definida no início do processo de construção de cenários;⁶⁰

- **Lógica dos cenários** – referem-se às hipóteses criadas a respeito das possibilidades de futuro;
- **Planejamento por cenários** – segundo Chermak e Lynham:

planejamento com base em cenários é um processo de postular vários ambientes futuros alternativos, que sejam informados, plausíveis e imaginários, nas quais decisões sobre o futuro podem ser jogadas fora com o propósito de mudar o pensamento atual, melhorando a tomada de decisões, a aprendizagem humana e organização e o desempenho.⁶¹

- **Prospectiva** – definida por Gaston Berger (1958),⁶² representa uma atitude frente ao futuro: a atitude prospectiva significava olhar longe, preocupar-se com o longo prazo; olhar amplamente, tomando cuidado com as interações; olhar a fundo até encontrar os fatores e tendências que são realmente importantes; arriscar, porque as visões de horizontes distantes podem fazer mudar nossos planos de longo prazo; e levar em conta o gênero humano, grande agente capaz de modificar o futuro.⁶³
- **Questão orientadora** – refere-se a uma questão estratégica que motivou a construção dos cenários. É uma pergunta em relação ao futuro que tem como objetivo dar foco específico ou aprofundado aos cenários;
- **Sementes de futuro** – são fatos ou sinais existentes no passado e no presente que sinalizam possibilidades de eventos futuros;⁶⁴
- **SWOT** – acrônimo dos termos ingleses *strengths* (forças), *weaknesses* (fraquezas), *opportunities* (oportunidades) e *threats* (ameaças);
- **Tendências** – definidas por Michel Godet,⁶⁵ referem-se àqueles eventos cuja perspectiva de direção e sentido é suficientemente consolidada e visível para se admitir sua permanência no período futuro considerado.

60 Schwartz (1991).

61 Chermak e Lynham (2002).

62 BERGER, G. **L'Attitude Prospective**. Paris: PUF, 1958. (Prospective Mémoire, n. 1).

63 GODET, M.; ROUBELAT, F. Creating the future: the use and misuse of scenarios. **Long Range Planning**, v. 29, n. 2, p. 164-171, 1996.

64 Marcial (2011).

65 Godet (1987).

CAPÍTULO 2



LIDERANÇA E PESSOAS

Andréa Prestes

Objetivos

- Apresentar o papel da liderança como fator decisivo na obtenção de resultados para as organizações;
- Abordar as principais competências esperadas em um líder;
- Expor como o líder *coach* pode trazer benefícios para a área da saúde.

As pessoas e as organizações

Estamos na era da transformação digital, inteligência artificial, *big data*, algoritmos, exemplos que denotam a grande força tecnológica desse milênio. Tudo tem mudado de forma tão rápida e intensa que não estamos conseguindo mensurar e perceber o impacto dessas evoluções para a humanidade. A informação flui e espalha-se de maneira tão veloz como nunca visto. A nova era é conhecida como a 4ª Revolução Industrial.¹ Com toda essa modificação, as empresas, independentemente do segmento de atuação, vêm se esforçando para acompanhar e se adaptar, a fim de garantir o crescimento ou a sobrevivência no mercado.

Quando falamos em acompanhar as evoluções tecnológicas, relacionadas às máquinas, aos equipamentos, aos softwares, às melhorias na comunicação e na informação, por exemplo, parece-nos muito mais palpável e possível, desde que a empresa disponha de recursos financeiros para investimento. Ao passo que avaliamos o quesito gerencial, percebemos uma dicotomia, visto que as ferramentas, as técnicas e as metodologias no âmbito organizacional não têm conseguido seguir o ritmo das mudanças tecnológicas.

Não percebemos modificações significativas na forma como grande parte das organizações tem tratado a gestão, e, em especial, a condução das pessoas.

As estratégias e competências de negócios atuais estão se mostrando inadequadas frente à rápida mudança do mercado global. As empresas estão revendo seu posicionamento estratégico, modelo de gestão e processos, e o mercado necessita de líderes bem treinados, capazes de empreender dentro da organização e de promover a reorganização empresarial com diagnóstico estratégico-operacional, plano de ação e execução.²

Existem gestores que ainda se utilizam da atribuição de um cargo, que estabelece ascensão sobre um grupo de pessoas, atrelado a um *status* de ser quem dita as regras e exige seu cumprimento para a condução de pessoas. Neste cenário, é muito provável que ocorra a falta de valorização do fator humano, fazendo com que as empresas venham a experimentar o gosto amargo dos resultados insuficientes, a estagnação e, por vezes, a falência. Quando isso acontece, muitos gestores questionam-se por qual motivo sua empresa passa por dificuldades, como restrições financeiras,

1 MAGALDI, S.; NETO J. S. **Gestão do amanhã**. São Paulo: Editora Gente, 2018.

2 DA MATTA, V.; VICTORIA, F. **Executive coaching**. São Paulo: SBCoaching, 2015b. p. 33.

baixa produtividade, já que investiu em *softwares*, atualizações do parque tecnológico e até em adaptações estruturais.

Na área hospitalar, em que o negócio é a prestação de serviço voltado ao cuidado à saúde humana, não é possível conceber que ainda existam gestores com a visão retrógrada de que a filosofia de trabalho deve ser pautada na base do autoritarismo, da centralização e da hierarquia rígida. Esta forma de gerir pode até ter funcionado em outros tempos, mas não se sustenta na atualidade. O que estes gestores por vezes não conseguem identificar é que estão esquecendo de adicionar investimento no fator primordial: o humano. Precisam enxergar que o principal diferencial de um hospital é o atendimento de qualidade, fruto do trabalho das pessoas que dele fazem parte. Elas, sim, quando bem geridas, conduzidas, influenciadas e inspiradas, são capazes de criar diferencial e atribuir valor ao negócio hospitalar, o que é imprescindível para a sua manutenção e crescimento no mercado.

Aqueles que não conseguem reconhecer a importância de uma adequada gestão de pessoas não entendem a necessidade da formação de times de trabalho, esperam apenas por resultados numéricos ao final do período; infelizmente, estão fadados ao fracasso. Segundo SBCoaching, time é “um pequeno número de pessoas com habilidades complementares que estão comprometidas com um propósito comum, metas de desempenho e abordagens contabilizadas de forma mútua”.³

O gestor hospitalar precisa compreender que é necessário buscar aperfeiçoamento constante, com metodologias e ferramentas capazes de suprir as necessidades dos profissionais que estão em suas equipes, independentemente da geração que fazem parte. Este é um ponto muito importante a se observar: os líderes da atualidade podem ter em sua equipe pessoas nascidas no século passado, com uma formação, que, em boa parte, difere-se das pessoas nascidas em meio a essa revolução tecnológica, do século XXI. Precisa ter habilidade para criar a interação das gerações e favorecer a troca e um clima propício ao desenvolvimento mútuo.

Apesar da grande transformação tecnológica, entende-se que sempre haverá a necessidade das pessoas, seja para realizar a programação de máquinas, seja para dar o *start*, ou mesmo realizar a manutenção, necessidade ampliada nas unidades de saúde, em que o cuidado prestado ao paciente perpassa pelo fator humano. Precisamos, agora, promover a mudança que mais emerge: o perfil profissional das pessoas que lideram as organizações. O comportamento, o conhecimento, as habilidades e as atitudes desejados nos dias de hoje se diferem, e muito, do requerido no século passado, e até mesmo ao que se exigia no início do século XXI.

Atualmente, não basta ter as competências adequadas ao cargo ocupado. Elas precisam ser usadas para a entrega dos resultados estabelecidos pela empresa. Significa dizer que de nada adianta o colaborador atender a todos os requisitos se ele não “performar” satisfatoriamente, desempenhando o seu papel de maneira a agregar valor ao negócio da organização.

Os desafios para todos os profissionais da área da saúde, independentemente do nível hierárquico, mostram-se cada vez mais amplos, mais intensos, uma vez que apenas cumprir os protocolos-padrão dos hospitais, por vezes, é insuficiente. Quando se trata da liderança, então, o que se espera vai muito além.

3 DA MATTA, V.; VICTORIA, F. **Executive coaching**. São Paulo: SBCoaching, 2015b. p. 255.

O gestor e o líder

Para entendermos o que será contextualizado a partir daqui, precisamos abordar a diferença entre o gestor e o líder. Faz-se muita confusão sobre seus significados. Ser gestor é ser líder? E todo líder tem as competências para a gestão? Devemos compreender que não basta ocupar um cargo para ser um líder. Muitas pessoas permanecem com o pensamento resumido de que nas empresas existem ordens e regras que precisam ser obedecidas por todos, e entendem que o papel da liderança é garantir o seu fiel cumprimento. Esse pensamento, apesar de ainda presente em muitas instituições, está de todo ultrapassado. As diferenças que distinguem o líder do gestor podem ser resumidas da seguinte maneira:

GESTOR	LÍDER
Lida com o <i>status quo</i>	Lida com mudanças
Trabalha no sistema	Trabalha para o sistema
Reage	Cria oportunidades
Controla riscos	Busca oportunidades
Reforça regras organizacionais	Muda ou aperfeiçoa as regras organizacionais
Procura orientação e depois segue e transmite ordens	Fornece a visão e acredita no alinhamento estratégico
Controla as pessoas para levá-las a uma direção	Motiva as pessoas para satisfazer suas necessidades
Coordena esforços	Inspira realizações e energiza
Fornece instruções	Cria autolíderes e delega poder

Quadro 1 – Comparativo entre gestor e líder

Fonte: Adaptado de Executive Coaching (DA MATTA; VICTORIA, 2015b).

Grandes consultores e pensadores mundiais em negócios e *coaching* abordam há muito tempo a necessidade de se entender as diferenças entre o gestor e o líder, principalmente o papel de cada figura, para o desenvolvimento ou a mudança da cultura organizacional. O papel macro do gestor é atuar dentro das regras e diretrizes institucionais, de maneira a fazer cumprir o que foi planejado, pautando-se nos processos existentes. Segundo Peter Drucker, “[...] qualquer trabalhador com conhecimentos é um gestor se, em virtude de sua posição ou desse conhecimento, for responsável por uma contribuição que afeta materialmente a performance da organização [...]”⁴

O líder foca sua energia em desenvolver e engajar pessoas e, por meio delas, buscar o atingimento dos resultados organizacionais. Para James C. Hunter, “liderança é a habilidade de influenciar pessoas para trabalharem entusiasticamente visando atingir os objetivos identificados como sendo para o bem comum”⁵. Esta abordagem faz-se pertinente para o entendimento conceitual; contudo, não busca, de maneira alguma, atribuir maior ou menor importância ao gestor ou ao líder. Ambos têm seu ponto de destaque e relevância na composição hospitalar.

Muitos líderes, principalmente em hospitais de menor porte ou recém-criados, precisam transitar nos dois papéis: ora como gestor, ora como líder. Necessitam fazer cumprir as regras, muitas vezes sem o tempo

4 DRUCKER, P. F. **O gestor eficaz**. Rio de Janeiro: LTC, 2011. p. 20.

5 HUNTER, J. C. **O monge e o executivo**. Rio de Janeiro: Sextante, 2004. p. 28.

de trabalhar previamente o convencimento da equipe. Já em outros momentos, estabelecem ações para estimular o desenvolvimento, por meio de treinamentos, orientações detalhadas, integração entre o time etc. Como na maioria das instituições de saúde é isto que ocorre, podemos chamá-lo de gestor/líder, que acaba por abarcar uma função ainda mais complexa, já que precisa ter total conhecimento e clareza daquilo que a gestão hospitalar e a equipe esperam dele, considerando o todo, sem esquecer de cada parte.

O líder entende que a gestão adequada das equipes de trabalho é o caminho mais acertado para se obter os melhores resultados. Para que isso aconteça de maneira mais rápida, tranquila e efetiva, podemos dizer que o processo perpassa pela necessidade de conhecer cada membro do time em suas particularidades, de forma a aproveitar o máximo dos pontos fortes dos indivíduos, potencializando-os em prol do trabalho a ser entregue.

Neste capítulo, abordaremos mais especificamente a gestão com foco na liderança, com o objetivo de expor aos profissionais gestores em saúde o papel que lhes cabe frente à condução de diversos serviços nas unidades hospitalares, compostas por recursos variados, em que o mais importante e essencial deles é o capital humano.

Gerir pessoas: de quem é a responsabilidade?

A cada dia que passa, conduzir um hospital, crescer ou mesmo sobreviver no mercado, são desafios importantes enfrentados pelos gestores hospitalares. A criatividade para desenvolver novas linhas de cuidado, serviços atrativos, de qualidade e com competitividade, é uma tarefa complexa para a liderança das unidades de saúde. Neste cenário desafiador, intensifica-se a necessidade de gerir pessoas em número adequado, bem capacitadas e preparadas, com conhecimentos e habilidades compatíveis com o objetivo de levar a instituição ao patamar desejado.

As organizações hospitalares têm percebido, cada vez mais, que não existe outro caminho para o sucesso se não o de investir nas pessoas. É necessário ter seu parque tecnológico atualizado, seus processos e estrutura física adequados, mas é fundamental ter um time com diferencial capaz de transformar todos os recursos disponíveis em resultados tangíveis ao negócio.

Segundo Chiavenato,

Para mobilizar e utilizar plenamente as pessoas em suas atividades, as organizações estão mudando os seus conceitos e alterando as suas práticas gerenciais. Em vez de investirem diretamente nos produtos e serviços, elas estão investindo nas pessoas que entendem deles e que sabem como criá-los, desenvolvê-los, produzi-los e melhorá-los. Em vez de investirem diretamente nos clientes, elas estão investindo nas pessoas que os atendem e os servem e que sabem como satisfazê-los e encantá-los. As pessoas passam a constituir o elemento básico do sucesso empresarial.⁶

Neste contexto, a gestão de pessoas tornou-se algo dinâmico e que perpassa por diversos atores. Diante de tudo o que envolve as pessoas e a organização, não há de se pensar que a liderança esteja distante deste processo, em que deixou de ser coadjuvante, para deter o papel principal. A liderança na área hospitalar tem que conhecer minimamente quem são as pessoas que compõem o seu time, quais são suas aptidões, como se relacionam com o ambiente de trabalho, e criar condições internas para que elas possam, e queiram, entregar o seu melhor.

6 CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. p. 4.

Na concepção antiga, tinha-se a ideia de que a gestão de pessoas ocorria por meio de um departamento ou serviço exclusivo, usualmente chamado de Departamento de Recursos Humanos. Os hospitais continuam com a necessidade de ter um serviço estruturado, que subsidie o caráter legal da instituição, mas não devem se limitar a esse ponto.

O entendimento é de que, na gestão moderna de pessoas,⁷ as diversas atividades estão integradas entre si, a fim de se obter efeitos sinérgicos e multiplicadores para a organização e para as pessoas que dela fazem parte. Devido à transversalidade das ações necessárias no âmbito da gestão de pessoas, o papel do gerente ou responsável pela organização do serviço de recursos humanos é muito mais de apoio e suporte às áreas, a partir das estratégias e políticas institucionais, que visam à descentralização das ações para as lideranças de equipes.

A operação diária das atividades que envolvem o controle e a condução de pessoas no hospital não deve ficar centralizada em um setor específico, e sim ser compartilhada com os líderes da instituição. É desejável que a liderança direta mantenha contato permanente com o seu time, oportunizando orientações e *feedbacks*, promovendo reuniões e identificando necessidades de treinamentos.

Gestão com foco na liderança

Uma vez compreendido que a gestão moderna de pessoas nas organizações é compartilhada e transversal, em que a liderança direta tem papel fundamental, é necessário entendermos o que significa ser líder.

O líder tem como principal papel:

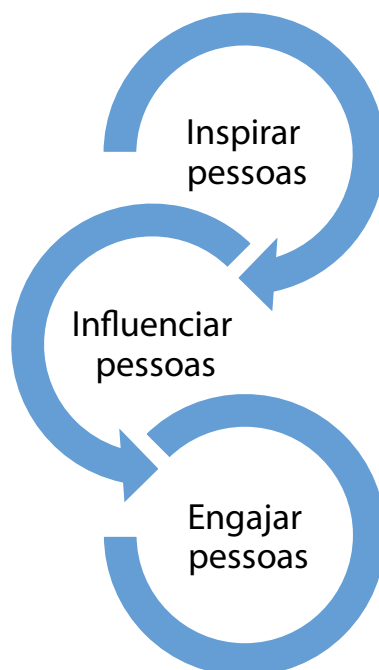


Figura 1 – O papel do líder

Elaborado pela autora do capítulo.

⁷ *Ibidem*, p. 14.

Destacamos, a seguir, algumas competências que consideramos essenciais para a liderança hospitalar:

1. Ter visão clara e entendimento: o líder é a pessoa mais bem preparada da equipe, com o entendimento do cenário completo do hospital; possui um olhar sistêmico – do todo – sem desconsiderar as partes. Enxerga o que precisa ser feito e ainda estimula para que todos trilhem o caminho em direção às metas propostas pela instituição;
2. Assume responsabilidades: o líder está sempre à frente das demandas, trazendo para sua gestão direta aquilo que lhe compete, sem dificuldade alguma em assumir riscos e responsabilidades. Consegue demonstrar à equipe que assumir responsabilidades não significa centralizar decisões, executar tarefas operacionais, mas sim compartilhar pontos de vista, ouvir os pares, discutir possibilidades na busca pela execução de um projeto ou na resolução de um problema;
3. Cria um clima propício: o líder trabalha na criação de um clima favorável, harmonioso e propício para a ação, com o suporte emocional e intelectual para que as pessoas sintam-se amparadas e seguras em suas tarefas;
4. É resiliente: o líder compreende que a resiliência é uma das principais competências a ter ou desenvolver. O líder resiliente, mesmo nas maiores adversidades, é capaz de se manter sereno e controlado para apoiar as pessoas de seu time. Consegue utilizar do momento de atribulação para o aprendizado e o fortalecimento, de onde sairá mais preparado para outros períodos difíceis. O líder é diferenciado por não se vitimizar nas dificuldades, pois foca suas ações na busca de soluções para os problemas e estimula as pessoas do seu time a caminharem juntas;
5. Transforma ideias em ação: o líder é movido para a ação. É a pessoa que, além de ter uma comunicação assertiva para expor suas ideias, consegue organizá-las de maneira prática e sequenciada, para que as pessoas de sua equipe compreendam e possam agir orientadas. Sabemos que muitos são detentores de boas ideias, embasam-se em excelentes literaturas, metodologias e roteiros; contudo, não conseguem implementá-las. Neste ponto, o líder eficaz diferencia-se muito, pois é capaz de transformar ideias em ação e, por consequência, entregar os resultados que o hospital necessita;
6. Compartilha conhecimento: o líder congrega os pontos fortes de seus liderados, em termos de conhecimento técnico, comportamental e de atitudes, e realiza o compartilhamento em rede. Sabemos que as pessoas que compõem os times normalmente não são dotadas de todas as competências necessárias. Isto não se trata de um problema quando o líder consegue conectar as pessoas da equipe, de maneira que passem a trabalhar em rede, para que se complementem. Esta é uma das principais sacadas da liderança movida pelo resultado, pois compreende que não adianta gerar competição interna entre os membros da equipe, o que os leva a trabalhar isoladamente. Entende que a competição não gera resultado positivo, mas que a parceria interna resulta em crescimento mútuo;
7. Cria o sentimento de pertencimento: o líder consegue transmitir a importância de seus liderados para atingimento dos resultados da instituição e engaja-os por meio do sentimento de pertencimento. As pessoas do time passam a se doar mais quando entendem o propósito do hospital e qual o seu papel neste cenário. Elas geram um alinhamento de propósito com a empresa quando percebem que seu líder valoriza mais suas principais

competências, foca nelas e as estimula, não enfatizando seus pontos frágeis. Nesta fase de maturidade da liderança, as pessoas do time sentem-se mais seguras para expor suas dificuldades na execução das tarefas de rotina e procuram mais apoio interno, por compreender que a busca é pelo crescimento mútuo: pessoas e organização;

8. Estimula o aprendizado na prática: dentro das organizações hospitalares, uma forma efetiva de desenvolver pessoas é por meio do ensino-aprendizado, quando elas tornam-se participantes do processo. A ideia é de que os próprios colaboradores, dotados de competências específicas para tal, sejam os treinadores de seus colegas – uma vez que a etapa de trabalho em rede tenha sido superada –, tornando-os atores principais de seu próprio desenvolvimento, com a lógica de que quem ensina sempre aprende. Essa dinâmica de interação entre colegas tende a ser muito positiva, em que o membro da equipe que se dispõe a fazer parte desses ciclos de aprendizado passa a despertar maior interesse por desenvolver a atividade da forma como ela foi proposta e divulgada aos demais, dentro dos padrões estabelecidos e pensados para o melhor atendimento das metas e dos objetivos institucionais. Essa possibilidade existe em qualquer âmbito e complexidade de atividades, desde as mais simples, as que chamamos de operacionais, até as consideradas estratégicas, como, por exemplo, entre os líderes da empresa, por meio de *benchmarking* para a troca e padronização de metodologia na condução de times. É importante destacar que, no âmbito tático-operacional, poderá haver maior resistência das pessoas em assumir o protagonismo do ensino-aprendizado, pois nem todos se sentem preparados para falar em público, por menor que seja o número de ouvintes, e mesmo sendo sobre um assunto de seu domínio. A restrição deve ser respeitada até que a liderança consiga desenvolver essa competência com o liderado. Outro ponto a ser considerado nessa metodologia é que a liderança não fica desobrigada a participar ativamente dos treinamentos. A responsabilidade do líder aumenta diante da necessidade de estar atento às potencialidades percebidas em cada momento, e para que seja possível emitir *feedbacks* pertinentes após os eventos, por se tratar de uma oportunidade de crescimento coletivo;
9. *Feedback* assertivo: o líder é cuidadoso na forma de dar a devolutiva, pois considera o momento como oportuno para o crescimento de seu liderado. Tem sempre como foco principal da conversa a potencialização dos pontos positivos e a exposição de como eles contribuem para que o hospital melhore a cada dia. Dessa forma, os pontos fortes são reforçados e os pontos de melhoria são expostos de maneira respeitosa, clara, estruturada e, a partir disso, o líder estabelece com o liderado um plano de desenvolvimento individual;
10. Trabalha com planejamento: o líder estrutura suas ações com base em planejamento sistematizado, por meio da organização das demandas institucionais e de seu time, para que consiga permear e inter-relacionar as necessidades como um todo. Com base nas metas e nos objetivos do hospital, desenvolve ações de longo, médio e curto prazos, estabelecendo diariamente as tarefas. Cria indicadores de resultado para o monitoramento efetivo;
11. Gerencia o tempo: o líder consegue identificar quais tarefas precisa realizar com prioridade. Escolhe resolver primeiro as mais difíceis, para evitar a procrastinação. Tem o hábito de estabelecer prioridades claras e finalizar as atividades importantes em pouco tempo. Não se perde em meio a ações rotineiras. Prioriza aquelas que, estrategicamente, levam ao atingimento dos objetivos e das metas.

Desenvolvendo competências

Uma das possibilidades mais fantásticas que o ser humano possui é a capacidade de aprender. Podemos aprender tudo aquilo que desejarmos. Com investimento de tempo, dedicação, foco, treino e disciplina, temos a possibilidade de nos tornarmos bons naquilo que almejamos.

Existem predisposições que auxiliam no desenvolvimento de novas competências; contudo, não devemos compreender como pré-requisito. A ideia de que, para ser líder, a pessoa tinha que nascer líder, foi desmitificada há tempo. Aquele entendimento de que quem não nascesse com o gene da liderança não conseguiria conduzir equipes de maneira assertiva era desanimador.

Talvez a capacidade de se autodesenvolver seja uma das principais qualidades de um líder. Autodesenvolvimento é a capacidade do indivíduo de propiciar sua própria aprendizagem e desenvolvimento, por meio de um processo de reflexão, avaliação e ação.⁸ É ser capaz de olhar para fora e perceber o que os outros esperam de sua atuação. Consegue olhar para dentro e avaliar sem ressalvas o que precisa melhorar ou aprender. O líder só é capaz de auxiliar a sua equipe para o crescimento pessoal, estimular que as pessoas busquem mais, se ele for capaz de exercitar esse comportamento em sua própria vida.

O desenvolvimento de líderes em qualquer organização não é uma tarefa fácil. Além de captar a pessoa com comportamentos, habilidades e atitudes compatíveis, é necessário que a empresa tenha em seu quadro ativo profissionais preparados para a mentoria, que possuam, além do conhecimento técnico-específico, visão ampla do negócio. A área hospitalar, por contar com uma enorme diversidade de profissões, tendo em vista tudo o que envolve a prestação do cuidado à saúde humana, exige que a liderança possua noção de todos os processos da cadeia de valor da assistência, incluindo as áreas de apoio e administrativas.

Sabemos que a organização hospitalar necessita de um rol muito grande de serviços para seu adequado funcionamento. Costumamos dizer que o hospital é formado por várias outras empresas dentro dele, como, por exemplo: lavanderia, restaurante, farmácia, escritório de contabilidade, laboratório, entre outras. Essa reflexão é pertinente para assimilarmos o tamanho da responsabilidade e a complexidade atrelada ao gerenciamento dessas unidades de saúde. Não é factível e racional os gestores esperarem que o mercado ofereça os chamados líderes “prontos”.

Quando um novo profissional é admitido, precisamos ter em mente dois pontos:

- a) Por mais preparada que seja a pessoa, é pouco provável que venha de fora conhecendo a cultura do hospital que o selecionou, seu modo de trabalhar e suas particularidades;
- b) O foco na formação de grande parte dos profissionais de saúde está atrelado aos conhecimentos específicos de sua área de atuação, e não em ferramentas de gestão de pessoas.

As escolas de Enfermagem, por exemplo, em sua grande maioria, possuem conteúdos destinados ao ensino sobre a gestão de pessoas, mas ainda não investem o tempo necessário ao estudo do tema, de forma a tornar os acadêmicos aptos para a liderança. Fisioterapeutas, nutricionistas, médicos, farmacêuticos, biomédicos, da mesma forma. Quando esses profissionais necessitam conduzir equipes na área hospitalar, por vezes se deparam com muita dificuldade e conflitos, mesmo quando possuem formação e experiência sólida na área específica de atuação.

8 DA MATTA, V.; VICTORIA, F. **Career coaching**. São Paulo: SBCoaching, 2015a.

É preciso que os hospitais reconheçam essa fragilidade e compreendam que, para a maioria das pessoas ofertarem bons resultados no papel de líderes, precisam ser preparadas e desenvolvidas.

Diante do cenário da maioria dos hospitais, com os profissionais já existentes, o que podemos fazer para melhorar e desenvolver as lideranças e as equipes? Qual é o caminho?

De início, é importante compreendermos que não existe um caminho rápido ou curto. Estamos falando sobre desenvolvimento humano, aprendizado de novas competências. A trajetória que julgamos ser sustentável em longo prazo passa por uma análise profunda do momento atual da instituição, suas metas e objetivos estratégicos, comparando com a capacidade de entrega de seus líderes. A partir desse levantamento, a gestão de recursos humanos poderá construir, em conjunto com a direção do hospital, um plano de desenvolvimento de líderes, estabelecendo o que será trabalhado, o prazo, as prioridades e a forma de monitoramento.

O líder *coach* na área da saúde

O *coaching* pessoal existe desde a década de 1960 e foi apropriado, na década de 1990, ao campo corporativo.⁹ É um processo que visa ampliar o resultado positivo de indivíduos, times e organizações por meio do uso de técnicas e ferramentas aplicadas por profissional habilitado (*coach*), em parceria com o cliente (*coachee*).

Com a necessidade de atualizar as práticas de gestão, na busca de maior aproveitamento do capital humano, visando ao aumento da *performance*, os hospitais podem se apoiar nos conceitos e nas metodologias usados no *coaching* para o desenvolvimento do líder *coach*.

O *coaching* mostra-se extremamente eficaz para o desenvolvimento e o aumento da eficácia dos líderes, pois atua nos seguintes aspectos:¹⁰

- A percepção de si;
- A percepção do outro;
- A percepção da equipe;
- A condução da equipe para alcançar resultados.

Nas instituições de saúde, é importante que o líder dedique seus esforços na otimização de recursos e na criação de soluções. Com essa diretriz norteando suas ações, será possível traçar a rota para o desenvolvimento de sua equipe, objetivando o atingimento do potencial máximo de cada integrante, em prol de metas comuns.

Uma pesquisa da Harvard Business Review¹¹ mostrou que a maioria dos times atinge apenas 63% dos seus objetivos. Os principais motivos identificados pelo estudo são:

- Recursos inadequados;
- Estratégia de comunicação falha;
- Indefinição de tarefas e responsabilidades;

9 Da Matta e Victoria (2015b).

10 *Ibidem*, p. 451.

11 *Ibidem*, p. 538.

- Organização ineficiente;
- Problemas com a liderança fraca ou omissa.

Para que o líder *coach* consiga atingir melhores resultados, as empresas e os liderados necessitam que ele tenha o que chamamos de 3 Cs:¹² criatividade, compromisso e capacidade de unir.

1. Criatividade: o líder deve ser criativo para estabelecer metas claras, possíveis, porém desafiadoras, em que as tarefas e os objetivos repassados para os integrantes do time tenham ligação direta com o resultado esperado pelo hospital. É por meio da criatividade do líder, e de seus liderados, que novas ideias aparecem para a criação ou melhoria dos serviços da empresa. Quando as pessoas percebem que suas tarefas diárias estão alinhadas aos objetivos institucionais, sentem-se mais estimuladas a contribuir na busca por soluções inovadoras. Este ciclo deve ser contínuo e retroalimentado;
2. Compromisso: o líder compromete-se com o hospital, com o time e com cada membro:
 - 2.1 Com o hospital: demonstra comprometimento quando realiza entregas acima do esperado, por meio do alinhamento dos objetivos do time aos da instituição. Norteia suas ações pautadas nas pessoas, nos processos, nos sistemas e nas ferramentas, objetivando o maior aproveitamento de todos os recursos disponibilizados. Estabelece estratégias para a garantia da lucratividade, com visão sustentável;
 - 2.2 Com o time: possui habilidade para delegar responsabilidades e fomentar oportunidades. Age com imparcialidade e racionaliza condutas justas. Estimula a motivação, por meio de posturas positivas. Conhece e busca atender às necessidades da equipe e oferta *feedback*;
 - 2.3 Com cada membro do time: reconhece as forças e os talentos individuais, atribuindo os méritos a quem de direito. Consegue combinar adequadamente os talentos, as tarefas e as funções, compreende as necessidades individuais e oferece desafios atrelados às oportunidades de desenvolvimento.
3. Capacidade de unir: o relacionamento entre os membros da equipe nem sempre se mantém estável. É justamente nos momentos de tensão que o líder deve utilizar sua capacidade de unir, que pode ser desenvolvida por meio de:
 - 3.1 Habilidades de relacionamento, comunicação e gestão de conflitos;
 - 3.2 Estabelecimento de visão de equipe relevante, por meio de objetivos comuns;
 - 3.3 Utilizar a sinceridade: é muito valioso e propicia reconhecimento quando a sua conduta é honesta;
 - 3.4 Inspirar confiança: as pessoas tendem a confiar no líder que demonstra coerência entre o discurso e as atitudes.

No próximo passo, após a formação do líder *coach* e a partir do entendimento do que o hospital e os liderados esperam de suas ações, é necessário que as competências potencializadas ou desenvolvidas sejam transformadas em ações práticas na condução e no desenvolvimento de times no dia a dia do trabalho.

¹² *Ibidem*, p. 545.

O futuro da liderança

O mercado está sedento por profissionais com competências de liderança que consigam entregar os resultados esperados. Os hospitais buscam e precisam de profissionais capazes de atingir as metas e os objetivos propostos. O principal papel do líder é entregar o máximo de resultados positivos à instituição de saúde, por meio das pessoas, de suas habilidades individuais e do engajamento de times.

O ex-CEO da GE, Jack Welch, afirmou: “no futuro, todo líder será coach”.¹³ Entendemos que é chegada a hora do autodesenvolvimento, da percepção dos profissionais de que a melhoria perpassa pelo reconhecimento de quais competências precisam ser trabalhadas. Esta é a forma para se obter a alta *performance* e, por meio dela, a manutenção da empregabilidade.

Desenvolva-se, esse é o único caminho. O futuro já chegou!

Referências

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

DA MATTA, V.; VICTORIA, F. **Career coaching**. São Paulo: SBCoaching, 2015a.

_____; _____. **Executive coaching**. São Paulo: SBCoaching, 2015b.

DRUCKER, P. F. **O gestor eficaz**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

HUNTER, J. C. **O monge e o executivo**. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

MAGALDI, S.; NETO J. S. **Gestão do amanhã**. São Paulo: Editora Gente, 2018.

Bibliografia complementar

DA MATTA, V.; VICTORIA, F. **Personal & professional coaching**. São Paulo: SBCoaching, 2014.

_____; _____. **Positive coaching**. São Paulo: SBCoaching, 2015.

DA MATTA, V.; TRACY, B.; VICTORIA, F. **Engajamento total!** Como aumentar a performance e a lucratividade da sua empresa através das pessoas. São Paulo: SBCoaching, 2016.

DE SOUZA, V. L. *et al.* **Gestão de pessoas em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.

Glossário

- **Benchmarking**: processo por meio do qual se observa, aprende e melhora, podendo ser aplicado a qualquer área de atividade organizacional;
- **CEO**: é a sigla inglesa de *chief executive officer*, que significa diretor executivo, em português;
- **Feedback**: é uma palavra inglesa que significa realimentar ou dar resposta a um determinado pedido ou acontecimento;
- **GE**: General Electric. É uma conglomerado multinacional de Nova Iorque e sediado em Boston, Massachusetts, Estados Unidos;
- **Harvard Business Review**: é uma publicação da Harvard Business Publishing que tem

¹³ *Ibidem*, p. 53.

como principal objetivo a reflexão inteligente sobre as melhores práticas na gestão de negócios;

- **Performance:** o mesmo que desempenho. É um conjunto de características ou capacidades de comportamento e rendimento de um indivíduo;
- **Start:** dar início, começar.

CAPÍTULO 3



COMUNICAÇÃO

J. Antônio Cirino

Objetivos

- Fundamentar a comunicação para o âmbito hospitalar;
- Compreender a comunicação como sistêmica e essencial para a gestão estratégica da unidade de saúde;
- Apresentar ferramentas, técnicas e métricas para o gerenciamento dos meios e fluxos de comunicação.

Comunicação como mediação

A comunicação hospitalar foi fundamentada¹ como uma vertente da comunicação empresarial, incluída na perspectiva do campo compósito da comunicação e saúde². Compreende-se que é um assunto ainda embrionário e que carece de mais pesquisas científicas para seu desenvolvimento.

Defendemos a importância de atuar no gerenciamento da comunicação das unidades de saúde devido à origem dos hospitais no país, ainda no Brasil Colônia,³ sendo casas de saúde voltadas aos cuidados exclusivamente para os que estavam à beira da morte, não atuando na prevenção e nos cuidados preliminares, por exemplo. Essa atuação, que se prolongou séculos à frente, e ainda é realidade em alguns cenários dos estados brasileiros, construiu uma imagem complexa para os hospitais, ocasionando a necessidade atual de ressignificarmos as suas representações para um novo momento na sociedade, focado na qualidade da assistência e centrado nas pessoas.

Outro ponto essencial é explicar que tipo de comunicação abordamos aqui. Não é somente a interpessoal (uma conversa entre pessoas), mas a que se estabelece enquanto processo e resultado, com o intuito de tornar comum nosso pensamento para o outro,⁴ entendendo este “outro” como qualquer dos públicos do hospital, seja em uma conversa, seja em uma transmissão de informações via divulgação institucional, para ilustrar. Basicamente, o processo comunicacional versa que existe um emissor, que tem seu contexto e, por isso, usa códigos de seu interesse, transmitindo uma mensagem, por meio de um canal, para um receptor, que também tem um contexto e códigos próprios. Este último deverá prover um *feedback* para o outro, girando um ciclo comunicacional, em que qualquer um dos pontos poderá sofrer com ruídos de natureza física ou psicológica.

É por essa complexidade que orientamos que a comunicação hospitalar precisa seguir três etapas cruciais para sua implantação:

1 CIRINO, J. A. F. **Gestão da comunicação hospitalar**. Curitiba: Appris, 2018.

2 ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

3 MACHADO, R. *et al.* **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria o Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

4 TEMER, A. C. R. P.; NERY, V. C. A. **Para entender as teorias da comunicação**. Uberlândia: Edufu, 2009.

1. Comunicação estratégica: considerando a sua participação sistêmica nos processos hospitalares, é fulcral promover o alinhamento desse tópico por meio de sua inserção, desde a concepção até a execução e o monitoramento do planejamento estratégico institucional. A partir disso, objetivos estratégicos serão propostos e poderão ter, efetivamente, a condução adequada para essa atividade. O fato é que, em nível estratégico, precisa-se trabalhar a identidade visual (marca, logomarca, *slogan*), gerando uma marca forte e coerente com a identidade organizacional (missão, visão, valores e propósito), gerenciar os públicos, estruturar a política de comunicação, bem como a possível estrutura organizacional que atuará com essa temática e, por fim, desempenhar atribuições em alinhamento com a qualidade e a segurança do paciente;
2. Comunicação organizacional: depois da conclusão da definição estratégica, seguimos ao próximo passo – implantar essas diretrizes nos níveis tático e operacional. A razão disso é, em um primeiro momento, tornar toda a promulgação que foi feita como “identidade organizacional” uma realidade na prática diária de cada um dos colaboradores. Isso é possível utilizando estratégias comunicacionais adequadas, meios de comunicação bem estruturados e o empenho para o fortalecimento dos vínculos entre colaboradores e hospital;
3. Comunicação institucional: somente após a percepção de que há a coerência almejada entre a estratégia e o que os colaboradores empreendem a cada dia, resultando em um atendimento de excelência, podemos investir na divulgação do hospital, atuando com a comunicação institucional para alcançar os públicos externos, o que pode projetar a imagem da unidade de saúde. É nesse momento que devemos corrigir possíveis dissonâncias entre o que somos e o que as pessoas acham que somos, trabalhando para que estejam o mais alinhados possível. Enquanto a etapa anterior visava propor meios internos, esta já atua com a ponte para alcançar os possíveis clientes, a sociedade, os órgãos fiscalizadores e outros que são importantes para a gestão hospitalar, seja por meio do adequado relacionamento com a imprensa, seja via ações de publicidade e/ou propaganda, bem como usando redes sociais *on-line*, *sites*, aplicativos e outras formas especialmente construídas com esse objetivo.

Considerando que nem sempre conseguiremos seguir as três etapas corretamente, devido às necessidades pontuais de avanço em alguns sentidos, como a falta de recursos, por exemplo, sugere-se que, na impossibilidade de fazê-los de maneira sequencial, sejam trabalhados paralelamente, e devidamente conectados. O elo que se espera estabelecer com cada público do hospital depende, potencialmente, dessa comunicação coerente, personalizada e efetiva.

Gerenciamento da comunicação hospitalar

A comunicação tem sido, comumente, esquecida dentre as temáticas essenciais para gerenciamento nas organizações de saúde. As consequências da não observância desse aspecto importante do hospital são perceptíveis nas dimensões estratégica, tática e operacional, resultando em situações de falha entre os profissionais, impactando diretamente a assistência aos pacientes.

Trazemos, logo ao início, a palavra “gerenciamento” para firmar a essencialidade de conceder esforços adequados para a implantação, a implementação, o monitoramento e as melhorias da

comunicação nas instituições de saúde, compreendendo-a enquanto fundamental para cada um dos processos assistenciais, administrativos e de apoio.

Dedicamo-nos, nesta parte do capítulo, a conceder alguns caminhos práticos possíveis para a busca de maior efetividade na teia comunicacional que se instaura no hospital, interconectada com seus diversos públicos – internos, externos e mistos.

Política de comunicação

Uma prática imprescindível é a definição institucional da política de comunicação. Em algumas unidades de saúde, a redação desse documento acaba por ser resultado de uma longa caminhada de falhas evidenciadas nos processos, que levam à necessidade da declaração da postura comunicacional almejada pela gestão. O que recomendamos é antecipar-se, agir proativamente, estabelecendo o padrão esperado, capacitando as pessoas para portarem-se dessa forma e acompanhar sua execução.

Segundo a Organização Nacional de Acreditação (ONA),⁵ políticas são “diretrizes gerais que expressam os parâmetros dentro dos quais as ações da instituição e de seus integrantes deve se desenvolver no cumprimento da missão para o alcance da visão”. Nesse sentido, a política de comunicação existe para efetivar os objetivos traçados no planejamento estratégico do hospital, conduzindo-o do lugar atual para um novo ponto no futuro, alcançando as melhorias planejadas.

De forma mais específica, a política de comunicação objetiva “[...] orientar o relacionamento de uma organização/instituição ou empresa com os seus públicos de interesse e/ou estratégicos (*stakeholders*), como meio de promover seu envolvimento na melhoria do desempenho da organização”.⁶ Por isso, o foco deste documento é ultrapassar o papel/arquivo. Não se intenta simplesmente que demonstre como fazer, mas que seja efetivo instrumento norteador das práticas do dia a dia, possibilitando balizar as corretas posturas quanto à comunicação.

Recomendamos, como estrutura mínima desse instrumento organizacional:⁷

- Declaração de quais são os públicos prioritários do hospital, servindo para priorizar as ações e construir canais adequados para esse fluxo comunicacional de via dupla;
- Definição do calendário de divulgações permanentes da unidade, proporcionando a padronização de temas oportunos para cada mês ou ocasião;
- Desenho da contingência para quando há a possibilidade de crise ou crise já instaurada;
- Promulgação do porta-voz oficial e as fontes adequadas para cada tema de interesse;
- Mapeamento dos meios e canais de comunicação oficiais, com o detalhamento de seus respectivos objetivos e públicos;
- Fixação dos fluxos comunicacionais internos e externos, o relacionamento da unidade com a imprensa, os produtos comunicacionais e suas etapas de validação, bem como o esclarecimento aos colaboradores sobre os suportes corretos de comunicação interna para cada situação;
- Determinação da abordagem/postura de comunicação dos colaboradores, possibilitando a melhoria do relacionamento entre a equipe e os demais públicos, bem como sua

5 ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde.** São Paulo: ONA, 2018. p. 143.

6 *Ibidem*, p. 141.

7 *Ibidem*.

corresponsabilidade para com o uso adequado da marca da unidade, dos uniformes, das redes sociais *on-line*, das fotografias/filmagens etc.

Após a publicação dessa política, torna-se essencial transformá-la em ação. Recomenda-se iniciar com uma declaração do documento para os públicos envolvidos no processo comunicacional e executar capacitações específicas para cada tema inerente, municiando os participantes de condições para executar os assuntos de forma efetiva. Além disso, é necessário que se incluam as políticas como parte dos treinamentos introdutórios, recepcionando novos colaboradores, já os inserindo nessa mesma lógica.

Públicos

Podemos resumir o gerenciamento de *stakeholders* (partes interessadas) com o nome de um livro que condensa, em algumas palavras, o objetivo dessa prática: “Os públicos justificam os meios”.⁸ Para que tenhamos efetividade em qualquer ação, é crucial identificar com quem pretendemos estabelecer essa comunicação e, assim, decidir a forma mais adequada para o sucesso nesse processo.

Notadamente, as unidades de saúde costumam comunicar-se com seus públicos com maior frequência em situações de crise ou mesmo para corrigir problemas. Nosso enfoque é, também, inverter essa lógica, visto que investir em evitar que riscos aconteçam, trabalhando com planejamentos prospectivos, demanda uma menor quantidade de recursos humanos e financeiros.

Por isso, construir uma imagem institucional, por meio de uma identidade organizacional bem definida, perpassa pelo conhecimento da condição atual desses grupos de pessoas que são importantes para, a partir disso, definir as estratégias que serão desenvolvidas visando manter o posicionamento em que os públicos se encontram ou melhorar o relacionamento para outro nível.

Considerando que essa é uma atividade cíclica, ou seja, que carece de uma reavaliação para a melhoria contínua, propomos as seguintes ações para cada etapa:⁹

1. Identificar: o primeiro passo é conhecer quem são os públicos do hospital. Isso pode ser realizado a partir de uma reflexão da inserção geográfica da organização, suas relações na sociedade, bem como quem impacta e é impactado diretamente por ela. A partir disso, torna-se possível construir uma lista geral destes públicos para decidir quais deles são, efetivamente, prioritários para gerenciamento;
2. Classificar: nessa fase, de posse da lista de públicos, precisamos classificá-los em pelo menos duas questões: a) pelo perfil de inserção – externo ou interno; e b) pelo posicionamento deles sobre o hospital, demonstrando a natureza/situação atual desse relacionamento – favorável, neutro, desfavorável (ou outra escala que julgarem mais adequada) e qual é o objetivo para cada público (deixar de ser desfavorável para ser pelo menos neutro; neutro para favorável, por exemplo);

8 MARTINUZZO, J. A. **Os públicos justificam os meios**: mídias customizadas e comunicação organizacional na economia da atenção. São Paulo: Summus, 2014.

9 Sugerimos um instrumento para mapeamento dos públicos e seu respectivo plano de ação na parte “Instrumentalizando e medindo a comunicação”, ao final deste capítulo.

3. Planejar: agora, a partir da meta estabelecida para cada público e da melhoria do relacionamento com eles, precisamos planejar as estratégias que serão empreendidas para obter esse resultado, explicitando as ações, os meios, os recursos e os conteúdos a serem desenvolvidos ao decorrer desse ciclo (anual ou semestral) de atividades;
4. Executar: disponibilizar o planejamento para cada agente executor das ações propostas, visando que desenvolvam cada prática conforme as recomendações de forma e conteúdo já preconizado;
5. Avaliar: construir métricas que sejam factíveis para o monitoramento da efetividade da comunicação com esses públicos, possibilitando perceber possíveis melhorias a serem empreendidas ainda nesse ciclo, ou mesmo já lançar propostas para o novo ciclo que será realizado em seguida.

Após o findar desse gerenciamento dos públicos, devemos reiniciar as etapas, identificando novamente quais são os grupos mais adequados e seguindo os passos posteriores, possibilitando que todas as ações comunicacionais sejam associadas aos objetivos maiores de melhoria do relacionamento. É um dos caminhos de entrada para desdobrar ações tático-operacionais durante todo o ano.

Meios e canais de comunicação

Após o mapeamento dos públicos, também se torna viável desenharmos quais serão os meios e os canais de comunicação. A diferença entre eles é: os meios, nesse caso, são caminhos para o envio de informações ao grupo de pessoas pretendido (*site* institucional, por exemplo); já os canais são estruturas disponíveis para receber informações, segmentados por perfil de público (Serviço de Atendimento ao Cliente, por exemplo). Essa é uma explicação básica, tendo em vista que ambos estabelecem processos completos de comunicação, permitindo *feedback* e, minimamente, uma interação entre emissor e receptor.

Algo comum entre estas duas estruturas é a necessidade de planejamento. Não podemos desenvolver elementos estratégicos tão importantes sem pensar sobre, entendendo quais são os objetivos e o alinhamento entre toda a equipe com relação aos potenciais conteúdos e formatos possíveis. Nesse primeiro momento, após termos definido com quem estabeleceremos essa conversa, a reflexão é: como e o que queremos falar?¹⁰ Para tanto, apresentamos alguns apontamentos sobre os meios de comunicação possíveis e mais comumente usados nas unidades de saúde:

- Intranet: portal eletrônico para uso interno, exclusivamente na rede do hospital. O foco é disponibilizar as principais informações de interesse dos colaboradores e da alta direção para com eles. Sua estrutura é variada, mas atualmente os modelos de “*blog*” e/ou “portal de conteúdos” têm sido mais comuns, trazendo as novidades da instituição em publicações diárias e páginas fixas com conteúdos, como: institucional – histórico da unidade de saúde; identidade organizacional; estatísticas e resultados etc.; galeria de fotos; aniversariantes; agenda de eventos; contracheque; relógio de ponto; e outros sistemas interligados, tornando a intranet

10 Sugerimos um instrumento para mapeamento dos meios e canais de comunicação na parte “Instrumentalizando e medindo a comunicação”, ao final deste capítulo.

o local de convergência informacional do hospital. Esse meio precisa ser atraente e atualizado com maior frequência que os demais, visto que o acesso a essa página poderá ser realizado mais de uma vez no dia, carecendo de um cronograma de publicações mais ágil;

- **Jornal/informativo e revista institucional:** o “jornalzinho” ou informativo interno sempre esteve presente nas organizações. Agora, com o advento das novas tecnologias, foi habitualmente migrado para as plataformas digitais, economizando recursos financeiros e ambientais, ao disponibilizá-lo por outros meios, como a intranet e os murais, para reduzir as impressões. Seu conteúdo dependerá da forma como será diagramado e quantas páginas terá, embora, essencialmente, sejam recomendados textos rápidos e o uso de fotografias e infográficos que complementem a experiência da mensagem a ser transmitida. A lógica do jornal interno deve ser a mesma de um jornal de notícias da cidade, por exemplo: capa, divisão em editorias/categorias de conteúdos fixos e espaço para a interação com os colaboradores, como aniversariantes, dicas úteis, calendário de eventos e o que mais for elencado como pertinente. Quanto à periodicidade, sugerimos uma análise referente aos profissionais dedicados para essa atividade: é melhor começar com uma publicação em período maior e depois reduzir, caso seja possível, do que o contrário. Então comece, pelo menos, com mensal, e, depois, se for o caso, passe para quinzenal; menos ou mais que isso não compensa. As mesmas orientações aplicam-se à revista institucional, que pode ser considerada um meio mais voltado para a comunicação externa, considerando seu maior custo de produção/impressão; por isso sua periodicidade pode ser maior e com temas mais duradouros para circulação;
- **Mail-marketing:** este não chega a ser diretamente um meio de comunicação como os outros, que se estruturam enquanto um aparelho midiático, mas também se torna uma forma de enviar informações para os públicos-alvo almejados por meio de um *e-mail* estruturado/diagramado, sendo possível disparar diversos conteúdos audiovisuais e o próprio informativo ou revista do hospital, por exemplo. Por isso, torna-se uma forma de comunicação efetiva com os grupos internos e externos. Seu envio deve ser comedido, não recomendamos mais que um *mail-marketing* por semana para cada grupo. Esse envio, principalmente do ponto de vista de pessoas físicas, deverá ser realizado mediante permissão para inclusão do *e-mail* para recebimento de materiais e sempre com a opção de descadastramento;
- **Mídias alternativas:** além dos meios tradicionais de comunicar-se com os públicos, atualmente, visando ampliar a experiência comunicacional, estamos aplicando formas de buscar os demais sentidos de percepção das pessoas que devem interagir com a informação a ser transmitida. Seja por meio de balões com mensagens, seja por exposições artísticas, *displays* nas mesas de lanchonetes/refeitórios, adesivos em portas, chãos e paredes, bem como outras formas que poderiam ser usadas para levar a mensagem na hora certa, para a pessoa certa, de uma forma compreensível e que auxilie no sucesso da comunicação;
- **Mobile:** com o deslocamento do acesso às informações de outros aparelhos para os telefones celulares e *tablets*, a possibilidade do uso de aplicativos (*apps*) para transmissão de informações já é uma realidade também para as unidades de saúde. Seja com foco no público interno, seja externo ou ambos, podemos pensar em estratégias específicas para atrair os grupos de pessoas definidos como motivação para o uso de um *app*, de forma que não seja

exclusivamente uma extensão dos outros meios (*site*, intranet, murais etc.), mas sim que apresente inovações que possam melhorar a relação desse público com a unidade, disponibilizando, por exemplo, resultados de exames, possibilidade de agendamento de consultas, orientações sobre visitas e outras questões que são presentes em *sites* dos hospitais, porém, agora, com maior interatividade;

- **Murais:** desde a antiguidade as pessoas são acostumadas a contar suas histórias por meio de imagens, seja na parede das cavernas, como na história antiga, seja por meio de murais físicos ou digitais disponibilizados nas unidades de saúde, como agora. O grande ponto desse meio é conseguir conciliar os conteúdos necessários de ser transmitidos para cada público de uma forma atrativa, visto que, depois de um tempo, os murais passam a integrar o espaço comum das coisas que vemos todos os dias. Por isso, alguns locais já conseguiram avançar para o uso de murais digitais que permitem a interação, com televisões/monitores *touchscreen*, proporcionando que campanhas criativas sejam desenvolvidas, trazendo relatórios de visualização e *feedback* sobre a efetividade daquele meio. Caso não se consiga investir no digital, recomenda-se iniciar a atividade com o físico, possibilitando materiais com *layouts* diferenciados e que sejam associados a ações da intranet, redes sociais *on-line* ou o *site*, por exemplo, com o uso de *QR Code* e outros caminhos. Outros desdobramentos na mesma perspectiva dos murais são painéis internos em pontos estratégicos da unidade de saúde, ou mesmo o uso dos protetores de tela de cada computador, como forma de fixar conteúdos educativos e de orientação;
- **Rádio corporativa:** com o intuito de disseminar conteúdos auditivos, a rádio corporativa poderá ter dois formatos principais – a) alto-falantes em pontos estratégicos do hospital; e b) via intranet, no estilo “webrádio”, com transmissão unicamente *on-line*. Cada uma terá perfis de públicos distintos e dependerá dos objetivos almejados pela diretoria da unidade de saúde. Os conteúdos podem ser variados, focando horários específicos para transmissão de “programas” ao vivo e também de materiais gravados anteriormente que podem servir para orientação e educação em saúde. O foco dessa rádio não é, diretamente, uma programação musical, mas esta poderá acontecer em espaços e horários específicos;
- **Redes sociais *on-line*:** com as variadas redes sociais *on-line* disponíveis gratuitamente para uso das empresas, o hospital precisará definir em quais delas pretende estar presente ativamente. Isso é algo que deve ser pensado estrategicamente, pois cada rede social tem um enfoque diverso e o formato do conteúdo também. Cada novo espaço na internet aberto oficialmente exigirá planejamento e construção de materiais específicos. Os mais usuais, na atualidade, são: YouTube, Facebook, Instagram, Twitter, LinkedIn e WhatsApp. Cada qual com sua função social, torna-se imprescindível analisar essa participação e dedicar, efetivamente, horas da equipe para gestão desses instrumentos. Lembrando que cada meio exige formato e conteúdo diferentes, não podemos simplesmente usar o mesmo material de um no outro, pois fatalmente não terá efetividade e disseminação;
- **Site:** desde o *boom* de disseminação da possibilidade de acesso à internet, é crucial que as unidades de saúde estejam presentes, oficialmente, na *World Wide Web*, por meio de um *site*. Esse portal precisa congrega as principais orientações para os clientes do hospital, bem como os serviços possíveis de agilizar e facilitar o atendimento dos clientes do

hospital, como o agendamento de serviços e a entrega de resultados, por exemplo; além disso, o acoplamento de informações, novidades, resultados obtidos e descrição dos serviços ofertados possibilitará aos visitantes do *site* conhecer, de forma mais aprofundada, aquilo a que o hospital se propõe. Outro potencial é, sendo um portal, reunir em si as outras redes sociais *on-line*, ofertando aos públicos o melhor de cada ferramenta;

- **TV indoor:** por fim, trazemos mais uma opção de comunicação com os públicos da unidade – a televisão interna, ou “*indoor*”. Essa TV poderá ter uma programação em dois formatos – conteúdos informativos feitos com imagens e textos ou gravação de pessoas, com vídeos nos moldes da televisão habitual. A decisão por um dos formatos ou ambos dependerá de em qual local as televisões estarão instaladas e se será possível disponibilizar material com áudio ou não, visando evitar que os fluxos assistenciais sejam interrompidos. Criar uma programação fixa, com quadros e programas, auxiliará na organização dessa transmissão, com foco em levar a informação que o público daquele local tem interesse. O material produzido aqui, se for de cunho educativo, pode integrar o canal no YouTube e o IGTV, no Instagram, por exemplo, diferenciando os formatos de exibição e adaptando-os para cada rede prevista.

Além dos meios, precisamos distinguir também os canais de comunicação, apresentando suas peculiaridades:

- **Assessoria de imprensa:** considerando o possível interesse dos veículos midiáticos em obter informações sobre pacientes internados, entrevistas com profissionais de saúde e cobertura de ações/eventos do hospital, é imprescindível disponibilizar um canal de contato entre a imprensa e a assessoria da unidade. É necessário um *e-mail* específico, telefone fixo e celular com plantão de atendimento, visto que as demandas podem aparecer em qualquer dia e horário. Um bom canal com a imprensa garantirá reforço na cristalização de uma imagem positiva para o hospital;
- **Canais éticos e de recursos humanos:** internamente, faz-se necessário estabelecer um canal para as informações éticas dos conselhos que tornam essas denúncias obrigatórias (medicina e enfermagem, por exemplo), e também um outro formulário específico para os colaboradores expressarem questões voltadas a comportamento e relacionamento na unidade. Um *e-mail* e telefone dedicados são suficientes e, caso queiram, agregar um formulário para cada assunto disponível na intranet;
- **Serviço de Atendimento ao Cliente:** o SAC é comum na maioria das empresas, sendo também muito útil para o hospital, quando usado com foco em registrar possíveis sugestões dos clientes para a melhoria dos processos. Esse canal deve ter opções satisfatórias para recebimento das informações, como *e-mail*, caixa de sugestões nas recepções e postos assistenciais, atendimento em sala e por telefone sendo os principais. Além disso, o SAC pode ser integrado com um formulário no *site* e no *app* da unidade de saúde, quando oportuno e factível. E, quando instituído, garantir recursos adequados e processos coerentes para conceder as devolutivas;
- **Segurança do paciente:** por fim, visando à notificação dos eventos adversos, é necessário disponibilizar um canal para a segurança do paciente receber esses informes por parte dos clientes e dos colaboradores. Recomenda-se o uso de caixa de sugestões e um formulário

padronizado na intranet, ou mesmo o uso de um *software* específico, o primeiro focado no público externo e o segundo no interno, possibilitando que oportunidades de melhoria sejam identificadas e tratadas corretamente, bem como as notificações obrigatórias sejam empreendidas com sucesso.

Fluxos de comunicação

Em paralelo à construção dos meios e canais, é necessário que a unidade de saúde formalize seus fluxos de comunicação, os quais elencamos aqui como pelo menos três principais tipos: assistencial; administrativo; e de divulgação. A seguir, esboçamos algumas orientações para essas definições e suas respectivas importâncias para a gestão hospitalar:¹¹

- **Administrativo:** esse é um fluxo de comunicação essencial para que as rotinas administrativas se estabeleçam com padrão e rigor. Tratam-se de decisões que vão desde os documentos adequados para a padronização das informações internas, o uso de *e-mail* corporativo e outras ferramentas de comunicação, até o formato de reuniões que deve ser adotado. Isso é extremamente importante para o alinhamento de todos os setores no mesmo perfil de atividades, contribuindo para a qualidade nos processos;
- **Assistencial:** estabelecer esse fluxo tem um enfoque especial para a segurança do paciente, ao melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, atendendo, assim, a uma das metas básicas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A reflexão da comunicação no âmbito assistencial é pensar qual o padrão de registros no prontuário do paciente, de que forma abordaremos os familiares e visitantes, em quais momentos a equipe multidisciplinar se reunirá, qual o padrão de passagem de plantão, como comunicar más notícias, dentre outras necessidades evidenciadas pela equipe ao decorrer da sua atuação na saúde. Para a definição desse fluxo, é crucial envolver representantes de todas as áreas e coletar sugestões de grande parte do hospital para garantir que o máximo de rotinas sejam previamente acordadas, evitando falhas na comunicação que podem resultar em danos e insatisfação dos clientes dessa unidade de saúde;
- **Divulgação:** esse é o fluxo de comunicação institucional, voltado a definir de que forma o hospital divulga suas informações interna e externamente, propiciando o detalhamento do perfil de cada produto gerado pela unidade, bem como suas respectivas etapas de validação, garantindo que a informação transmitida seja adequada. A reflexão nesse fluxo é pensar sobre como o hospital quer ser visto pelos seus públicos, quem poderá falar em cada situação, que tipo de material e conteúdo são propostos, possíveis restrições e abrangências dessas divulgações.

Instrumentalizando e medindo a comunicação

Esta parte do capítulo foi dedicada a apresentar alguns instrumentos de mapeamento e medição dos resultados da comunicação hospitalar. Inicialmente, propusemos uma tabela para o levantamento

¹¹ Sugerimos um instrumento para mapeamento desses fluxos de comunicação na parte “Instrumentalizando e medindo a comunicação”, ao final deste capítulo.

adequado dos públicos e seu respectivo planejamento de estratégias para a melhoria do relacionamento com cada um deles.

PÚBLICOS	SITUAÇÃO ATUAL	SITUAÇÃO DESEJADA	AÇÕES	FORMATO	CONTEÚDOS	RECURSOS	MÉTRICAS
Qual o nome do grupo?	Qual o posicionamento atual deste grupo?	Qual o posicionamento almejado após X meses? Podemos incluir uma meta para cada público.	Para cada grupo, faça uma lista de ações necessárias.	Responda, aqui, qual será o formato dessa ação.	Quais informações serão transmitidas por meio dessa ação?	O que será necessário para essa ação?	Como vamos saber que estamos no caminho?
			Explicando cada uma, ao decorrer dos X meses no ciclo que definiu.	Explicando se será a construção de um meio ou canal, por exemplo.	O que queremos informar aos públicos?	Quanto será necessário investir de recursos humanos e/ou financeiros?	As métricas podem ser por cada ação ou mesmo uma geral para cada público.

Quadro 1 – Plano de gerenciamento dos públicos

Elaborado pelo autor deste capítulo.

Em seguida, trabalhamos com um formato adaptado para pensar sobre os meios e os canais de comunicação que se almeja atuar no hospital.

MEIO/CANAL	OBJETIVO	PÚBLICO	FORMATO	CONTEÚDOS	RECURSOS	MÉTRICAS
Qual o nome do meio/canal a ser projetado?	Defina um objetivo claro da razão de existir desse meio/canal.	Com quem esse meio/canal conversará?	De que forma ele será construído e atuará no dia a dia?	Quais informações serão enviadas/recebidas nele?	Quais os recursos necessários para isso?	Quais indicadores/métricas estão vinculadas a ele para sabermos sobre sua efetividade?

Quadro 2 – Plano de meios e canais de comunicação

Elaborado pelo autor deste capítulo.

Concluindo os mapeamentos, demonstramos como descrever os fluxos comunicacionais pensados para o hospital, detalhando as áreas envolvidas e como este será instrumentalizado.

TIPO DO FLUXO	ATIVIDADE	OBJETIVO E META	ENVOLVIDOS	FORMATO	MÉTRICAS
Definir qual o tipo desse fluxo (assistencial, administrativo ou divulgação).	Para cada tipo, listar a quantidade de atividades necessárias de padronização.	Aonde queremos chegar e qual a meta?	Quais áreas/cargos estão envolvidos nesse processo?	Qual é o padrão definido para isso?	De que forma saberemos que estamos alcançando os resultados esperados?

Quadro 3 – Plano de fluxos comunicacionais

Elaborado pelo autor deste capítulo.

Agora, considerando os três tipos de fluxos que possuímos no âmbito hospitalar, sugerimos pelo menos os seguintes indicadores.

Para o fluxo administrativo, propomos:

Nome do indicador:	Taxa de efetividade da comunicação organizacional.
Dados a serem coletados:	De forma amostral, empreender a coleta do quantitativo de comunicações empreendidas e qual foi o nível de execução da atividade coerente ao solicitado.
Periodicidade de fechamento dos dados recomendada:	Mensal.
Formato de cálculo:	Comunicados efetivos _____ X 100. Comunicados empreendidos
Recomendações para a definição da meta e a direção (inversamente ou diretamente proporcional):	A meta deve ser planejada conforme os resultados esperados para o hospital, por isso recomendamos um monitoramento dos primeiros meses para, a partir disso, propor uma meta condizente com o histórico da unidade, sendo desafiadora e factível, ao mesmo tempo.
Possíveis participantes da análise crítica desses dados:	Setor de comunicação, diretoria e áreas envolvidas na comunicação específica do mês analisado.

Quadro 4 – Parametrização de indicador para monitoramento da efetividade da comunicação organizacional

Elaborado pelo autor deste capítulo.

Para o fluxo assistencial, sugerimos:

Nome do indicador:	Taxa de adesão ao protocolo de comunicação efetiva.
Dados a serem coletados:	Esse indicador precisa estar interligado ao protocolo de comunicação efetiva para a segurança do paciente. Os dados a serem trabalhados são as notificações de eventos relacionados às falhas na comunicação.
Periodicidade de fechamento dos dados recomendada:	Mensal.
Formato de cálculo:	$\frac{\text{Eventos adversos não relacionados às falhas na comunicação}}{\text{Total de eventos adversos}} \times 100.$
Recomendações para a definição da meta e a direção (inversamente ou diretamente proporcional):	A meta deve ser planejada conforme os resultados esperados para o hospital, do ponto de vista da segurança do paciente, e comumente gerenciado pelo Núcleo de Segurança do Paciente (Nusp) ou pela área por ele designada. Um caminho é monitorar a adesão ao protocolo nos primeiros meses e, após os resultados históricos, propor uma meta que seja desafiadora, mas, ao mesmo tempo, factível.
Possíveis participantes da análise crítica desses dados:	Nusp, diretoria e áreas assistenciais envolvidas.

Quadro 5 – Parametrização de indicador para monitoramento da comunicação assistencial

Elaborado pelo autor deste capítulo.

Para o fluxo de divulgação, recomendamos:

Nome do indicador:	Índice de efetividade da divulgação institucional.
Dados a serem coletados:	Realizar <i>clipping</i> das inserções positivas na imprensa e nas redes sociais.
Periodicidade de fechamento dos dados recomendada:	Mensal.
Formato de cálculo:	$\frac{\text{Quantidade de inserções positivas na imprensa e nas redes sociais}}{\text{Quantidade de releases motivados pelo hospital}}$

Recomendações para a definição da meta e a direção (inversamente ou diretamente proporcional):	A meta deve ser planejada conforme os resultados esperados para o hospital, mas que não deve ser abaixo de um, ou seja, a cada <i>release</i> enviado pelo hospital, deve-se conquistar pelo menos uma publicação positiva.
Possíveis participantes da análise crítica desses dados:	Setor de comunicação, diretoria e áreas envolvidas em divulgação específica do mês.

Quadro 6 – Parametrização de indicador para monitoramento da efetividade da divulgação institucional

Elaborado pelo autor deste capítulo.

Comunique-se!

“A comunicação é essencial para cuidar de pessoas e alcançar bons resultados”.¹² Nesse sentido, percebemos que essa é uma área estratégica e, por isso, sistêmica, na gestão hospitalar. Nosso foco principal, com as ações comunicacionais, é orientar e gerar vínculo com os públicos, bem como proceder com a adequada transparência das informações para com os acionistas e a sociedade, em geral. Uma unidade de saúde é potencialmente uma instituição de interesse público, independentemente da sua natureza, particular ou filantrópica, por exemplo.

A saúde e a qualidade dela reverberam em todas as camadas sociais, e, por isso, devemos ter uma visão ainda mais crítica com relação ao seu gerenciamento, possibilitando entregar, cada vez mais, valor para os clientes que se propõem a buscar atendimento nesses espaços de cuidados. O gestor hospitalar que se propõe a garantir a excelência em sua administração deve considerar a comunicação parte integrante das ações, o fio que as interliga com os públicos, bem como a própria base de suas execuções.

Referências

- ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- CIRINO, J. A. F. **Gestão da comunicação hospitalar**. Curitiba: Appris, 2018.
- MACHADO, R. *et al.* **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria o Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MARTINUZZO, J. A. **Os públicos justificam os meios**: mídias customizadas e comunicação organizacional na economia da atenção. São Paulo: Summus, 2014.
- ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde**. São Paulo: ONA, 2018.
- TEMER, A. C. R. P.; NERY, V. C. A. **Para entender as teorias da comunicação**. Uberlândia: Edufu, 2009.

¹² Cirino (2018, p. 21).

Bibliografia complementar

BORBA, V. R. **Estratégias e plano de marketing para organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Cultura Médica; Guanabara Koogan, 2009.

LERNER, K.; SACRAMENTO, I. **Saúde e jornalismo**: interfaces contemporâneas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

SILVA, S. F. **Marketing de serviços**: fundamentos, análises e prática no setor de saúde. Maceió: Edufal, 2005.

SILVA, S. F.; CARNEIRO, A. **Gestão de mercado na saúde**: estratégia mix de marketing. São Paulo: Jefte Editora, 2014.

TUZZO, S. A.; CIRINO, J. A. F. Saúde nas notícias das eleições de Goiás em 2014: mídia, agente social de saúde. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 10, n. 4, p. 1-16, 2016. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1132/pdf1132>. Acesso em: 7 mar. 2019.

Glossário

- **Clipping**: “recorte” de notícias ou publicações de redes sociais sobre o hospital, reunindo-os e formando um histórico para análise da imagem midiática dessa unidade;
- **Fonte**: profissional do hospital capacitado para conceder entrevistas jornalísticas acerca de determinado assunto;
- **Identidade**: a definição interna do que a marca é;
- **Imagem**: a percepção externa sobre a marca;
- **Layouts**: peças visuais criadas pela equipe de comunicação para divulgar determinado assunto/campanha;
- **Porta-voz**: profissional do hospital designado para ser a “cara” e a “voz” da instituição, sendo a principal figura a participar de entrevistas para a imprensa e eventos oficiais.

CAPÍTULO 4



A SUSTENTABILIDADE NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Renata Macedo

Objetivos

- Identificar os três aspectos principais da sustentabilidade organizacional a serem considerados;
- Provocar reflexões acerca desses aspectos no ambiente hospitalar;
- Referenciar ferramentas, iniciativas e metodologias relacionadas à sustentabilidade em saúde.

Fundamentos da sustentabilidade organizacional

O conceito de sustentabilidade tem sido amplamente difundido e ainda pouco praticado. Está relacionado ao crescimento da empresa em longo prazo, levando em conta o bem-estar das pessoas, a preservação do meio ambiente e o relacionamento responsável com a sociedade na qual está inserida. Em saúde, há como falar em sustentabilidade não estando os hospitais ligados a grandes redes?

Do latim *sustentare* (sustentar; defender; favorecer, apoiar; conservar, cuidar), o termo “sustentável”, apresentado oficialmente na Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CMMAD), da Organização das Nações Unidas (ONU), implica a “[...] capacidade de satisfazer as necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras de satisfazerem suas próprias necessidades”.¹

Em um passado não tão distante, uma empresa poderia ser considerada sustentável tão somente por ser economicamente saudável. Divulgado em 1992 por Kaplan e Norton,² o Balanced Score Card (BSC) foi criado como um sistema de medição do desempenho de empresas e passou a considerar, além da perspectiva financeira, também as perspectivas de processos, clientes e aprendizado e crescimento. Passou-se, então, a considerar outros *stakeholders*, além dos acionistas.

A partir de 1994, o *Triple Bottom Line* (TBL), conhecido por 3 Ps (*people, planet e profit*), passa a ser difundido e o conceito de sustentabilidade amplia-se, contemplando:

- *People* – o tratamento do capital humano de uma empresa ou sociedade;
- *Planet* – o capital natural de uma empresa ou sociedade;
- *Profit* – o lucro, resultado econômico positivo de uma empresa.³

Lançado em 1999, o método SIGMA (*Sustainability Integrated Guidelines for Management*) amplia essa ideia, oferecendo o conceito de proteger e aperfeiçoar os cinco tipos de capital:⁴

1 CMMAD – COMISSÃO MUNDIAL SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO. **Nosso futuro comum**. Rio de Janeiro: FGV, 1988.

2 KAPLAN, S.; NORTON, P.; ROBERT, D. **The Balanced Scorecard: translating strategy into action**. 1st ed. [S.l.]: President and Fellows of Harvard College, 1996. p. 63.

3 ELKINGTON, J. **Triple bottom line revolution: reporting for the third millennium**. Australian CPA, v. 69, p. 75, 1994.

4 BRANDÃO, C. E. L.; SANTOS, H. L. (Coord.). **Guia de Sustentabilidade para as Empresas**. São Paulo: IBGC, 2007.

- Natural – meio ambiente;
- Social – relações e estruturas sociais;
- Humano – pessoas;
- Construído – ativos fixos;
- Financeiro – lucros e prejuízos, ações, caixa, entre outros.

Os cinco capitais são permeados pelo princípio do *accountability*. Para o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC), as abordagens do TBL e dos cinco capitais são complementares e assim se relacionam:

- Resultado econômico-financeiro – capital construído e financeiro;
- Ambiental – capital natural;
- Resultado social – capital humano e social.

De acordo com a Fundação Nacional da Qualidade (FNQ):

[...] O atual desafio das organizações vai além do crescimento puro e simples, alcançando um modo de produção e comercialização organizado de forma a reduzir continuamente o consumo de bens naturais e serviços ecossistêmicos, conferindo em concomitância competitividade e longevidade. Já percebemos na sociedade, uma mudança no consumo de bens e serviços, capitaneada muitas vezes, pela mudança de comportamento dos próprios consumidores, que tem se tornando cada vez mais social e ecologicamente responsáveis.⁵

Isso equivale a dizer que os clientes estão cada vez mais atentos à nossa postura em relação às práticas sustentáveis. Preocupar-se com questões socioambientais é hoje um pré-requisito para a longevidade empresarial.

Ainda de acordo com a FNQ:

[...] A sustentabilidade organizacional é demonstrada pelo compromisso da organização em responder pelos impactos de suas decisões e atividades, na sociedade e no meio ambiente, e de contribuir para a melhoria das condições de vida tanto atuais quanto para as gerações futuras, por meio de um comportamento ético e transparente, visando ao desenvolvimento sustentável.⁶

Em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU), visando mitigar e eliminar os impactos negativos da interferência humana no meio ambiente e nas comunidades, declarou como Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS):

Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas. Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos. Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todos. Promover o crescimento econômico sustentado,

5 FNQ – FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Guia de Referência da Gestão para Excelência**. São Paulo: FNQ, 2016.

6 *Ibidem*.

inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos. Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação. Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles. Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis. Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis. Tomar medidas urgentes para combater a mudança do clima e seus impactos. Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável. Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis. Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.⁷

Percebemos, pois, um movimento global para a valorização da sustentabilidade. Para trilhar o caminho do desenvolvimento sustentável nas unidades de saúde, três aspectos principais devem ser considerados na definição das nossas estratégias:

- Econômico-financeiro;
- Ambiental;
- Social.

Construindo estratégias sustentáveis

Aspectos econômico-financeiros

De acordo com a FNQ,⁸ os aspectos financeiros da sustentabilidade podem compreender a definição e o monitoramento de indicadores de desempenho, a compreensão de questões externas à empresa, a gestão de custos, a gestão orçamentária e o controle fiscal.

Em decorrência dos riscos envolvidos, de uma crescente exigência por qualidade, aliados a um sistema de remuneração que clama por mudanças, os serviços de saúde têm se tornado cada vez mais complexos e com menores margens de lucro. Os gestores são continuamente desafiados a buscar eficiência e eficácia das atividades. A busca por melhores resultados, por muitas vezes, resulta no paradigma de que qualidade e custos são conflitantes quando, para garantir a longevidade das organizações, deveriam coexistir.

Ocorre que o nosso atual cenário econômico financeiro de instabilidade e incerteza impõe-nos o desafio da sobrevivência, e somos motivados pela síndrome do curto prazo que, em geral, volta o olhar para o acionistas e força a minimização dos custos com os demais *stakeholders*.

Na contramão do que propõem as boas práticas de governança corporativa, a sustentabilidade ainda aparece de forma incipiente nas definições institucionais, na estratégia, tem pouca conexão com as operações, não norteia metas e não direciona um sistema de remuneração e

7 ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo:** a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Tradução do Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio). Rio de Janeiro: ONU, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 29 mar. 2019.

8 FNQ (2016).

recompensa.⁹ Neste sentido, precisamos pensar em estratégias para equilibrar os ganhos de curto prazo com posturas mais ligadas à sustentabilidade.¹⁰

Cada centavo investido para início de um novo projeto ou expansão de atividade, seja em novos produtos, seja em serviços, deveria passar por um exame criterioso que, além de considerar a questão ambiental e social, deve também levar em conta a organização da estrutura de capital. A menos que seja uma iniciativa relacionada à mitigação de riscos ou à melhoria de condições de trabalho – o que, no médio e longo prazos, influencia também o resultado econômico da empresa, um estudo acurado sobre a necessidade que os clientes têm dessa nova oferta e o custo do capital que será necessário para a implementação do projeto, seja por meio de recursos próprios da instituição (preferencialmente), seja de investimento dos sócios ou mantenedores, do mercado de ações ou de bancos –, para que haja sustentabilidade, o resultado econômico esperado dessa expansão ou nova atividade deve, no mínimo, equivaler ao custo do capital.

Aspectos ambientais

Os aspectos ambientais da sustentabilidade contemplam a prevenção e o tratamento dos impactos do negócio e o engajamento da instituição frente aos problemas relacionados à grande crise ambiental que enfrenta o planeta. Vivemos a era do homem como maior agente de mudança na natureza. Os problemas enfrentados pelo meio ambiente são muitos e variados. Por isso, o conceito de sustentabilidade organizacional tem se tornado difundido e a adoção de práticas voltadas para a sustentabilidade é cada vez mais necessária.¹¹

A sustentabilidade transformou-se em um fator de competitividade para as empresas. Com o mundo em mutação, cresce a conscientização sobre os limites do planeta, a finitude dos recursos naturais e os impactos dos resíduos gerados pelas atividades humanas. O IBGC afirma que, quem se antecipa para entender o que será o consumo consciente, estará pronto para atuar nessa nova sociedade.¹²

E quanto a nós, organizações prestadoras de serviços de saúde? Estamos prontos? Felizmente os *stakeholders* vêm cobrando uma postura diferenciada. Discussões internacionais têm sido feitas acerca da necessidade de se implementar uma gestão segura e sustentável dos resíduos hospitalares. Somos grandes geradores de resíduos e há uma maior proporção dos resíduos comuns (resíduos de baixo risco e semelhantes aos domiciliares) em relação aos resíduos infectantes. De acordo com a Agenda Global de Hospitais Verdes e Saudáveis, cerca de 75% a 85% dos resíduos gerados são considerados resíduos comuns. A destinação final do resíduo infectante nos é significativamente mais onerosa. Dessa forma, segregar corretamente o lixo é um desafio constante e com impactos financeiros consideráveis. Em nos considerando eficazes na segregação do lixo comum e infectante, o desafio seguinte passa a ser a coleta seletiva e a reciclagem do lixo comum. Quantos de nós já estamos engajados na reciclagem dos resíduos?

A coleta seletiva de resíduos em um hospital foi motivada por uma jovem médica, em sua primeira semana de residência. Ela mandou um *e-mail* alertando que “somos co-criadores do futuro e

9 Brandão e Santos (2007).

10 BRANDÃO, C. E. L.; GARZILLO, J. M. F. (Coord.). **Sustentabilidade nos Conselhos de Administração**: práticas de algumas empresas listadas brasileiras. São Paulo: IBGC, 2013.

11 FNQ (2016).

12 Salviatto e Brandão (2009).

que cada um de nós tem responsabilidade social de, com as suas atitudes, buscar a prática de hábitos sustentáveis e que cooperem para a saúde da nossa natureza, que já está tão prejudicada pelas intervenções humanas”.¹³ Além de demonstrar sua genuína preocupação com a sustentabilidade, o *e-mail* orientou acerca das providências a serem tomadas: “acredito que[,] com um hospital de grande porte, em que circulam tantos pacientes, acompanhantes e colaboradores, estaríamos contribuindo de alguma maneira para a construção de um futuro melhor. E isso me move e emocional!”.¹⁴ A partir desse *e-mail*, aderir à coleta seletiva aconteceu quase que de forma orgânica.

Quanto de nós estamos realmente engajados nas questões ambientais? O que estamos fazendo para utilizar racionalmente os recursos e minimizar o impacto dos nossos resíduos? O quanto contribuimos como aliados na conservação do meio ambiente?

A certificação LEED, ou *Leadership in Energy and Environmental Design*, é a principal plataforma utilizada para reconhecer *green buildings* ou edifícios verdes. No Brasil, há 40 hospitais buscando a certificação LEED e cerca de quinze já são certificados. Esses hospitais são, pois, construções especialmente preparadas para essa nova sociedade.

Eventualmente, os hospitais mais antigos não terão as suas edificações como aliadas às tentativas de se racionalizar o consumo de recursos, mas ainda há muito o que ser feito. A Agenda Global de Hospitais Verdes contextualizou outras nove iniciativas, além das edificações sustentáveis e saudáveis, para estimular a abordagem da sustentabilidade em saúde.

A Agenda Global de Hospitais Verdes, em 2011, propôs dez objetivos para estimular a abordagem da sustentabilidade em saúde: Engajar líderes a priorizar a saúde ambiental. Substituir substâncias perigosas por alternativas mais seguras (como termômetros e medidores de pressão arterial que contenham mercúrio, gluraldeído, entre outras). Reduzir, tratar e dispor de forma segura os resíduos de serviços de saúde. Implementar eficiência energética e geração de energia limpa renovável. Reduzir o consumo de água. Melhorar as estratégias de transporte para pacientes e funcionários. Comprar e oferecer alimentos saudáveis e cultivados de forma sustentável. Prescrição apropriada, administração segura e destinação correta de medicamentos. Apoiar projetos e construções de hospitais verdes e saudáveis. Comprar produtos e materiais mais seguros e sustentáveis.¹⁵

Oito anos após a agenda, verificamos um relativo progresso em relação a esses objetivos que são indiscutivelmente necessários, invariavelmente factíveis, mas que ainda não foram priorizados nas estratégias. Estamos seguros em relação à destinação final dos resíduos e equipamentos obsoletos? Ponderações relacionadas à eficiência energética e à diminuição do uso de água realmente são consideradas na aquisição de novas tecnologias? E, finalmente, quanto de investimento estamos planejando para tornar as instalações mais sustentáveis?

Aspectos sociais

Os aspectos sociais da sustentabilidade revelam a preocupação com o estabelecimento de ações justas para trabalhadores, parceiros e sociedade. De acordo com a FNQ, são temas ligados

13 Arquivo da autora.

14 *Ibidem*.

15 AGENDA Global de Hospitais Verdes e Saudáveis. **Saúde Sem Dano**, [s.d.]. Disponível em: <https://saudesemdano.org/america-latina/temas/agenda-global>. Acesso em: 29 mar. 2019.

a esses aspectos a prevenção e o tratamento dos impactos sociais, bem como o desenvolvimento social.¹⁶

De acordo com o Qmentum:

[...] As partes interessadas de uma instituição podem incluir governos ou outras entidades financiadoras, fundações, sindicatos, clientes e familiares, acionistas, parceiros ou organizações similares, grupos de voluntários ou de interesse, entidades e associações profissionais, prestadores de serviços ou agências contratantes, organizações de referência, e da comunidade como um todo.¹⁷

Segundo o IBGC, por muitas vezes ignoramos o quanto os “ativos intangíveis contribuem decisivamente para a formação do valor da empresa”,¹⁸ para o fortalecimento ou o enfraquecimento da marca e, no longo prazo, o quanto afetarão em eficiência, eficácia e custos.

Nesse sentido, a gestão de pessoas tem lugar de destaque na corrida pela longevidade das nossas organizações. Disse Confúcio, há mais de 2.500 anos, que, “para se tornar um líder, primeiro você precisa se tornar um ser humano”. Para sermos sustentáveis, precisamos, pois, cuidar dos colaboradores, para que eles cuidem dos pacientes, para que todos cuidemos da sociedade.

O IBGC alerta que “[...] resistências individuais e culturais podem ser entraves no caminho da sustentabilidade[,] e as ações que busquem o alinhamento, o entendimento e o desenvolvimento de pessoas são cruciais para vencer tais resistências”.¹⁹

Estudos apontam que a experiência do colaborador afeta diretamente a experiência do cliente. E pode haver sustentabilidade sem que os usuários tenham boas experiências em nossas organizações? Reichheld chama a atenção para os estragos que os clientes podem produzir e classifica como “lucros ruins” tudo o que bloqueia o crescimento rentável e sustentável, mancha a reputação da empresa, desmotiva colaboradores e impacta negativamente a experiência do cliente. “[...] Clientes detratores não aparecem no balanço das empresas, mas custam muito mais do que muitos passivos que os métodos tradicionais de contabilidade auferem cuidadosamente”.²⁰ Nesse sentido, a preocupação com a experiência do colaborador e do cliente são aspectos importantes a serem considerados em nossas estratégias.

Como prestadores de serviços em saúde, oferecer uma assistência segura e centrada no cliente e na família é um dos grandes desafios e, em essência, deveria ser o nosso propósito. Gerenciar indicadores de qualidade, segurança e desfecho clínico compõe a estratégia de oferecer uma boa experiência e de garantir longevidade. Entender como devolvemos os pacientes à comunidade faz-se necessário para entendermos o nosso impacto social.

E quando finalmente já cuidamos assertivamente dos colaboradores e dos clientes, o quanto cooperamos para a mudança da sociedade ao nosso entorno? Estamos suficientemente engajados em relação aos grandes temas mundiais da sustentabilidade? E o quanto estamos engajando todas as partes interessadas em relação às questões de responsabilidade socioambiental?

16 FNQ (2016).

17 QMENTUM INTERNATIONAL. **Padrões/governança**. [S.l.]: [s.n.], 2016.

18 Brandão e Santos (2007).

19 Brandão e Garzillo (2013).

20 REICHHELDE, F. F. **A pergunta definitiva 2.0: como as empresas que implementam o Net Promoter Score prosperam em um mundo voltado aos clientes**. Tradução de Bruno Alexander e Luiz Otávio Talu. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

Ferramentas, iniciativas e metodologias relacionadas à sustentabilidade

As ferramentas, as iniciativas, as metodologias e os indicadores a seguir são exemplos de boas práticas implementadas por instituições comprometidas com a sustentabilidade.

Aspectos econômico-financeiros

FERRAMENTAS, INICIATIVAS E METODOLOGIAS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> Gestão orçamentária; Controle fiscal; Gestão do fluxo de caixa; Plano de investimentos; GRI – <i>Global Reporting Initiative</i> (os padrões GRI de relatórios de sustentabilidade ajudam a identificar os impactos das operações da organização sobre o meio ambiente, a economia e a sociedade civil); ABC – <i>Activity Based Costing</i>; Indicadores Ethos (sistema <i>on-line</i> para associados ao Instituto Ethos que permite um autodiagnóstico e a comparação com outras empresas participantes). 	<ul style="list-style-type: none"> Crescimento da receita; Índice de glosas (% da receita líquida); Liquidez corrente (capacidade de saldar dívidas); Orçado x realizado; Ponto de equilíbrio; Prazo médio de recebimento (dias); Retorno sobre Investimento (ROI); Retorno sobre Patrimônio Líquido (ROE).

Quadro 1 – Ferramentas e metodologias relacionadas à sustentabilidade: aspectos financeiros

Fonte: FNQ (2016).

Aspectos ambientais

FERRAMENTAS, INICIATIVAS E METODOLOGIAS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> Comissão proativa e atuante de gestão de resíduos; Substituir os equipamentos radiológicos que utilizam filme e consomem grandes quantidades de água, por sistemas digitais; Sistema de utilização de imagens em prontuário; Redução do uso de papel; Utilização e produtos de limpeza biodegradáveis; Criação de tanques de armazenamento de água da chuva; Instalação de placas para captação de energia solar; Estabelecer logística reversa para pilhas, baterias, equipamentos e medicamentos; Planos de preparação para emergências e desastres; GRI – <i>Global Reporting Initiative</i>; Indicadores Ethos; SGA – Sistema de Gestão Ambiental; Certificação LEED. 	<ul style="list-style-type: none"> Consumo de água em m³ por paciente/dia; Consumo de energia em kw/h por paciente/dia; Geração de resíduos por paciente-dia (kg).

Quadro 2 – Ferramentas e metodologias relacionadas à sustentabilidade: aspectos ambientais

Fonte: FNQ (2016).

Aspectos sociais

FERRAMENTAS, INICIATIVAS E METODOLOGIAS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> Gestão orientada para desfechos clínicos dos tratamentos; Gestão da segurança do paciente; Programas de desenvolvimento de pessoas; Programas de saúde ocupacional e prevenção de acidentes; Medir a experiência do cliente; GRI – <i>Global Reporting Initiative</i>; Indicadores Ethos; Certificações em saúde; Gestão do acesso. 	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de aproveitamento interno (%); Índice de absenteísmo (%); <i>Turnover</i>; Taxa de retenção de colaboradores em 12 meses (%); <i>Net Promoter Score</i>.

Quadro 3 – Ferramentas e metodologias relacionadas à sustentabilidade: aspectos sociais

Fonte: FNQ (2016).

Parametrização dos indicadores recomendados

Econômico-financeiros

NOME DO INDICADOR	DADOS A SEREM COLETADOS	PERIODICIDADE	FORMATO DE CÁLCULO	RECOMENDAÇÕES PARA A DEFINIÇÃO DA META	POSSÍVEIS PARTICIPANTES DA ANÁLISE CRÍTICA
Crescimento da receita (%).	Receita líquida.	Anual	Receita líquida ano B / receita líquida ano A x 100	Revisão da série histórica, nível atual e <i>benchmark</i> .	Departamento financeiro e diretoria.
Índice de glosas (% da receita líquida).	Receita líquida (R\$). Glosas (R\$).	Mensal	Glosas (R\$) / receita líquida (R\$) x 100	Revisão da série histórica, nível atual e <i>benchmark</i> .	Departamento financeiro, diretoria e departamento comercial.
Liquidez corrente.	Ativo circulante (R\$). Passivo circulante (R\$).	Anual	Ativo circulante / passivo circulante	> do que 1; quanto maior, melhor.	Departamento financeiro e diretoria.
Orçado x realizado.	Planejamento orçamentário.	Mensal	Valor realizado / valor orçado	Não deve haver variação entre orçado e realizado. A meta é, pois, = 1.	Departamento financeiro, diretoria e gestores envolvidos.

NOME DO INDICADOR	DADOS A SEREM COLETADOS	PERIODICIDADE	FORMATO DE CÁLCULO	RECOMENDAÇÕES PARA A DEFINIÇÃO DA META	POSSÍVEIS PARTICIPANTES DA ANÁLISE CRÍTICA
Ponto de equilíbrio (%).	Custo fixo. Receita. Custo variável.	Mensal	$[\text{Custo fixo} / ((\text{receita} - \text{custo variável}) / \text{receita total})] \times 100$	Revisão da série histórica, nível atual e <i>benchmark</i> .	Departamento financeiro e diretoria.
Prazo médio de recebimento (dias).	Contas a receber (R\$). Faturamento anual.	Mensal	$(\text{Contas a receber} \div \text{faturamento anual}) \times 360$	Revisão da série histórica, nível atual e <i>benchmark</i> .	Departamento financeiro, diretoria e departamento comercial.
Retorno sobre Patrimônio Líquido (ROE).	Lucro líquido (R\$). Patrimônio líquido (R\$).	Anual	Lucro líquido / patrimônio líquido	Revisão da série histórica, nível atual e <i>benchmark</i> .	Departamento financeiro, diretoria e departamento comercial.
Retorno sobre Investimento (ROI).	Investimento. Custos.	Anual	$[(\text{Retorno do investimento} - \text{custo do investimento}) / \text{custo do investimento}] \times 100$	Revisão da série histórica, nível atual e <i>benchmark</i> .	Departamento financeiro, diretoria e gestores envolvidos com o investimento.

Quadro 4 – Parametrização dos indicadores econômico-financeiros recomendados

Fonte: Pflaeging (2009).

Ambientais

NOME DO INDICADOR	DADOS A SEREM COLETADOS	PERIODICIDADE	FORMATO DE CÁLCULO	RECOMENDAÇÕES PARA A DEFINIÇÃO DA META	POSSÍVEIS PARTICIPANTES DA ANÁLISE CRÍTICA
Consumo de água em m³ por paciente/dia.	m³ água. Paciente/dia.	Mensal	m³ água consumida / paciente/dia	Revisão da série histórica e <i>benchmark</i> .	Gestor de manutenção predial e diretoria.
Consumo de energia em kw/h por paciente/dia.	kw/h. Paciente/dia.	Mensal	kw/h consumido / paciente/dia.	Revisão da série histórica e <i>benchmark</i> .	Gestor de manutenção predial e diretoria.
Geração de resíduos por paciente/dia (kg).	Peso lixo comum (reciclável e não reciclável). Peso lixo infectante.	Mensal	Quantidade lixo gerado / paciente/dia.	Revisão da série histórica e <i>benchmark</i> .	Gestor de hotelaria e diretoria.

Quadro 5 – Parametrização dos indicadores ambientais recomendados

Fonte: Indicadores reunidos pela autora do capítulo.

Sociais

NOME DO INDICADOR	DADOS A SEREM COLETADOS	PERIODICIDADE	FORMATO DE CÁLCULO	RECOMENDAÇÕES PARA A DEFINIÇÃO DA META	POSSÍVEIS PARTICIPANTES DA ANÁLISE CRÍTICA
Taxa de aproveitamento interno (%).	Vagas abertas. Colaboradores promovidos.	Mensal	Colaboradores promovidos / vagas abertas x 100	Revisão da série histórica e <i>benchmark</i> .	Gestor de desenvolvimento humano e diretoria.
Índice de absenteísmo (%).	Horas perdidas. Horas trabalhadas.	Mensal	(Horas perdidas / horas que deveriam ser trabalhadas) x 100	Revisão da série histórica e <i>benchmark</i> .	Gestor de desenvolvimento humano, diretoria e gestores das áreas envolvidas.
<i>Turnover</i> .	Colaboradores contratados. Demitidos. Total de colaboradores.	Mensal	[(Colaboradores contratados + demitidos) / 2 / total de colaboradores do período anterior] x 100	Revisão da série histórica e <i>benchmark</i> .	Gestor de desenvolvimento humano, diretoria e gestores das áreas envolvidas.
Taxa de retenção de colaboradores em 12 meses (%).	Colaboradores contratados.	Anual	Colaboradores que completaram 12 meses de empresa / total colaboradores contratados no período	Revisão da série histórica e <i>benchmark</i> .	Gestor de desenvolvimento humano, diretoria e gestores das áreas envolvidas.
<i>Net Promoter Score</i> .	Clientes promotores. Clientes detratores. Clientes neutros.	Mensal	NPS = promotores – detratores / número total de respondentes	Zona.	Ouvidoria, diretoria e gestores das áreas envolvidas.

Quadro 6 – Parametrização dos indicadores sociais recomendados

Fonte: Indicadores reunidos pela autora do capítulo.

Considerações

A sustentabilidade engloba três aspectos principais: econômico-financeiros, ambientais e sociais, a serem considerados desde a definição das estratégias. A maximização do valor de uma empresa engloba tanto aspectos quantitativos (geração de caixa e resultado) quanto qualitativos (percepção e reconhecimento).

Para sermos reconhecidos como instituições socialmente engajadas, a sustentabilidade deverá ultrapassar o aspecto filosófico da estratégia para, finalmente, compor os planos orçamentários. Definidas estratégias sustentáveis, precisaremos ainda reestruturar os nossos processos, mensurar os resultados e implementar ciclos de melhoria.

Hospitais sustentáveis têm um bom relacionamento com todos os seus *stakeholders*. E todas as vezes que, motivados pela síndrome de curto prazo, concentramos os nossos esforços somente nos

aspectos econômico-financeiros, uma conta negativa é gerada em relação aos demais aspectos e a sustentabilidade é comprometida.

A sustentabilidade está, portanto, sujeita a inúmeros fatores e externalidades e deve ser uma preocupação fundamental das lideranças de uma instituição, cuja responsabilidade é trabalhar para que todas as partes interessadas compreendam que tomadas de decisões e ações devem sempre procurar agregar valor. Dessa forma, aumenta-se a chance de assegurar longevidade e sucesso institucional.

Referências

AGENDA Global de Hospitais Verdes e Saudáveis. **Saúde Sem Dano**, [s.d.]. Disponível em: <https://saudesemdano.org/america-latina/temas/agenda-global>. Acesso em: 29 mar. 2019.

BRANDÃO, C. E. L.; GARZILLO, J. M. F. (Coord.). **Sustentabilidade nos Conselhos de Administração**: práticas de algumas empresas listadas brasileiras. São Paulo: IBGC, 2013.

BRANDÃO, C. E. L.; SANTOS, H. L. (Coord.). **Guia de Sustentabilidade para as Empresas**. São Paulo: IBGC, 2007.

CMMAD – COMISSÃO MUNDIAL SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO. **Nosso futuro comum**. Rio de Janeiro: FGV, 1988.

ELKINGTON, J. Triple bottom line revolution: reporting for the third millennium. **Australian CPA**, v. 69, p. 75, 1994.

FRIEDMAN, R. E. Measuring organizational performance: beyond the Triple Bottom Line. **Business Strategy and the Environment**, v. 18, p. 177-191, 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/bse.564>. Acesso em: 26 mar. 2019.

FNQ – FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Guia de Referência da Gestão para Excelência**. São Paulo: FNQ, 2016.

GRI – GLOBAL REPORTING INITIATIVE. **Sustainability Reporting Guidelines**. Amsterdam: GRI, 2008. Disponível em: <http://www.globalreporting.org>. Acesso em: 30 mar. 2019.

INSTITUTO ETHOS. **Indicadores Ethos para negócios sustentáveis e responsáveis**. São Paulo: Instituto Ethos, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ethos.org.br>. Acesso em: 30 mar. 2019.

KAPLAN, S.; NORTON, P.; ROBERT, D. **The Balanced Scorecard**: translating strategy into action. 1st ed. [S.l.]: President and Fellows of Harvard College, 1996.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo**: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Tradução do Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio). Rio de Janeiro: ONU, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 29 mar. 2019.

PFLAEGING, Niels. **Liderando com metas flexíveis [beyond budgeting]**: um guia para a revolução do desempenho. Porto Alegre: Editora Bookman, 2009.

QMENTUM INTERNATIONAL. **Padrões/governança**. [S.l.]: [s.n.], 2016.

REICHHELDE, F. F. **A pergunta definitiva 2.0:** como as empresas que implementam o Net Promoter Score prosperam em um mundo voltado aos clientes. Tradução de Bruno Alexander e Luiz Otavio Talu. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

SALVIATTO, C. M.; BRANDÃO, C. E. L. (Coord.). **A prática da sustentabilidade:** desafios vividos por agentes da governança corporativa. São Paulo: IBGC, 2009.

CAPÍTULO 5



MODELOS DE REMUNERAÇÃO NO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE

Rodrigo Rodrigues de Aguiar e Ana Paula Cavalcante

Objetivos

- Apresentar o histórico do debate e da produção acerca de modelos de remuneração no contexto do setor suplementar de saúde;
- Sistematizar as características dos principais modelos de remuneração;
- Apoiar e instrumentalizar a implantação de modelo de remuneração baseado em valor.

Histórico e conceitos

O Brasil passa, de forma rápida, por uma transição demográfica, epidemiológica e de hábitos de vida, que tem levado: ao aumento da expectativa de vida da população; à maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis; a uma alimentação baseada no consumo de produtos industrializados; e ao sedentarismo.^{1,2} Todos esses fatores, aliados à adoção de tecnologias em saúde cada vez mais caras, impactam a forma como se organizam os sistemas de saúde no mundo.^{3,4,5}

Apesar das mudanças no perfil da população, o modelo de atenção à saúde e a organização dos serviços na saúde suplementar brasileira não se adequaram às mudanças, mantendo-se nos mesmos padrões de meados do século XX. O sistema continua: organizado de forma desarticulada, para atender prioritariamente doenças agudas, de rápida resolução; baseado em cuidados médicos e hospitalares; e com pouca avaliação dos resultados. Esse modelo tem se mostrado pouco resolutivo e caro.^{6,7,8,9}

A atenção hospitalar é fundamental na construção de políticas públicas de saúde e objeto de constante preocupação por parte dos gestores, tendo em vista a complexidade e os desafios existentes.

-
- 1 MALTA, D. *et al.* Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 217-232, 2017.
 - 2 MARINHO, F. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Situação epidemiológica das DCNT no Brasil 2015/2016. In: FÓRUM PARA O MONITORAMENTO DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, 5., 2017. **Anais** [...]. MS, 2017.
 - 3 MENDES, E. V. **Programa Mãe Curitibana**: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná. Lima: Organización Panamericana de la Salud, 2009. (Estudo de caso).
 - 4 ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.
 - 5 OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde – Financiamento dos Sistemas de Saúde**: o caminho para a cobertura universal. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>. Acesso em: 25 abr. 2019.
 - 6 Mendes (2009).
 - 7 MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965. Acesso em: 25 abr. 2019.
 - 8 Almeida, Fausto e Giovanella (2011).
 - 9 ALVES, D. C.; UGÁ, M. A. D.; PORTELA, M. C. Promoção da saúde, prevenção de doenças e utilização de serviços: avaliação das ações de uma operadora de plano de saúde brasileira. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 153-161, 2016.

A forma de remunerar hospitais tem sido alvo de constante debate e tem sofrido reformulações em diversos países desde a década de 1990.¹⁰

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), do Ministério da Saúde (MS), ao apresentar o conceito de hospital, chama a atenção para o fato de serem instituições complexas e com uso de tecnologias específicas, de caráter multiprofissional e interdisciplinar.

É consenso que a reformulação do modo como se remunera prestadores de serviços pode contribuir para a sustentabilidade do setor e pode ser um instrumento indutor da qualidade do cuidado em saúde. Desde 2001 o Institute of Medicine (IOM) recomendou que os sistemas de saúde alinhassem as políticas de pagamento à melhoria da qualidade em saúde. Entretanto, mediante a compreensão de que mudanças em sistemas complexos não ocorrem por meio de soluções impositivas, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem empreendendo ações indutoras para fomentar e apoiar avanços nesta temática, em particular na atenção hospitalar, dentre as quais destacam-se:

- Grupo de Trabalho sobre Remuneração de Hospitais (de 2010 a 2014);
- Grupo de Trabalho Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTE OPME) – ANS/Anvisa (de 2015 a 2016);
- Grupo de Trabalho de Modelos de Remuneração (de 2016 até a presente data).

Grupo de Trabalho sobre Remuneração de Hospitais

O Grupo de Trabalho sobre Remuneração de Hospitais foi constituído em 2010 a partir de solicitação de dirigentes de entidades representativas do segmento hospitalar e de operadoras de planos de saúde. O pleito era de que a ANS mediasse a discussão entre esses atores, visando à elaboração de uma nova sistemática de remuneração para hospitais, em que fossem construídas propostas de mudanças estruturais, alinhadas com os objetivos de sustentabilidade do setor.¹¹

De janeiro a junho de 2010 foi realizada a primeira etapa de reuniões do Grupo de Trabalho sobre Remuneração de Hospitais, denominada como Rodada do Rio de Janeiro, cujo documento final estabeleceu, a partir de consensos, diretrizes e bases a serem adotados pelo setor na implementação de novas formas de remuneração dos hospitais. Temas como conta aberta aprimorada, migração de margens e procedimentos gerenciados foram abordados.¹²

Em 2012, a Rodada de São Paulo, como ficou conhecida a segunda etapa das reuniões do Grupo de Trabalho, tratou de revisar e atualizar trabalhos anteriormente elaborados sobre a conta aberta aprimorada/tabela compacta. A publicação com o registro da Rodada de São Paulo traz conceitos e definições sobre o assunto e apresenta o detalhamento da conta aberta aprimorada, bem como elementos da metodologia para migração de margens.¹³

10 MACHADO, C. V. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências recentes. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-197, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312001000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. 2019.

11 ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Grupo de Trabalho sobre Remuneração dos Hospitais. Rodada do Rio de Janeiro. **Sistemáticas de remuneração dos hospitais que atuam na saúde suplementar**: diretrizes e rumos. Rio de Janeiro: ANS, 2010. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_opme/grupo5_orteses_proteses_materiais_especiais_rodadarj_2010.pdf. Acesso em: 25 abr. 2019.

12 *Ibidem*.

13 ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Grupo de Trabalho sobre Remuneração dos Hospitais. Rodada de

Ainda em 2012, foi editado o documento “Sistemáticas de Remuneração dos Hospitais que Atuam na Saúde Suplementar: procedimentos gerenciados”.¹⁴ O Grupo de Trabalho sobre Remuneração de Hospitais indicou que a remuneração dos procedimentos cirúrgicos de alta frequência e baixa variabilidade dos processos assistenciais, respeitando a especificidade de cada instituição, deveria ser efetuada com preços previamente fixados pelo prestador de serviços, o que foi denominado “procedimento gerenciado”, definido como uma forma de estabelecer um preço global para concentrar itens que compõem o procedimento, agilizando e racionalizando a operacionalização da cobrança e do pagamento, com a presunção de benefícios para os hospitais e para as operadoras.¹⁵

Grupo de Trabalho Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTE OPME) – ANS/Anvisa

Outra iniciativa da ANS que vale ser mencionada foi o Grupo de Trabalho Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTE OPME) – ANS/Anvisa. O referido GTE foi estruturado a partir do Relatório Final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTI OPME), que recomendou que a ANS e a Anvisa criassem Grupos de Trabalhos internos para coordenar a implementação das medidas propostas pelo GTI OPME para ambas as agências.¹⁶

Dentre as principais discussões do GTE OPME ANS/Anvisa, destaca-se a temática da “Transposição de Tabelas e Modelos de Remuneração” envolvendo Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI). Essa discussão resultou na elaboração do “Documento orientador para a transposição de tabelas envolvendo DMI”, que constituiu o Anexo III do Relatório Final do GTE OPME,¹⁷ contemplando os princípios norteadores para a negociação envolvendo DMI e o levantamento dos principais itens para compor o conjunto a ser negociado, além de apontar as cláusulas contratuais relevantes para a negociação entre operadoras e prestadores de serviços. Além disso, destaca a importância do acompanhamento do volume de glosas.

Grupo de Trabalho sobre Modelos de Remuneração

O Grupo de Trabalho de Modelos de Remuneração foi criado pela ANS em 14 de setembro de 2016, no âmbito do Laboratório de Inovação da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (LAB-DIDES).¹⁸ A primeira fase

São Paulo. **Sistemáticas de remuneração dos hospitais que atuam na saúde suplementar**: conta aberta aprimorada/tabela compacta. Rio de Janeiro: ANS, 2012a. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_opme/grupo5_orteses_proteses_materiais_especiais_rodadasp_2012.pdf. Acesso em: 25 abr. 2019.

14 ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Grupo de Trabalho sobre remuneração dos Hospitais. Regras Gerais. **Sistemáticas de remuneração dos hospitais que atuam na saúde suplementar**: procedimentos gerenciados. Rio de Janeiro: ANS, 2012b. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_opme/grupo5_orteses_proteses_materiais_especiais_regrasgerais2012.pdf. Acesso em: 25 abr. 2019.

15 ANS (2012b).

16 BRASIL. Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais. **Relatório Final**. Brasília: GTI OPME, 2015. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/07/Relatorio-Final-versao-final-6-7-2015.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

17 ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Relatório final do Grupo de Trabalho Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTE OPME) ANS/Anvisa**. Rio de Janeiro: ANS; Anvisa, 2016. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_opme/gt-opme-relatoriointegral.pdf. Acesso em: 25 abr. 2019.

18 BRASIL. Portaria DIDES nº 1, de 26 de fevereiro de 2016. Designa os representantes do Grupo de Trabalho Externo de OPME da ANS/Anvisa – GTE OPME ANS/Anvisa, que tem por finalidade realizar, no âmbito da ANS e Anvisa, o acompanhamento e o gerenciamento da implementação do conjunto de propostas definidas no Relatório Final do GTI-OPME. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016.

desse Grupo de Trabalho ocorreu entre setembro de 2016 e agosto de 2017. Participaram da Fase 1 as mais diversas representações da cadeia do setor suplementar de saúde: operadoras, prestadores de serviços, indústria farmacêutica e de materiais, universidades etc. Nesta primeira fase, o papel da ANS foi, essencialmente, apresentar estudos sobre os principais modelos de remuneração, enfocando a experiência internacional e um comparativo entre os modelos identificados no exterior com as experiências em andamento no Brasil. Foram realizados também estudos internos e apresentações de convidados nacionais e internacionais. O objetivo principal foi balizar e homogeneizar o conhecimento, difundir informação e fomentar o debate.¹⁹

Em novembro de 2017 teve início a Fase 2 do Grupo de Trabalho de Modelos de Remuneração, estruturada a partir dos debates ocorridos durante a realização da Fase 1. Nesta segunda fase, foi estabelecida uma dinâmica que permitisse contemplar a identificação de estratégias para viabilizar a implementação efetiva de modelos de remuneração inovadores, centrados na perspectiva da melhoria da qualidade do cuidado em saúde e da sustentabilidade no âmbito da saúde suplementar.²⁰

As duas primeiras fases do Grupo de Trabalho culminaram na publicação, pela ANS, do “Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor”, lançado em março de 2019.²¹ A publicação apresenta a consolidação de aspectos técnicos relativos aos principais modelos de remuneração. Além disso, apresenta uma gama de proposições e orientações que servem de guia para operadoras e prestadores promoverem a implementação de modelos de remuneração inovadores e alternativos ao pagamento por volume.

A Fase 3 está prevista para ter início ainda em 2019, na qual serão efetivamente testados modelos de remuneração por meio de projetos-piloto em linha com as recomendações do IOM,²² de que as agências de financiamento em saúde e órgãos de governo devem desenvolver uma agenda de pesquisa para identificar, testar projetos-piloto e avaliar várias opções para alinhar métodos de pagamento atuais com objetivo de melhoria da qualidade do cuidado.

Conceito de modelo de remuneração

Ainda que com variadas denominações, o conceito de “modelo de remuneração” em saúde é entendido como a maneira pela qual o recurso financeiro é alocado ao prestador de serviços de saúde (ex.: *fee for service* – pagamento por procedimento; *capitation*; orçamentação global ou parcial; modelos prospectivos de pagamento baseados no *diagnosis related groupings*; pagamento por pacotes – *bundles* etc.).²³ Os prestadores de serviços de saúde podem ser profissionais individuais ou instituições prestadoras de serviços como hospitais, clínicas, laboratórios etc.²⁴ É importante destacar a diferença entre modelo de remuneração de prestadores de serviços, que se refere à forma com que o recurso é alocado, do debate acerca dos valores financeiros efetivamente pagos, seja por meio de tabelas, seja de pacotes ou outras formas de pagamento.

19 ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Grupo de Trabalho de Modelos de Remuneração na Saúde Suplementar. **Relatório descritivo**. Rio de Janeiro: ANS, 2019a.

20 *Ibidem*.

21 ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em Valor**. Rio de Janeiro: ANS, 2019b.

22 IOM – INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century**. Washington: National Academies Press, 2001.

23 AAS, I. H. M. Incentives and financing methods. **Health Policy**, v. 34, p. 205-220, 1995.

24 JEGERS, M. *et al.* A typology for provider payment systems in health care. **Health Policy**, v. 60, n. 3, p. 255-273, 2002.

Conceitos relativos aos modelos de remuneração hegemônicos no setor suplementar de saúde

Não obstante a existência de experiências de diversificação de modelos de remuneração em saúde no âmbito nacional e, especialmente, no âmbito internacional, nota-se ainda no setor suplementar de saúde brasileiro a predominância do pagamento por procedimentos (*fee for service*) e do pagamento por diárias hospitalares (*per diem*).

A seguir, será apresentada a conceituação dos dois modelos de remuneração atualmente hegemônicos para, na sequência, serem abordados aspectos relativos à conceituação e à aplicação de modelos de remuneração alternativos ao *fee for service*.

Pagamento por procedimento (*fee for service*)

O *fee for service* é o modelo hegemônico de remuneração de prestadores de serviços, especialmente de profissionais de saúde, e é muito utilizado no setor privado brasileiro.

Essa forma de remuneração pressupõe a existência de uma tabela com o valor estabelecido para cada procedimento ou item utilizado, em que a remuneração dá-se pelo somatório discriminado de cada um desses procedimentos ou itens utilizados (materiais, medicamentos, honorários profissionais, diárias hospitalares e serviços intermediários, tais como exames complementares). Os valores de remuneração dos itens são estabelecidos previamente, sendo os pagamentos realizados após a execução dos serviços.^{25,26,27,28}

Ainda que muito utilizado, o *fee for service* vem sendo criticado por ser caracterizado pelo estímulo à competição por usuários e pela remuneração por quantidade de serviços produzidos. Além de induzir a produção excessiva de procedimentos pelos prestadores de serviços que nem sempre são necessários para o paciente, o modelo também desconsidera os resultados em saúde e a experiência do paciente, bem como favorece a variabilidade da prática clínica.^{29,30,31,32,33}

Pagamento por diárias hospitalares (*per diem*)

Esse modelo é adotado especificamente na remuneração de internações hospitalares, com os valores sendo estabelecidos por dia de permanência do paciente. Comumente a diária hospitalar

25 UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3437-3445, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n12/28.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

26 BOACHIE, M. K. *et al.* Healthcare provider – payment mechanisms: a review of literature. **Journal of Behavioural Economics, Finance, Entrepreneurship, Accounting and Transport**, v. 2, n. 2, p. 41-46, 2014. Disponível em: <http://pubs.sciepub.com/jbe/2/2/2>. Acesso em: 25 abr. 2019.

27 BICHUETTI, J. L.; MERE JR., Y. A. Modelos de remuneração na saúde. **Harvard Business Review Brasil**, p. 58-62, ago. 2016. Disponível em: https://bc.pressmatrix.com/pt-BR/profiles/3c24c670a5ee/editions/28565a058513d802c50f/preview_pages. Acesso em: 25 abr. 2019.

28 MILLER, H. D. **Why value-based payment isn't working, and how to fix it**. Creating a patient-centered payment system to support higher-quality, more affordable health care. 1st ed. Pittsburgh: Center for Healthcare Quality & Payment Reform, 2017.

29 ANDREAZZI, M. **Formas de remuneração de serviços de saúde**. Brasília: Ipea, 2003. (Texto para Discussão, n. 1006).

30 Ugá (2012).

31 Boachie *et al.* (2014).

32 Bichuetti e Mere Jr. (2016).

33 Miller (2017).

inclui a “hotelaria” do hospital, a depender de o paciente estar internado em quarto, enfermaria ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI). É um modelo análogo ao *fee for service*, uma vez que o valor das diárias é acrescido de gastos com materiais, medicamentos, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapias (SADT) e honorários médicos, remunerados por item e de acordo com a produção. Desse modo, sofre das mesmas mazelas do *fee for service*, estimulando a superutilização de procedimentos, além do aumento do número de dias de internação e hospitalização desnecessária.^{34,35}

Aplicação prática de modelos alternativos de remuneração

Dentre os elementos que podem favorecer a implantação de modelos alternativos de remuneração, está a consideração das diferentes perspectivas dos envolvidos. Enquanto os prestadores querem liberdade para utilizar recursos sem restrições e serem remunerados pela utilização desses recursos, as operadoras desejam diminuir as despesas com a utilização de serviços de saúde.

A mudança do modelo de remuneração clássico, baseado na execução de procedimentos, para uma forma de remunerar que considere a qualidade do cuidado como critério leva, necessariamente, a um compartilhamento dos riscos entre a operadora e o prestador de serviços de saúde em maior ou menor grau. Desse modo, qualquer mudança deve ser feita de forma gradual, considerando as características do sistema, o contexto, a nova estrutura remuneratória e, principalmente, o tempo de adaptação necessário para todos os envolvidos.^{36,37}

Assim, uma mudança no modelo de remuneração deve possibilitar que prestadores possam alcançar maior qualidade, bem como propiciar às operadoras maneiras de garantir maior eficiência na gestão dos recursos.

Serão apresentados, a seguir, as principais características dos modelos de remuneração alternativos ao *fee for service* e ao pagamento por diárias hospitalares.

Pagamento por desempenho (*pay for performance*)

O *pay for performance* caracteriza-se por proporcionar o ajuste da remuneração de acordo com o desempenho dos prestadores de serviços. Configura-se como uma espécie de “guarda-chuva”, associado a algum outro modelo específico de remuneração, como o orçamento global ou o *capitation* e, em alguns casos, o *diagnosis related groupings* ou até mesmo o próprio *fee for service*, ou, ainda, conformando outras propostas inovadoras.

Orçamentação (global e parcial)

A orçamentação corresponde à definição de um montante de recursos estimado por meio de uma programação orçamentária, com valores normalmente projetados a partir de séries históricas e negociados entre a fonte pagadora e o prestador.³⁸ A orçamentação pode ser de dois tipos: global,

34 Ugá (2012).

35 Boachie et al. (2014).

36 *Ibidem*.

37 Miller (2017).

38 VECINA NETO, G. Serviços de assistência direta ao paciente. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 209-229.

envolvendo todos os serviços prestados; ou parcial, incluindo parte dos serviços prestados, como cuidados ambulatoriais, cuidados hospitalares, produtos farmacêuticos ou ainda unidades de saúde.³⁹

Diagnosis related groupings

O *diagnosis related groupings* não foi desenhado inicialmente com o propósito de compor um modelo de remuneração. Ele corresponde a um sistema de classificação de pacientes, com o objetivo de subsidiar não só a gestão econômica (custo das internações), mas também a gestão clínica (perfil clínico dos casos tratados), constituindo grupos que se pretendem homogêneos do ponto de vista do custo e da complexidade clínica. A partir dessa classificação, o prestador de serviços de saúde é remunerado por episódio de tratamento, com valores diferenciados segundo as especificidades de cada caso. Além do diagnóstico principal, o *diagnosis related groupings* considera fatores como as comorbidades e as complicações, a idade do paciente e o tipo de tratamento, levando o modelo, que se propõe como prospectivo (custos determinados independentemente dos “custos reais” e do tempo de permanência), a ser parcialmente retrospectivo, por não considerar exclusivamente o diagnóstico.^{40,41,42}

Assalariamento

O assalariamento corresponde ao pagamento clássico, como contraprestação aos serviços executados pelo empregado, conforme o número de horas trabalhadas, incluídos os benefícios sociais da relação formal de trabalho. A remuneração independe da produção de serviços. Na atenção hospitalar, este tipo de remuneração ocorre, normalmente, no caso de serviços prestados em locais fechados, como UTIs ou prontos-socorros, por exemplo.⁴³

Shared savings/shared risk

O *shared savings/shared risk* corresponde a um modelo de pagamento no qual os prestadores de serviços permanecem sendo pagos de acordo com o sistema *fee for service*, mas passam a receber um bônus ou uma penalidade caso o total de gastos da fonte pagadora sejam menores ou maiores que o valor que a fonte pagadora projetou. Por exemplo, se o gasto total no período de um ano for menor do que o gasto estimado, o valor economizado é compartilhado com o prestador, total ou parcialmente, como um bônus.⁴⁴ Existem, ainda, outras formas possíveis de compartilhamento de risco: o *downside sharing* (em que o compartilhamento ocorre nos casos de complicações que elevem demasiadamente o custo do cuidado) e o *upside sharing* (quando são compartilhadas as economias geradas pela ocorrência de complicações abaixo do esperado).⁴⁵

39 Boachie et al. (2014).

40 NORONHA, M. F. et al. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 242-255, 2004.

41 Ugá (2012).

42 Bichueti e Mere Jr. (2016).

43 BESSA, R. O. **Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2011.

44 Miller (2017).

45 ICOS – INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE. **Modelos de Pagamento Baseados em Valor**. São Paulo: ICOS, 2017. Disponível em: http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/02/ICOS-02_02_2018.pdf. Acesso em: 25 abr. 2019.

Bundled payments

O *bundled payments* vincula pagamentos para os múltiplos prestadores envolvidos no atendimento a determinada condição de saúde. Os prestadores possuem, portanto, responsabilidade pelo ciclo completo do tratamento de determinada condição de saúde, reforçando a responsabilidade financeira e de desempenho dos prestadores pelos episódios de atendimento.

Todos esses modelos de pagamento alternativos ao *fee for service* podem ser utilizados individualmente ou de forma mista. Eventualmente, podem levar a limitações como subutilização de procedimentos, seleção de pacientes saudáveis, altas precoces etc.

Há condutas de ordem geral que devem ser adotadas na aplicação prática que visam minimizar a possibilidade de efeitos indesejáveis na implementação de qualquer modelo de remuneração de prestadores de serviços, por exemplo:^{46,47}

- Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidência científica;
- Acompanhamento de dados demográficos e epidemiológicos da população assistida;
- Monitoramento dos resultados por meio de indicadores de qualidade e segurança do paciente;
- Contratualização entre operadoras e prestadores de serviços que contemple objetivos e metas claramente definidos;
- Avaliação sistemática da experiência do paciente;
- Uso de sistemas de informação;
- Integração da rede de atenção à saúde;
- Coordenação do cuidado;
- Ajuste do pagamento por fatores de risco;
- Classificação de hospitais de acordo com sua complexidade e especificidades clínicas.

Métricas e ferramentas

A implantação de novos modelos de remuneração é muito mais propensa a ser bem-sucedida se os prestadores participarem voluntariamente. Desta forma, ao invés de tentar impor o novo modelo de remuneração aos prestadores resistentes à mudança, faz sentido projetar o modelo de remuneração de modo, procurando adotar as seguintes medidas:⁴⁸

- Envolver os prestadores na elaboração do projeto de implantação do novo modelo de remuneração;
- Padronizar projetos e medidas, mas, sempre que possível e necessário, permitir alguma flexibilidade;
- Permitir aos prestadores acessar dados apurados pela operadora, relativos aos cuidados que os seus pacientes estão recebendo;

46 Ugá (2012).

47 Miller (2017).

48 MILLER, H. D. **How to create an alternative payment model – executive summary**. Pittsburgh: Center for Healthcare Quality and Payment Reform, 2018. Disponível em: http://www.chqpr.org/downloads/How_to_Create_an_Alternative_Payment_Model_ExecSumm.pdf. Acesso em: 25 abr. 2019.

- Reduzindo os riscos financeiros mais elevados para os prestadores durante o período inicial de implementação do novo modelo de remuneração.

Revisão dos dispositivos contratuais que criam barreiras à incorporação do novo modelo de remuneração

Para fazer frente ao desafio de implantar um novo modelo de remuneração, é importante que seja estabelecido um projeto, estruturado a partir da análise do contexto específico e que defina as estratégias necessárias para a sua incorporação e monitoramento.

Apesar das especificidades de cada caso, há alguns elementos que devem ser observados de maneira geral em projetos para implantação de novo modelo de remuneração. No quadro 1 consta uma proposta de estrutura do projeto para implantação de modelo de remuneração, detalhada no “Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em Valor”.⁴⁹

Descrição do contexto a partir do qual será proposto o projeto	O contexto envolve aspectos como as características da operadora, do hospital ou outro prestador de serviço envolvido e de elementos presentes na relação entre estas instituições; de características da carteira de beneficiários atendidos no hospital; e variáveis relacionadas a aspectos econômicos, concorrenciais e assistenciais.
Identificação dos problemas/ barreiras relacionados ao modelo de remuneração atual	Registro da situação que chamou a atenção sobre a necessidade de adoção de um modelo de remuneração alternativo.
Definição dos objetivos que se pretende alcançar	Devem ser estabelecidos, de modo claro, os objetivos que se almeja atingir a partir da implantação do novo modelo de remuneração, tendo como referência os problemas identificados na forma de remuneração atualmente praticada. Os objetivos estabelecidos constituirão a base para a análise comparativa entre as diferentes alternativas de modelos de remuneração e para o estabelecimento dos parâmetros a partir dos quais deverão ser projetadas as estratégias de implementação, monitoramento e avaliação do novo modelo de remuneração.
Descrição das possíveis alternativas de modelos de remuneração	Descrição das alternativas de modelos de remuneração cujas características estejam mais ajustadas aos problemas identificados e ao atingimento dos objetivos almejados.
Análise dos possíveis impactos e comparação das alternativas de modelos de remuneração	Devem ser descritos os potenciais impactos, positivos e negativos, das alternativas de modelos de remuneração que permaneceram entre as opções potencialmente viáveis. O propósito desta etapa é ponderar as vantagens e as desvantagens dos modelos de remuneração alternativos e identificar se poderão proporcionar mais benefícios do que o modelo de remuneração atual.
Estratégias de implantação, avaliação e monitoramento do novo modelo de remuneração	Esta etapa abrange a sistematização das estratégias de implantação do modelo de remuneração identificado como mais adequado na etapa anterior. É essencial que a descrição das estratégias de monitoramento abranja indicadores capazes de mensurar os resultados e os desfechos em saúde, bem como as premissas, os parâmetros, as hipóteses e as fontes de informação utilizados. ¹ Ao efetuar a análise do desempenho nos indicadores, deve-se identificar quais fatores relacionados diretamente à implantação do novo modelo de remuneração tiveram influência no resultado. A partir dos resultados identificados, pode-se concluir pela pertinência de manutenção da estratégia de implantação do novo modelo de remuneração ou pela necessidade de reorientação.

Quadro 1 – Estrutura do projeto para implantação de novo modelo de remuneração

Fonte: Adaptado de ANS (2019b).

Nota: ¹ Brasil (2018).

49 ANS (2019b).

Considerações

Os sistemas de saúde devem ser capazes de proporcionar qualidade do cuidado nas dimensões de segurança, efetividade, acesso oportuno, eficiência e centralidade no paciente, oferecendo um cuidado sensível às preferências, às necessidades e aos valores individuais dos pacientes.⁵⁰ Entretanto, os atuais modelos de cuidado e de remuneração hegemônicos no país não confluem para essas dimensões da qualidade.

Um modelo de remuneração baseado em valor deve buscar o equilíbrio entre a experiência assistencial do paciente, os desfechos clínicos de alta qualidade e os custos adequados, preferencialmente, em todo o ciclo de cuidado, com vistas à sustentabilidade do sistema de saúde.⁵¹

De acordo com Porter e Teisberg,⁵¹ o conceito de valor em saúde pode ser sintetizado na seguinte fórmula: valor = desfechos / custos. Sob esta perspectiva, os autores conceituam valor em saúde como a relação entre os resultados que importam para os pacientes (desfechos clínicos) e o custo para se alcançar esses resultados.

Um dos fatores que contribui para os desperdícios em saúde é a demanda induzida pela oferta, ou seja, a utilização de serviços de saúde em razão da recomendação do profissional, considerando a existência da assimetria de informação entre os atores do setor.⁵²

Diversas críticas têm sido direcionadas aos novos modelos de pagamento implantados. Sob a justificativa de racionalização de recursos, por vezes, são estabelecidos cortes de gastos por parte das operadoras de planos de saúde, sem a avaliação da qualidade do cuidado.

Ademais, os prestadores de serviços enfrentam alguns problemas gerenciais específicos na busca pela qualidade, que são diretamente afetados pelos modelos de pagamento, como, por exemplo, a dificuldade de medir o impacto da melhoria da qualidade nos resultados financeiros do hospital e os desafios de infraestrutura enfrentados pelos hospitais que buscam melhorar a qualidade da prestação de serviços. Por isso, são necessários investimentos iniciais para equalizar essas questões.

Para que sejam baseados em valor, os modelos de remuneração devem contribuir para o alcance de bons resultados em saúde a um custo mais acessível, tanto para os pacientes quanto para as operadoras de planos de saúde, evitando a perspectiva da simples redução de custos.

Nessa perspectiva, o setor deve priorizar modelos de remuneração centrados no paciente, que assegurem a qualidade dos serviços prestados, contemplando o monitoramento e a avaliação dos resultados, bem como forte coordenação do cuidado de forma sustentável.

Referências

AAS, I. H. M. Incentives and financing methods. **Health Policy**, v. 34, p. 205-220, 1995.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Grupo de Trabalho sobre Remuneração dos Hospitais. Rodada do Rio de Janeiro. **Sistemáticas de remuneração dos hospitais que atuam na saúde suplementar**: diretrizes e rumos. Rio de Janeiro: ANS, 2010. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>.

50 IOM (2001).

51 PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Tradução de Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007.

52 Andreazzi (2003).

ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_opme/grupo5_orteses_proteses_materiais_especiais_rodadarj_2010.pdf. Acesso em: 25 abr. 2019.

_____. Grupo de Trabalho sobre Remuneração dos Hospitais. Rodada de São Paulo. **Sistemáticas de remuneração dos hospitais que atuam na saúde suplementar**: conta aberta aprimorada/tabela compacta. Rio de Janeiro: ANS, 2012a. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_opme/grupo5_orteses_proteses_materiais_especiais_rodadasp_2012.pdf. Acesso em: 25 abr. 2019.

_____. Grupo de Trabalho sobre remuneração dos Hospitais. Regras Gerais. **Sistemáticas de remuneração dos hospitais que atuam na saúde suplementar**: procedimentos gerenciados. Rio de Janeiro: ANS, 2012b. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_opme/grupo5_orteses_proteses_materiais_especiais_regrasgerais2012.pdf. Acesso em: 25 abr. 2019.

_____. **Relatório final do Grupo de Trabalho Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTE OPME) ANS/Anvisa**. Rio de Janeiro: ANS; Anvisa, 2016. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_opme/gt-opme-relatoriointegral.pdf. Acesso em: 25 abr. 2019.

_____. Grupo de Trabalho de Modelos de Remuneração na Saúde Suplementar. **Relatório descritivo**. Rio de Janeiro: ANS, 2019a.

_____. **Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em Valor**. Rio de Janeiro: ANS, 2019b.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

ANDREAZZI, M. **Formas de remuneração de serviços de saúde**. Brasília: Ipea, 2003. (Texto para Discussão, n. 1006).

ALVES, D. C.; UGÁ, M. A. D.; PORTELA, M. C. Promoção da saúde, prevenção de doenças e utilização de serviços: avaliação das ações de uma operadora de plano de saúde brasileira. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 153-161, 2016.

BESSA, R. O. **Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2011.

BICHUETTI, J. L.; MERE JR., Y. A. Modelos de remuneração na saúde. **Harvard Business Review Brasil**, p. 58-62, ago. 2016. Disponível em: https://bc.pressmatrix.com/pt-BR/profiles/3c24c670a5ee/editions/28565a058513d802c50f/preview_pages. Acesso em: 25 abr. 2019.

BOACHIE, M. K. *et al.* Healthcare provider – payment mechanisms: a review of literature. **Journal of Behavioural Economics, Finance, Entrepreneurship, Accounting and Transport**, v. 2, n. 2, p. 41-46, 2014. Disponível em: <http://pubs.sciepub.com/jbe/2/2/2>. Acesso em: 25 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de

2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 253, 31 dez. 2013. seção 1, p. 54-56.

_____. Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais. **Relatório Final**. Brasília: GTI OPME, 2015. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/07/Relatorio-Final-versao-final-6-7-2015.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

_____. Portaria DIDES nº 1, de 26 de fevereiro de 2016. Designa os representantes do Grupo de Trabalho Externo de OPME da ANS/Anvisa – GTE OPME ANS/Anvisa, que tem por finalidade realizar, no âmbito da ANS e Anvisa, o acompanhamento e o gerenciamento da implementação do conjunto de propostas definidas no Relatório Final do GTI-OPME. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016.

CENTER FOR MEDICARE & MEDICAID INNOVATION. **Evaluation and monitoring of the bundled payments for care improvement model 1 initiative**. Baltimore: Center for Medicare & Medicaid Innovation, 2015. (Annual Report 2014).

FETTER, R. B. The DRG patient classification system – background. *In*: FETTER, R. B.; BRAND, D. A.; GAMACHE, D. (Eds.). **DRGs their design and development**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1991. p. 3-27.

ICOS – INSTITUTO COALIZAÇÃO SAÚDE. **Modelos de Pagamento Baseados em Valor**. São Paulo: ICOS, 2017. Disponível em: http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/02/ICOS-02_02_2018.pdf. Acesso em: 25 abr. 2019.

IOM – INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century**. Washington: National Academies Press, 2001.

JEGERS, M. *et al.* A typology for provider payment systems in health care. **Health Policy**, v. 60, n. 3, p. 255-273, 2002.

MACHADO, C. V. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências recentes. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-197, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312001000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. 2019.

MALTA, D. *et al.* Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 217-232, 2017.

MARINHO, F. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Situação epidemiológica das DCNT no Brasil 2015/2016. *In*: FÓRUM PARA O MONITORAMENTO DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, 5., 2017. **Anais [...]**. [S.l.]: MS, 2017.

MILLER, H. D. **Why value-based payment isn't working, and how to fix it**. Creating a patient-centered payment system to support higher-quality, more affordable health care. 1st ed. Pittsburgh: Center for Healthcare Quality & Payment Reform, 2017.

_____. **How to create an alternative payment model – executive summary**. Pittsburgh: Center for Healthcare Quality and Payment Reform, 2018. Disponível em: http://www.chqpr.org/downloads/How_to_Create_an_Alternative_Payment_Model_ExecSumm.pdf. Acesso em: 25 abr. 2019.

MENDES, E. V. **Programa Mãe Curitibana: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná**. Lima: Organización Panamericana de la Salud, 2009. (Estudo de caso).

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965. Acesso em: 25 abr. 2019.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde – Financiamento dos Sistemas de Saúde**: o caminho para a cobertura universal. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>. Acesso em: 25 abr. 2019.

NORONHA, M. F. *et al.* Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 242-255, 2004.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Tradução de Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007.

UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3437-3445, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n12/28.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

VECINA NETO, G. Serviços de assistência direta ao paciente. *In*: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 209-229.

Bibliografia complementar

AHRQ – AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Indicators**. Rockville: AHRQ, [s.d.]. Disponível em: <https://qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>. Acesso em: 25 abr. 2019.

ANAHP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. **Publicações ANAHP**. Brasília: ANAHP, [s.d.]. Disponível em: <https://ondemand.anahp.com.br/categoria/publicacoes>. Acesso em: 25 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus)**. [S.l.]: [s.d.]. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2012/>. Acesso em: 25 abr. 2019.

CHPQR – CENTER FOR HEALTHCARE QUALITY AND PAYMENT REFORM. **Institucional**. Pittsburgh: CHPQR, [s.d.]. Disponível em: www.chpqr.org. Acesso em: 25 abr. 2019.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, [s.d.]. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matr>. Acesso em: 25 abr. 2019.

ICHOM – INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR OUTCOMES MEASUREMENT. **Benchmarking**. Boston: ICHOM, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ichom.org/benchmarking/>. Acesso em: 25 abr. 2019.

NCQA – NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE. **Hedis**. Washington: NCQA, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ncqa.org/hedis/>. Acesso em: 25 abr. 2019.

NHS – NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. **Clinical Services Quality Measures (CSQMs)**. Redditch: NHS, [s.d.]. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/ourwork/tsd/data-info/open-data/clinical-services-quality-measures/>. Acesso em: 25 abr. 2019.

NICE – NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Standards and Indicators**. London: NICE, [s.d.]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators>. Acesso em: 25 abr. 2019.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **OECD Data**. [S.l.]: [s.d.]. Disponível em: https://data.oecd.org/searchresults/?hf=20&b=0&r=%2Bf%2Ftype%2Findicators&r=%2Bf%2Ftopics_en%2Fhealth&l=en&s=score. Acesso em: 25 abr. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Programa de Qualificação de Operadoras/Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)**. Brasília: ANS, 2018. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2019_fichas_tecnicas_dos_indicadores.pdf. Acesso em: 25 abr. 2019.

_____. **Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS**. Brasília: ANS, [s.d.]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/Relacao_Indicadores_QUALISS.pdf. Acesso em: 25 abr. 2019.

Glossário

- **Assimetria de informação:** é uma falha de mercado persistente que se configura como a desigualdade na distribuição de informação entre os atores do sistema, ou seja, quando uma das partes do sistema de saúde detém informações significativas, enquanto a outra parte não possui informações suficientes para fazer uso do sistema de forma adequada ou suficiente para atender às suas reais necessidades;
- **Dispositivo Médico Implantável (DMI):** é qualquer instrumento, aparelho, equipamento, *software*, material ou artigo, utilizado isoladamente ou em combinação, introduzido no corpo humano para fins de diagnóstico, prevenção, controle, tratamento, atenuação ou compensação de uma doença, lesão ou deficiência;
- **Hospitais:** são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsáveis pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação;⁵³
- **Migração de margens:** realocação de valores/taxas pagos aos hospitais (a título de logística, armazenagem ou intermediação de comercialização de medicamentos ou DMI, por exemplo) para o pagamento efetivo dos serviços realizados ou cuidados prestados no âmbito da instituição hospitalar.

53 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 253, 31 dez. 2013. seção 1, p. 54-56.

CAPÍTULO 6



GESTÃO DA QUALIDADE E A ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Péricles Goés da Cruz e Gilvane Lolato¹

Objetivos

- Apresentar a história da gestão da qualidade e sua interseção no cenário e a complexidade do sistema de saúde brasileiro;
- Estudar os conceitos fundamentais da excelência em gestão;
- Provocar uma reflexão da importância da implantação da gestão da qualidade para um processo de acreditação;
- Explanar sobre a acreditação e sua aplicação prática na saúde.

A história da gestão da qualidade

Falar e implantar a gestão da qualidade em saúde não é um assunto atual e sim de muitos e muitos anos, que envolve e promove integração, comprometimento, melhorias de processos, diminuição de desperdícios, entre tantas outras vantagens. Grandes nomes da qualidade trouxeram mudanças que causaram e continuam causando impacto mundialmente, fazem parte da história da gestão da qualidade, bem como grandes ações que influenciaram os resultados até os dias atuais.

Sabemos que a qualidade se iniciou na indústria e consolidou-se por meio de grandes nomes com ferramentas que são aplicadas desde então.²

- A Era do Artesão (Revolução Industrial);
- Taylor (1900), com a administração científica;
- Ford (1903-Primeira Guerra Mundial), com a linha de produção;
- Shewhart (1920-Segunda Guerra Mundial), com o controle estatístico;
- Juran, Deming e Ishikawa (1950), com a melhoria contínua;
- A. Feigenbaum (1960), com o controle da qualidade total;
- Toyota, Motorola (1960), com o Lean Six Sigma até a globalização do século XXI, com a gestão estratégica da qualidade e sustentabilidade.

Na área da saúde, a história de gestão da qualidade e segurança também foi construída ao longo dos anos.

- 1818 a 1865 – Dr. Ignaz Semmelweis, pioneiro com os procedimentos antissépticos;
- 1820 a 1910 – Florence Nightingale, a dama da lâmpada, ficou conhecida com métodos de coletas de dados, gráficos estatísticos, medidas higiênicas e estudo de mortalidade;

¹ Em coautoria com André Ruggiero, Andrea Righi, Cássia Manfredini, Adriana Torres, Camila Deister e Fabiana Rigollo.

² ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DA ACREDITAÇÃO. **Gestão da Qualidade em Saúde: sua história e grandes mudanças.** São Paulo: ONA, 2019. (Série 20 Anos). Disponível em: <https://www.ona.org.br/Noticia/695/Serie-20-Anos-E-book-1>. Acesso em: 31 mar. 2019.

- 1913 – nasceu a primeira iniciativa de avaliação hospitalar com Ernest Codman, “*The End Result System*”;
- 1966 – Avedis Donabedian com os sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, aceitabilidade, legitimidade, equidade e otimização.
- Além de iniciativas mais recentes, como:
- 1980 – início do Institute for Healthcare Improvement (IHI), com a demonstração de melhorias de qualidade, organizado pelo Dr. Donald Berwick;
- 1999 – publicação do livro-relatório com o título “*Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*” pelo Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos;
- 1999 – fundação da Organização Nacional da Acreditação (ONA), com responsabilidade pelo desenvolvimento de padrões nacionais de segurança e qualidade em saúde no Brasil;
- 2001 – publicação do livro “*Crossing the Quality Chasm*”, que relata que as falhas ocorrem não pela falta de iniciativas, mas devido a deficiências nos processos;
- 2008 – recomendação do *checklist* Cirurgia Segura pela Organização Mundial da Saúde (OMS);
- 2009 – publicação da Taxonomia Internacional de Segurança do Paciente pela OMS;
- 2013 – instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013), bem como ações para segurança do paciente (RDC nº 36, de 25 de julho de 2013) pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

A implantação da gestão da qualidade em saúde tem um grande papel de provocar uma mudança de cultura, desde a alta administração até os profissionais que atuam diretamente nos processos. Sabemos que a mudança de cultura é um processo lento e que enfrenta alguns desafios:

- O cenário atual e a complexidade da saúde no Brasil;
- O comprometimento, o desenvolvimento e a valorização dos profissionais de forma constante;
- A implantação de mudanças efetivas que apresentem melhorias nos resultados dos processos.

O cenário e a complexidade do sistema de saúde

Em 2018, o Brasil tem, aproximadamente, 67 mil unidades ambulatoriais e 7.400 hospitais, sendo 60% dos hospitais com menos de 50 leitos. Estes hospitais empregam cerca de 56% dos profissionais e são responsáveis por 67% de todos os gastos.³

Alguns pontos relacionados a esta complexidade seriam: a falta de padronização dos processos, que provocam aumento de custos e uso de recursos de forma desnecessária, além da pouca utilização da atenção primária na saúde, que reflete em uma medicina preventiva ineficiente.

A complexidade do sistema de saúde sobrepõe-se a qualquer outro segmento e tecnologia, pois se lida com vidas. Portanto, a busca pela qualidade e segurança torna-se uma questão de prioridade. Segundo Sir Cyril Chantler,⁴ “a medicina era simples, ineficaz e relativamente segura. Agora é complexa, mais eficaz e potencialmente perigosa”.

3 MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

4 Chantler (1999 *apud* ONA, 2019).

A gestão da qualidade em saúde

O propósito para a implantação da qualidade nas organizações de saúde consiste em:

- Desenvolver uma política de segurança do paciente;
- Entender os requisitos para melhoria do desempenho;
- Medir e identificar onde melhorar;
- Identificar e entender, de forma sistemática, suas conformidades e oportunidades de melhoria;
- Promover a cooperação interna entre processos e pessoas da equipe.

O caminho para a qualidade começa na busca pela excelência da liderança. Os melhores líderes, com melhores recursos, podem gerar melhoria na qualidade e nos custos, alcançando a alta *performance*.

Sabemos que a implantação da qualidade tem alguns pontos críticos aos quais precisamos dar atenção, tais como:

- Liderança;
- Desenvolvimento das pessoas;
- Comunicação
- Motivação.

É conhecido que a qualidade é propriedade, atributo ou condição das coisas, dos processos ou das pessoas. Em uma escala de valores, a qualidade permite avaliar e, conseqüentemente, aprovar, aceitar ou recusar qualquer coisa. Qualidade também é a totalidade de características de uma entidade (atividade ou processo, produto), uma organização ou uma combinação destes, que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes e demais partes interessadas.

A definição da gestão da qualidade passa por:

- Satisfação das necessidades e expectativas dos clientes;
- Conformidade com as especificações;
- Adequação ao uso;
- Zero defeito;
- Fazer mais, melhor e mais rápido;
- Melhor relação custo x benefício;
- Melhorias constantes.

Para Donabedian,⁵ a qualidade pode ser vista como um conceito abrangente e complexo, formado por sete pilares:

- Eficácia: resultado do cuidado obtido na melhor situação possível;
- Efetividade: resultado do cuidado obtido na situação real;
- Eficiência: inclui o conceito de custo. Se duas medidas são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo;

5 DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

- Acessibilidade: quanto o cuidado se adapta aos desejos, às expectativas e aos valores dos pacientes;
- Legitimidade: aceitabilidade do ponto de vista da sociedade ou da comunidade;
- Otimização: cuidado relativo quanto ao custo do ponto de vista do paciente;
- Aceitabilidade (satisfação do usuário): o que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados e de seus benefícios.

Conceitos fundamentais da excelência em gestão

Na implantação da gestão da qualidade, alguns conceitos precisam ser levados em consideração. Basicamente existem oito fundamentos da excelência que promovem a melhoria da gestão:⁶

- Pensamento sistêmico: compreensão e tratamento das relações de interdependência e seus efeitos entre os diversos componentes que formam a organização, bem como entre estes e o ambiente com o qual interagem;
- Aprendizado organizacional e inovação: busca e alcance de novos patamares de competência para a organização e sua força de trabalho, por meio da percepção, da reflexão, da avaliação e do compartilhamento de conhecimentos, promovendo um ambiente favorável à criatividade, à experimentação e à implementação de novas ideias, capazes de gerar ganhos sustentáveis para as partes interessadas;
- Liderança transformadora: atuação dos líderes de forma ética, inspiradora, exemplar e comprometida com a excelência, compreendendo os cenários e as tendências prováveis do ambiente e dos possíveis efeitos sobre a organização e suas partes interessadas, no curto e longo prazos – mobilizando as pessoas em torno de valores, princípios e objetivos da organização; explorando as potencialidades das culturas presentes; preparando líderes e pessoas; e interagindo com as partes interessadas;
- Compromisso com as partes interessadas: estabelecimento de pactos com as partes interessadas e suas inter-relações com as estratégias e os processos, em uma perspectiva de curto e longo prazos;
- Adaptabilidade: flexibilidade e capacidade de mudança em tempo hábil, frente a novas demandas das partes interessadas e alterações no contexto;
- Desenvolvimento sustentável: compromisso da organização em responder pelos impactos de suas decisões e atividades, na sociedade e no meio ambiente, e de contribuir para a melhoria das condições de vida, tanto atuais quanto para as gerações futuras, por meio de um comportamento ético e transparente;
- Orientação por processos: reconhecimento de que a organização é um conjunto de processos que precisam ser entendidos de ponta a ponta e considerados na definição das estruturas organizacional, de trabalho e de gestão. Os processos devem ser gerenciados visando à busca da eficiência e da eficácia nas atividades, de forma a agregar valor para a organização e as partes interessadas;

6 FNQ – FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Modelo de Excelência de Gestão**. São Paulo: FNQ, 2014. Disponível em: <http://fnq.org.br>. Acesso em: 31 mar. 2019.

- Gestão de valores: alcance de resultados econômicos, sociais e ambientais, bem como de resultados dos processos que os potencializam, em níveis de excelência e que atendam às necessidades e às expectativas das partes interessadas.

Acreditação em saúde

A acreditação é uma certificação concedida por uma entidade nacional ou internacional, pública ou privada, a um serviço de saúde que atende a determinados padrões previamente estabelecidos de qualidade e segurança (do paciente, dos profissionais e da organização como um todo).

Trata-se de uma metodologia de gestão que busca preencher lacunas, remover deficiências e estabelecer uma cultura de melhoria contínua e da excelência gerencial e assistencial.

A acreditação, longe de representar apenas um certificado de qualificação, constitui-se em um mecanismo de alinhamento dos mais variados serviços, unidades e setores, que põem em ordem e potencializam o desenvolvimento e a execução de atividades, com a consequente melhoria do desempenho gerencial e assistencial das organizações de saúde.

Quando as organizações optam pelo ingresso em um processo de acreditação, elas fazem uma escolha que inclui mudanças positivas:

- Na prática clínica e gerencial com desempenho variável diminuído;
- Nos processos documentados, nas políticas institucionais organizadas, facilitando e incentivando interações entre os serviços, as unidades e os setores, gerando sinergia entre eles.

Um programa de acreditação não se envolve diretamente com a *expertise* dos profissionais da saúde, mas estabelece exigências que pressupõem uma boa qualificação técnico-assistencial. Preocupa-se, portanto, com as condições nas quais a *expertise* é exercida – infraestrutura e processos organizacionais que atendem aos profissionais de saúde, demais membros da equipe de saúde e clientes/pacientes.

Aplicando na prática o processo de acreditação em saúde

Para a implantação do processo de acreditação, é importante que haja uma mudança de cultura nas organizações de saúde, em que os principais objetivos são a segurança do paciente e a melhoria contínua dos processos.

Entenda, a seguir, um passo a passo para implantação da acreditação em uma organização de saúde:

- Inicialmente, é fundamental saber o que significa e o que pode representar para a sua organização uma certificação de acreditação, assim como os desdobramentos subsequentes;
- Escolher um coordenador ou responsável pelo processo de acreditação. A coordenação fará um plano de ação que definirá um cronograma, desde a preparação até a obtenção do certificado;
- Oferecer treinamento aos gestores dos serviços sobre os aspectos relativos ao processo de acreditação (curso de multiplicadores), assim como ferramentas que facilitem o cumprimento dos requisitos contidos nos padrões do Manual de Acreditação;

- Realizar auditorias internas que efetuem uma avaliação objetiva de cada área, fazendo com que os colaboradores disponham dos elementos fundamentais para a elaboração de planos de ação corretivos;
- Estruturar uma base de acompanhamento sistemático da execução dos planos de ação corretivos;
- Ponderar, revisar e ordenar as políticas e os procedimentos institucionais;
- Promover a execução de autoavaliação meses antes da visita de acreditação, quando aplicável;
- Solicitar uma visita de diagnóstico organizacional por uma instituição acreditadora escolhida pela organização;
- Acompanhar a adequação dos requisitos não conformes a partir do relatório de visita de diagnóstico;
- No momento em que a organização entender que está devidamente preparada para a visita de certificação, a partir daí poderá fazer os encaminhamentos necessários para a formalização da visita de avaliação.

Há um fluxo habitual para participar do processo de acreditação pela metodologia ONA:

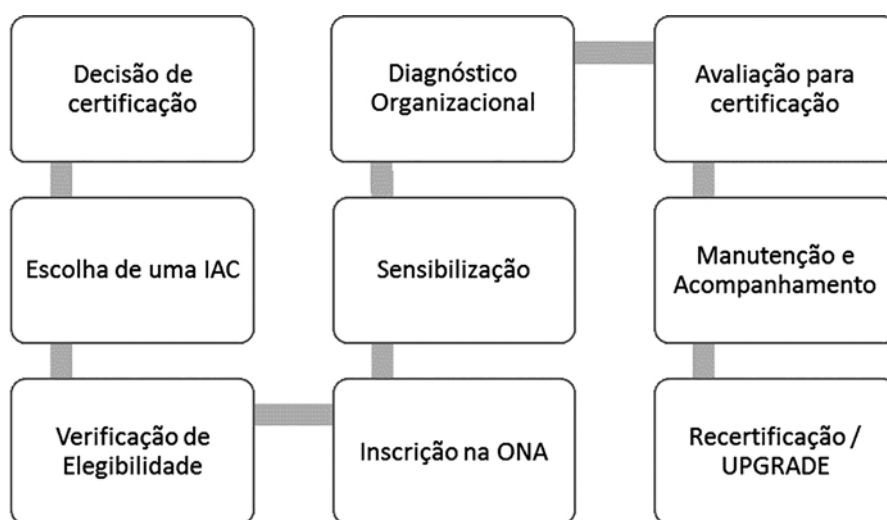


Figura 1 – Fluxo para acreditação ONA

Elaborado pelos autores do capítulo.

Iniciando desde a decisão de adesão ao processo de certificação, passando pela contratação de uma instituição acreditadora, avaliando sua elegibilidade enquanto instituição de saúde, até os procedimentos necessários de inscrição no sistema da ONA, a sensibilização dos colaboradores da unidade de saúde, o diagnóstico organizacional prévio, que é opcional, e, por fim, a avaliação para certificação; caso resulte em um dos níveis, a manutenção e o acompanhamento, bem como a possível recertificação e o *upgrade* de nível.

Justificativas para implantação da acreditação em saúde

A área da saúde, ao longo dos anos, vem aprimorando seus processos de qualidade, bem como metodologias de acreditação estão sendo implantadas para fortalecer a melhoria contínua e a

segurança dos pacientes. Diante disso, alguns pontos são cruciais para a implantação e a manutenção do processo de qualidade e acreditação:

- Desempenho por meio de um sistema de gestão estruturado em requisitos reconhecidos como fundamentais para um atendimento qualificado e seguro, resultando em maior eficiência, menos desperdício, possibilidade de comparação e maior confiança do público em geral;
- Gestão orientada pelos princípios da melhoria contínua, na medida em que o setor encontra-se em constante progresso;
- Elevação do grau de segurança para os clientes/pacientes, profissionais de saúde, organizações como um todo e comunidade em geral, uma vez que a assistência à saúde realiza-se em um ambiente de alto risco;
- Ascensão do patamar de qualidade e segurança dos serviços de saúde na área de abrangência geográfica;
- Entendimento de que acreditação é um processo contínuo da qualidade, e não um fim em si mesma;
- Produção de impacto positivo na assistência;
- Redução da taxa de infecção hospitalar, diminuição do tempo médio de permanência;
- Aumento da satisfação dos clientes;
- Obtenção de resultados clínicos excelentes que produzirá maior atração de novos pacientes, assim como de profissionais e fornecedores altamente qualificados;
- Reconhecimento público como local de excelência.

Há inúmeras vantagens que o processo de acreditação traz para organizações de saúde, tais como:

- Identificação de deficiências e ações de melhoria;
- Estabelecimento de prioridades;
- Mecanismos de medição de processos;
- Redução de riscos assistenciais e administrativos;
- Competitividade;
- Capacitação e educação permanente dos profissionais;
- Fortalecimento do trabalho na equipe multidisciplinar;
- Melhoria contínua de processos;
- Otimização dos trabalhos;
- Redução de custos;
- Sustentabilidade institucional;
- Segurança dos pacientes e profissionais envolvidos;
- Efeitos positivos sobre as operadoras de planos de saúde;

A Organização Nacional da Acreditação (ONA)

A ONA é uma entidade não governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil, com foco na segurança do paciente. A organização e sua metodologia são reconhecidas pela International Society for Quality in Health Care (ISQua).

A ONA credencia instituições acreditadoras, que são entidades de direito privado habilitadas pela ONA para desenvolverem o processo de avaliação nas Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS). Após a habilitação, cada uma destas organizações passa a ser identificada como Instituição Acreditadora Credenciada (IAC).

O Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA/ONA) está consolidado em um conjunto de fundamentos de gestão em saúde. Os fundamentos expressam-se por meio dos manuais que definem padrões e requisitos com o objetivo de promover o aprimoramento nos serviços de saúde, melhorando a qualidade da assistência no país. As práticas e os fatores de desempenho das organizações de saúde acreditadas devem demonstrar estes fundamentos: a acreditação ONA é um método de avaliação voluntário, periódico e reservado, que busca a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Constitui, essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais, uma forma de fiscalização.

A ONA possui os seguintes manuais:

- Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS);
- Serviços para a Saúde – Selo de Qualificação;
- Serviços Odontológicos.

O Manual de OPSS está dividido em duas partes:

- A primeira parte descreve o processo e a metodologia de avaliação do SBA/ONA juntamente às Normas de Avaliação para o Processo de Avaliação das Organizações de Saúde. Para cada tipo de serviço avaliado, há normas com o estabelecimento de regras para elegibilidade de acordo com o perfil do serviço prestado;
- A segunda parte do manual apresenta os padrões e requisitos exigidos para avaliação desses serviços, divididos em seções e subseções.

Há seções e subseções em que a aplicação do padrão é obrigatória, independentemente da característica e do perfil da organização de saúde. Também há outras de aplicação conforme as características e o perfil da organização de saúde, de acordo com as normas de avaliação.

As seções e as subseções obrigatórias, mencionadas anteriormente, deverão ser sempre visitadas para procurar evidências do cumprimento dos padrões estabelecidos no manual.

Os requisitos mencionados anteriormente são classificados como:

- Supera (S): evidências apresentadas superam o esperado para o atendimento ao requisito em consonância com as dimensões da qualidade e os fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização;
- Conforme (C): evidências apresentadas atendem ao requisito em consonância com as dimensões da qualidade e os fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização;
- Parcial conforme (PC): evidências apresentadas atendem parcialmente ao requisito em consonância com as dimensões da qualidade e os fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização;

- Não conforme (NC): evidências apresentadas atendem parcialmente ao requisito em consonância com as dimensões da qualidade e os fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização;
- Não se aplica (NA): evidências apresentadas não atendem ao requisito ou à ausência de evidência para atendimento ao requisito em consonância com as dimensões da qualidade e os fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização. Ausência de práticas.

Para cada requisito sinalizado como não conforme (NC), obrigatoriamente será aberto um campo no Relatório de Avaliação, para descrição da ausência da evidência para o atendimento do requisito, sendo tal ausência pontual ou sistêmica. Desta forma, a identificação de NC pontual ou sistêmica fica assim descrita:

- NC pontual: não atendimento de um requisito de forma pontual que compromete um processo, mas não o sistema como um todo;
- NC sistêmica: não atendimento de um requisito que compromete um processo de forma sistêmica.

Oportunidade de melhoria:

- Os requisitos sinalizados como PC deverão conter o Relatório de Avaliação, o qual deverá relatar a descrição das oportunidades de melhoria.

Os níveis da acreditação ONA para OPSS são:

- Acreditado (Nível I) – certificado com validade de dois anos e visita de manutenção a cada oito meses;
- Acreditado em Pleno (Nível II) – certificado com validade de dois anos e visita de manutenção a cada oito meses;
- Acreditado com Excelência (Nível III) – certificado com validade de três anos e visita de manutenção a cada um ano.

Gestão de riscos

Para aplicar a gestão de riscos é muito importante realizar a modelagem dos processos, que serve para compreender o funcionamento de uma organização. Consiste na identificação, no mapeamento, na análise e no possível redesenho dos processos.

Conforme a ISO 31000, de 2018, um sistema de gestão é composto por políticas, processos e procedimentos utilizados por uma organização para garantir que as tarefas necessárias serão cumpridas para o alcance de seus objetivos. A gestão de risco é um desafio para os profissionais de saúde, principalmente quando existe a necessidade de recursos. Os recursos podem ser desde sistemas até pessoas, estrutura etc.

A ISO 31000 orienta para planejar, implementar, medir e aprender a gestão de riscos adaptada à realidade da sua organização. O sistema de gestão interfere na gestão de riscos, levando em consideração o contexto, o suporte e a liderança. Os riscos enfrentados pelas organizações crescem a cada dia. Alguns são relacionados à gestão e outros à mudança do mercado. A ISO 31000 também destaca os princípios para uma gestão de riscos bem-sucedida:

1. Comprometimento da alta administração na gestão de riscos;
2. Revisão constante de processos, definição de ações e controles;
3. Modelo de gestão aberto, com múltiplas necessidades e contextos.

Gerenciar riscos baseia-se nos princípios, na estrutura e nos processos. Estes componentes podem já existir total ou parcialmente na organização; contudo, cabe uma análise de necessidade de adaptação ou melhoria, de forma que o gerenciamento de riscos seja eficiente, eficaz e consistente.

Indicadores

Conforme a Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), medir os resultados sistematicamente e de forma estruturada é fundamental para a gestão dos processos da organização, além de promover a cultura para excelência. A necessidade de medir o desempenho dos processos por meio de indicadores é crescente devido à exigência das partes interessadas na busca pela qualidade, auxiliando para a tomada de decisão.

As definições dos indicadores dos processos podem considerar:

- O resultado/produto esperado do processo;
- Um cenário que não está apresentando bons resultados;
- Os objetivos estratégicos;
- Uma visita de *benchmarking*.

O fator mais importante é que os indicadores precisam demonstrar se o processo está atingindo o resultado esperado, ou seja, se o seu desempenho está favorável ou não.

Análise crítica de indicadores

A análise de um indicador começa desde a sua criação. É importante que fique claro que os indicadores aplicam-se em todos os processos de uma organização. Os dados geram informações que, quando interpretadas, proporcionam previsões e/ou conhecimentos que se transformam em capital intelectual.

A análise crítica não deve ser uma descrição dos números ou gráficos, e sim uma interpretação do cenário e uma identificação dos possíveis fatores ou causas que podem estar contribuindo para os resultados. A partir das causas bem identificadas, é muito importante ter o planejamento e a preparação para a ação.

Passos para desenvolver uma boa análise de dados:

- Expressar a sua solução por meio de uma meta;
- Analisar as possíveis causas quando o resultado não atingir a meta (se necessário, utilizar ferramentas como Ishikawa, 5 Porquês etc.);
- Gere uma lista de possíveis ações, levando em consideração as causas levantadas;
- Prepare um cronograma (deixe claro o tempo “hoje” com o “objetivo alcançado”);

- Levante recursos para que cada ação possa ser executada;
- Identifique o que pode dar errado para o alcance do objetivo;
- Pense em uma forma de monitorar o progresso do plano de ação;
- Atribua as tarefas às equipes ou aos indivíduos adequados;
- Implante o plano de ação disponibilizando as informações às partes interessadas.

A cultura da qualidade e segurança do paciente

Considerando os assuntos abordados neste capítulo, os gestores hospitalares precisam estabelecer um enfoque sistêmico para os assuntos da qualidade e da segurança do paciente, entendendo-os como uma atividade contínua. Esse é o desafio constante de implantar e implementar uma cultura voltada à preocupação com processos que cumpram requisitos de qualidade e consigam, com isso, entregar uma assistência segura aos pacientes. A acreditação hospitalar torna-se, nesse contexto, uma consequência da caminhada rumo à excelência na gestão.

Referências

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

FNQ – FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Modelo de Excelência de Gestão**. São Paulo: FNQ, 2014. Disponível em: <http://fnq.org.br>. Acesso em: 31 mar. 2019.

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DA ACREDITAÇÃO. **Gestão da Qualidade em Saúde: sua história e grandes mudanças**. São Paulo: ONA, 2019. (Série 20 Anos). Disponível em: <https://www.ona.org.br/Noticia/695/Serie-20-Anos-E-book-1>. Acesso em: 31 mar. 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Bibliografia complementar

FURTADO, T. R. S. *et al.* **Responsabilidade social e ética em organizações de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2011.

LA ROCQUE, E. (Coord.). **Guia de orientação para o gerenciamento de riscos corporativos**. São Paulo: IBGC, 2007.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente**: relatório técnico final. Lisboa: OMS, 2011.

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DA ACREDITAÇÃO. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. São Paulo: ONA, 2018.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. Tradução de Rogério Videira. São Caetano do Sul: Yedis Editora, 2009.

VINCENT, C.; AMALBERTI, R. **Safer healthcare strategies for the real world**. New York: Springer, 2016.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Nova Iorque: McGraw-Hill, 2013.

CAPÍTULO 7



QUALIFICAÇÃO NO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE

Ana Paula Silva Cavalcante, José Felipe Riani Costa,
Priscilla Brasileiro Constantino e
Rodrigo Rodrigues de Aguiar

Objetivos

- Expor os principais elementos das iniciativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a qualificação de operadoras e de prestadores de serviços de saúde;
- Apresentar os principais aspectos relacionados aos conceitos e aos fundamentos da qualidade em saúde e à melhoria da qualidade assistencial;
- Discorrer sobre as abordagens e técnicas mais comuns para a melhoria da qualidade e seus princípios fundamentais.

Conceitos e fundamentos

O que é considerado qualidade varia ao longo do tempo, conforme os avanços nas ciências da saúde, as mudanças nas práticas assistenciais e nos valores socioculturais. Há diferentes possibilidades de definição do termo qualidade no contexto da saúde. Uma das mais difundidas é a do Institute of Medicine (IOM) norte-americano,¹ segundo o qual qualidade é o grau em que os serviços de saúde prestados a indivíduos e populações aumentam a probabilidade de ocorrência de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.

Nas últimas décadas do século XX, houve uma intensificação dos debates acerca da qualidade nos mais diversos setores do mercado e da sociedade, inclusive no setor saúde e, mais especificamente, na atenção hospitalar. Diferentes abordagens de gestão e avaliação da qualidade em saúde têm em comum o fato de considerarem a organização dos sistemas de saúde como uma questão central, isso diante da compreensão de que a principal fonte de falhas de qualidade não se encontra nas pessoas/profissionais, mas sim nos fluxos e processos de trabalho. Em busca de competitividade e eficiência, as organizações de saúde têm buscado cada vez mais estratégias que possibilitem o acompanhamento do desempenho para o alcance de melhoria na qualidade do cuidado.

Tem sido muito mais frequente o uso de metodologias de qualidade, tais como a certificação e a acreditação.² No âmbito de sua atuação regulatória, a ANS considera a existência de diferenças entre os conceitos de certificação e de acreditação, no que se refere à abrangência e aos objetivos. A certificação é uma das atividades de avaliação da conformidade que reconhece a excelência de aspectos técnicos e de gestão de processos específicos dentro de uma organização. Já a atividade de acreditação consiste na avaliação e no reconhecimento da competência técnica da organização

1 IOM – INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington: National Academy Press, 2001. p. 244.

2 CARVALHO, C. O. M. *et al.* Qualidade em saúde: conceitos, desafios e perspectivas. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 4, p. 216-222, 2004.

para efetuar atividades específicas.³ Ainda que ambas se fundamentem em princípios da boa gestão e da melhoria contínua da qualidade e da segurança do paciente, a acreditação é um processo mais amplo do que a certificação.

Nesse sentido, o Programa de Acreditação de Operadoras e o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde da ANS são exemplos de programas estabelecidos como fundamentais para a melhoria da qualidade assistencial, uma vez que consideram as atividades desempenhadas pelas operadoras, tanto de forma geral quanto específica,^{4,5} e serão discutidos amplamente mais adiante.

Melhoria da qualidade

As denominadas estratégias para “melhoria da qualidade” ganharam força nas últimas décadas do século passado e têm sido adotadas em projetos de saúde ao redor do mundo. A origem da melhoria da qualidade teve como base e inspiração, sobretudo, os métodos desenvolvidos no controle de qualidade da produção no campo da indústria. Dentre os responsáveis pelo desenvolvimento e pela adaptação de técnicas, nas décadas de 1940 e 1950, estão W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Feigenbaum, Kaoru Ishikawa e, mais tarde, Don Berwick. As abordagens e técnicas mais comuns para a melhoria da qualidade compartilham alguns princípios fundamentais simples:⁶

- **Dados e mensuração:** são vitais em qualquer tentativa de melhorar o desempenho e a qualidade, considerando que são necessários para avaliar o impacto e identificar a eventual necessidade de redirecionamento da estratégia;
- **Compreensão do processo:** o acesso aos dados é fundamental, mas não explica, por si só, por que o problema existe. Nesse sentido, uma ferramenta bastante útil é o mapeamento de processos, registrando cada etapa de um processo específico como, por exemplo, o itinerário percorrido por um paciente no sistema de saúde;
- **Aumento da confiabilidade:** a confiabilidade do sistema e dos processos clínicos contribui para a diminuição das distorções e dos desperdícios no sistema, reduzindo a probabilidade de erros e danos. Pode ser necessário o redesenho de sistemas e itinerários clínicos;
- **Entusiasmo, envolvimento e engajamento dos profissionais:** dentre os fatores que influenciam o sucesso de iniciativas de melhoria da qualidade estão a mobilização da liderança e o engajamento dos profissionais. Nesse sentido, torna-se necessária, por vezes, além da capacitação e do apoio aos profissionais, a quebra das hierarquias tradicionais, de modo a garantir a multidisciplinariedade e a consideração das diferentes perspectivas;

3 GRUPO SYM. Acreditação e certificação dos serviços de saúde: entenda a diferença. **Meu Consultório**, 2 fev. 2018. Disponível em: <https://www.meuconsultorio.com/acreditacao-e-certificacao-dos-servicos-de-saude-entenda-a-diferenca/>. Acesso em: 28 abr. 2019.

4 ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 405, de 9 de maio de 2016**. Brasília: ANS, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzI0OA==>. Acesso em: 28 abr. 2019.

5 Carvalho *et al.* (2004).

6 ICICT – INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE; FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Simplificando a melhoria da qualidade:** o que todos devem saber sobre melhoria da qualidade do cuidado de saúde. Rio de Janeiro: ICICT; Fiocruz, 2014.

- **Envolvimento dos pacientes e cocriação:** os pacientes, seus cuidadores e familiares possuem um papel essencial tanto na concepção das melhorias quanto no monitoramento dos impactos. O fato de percorrerem o itinerário do cuidado em toda a sua extensão faz com que suas opiniões sejam extremamente valiosas, além de, frequentemente, apresentarem uma perspectiva desconhecida para gestores e profissionais de saúde.

Há autores que conceituam a melhoria sistemática da qualidade não apenas como uma teoria, mas como uma ciência administrativa com inspiração em fundamentos da estatística, da engenharia, da psicologia e, sobretudo, da prática.^{7,8}

Atualmente, é cada vez mais comum a ideia de que qualquer decisão em saúde deve ser apoiada por avaliações; em particular, por meio de planejamento, execução, avaliação e ação. Esses passos devem ser considerados para o redirecionamento dos conhecimentos e das próximas etapas a partir dos resultados da avaliação realizada.⁹

A busca por métodos e estratégias de implementação de inovações explícitas para a melhoria da qualidade em saúde, baseados em teorias formais e não apenas na intuição pessoal de gestores ou profissionais, é fundamental para que se concretizem as mudanças necessárias. Além de ser um norteador para a implantação de qualquer inovação, permite sua avaliação, acompanhamento e, eventualmente, a reprodução, mesmo que com adaptações em outros projetos similares.¹⁰

Os métodos baseados na ciência da melhoria da qualidade podem levar a melhores resultados para os pacientes, melhor desempenho para o sistema e melhora no desenvolvimento profissional.¹¹ As teorias formais de melhoria da qualidade em saúde, que podem ser baseadas em diversas áreas do conhecimento, contribuem para descrever e explicar a implementação efetiva de mudanças no cuidado do paciente. Elas demonstram quais fatores contribuem com a implementação de uma inovação específica.¹²

Para implementar qualquer estrutura de melhoria, é essencial seguir os seguintes passos:¹³

1. Definir um objetivo;
2. Saber o que se pretende melhorar e por quê;
3. Estabelecer medidas (indicadores);
4. Estabelecer critérios para saber quando uma mudança é uma melhoria para o objetivo declarado;

7 PORTELA, M. C. *et al.* How to study improvement interventions: a brief overview of possible study types. **British Medical Journal Quality & Safety**, v. 24, n. 5, p. 325-336, 2015. p. 164.

8 CARVALHO *et al.* (2004).

9 CONTRANDIOPOLUS, A.-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

10 Portela *et al.* (2015).

11 BATALDEN, P. B.; DAVIDOFF, F. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? **Qual Saf Health Care**, v. 16, p. 2-3, 2007.

12 GROL, R. *et al.* Theories on implementation of change in healthcare. In: GROL, R. *et al.* (Eds.). **Improving patient care: the implementation of change in healthcare**. 2nd ed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2013.

13 ANS (2016).

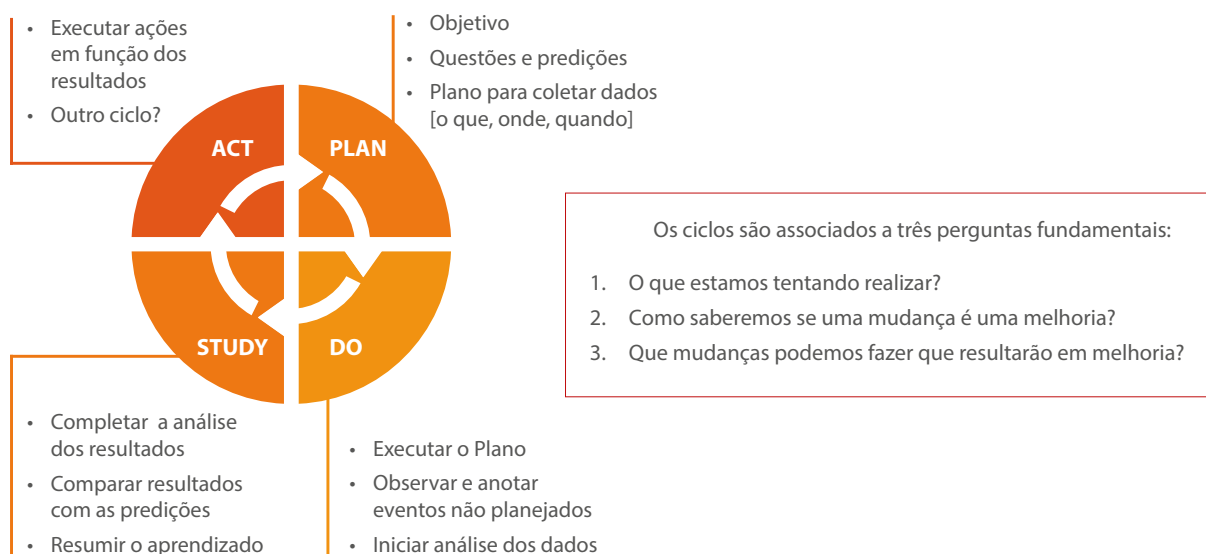
5. Identificar as mudanças;
6. Encontrar oportunidades de mudanças, desenvolvê-las, testá-las e implementá-las.

Dentre as ferramentas do Modelo de Melhoria, destacam-se as mais utilizadas no setor como:

PDSA

O ciclo PDSA, na sigla em inglês *plan* (planejar); *do* (fazer); *study* (estudar); e *act* (agir), é uma abordagem de melhoria contínua na qual as mudanças são testadas em pequenos ciclos que envolvem planejar, fazer, estudar e agir para, então, voltar a planejar, e assim por diante.¹⁴ Essa ferramenta pode transformar ideias em ação, conectando com a aprendizagem.¹⁵ Cada ciclo começa com teorias e intenções, que evoluem, transformando-se em conhecimentos capazes de embasar as ações e produzir resultados positivos.¹⁶ O ciclo PDSA proporciona a implantação cíclica e incremental de mudanças, a partir do teste e ajuste das propostas no contexto local, possibilitando a adoção e o refinamento do que funciona e o descarte ou a revisão do que não funciona.¹⁷

As três questões do Modelo de Melhoria, associadas ao ciclo PDSA, constituem a estrutura e o roteiro para a realização de projetos de melhoria.¹⁸



Adaptado do livro "The Improvement Guide"

Figura 1 – Ciclo PDSA

Fonte: Adaptado de Langley (1996).

14 LANGLEY, G. J. **The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance**. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.

15 LANGLEY, G. J. *et al.* **Modelo de Melhoria**. Tradução de Ademir Petenate. Campinas: Mercado de Letras, 2011.

16 *Ibidem*.

17 Portela *et al.* (2015).

18 Langley (1996).

Diagrama direcionador

O diagrama direcionador é outra abordagem para subsidiar a implementação de projetos de melhoria. Trata-se de uma ferramenta para organizar as teorias e ideias em um esforço para responder à questão: “que mudança podemos fazer que resultarão em melhorias?”¹⁹

Pode ser utilizado para expor as teorias iniciais sobre quais mudanças poderiam produzir os resultados esperados. A partir da descrição dessas teorias, as mudanças podem ser testadas e aprimoradas para desenvolver uma teoria preditiva. O diagrama direcionador deve ser atualizado durante um processo de melhoria e utilizado para monitorar o progresso na construção de uma teoria de melhoria.²⁰

A figura 2 exemplifica um modelo de diagrama direcionador para um projeto de melhoria de acesso.²¹

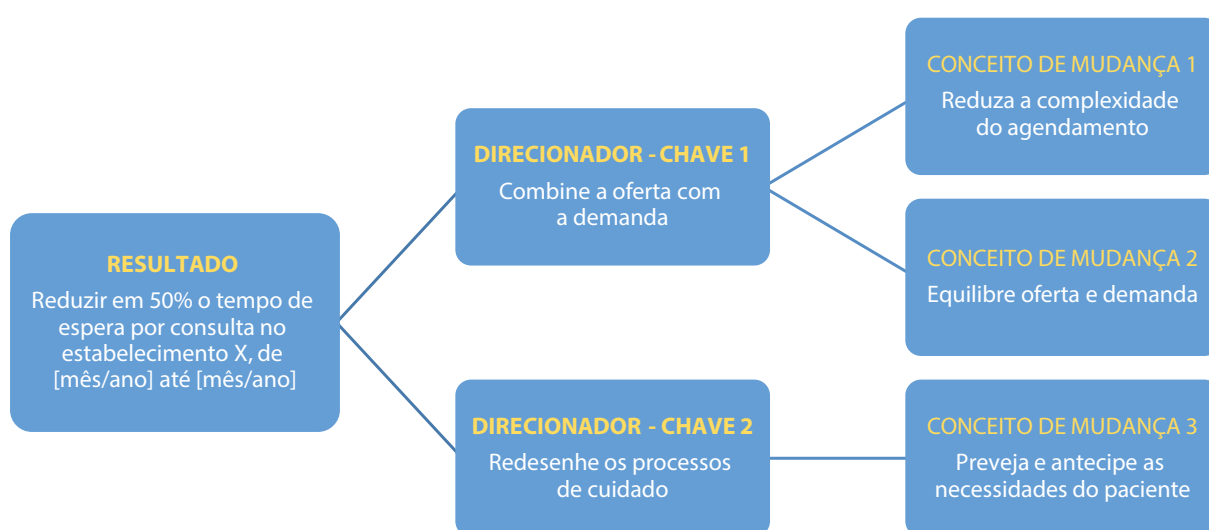


Figura 2 – Diagrama direcionador

Fonte: Adaptado de Langley *et al.* (2011).

Benchmarking

Benchmarking consiste em olhar a maneira como os outros estão fazendo as coisas e tentar aprender novas abordagens e possibilidades. Um processo formal de *benchmarking* fornece um método com alguma estrutura para realizar observações e depois utilizar essa informação para a melhoria que se pretende implementar.²²

Em muitos casos, a melhoria que se busca em uma organização já foi realizada por outras. As mudanças podem não coincidir exatamente com o contexto da organização em questão, porém o objetivo seria adaptar para o ambiente as ideias bem-sucedidas já utilizadas.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ ANS (2016).

²¹ Langley *et al.* (2011).

²² ANS (2016).

Avaliação por meio de indicadores

A mensuração e a coleta de dados são elementos fundamentais em qualquer tentativa de melhorar o desempenho e a qualidade, e também são necessários para avaliar o impacto.²³

Um dos enfoques atuais de gestão da qualidade e segurança do paciente é o desenvolvimento de sistemas de indicadores de monitoramento, com o objetivo de comparar instituições, identificar problemas e situações suscetíveis de melhoria e controlar o efeito das eventuais intervenções. O monitoramento de indicadores pode ser definido como uma atividade planejada e sistemática para identificar problemas ou situações que devem ser estudadas de forma profunda ou ser objeto de intervenção para o aprimoramento de algum ponto ou processo. Pode ser uma porta de entrada para a dinâmica dos ciclos de melhoria e um componente inevitável das atividades de desenho e planificação da qualidade.²⁴

Iniciativas da ANS para qualificação do setor suplementar de saúde

A ANS, no decorrer dos últimos anos, vem promovendo e estimulando a implementação de iniciativas para qualificação do setor suplementar de saúde. Nesse sentido, tem buscado fomentar estratégias que promovam a qualificação do cuidado em saúde, desenvolvendo ações voltadas tanto para operadoras quanto para prestadores de serviços de saúde.

1. Qualificação de operadoras de planos privados de saúde

A ANS possui algumas estratégias voltadas especificamente para a qualificação de operadoras de planos privados de saúde, com destaque para o Programa de Qualificação de Operadoras/Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e a Acreditação e a Certificação de Operadoras, que serão abordadas a seguir.

Programa de Qualificação de Operadoras/Índice de Desempenho da Saúde Suplementar

Dentre as estratégias voltadas às operadoras, o Programa de Qualificação de Operadoras, instituído em 2004, envolve a avaliação obrigatória por meio do IDSS, calculado a partir de indicadores definidos pela ANS. O IDSS varia de 0 a 1, e cada operadora recebe uma nota que a enquadra em uma faixa de avaliação por ordem crescente de desempenho.

O Programa de Acreditação de Operadoras foi instituído em 2011, é de adesão voluntária e conta com padrões de boas práticas estabelecidos pela ANS e aferidos por entidades acreditadoras independentes. Encontra-se em processo de reformulação. Em abril de 2019, o programa contava com 54 operadoras médico-hospitalares acreditadas, abarcando cerca de 25% dos beneficiários de planos de saúde.²⁵

23 Langley *et al.* (2011).

24 *Ibidem.*

25 ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Acreditação de operadoras.** Brasília: ANS, [s.d.]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras>. Acesso em: 28 abr. 2019.

Acreditação e Certificação de Operadoras

No âmbito de sua atuação regulatória, a ANS considera a existência de diferenças entre os conceitos de certificação e de acreditação, no que se refere à abrangência e aos objetivos, na medida em que a certificação reconhece a excelência de aspectos técnicos e de gestão específicos dentro de uma organização, enquanto a acreditação envolve a avaliação e o reconhecimento da competência técnica da organização como um todo, para efetuar atividades específicas.²⁶ Ainda que ambas se fundamentem em princípios da boa gestão e da melhoria contínua da qualidade e segurança do paciente, a acreditação é um processo mais amplo do que a certificação.

Nesse sentido, o Programa de Acreditação de Operadoras e o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde da ANS são exemplos de programas estabelecidos como fundamentais para a melhoria da qualidade assistencial, uma vez que consideram as atividades desempenhadas pelas operadoras, tanto de forma geral quanto específica.^{27,28}

Em dezembro de 2018, a ANS criou o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos de Saúde, além de ter lançado a primeira certificação no âmbito do programa: a Certificação em Atenção Primária à Saúde (APS), como forma de induzir coordenação do cuidado em saúde, tendo a APS como porta de entrada principal e eixo organizativo da rede assistencial na saúde suplementar.

2. Qualificação de prestadores de serviços de saúde

Dentre as iniciativas desenvolvidas pela ANS, voltadas especificamente para os prestadores, vale destacar o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS), que busca estimular a qualificação de hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde, além de aumentar a disponibilidade de informações sobre qualidade de prestadores de serviço, reduzindo a assimetria de informação. O objetivo do programa é ampliar o poder de avaliação e de escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde e pela sociedade em geral, além de induzir à qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar.

O QUALISS foi instituído em 2011, dividido em duas vertentes: o Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores e o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores. Em maio de 2016, a ANS reformulou o QUALISS, estabelecendo regras que agilizam o ingresso de hospitais, serviços de diagnóstico e profissionais de saúde no programa e unificou as normas existentes.²⁹

O Programa QUALISS consiste especificamente no estabelecimento de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial oferecida pelos prestadores de serviços de saúde; na avaliação da qualificação desses prestadores; e na divulgação dos atributos de qualificação. A participação dos prestadores de serviços no programa é voluntária e dá-se por meio das entidades participantes do QUALISS, que podem ser consultadas no Portal da ANS.³⁰

26 Grupo SYM (2018).

27 ANS (2016).

28 Carvalho *et al.* (2004).

29 ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **QUALISS – Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde**. Brasília: ANS, [s.d.]b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude>. Acesso em: 28 abr. 2019.

30 *Ibidem*.

O Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços de Saúde (PM-QUALISS) é parte do Programa QUALISS e constitui-se em um exemplo da utilização de indicadores para a avaliação da qualidade dos prestadores, em especial, dos hospitais. O PM-QUALISS consiste em um conjunto de indicadores de qualidade, que buscam avaliar os prestadores em diversos aspectos do cuidado.³¹ A participação é voluntária e o objetivo é estimular a qualidade e a disseminação de informações sobre o desempenho do setor, tendo como público-alvo: a sociedade em geral; os beneficiários, visando ao aumento de sua capacidade de escolha; os prestadores de serviços, pretendendo o fomento de iniciativas e estratégias de melhoria de desempenho; e as operadoras de planos de saúde, intentando uma melhor qualificação de suas redes assistenciais.

Os indicadores selecionados para o PM-QUALISS serão implementados inicialmente em um número pequeno de hospitais participantes, como recomenda o Modelo de Melhoria, e, em uma segunda fase, o programa será ampliado para um maior número de hospitais.

Programas de melhoria da qualidade voltados a operadoras de planos privados de saúde em conjunto com prestadores de serviços de saúde

Dentre as ações desenvolvidas pela ANS, com a participação tanto de operadoras quanto de prestadores de serviços de saúde, vale destacar os seguintes programas de indução da qualidade, alicerçados na metodologia da melhoria da qualidade:

- Projeto Parto Adequado: com o objetivo de apoiar a implementação de ações para qualificar a atenção ao parto e ao nascimento, promovendo a redução do percentual de cesarianas sem indicação clínica e os riscos delas decorrentes;
- Projeto Idoso Bem Cuidado: com o objetivo de melhorar a qualidade e a coordenação do atendimento prestado desde a porta de entrada do sistema e ao longo da linha de cuidado, nos diversos pontos de atenção: acolhimento, núcleo integrado de cuidado, ambulatório geriátrico, cuidados complexos de curta duração e cuidados de longa duração;
- Projeto OncoRede: com o objetivo de estabelecer um novo modelo de cuidado a pacientes oncológicos, propondo um conjunto de ações integradas capazes de reorganizar, estimular a integração e aprimorar a prestação de serviços de atenção oncológica no setor.

Considerações

As falhas de qualidade na atenção à saúde, em especial em uma estrutura complexa como um hospital, decorrem, em geral, de imperfeições sistêmicas, e não de erros individuais. Comumente, as dificuldades ocorrem em função de problemas nas complexas interações estabelecidas no processo de cuidado em saúde.³² Assim, torna-se premente que as organizações hospitalares busquem a qualificação, aumentando a probabilidade de êxito da prestação de serviços de saúde e mitigando os riscos de falhas e de ocorrência de eventos adversos.

31 ANS (2016).

32 Carvalho *et al.* (2004).

Os problemas de má qualidade têm como consequência o alto custo financeiro e social. Estudos internacionais apontam que a prevenção em eventos adversos, por exemplo, resultam em uma razão custo/benefício mais favorável.

Conforme estimativa do programa de infecções relacionadas à atenção à saúde do Ministério da Saúde do Chile, para cada US\$ 1 investido em prevenção de infecções relacionadas à atenção à saúde, são recuperados US\$ 7,46.³³ Nos Estados Unidos, estudo realizado a partir de dados de 1990 a 2008 dos programas Medicare e Medicaid aponta que o investimento de US\$ 120 milhões em prevenção de infecções associadas ao cateter venoso central resultou na economia de US\$ 1,380 bilhão.³⁴

Assim, as diferentes metodologias de avaliação e gestão da qualidade em saúde podem contribuir para que as organizações de saúde alcancem uma maior qualidade e segurança de suas ações, bem como favoreçam o seu posicionamento, competitividade e sustentabilidade. Para que se alcancem mudanças positivas no cuidado em saúde, são necessárias abordagens que utilizem ferramentas apropriadas.³⁵

Por fim, para que um projeto de melhoria da qualidade seja bem-sucedido, vale destacar a importância do contexto e do engajamento de todos os envolvidos, incluindo a alta direção da instituição.

Referências

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 405, de 9 de maio de 2016**. Brasília: ANS, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzI0OA==>. Acesso em: 28 abr. 2019.

_____. **Acreditação de operadoras**. Brasília: ANS, [s.d.]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras>. Acesso em: 28 abr. 2019.

_____. **QUALISS – Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde**. Brasília: ANS, [s.d.]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude>. Acesso em: 28 abr. 2019.

BATALDEN, P. B.; DAVIDOFF, F. What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? **Qual Saf Health Care**, v. 16, p. 2-3, 2007.

BRIGNOLE, M. O. **Programa IAAS**. Santiago: Ministério da Saúde do Chile, [s.d.].

CARVALHO, C. O. M. *et al.* Qualidade em saúde: conceitos, desafios e perspectivas. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 4, p. 216-222, 2004.

CONTRANDIOPOLUS, A.-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

GROL, R. *et al.* Theories on implementation of change in healthcare. In: GROL, R. *et al.* (Eds.). **Improving patient care: the implementation of change in healthcare**. 2nd ed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2013.

33 BRIGNOLE, M. O. **Programa IAAS**. Santiago: Ministério da Saúde do Chile, [s.d.].

34 SCOTT, R. D. *et al.* CDC central-line bloodstream infection prevention efforts produced net benefits of at least \$640 million during 1990-2008. **Health Affairs**, v. 33, n. 6, p. 1040-1047, 2014.

35 Langley *et al.* (2011).

GRUPO SYM. Acreditação e certificação dos serviços de saúde: entenda a diferença. **Meu Consultório**, 2 fev. 2018. Disponível em: <https://www.meuconsultorio.com/acreditacao-e-certificacao-dos-servicos-de-saude-entenda-a-diferenca/>. Acesso em: 28 abr. 2019.

IOM – INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington: National Academy Press, 2001.

LANGLEY, G. J. **The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance**. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.

LANGLEY, G. J. *et al.* **Modelo de Melhoria**. Tradução de Ademir Petenate. Campinas: Mercado de Letras, 2011.

PORTELA, M. C. *et al.* How to study improvement interventions: a brief overview of possible study types. **British Medical Journal Quality & Safety**, v. 24, n. 5, p. 325-336, 2015.

ICICT – INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE; FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Simplificando a melhoria da qualidade: o que todos devem saber sobre melhoria da qualidade do cuidado de saúde**. Rio de Janeiro: ICICT; Fiocruz, 2014.

SCOTT, R. D. *et al.* CDC central-line bloodstream infection prevention efforts produced net benefits of at least \$640 million during 1990-2008. **Health Affairs**, v. 33, n. 6, p. 1040-1047, 2014.

Bibliografia complementar

1000 LIVES PLUS. **Institucional**. [S.l.]: [s.d.]. Disponível em: www.1000livesplus.wales.nhs.uk. Acesso em: 28 abr. 2019.

ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT ISO/IEC Guia 23:1993 – Método de indicação de conformidade com normas para sistemas de certificação por terceira parte**. Rio de Janeiro: ABNT, 1993.

ADVISORY BOARD COMPANY. **Institucional**. [S.l.]: [s.d.]. Disponível em: www.advisoryboardcompany.com. Acesso em: 28 abr. 2019.

AHRQ – AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Institucional**. [S.l.]: [s.d.]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov>. Acesso em: 28 abr. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 277, de 4 de novembro de 2011**. Brasília: ANS, 2011.

_____. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANS, 2013. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).

_____. **Resolução Normativa nº 440, de 13 de dezembro de 2018**. Brasília: ANS, 2018.

_____. **Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS/ANS**. Brasília: ANS, [s.d.]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-2>. Acesso em: 28 abr. 2019.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**,

São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, 2013.

_____. _____. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília : MS; Fiocruz; Anvisa, 2014.

CHALMERS, I. Archibald Leman Cochrane. In: BYNUM, W. F.; BYNUM, H. (Eds.). **Dictionary of Medical Biography**. Westport: Greenwood Press, 2007. p. 353-355.

COSTA, R. *et al.* O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-669, 2009.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

HEALTH FOUNDATION. **Institucional**. [S.l.]: [s.d.]. Disponível em: www.health.org.uk. Acesso em: 28 abr. 2019.

IHI – INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Institucional**. [S.l.]: [s.d.]. Disponível em: www.ihio.org. Acesso em: 28 abr. 2019.

IOM – INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press, 1999.

MEDEIROS, A. B. A.; ENDERS, B. C.; LIRA, A. L. B. D. C. Teoria ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 518-524, 2015.

MENDES, W. *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.

NCQA – NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE. **FAQ Directory: Wellness and Health Promotion**. Washington: NCQA, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ncqa.org/programs/health-plans/wellness-and-health-promotion-whp/faqs/faq-directory-wellness-and-health-promotion/>. Acesso em: 28 abr. 2019.

NICE – NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Evidence services**. [S.l.]: [s.d.]. Disponível em: www.evidence.nhs.uk. Acesso em: 28 abr. 2019.

NHS. **NHS Improving Quality (NHS IQ)**. [S.l.]: [s.d.]. Disponível em: www.england.nhs.uk/ourwork/qual-clin-lead/nhsiq. Acesso em: 28 abr. 2019.

OMS – ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente**. Genebra: OMS, 2009. (Informe Técnico). version 1.1.

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Institucional**. São Paulo: ONA, [s.d.]. Disponível em: <http://www.ona.org.br>. Acesso em: 28 abr. 2019.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Manual de acreditação de hospitais para América Latina e Caribe**. Washington: Opas, 1998.

REIS, E. J. F. B. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de**

Saúde Pública, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

SCIE – SOCIAL CARE INSTITUTE FOR EXCELLENCE. **Institucional**. [S.l.]: [s.d.]. Disponível em: www.scie.org.uk. Acesso em: 28 abr. 2019.

SILVA, M. R.; MATTOS, A. M. Ignaz Semmelweis e a febre puerperal: algumas razões para a não aceitação de sua hipótese. **Filosofia e História da Biologia**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 85-98, 2015.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient safety – a global priority. **Bulletin of The World Health Organization**, v. 82, n. 12, p. 891-970, 2004.

ZENEWTON, A. S. *et al.* A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. *In*: ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2013. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).

CAPÍTULO 8



TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Valmir de Oliveira Júnior

Objetivos

- Abordar os fundamentos da Tecnologia da Informação (TI) na saúde;
- Expor os benefícios da TI para as instituições do setor e aos pacientes;
- Mostrar como a TI é estratégica para a gestão hospitalar;
- Apresentar a possível evolução da adoção da TI com um *case* hospitalar;
- Discorrer sobre o futuro da saúde digital.

Do faturamento ao assistencial – como a TI evoluiu e tornou-se estratégica nos hospitais

Ter uma gestão centrada no cuidado da saúde da pessoa, obter apoio à decisão clínica, humanizar o atendimento ao paciente, focar o resultado clínico, são alguns valores que norteiam a aplicação da Tecnologia da Informação (TI) no setor saúde. Nem sempre foram esses os princípios que embasaram a implantação de sistemas de gestão da informação em hospitais, sejam eles públicos, sejam privados.

Quando o potencial da TI começou a ser percebido pelas instituições de saúde, no início dos anos 1980, sua aplicação foi prioritária na área de faturamento. Nessa época, o objetivo era agilizar o processo de faturamento das contas médicas, que até então eram calculadas, codificadas e datilografadas em formulários específicos para apresentação junto aos órgãos competentes, como o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o Funrural e outros.

Com a implantação de sistemas de informação na área, mesmo que de forma desintegrada dos demais setores da instituição, além de agilidade no processamento das contas médicas, o gestor tinha em mãos relatórios que indicavam os valores do faturamento global, faturamento por especialidade, produtividade médica e faturamento por clínica.

Dessa forma, priorizando a parte financeira e dando menor importância à parte clínico-assistencial, de onde todo o conteúdo necessário à produção do faturamento esteve por longos anos disponível em papel, as instituições e seus gestores foram adquirindo a cultura de inovação e incorporando tecnologias. Aos poucos, então, outros setores receberam a mesma atenção e passaram pelo processo de automação. São exemplos: a parte de registro de atendimento ao paciente, cadeia de suprimentos, financeiro e contábil.

No entanto, erraram aqueles que se apoiaram apenas no ferramental tecnológico para alcançar os objetivos da automação e não se preocuparam com a necessidade de sistematização, planejamento, mapeamento e organização de processos.

A ausência de padronização na coleta de dados e o uso de diferentes *softwares* nos departamentos de uma mesma instituição eram (em muitos casos ainda são) situações existentes em hospitais que iniciaram a transformação digital sem planejamento e sistematização. A prática reflete em falta de integração, inconsistência de dados e indicadores de *performance*, além de prejuízos, mesmo com a adoção de TIs.

O risco de glosas, bastante comum nesse setor, é um exemplo de que, na área da saúde, não basta se preocupar somente com a digitalização dos processos. A qualidade da informação é fundamental.

A glosa é a recusa, por parte da operadora, do pagamento de procedimentos executados por prestadores de serviços, em função de divergências de conformidade. Determinados passos são essenciais para evitá-las. Discriminação dos dados necessários a serem coletados no atendimento ao paciente para justificativa de serviço aceitável e coerente com os contratos estabelecidos entre hospital e operadora, esclarecimento de regras contratuais e padronização da realização de cobranças são alguns deles.

Passos como esses são fundamentais para o adequado funcionamento da operação, mas eles não excluem o uso de sistemas. Pelo contrário, os complementam. É o sistema de gestão inteligente de contas médicas que, seguindo os princípios parametrizados, garante processos automatizados e controlados a partir da criação de alertas que evitam erros comuns, como preenchimento incorreto de dados, necessidade de autorização prévia, justificativa para realização de um determinado procedimento ou cobranças indevidas.

De acordo com Sergio Miranda, professor de Informática Médica na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ),

A área de saúde tem sido caracterizada por um lento processo de incorporação das modernas tecnologias da informação. Entretanto, a complexidade das atividades da área de saúde e o reconhecimento dos ganhos de qualidade e controle obtidos com os sistemas de informação têm levado à informatização, muitas vezes de forma mal planejada, das atividades. O aprofundamento da informatização e a integração dos sistemas de informação no sistema de saúde do país tem o potencial de produzir um salto de qualidade no gerenciamento do sistema como um todo e na atenção à saúde da população.¹

Apesar de todo o avanço da saúde digital nas últimas décadas, o gerenciamento de custos ainda é um desafio no setor. Os motivos são muitos. Em parte, isso acontece porque a boa gestão da contabilidade hospitalar exige não somente que se olhe para os custos, como também para o abastecimento de insumos, medicamentos e outros fatores imprescindíveis à assistência. Os gestores devem ter o conhecimento exato da demanda, para comprar de forma inteligente e evitar situações como falta de item essencial para prestação do serviço ou perda de material por vencimento – ambos fatores prejudiciais ao bom funcionamento do hospital e atendimento ao paciente.

Diante desse e outros contextos, houve incentivo (ou necessidade) de expansão tecnológica para os níveis administrativos dentro de um hospital. O mesmo sistema de gestão que controla as contas, passou a atuar mediante outras funcionalidades na gestão inteligente do estoque hospitalar, por exemplo, para integrar os processos de farmácia ao departamento de compras. Abastecido cotidianamente com dados gerados durante o atendimento aos pacientes, o sistema prevê automaticamente o que é preciso comprar, quando e em qual quantidade. Melhorias como essas nos processos de *backoffice*, com impacto direto na qualidade da assistência, fizeram com que a TI também se tornasse fator essencial à segurança do paciente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),² segurança do paciente é a redução até o mínimo possível do risco de danos desnecessários na assistência à saúde do indivíduo, e o mínimo

1 FREIRE, S. M. Sigilo das informações. In: MONTINE, J.; CASTRO, A. J. W. (Orgs.). **Regulação & Saúde – documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. p. 340.

2 NETO, A. A. Riscos assistenciais hospitalares: questão humana e econômica. In: ALLGAYER, C. J. (Org.). **Gestão e Saúde**

aceitável corresponde ao que é viável diante do conhecimento, dos recursos e do contexto frente ao risco do não tratamento ou de outro tratamento.

As principais preocupações no que diz respeito à segurança do paciente estão relacionadas à incidência de erros. Sendo considerado um dos mais comuns, os erros de administração de medicamentos podem causar desde eventos adversos leves até óbitos. Situações como essas mudam completamente a forma como a gestão enxerga a assistência ou vice-versa. Também tornam ainda mais forte a importância da integração de toda a instituição de saúde com o suporte tecnológico.

Conforme observa o psiquiatra especialista em Administração Hospitalar, Antônio Quinto Neto,³ o que parecia um abismo insuperável na relação médico e gestor estreita-se com a cooperação necessária diante da possibilidade de risco econômico-financeiro e danos no cuidado aos pacientes.

A histórica separação de responsabilidades entre gestores e médicos – o primeiro envolvido com questões financeiras e operacionais; o segundo, com a qualidade da assistência e a segurança do paciente – não atende mais às questões atuais da assistência à saúde [...]. As necessidades dos pacientes/clientes e o desenvolvimento técnico-científico, de forma surpreendente, estão contribuindo para que gestores e médicos, diante da complexidade cada vez maior – tanto no âmbito da gestão quanto da assistência –, percebam a interdependência de suas atividades e o correspondente proveito que ambos podem granjear se operarem de forma coesa e integrada. [...] os médicos timidamente já reconhecem que os esforços para monitorar a qualidade assistencial e a segurança do paciente se encontram além de suas capacidades, enquanto os gestores observam a necessidade de adquirir o entendimento de que a complexidade dos serviços de saúde exige dados e informações consistentes, tanto gerenciais quanto assistenciais, que permitam uma gestão consentânea com as demandas atuais.⁴

Dessa forma, um *software* que pode ajudar a gerenciar o estoque de medicamentos também é capaz de prover gestão inteligente à farmácia clínica e fazer com que uma das fases mais cruciais no processo assistencial, que é a dispensação de medicamentos a partir da prescrição médica, ocorra da forma mais segura.

Com a TI, a avaliação de prescrições na farmácia hospitalar é feita por meio de sistemas que, além de informarem quais itens devem ser avaliados e dispensados, controlam lotes e datas de validade dos remédios. Também possibilitam que tanto médicos, no momento da prescrição, quanto farmacêuticos, na hora da dispensação, recebam alertas automáticos de interações medicamentosas, superdosagens e subdosagens, reações alérgicas etc.

Uma tecnologia que cada vez mais ganha força pelo auxílio, pela segurança e pelo avanço digital que proporciona à assistência em saúde é o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). A solução reúne, no mesmo ambiente digital, informações clínicas de todos os atendimentos realizados ao paciente e permite ao médico preparar a prescrição de forma eletrônica e inteligente, visualizando o histórico de atendimentos/encaminhamentos anteriores e tendo ciência dos campos que possuem preenchimento de dados obrigatórios. Com isso, entre os inúmeros benefícios que traz às instituições de saúde, aos profissionais do setor e, principalmente, aos pacientes, está o circuito fechado de medicamentos.

– temas contemporâneos abordados por especialistas do setor. Porto Alegre: Editora IAHCs, 2011. p. 119-120.

3 *Ibidem*, p. 116-117.

4 *Ibidem*, p. 115-116.

Uma vez que monitora todas as operações ocorridas, desde a prescrição médica até a checagem à beira do leito, com o auxílio de um dispositivo móvel que lê códigos de barras, o PEP possibilita verificar se a medicação que chegou ao paciente é a mesma que foi prescrita pelo médico e dispensada pela farmácia, na dosagem e nos horários corretos. Isso representa garantia de segurança em todos os níveis.

Os protocolos clínicos também são outro exemplo de instrumentos associados ao PEP, para ampliação de segurança e diminuição de riscos de erros e eventos adversos. Inseridos na rotina assistencial, servem como importante apoio na tomada de decisão do médico. Como são elaborados com base em estudos de evidências científicas sobre todos os procedimentos que têm eficácia comprovada, eles promovem a padronização de condutas, auxiliam na uniformização dos tipos de tratamento e ajudam o médico a definir o que adotar diante do quadro clínico do paciente. Contudo, vale ressaltar que a tecnologia está à disposição para apoio, e não limitação. Portanto, os protocolos clínicos não devem excluir outros métodos e conhecimentos do profissional. Além disso, saindo um pouco do contexto assistencial, ainda podem servir de apoio à gestão dos processos hospitalares.

A digitalização de todos os dados que circulam na instituição em um sistema de gestão *Enterprise Resource Planning* (ERP) facilita o cruzamento de informações, a análise de condutas na área assistencial e, ainda, serve de parâmetro para a gestão hospitalar localizar e resolver eventuais gargalos administrativos, o que promove eficiência e qualidade na prestação do serviço.

Soluções como *Business Intelligence* (BI), que permitem coletar, organizar, analisar e monitorar dados, têm a capacidade de transformar informações em relatórios gerenciais analíticos e *dashboards*, com indicadores que norteiam a governança clínica ajudando o gestor hospitalar a traçar cenários, antever desafios, identificar oportunidades de melhorias na assistência e até gerir melhor os custos, já que há indicadores que mostram a previsão de gastos.

Conforme exposto, uma boa sistematização de processos e um completo planejamento apoiados em TIs proporcionam a visão sistêmica e integrada do ambiente hospitalar, o que simplifica o conhecimento de situações, facilita a visão de cenários que podem ser corrigidos e aumenta a eficiência operacional. Porém, desproporcionalmente aos imensos benefícios conquistados, essa ainda é uma prática pouco disseminada nas instituições de saúde brasileiras, apesar de ser inadmissível considerar nos dias de hoje a TI um recurso de suporte, quando o seu papel é altamente estratégico.

É importante frisar que sistemas de informação alavancam a eficácia dos processos assistenciais e operacionais; que essas ferramentas propiciam automação e gestão de processos; que inovações tecnológicas favorecem a mobilidade e a produtividade; e que as soluções de TI concedem visão analítica para uma gestão estratégica, desde que implantadas com sistematização e planejamento.

Devido à necessidade de avanço rápido da saúde digital em todo o mundo, existem associações que estimulam a adoção da TI avaliando a maturidade tecnológica nas instituições e o suporte à estratégia de governança clínica. A Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS) é uma delas e pode ser considerada a mais influente mundialmente. O *status* de hospital digital que ela imprime já chegou ao Brasil e, felizmente, tem impulsionado o segmento na busca por eliminar o papel, promover a transformação digital e garantir a experiência positiva do paciente.

A evolução para o hospital digital

O modelo preconizado pela HIMSS, pelos ganhos que proporciona às instituições, aos profissionais e às pessoas que utilizam os serviços de saúde, aos poucos deixa para trás o aspecto de

tendência e ganha espaço prático nas entidades brasileiras que pretendem continuar competitivas e ativas.

De modo resumido, para alcançar o *status* de hospital digital que representa o mais alto nível de adoção da TI em uma instituição de saúde, cinco abordagens fazem-se necessárias: digitalização das informações tanto do paciente quanto da administração hospitalar, recurso de apoio à decisão clínica, capacidade de intercâmbio de informações e relatórios complexos, além de uso completo e pleno de soluções de gestão hospitalar e medicina diagnóstica, como ERP, PEP e *Picture Archiving and Communication System* (PACS).

Em outras palavras e de acordo com o que foi exposto até aqui, o projeto de implantação do hospital digital não diz respeito somente à automatização de dados e funções por meio da TI. É preciso haver mudança estrutural completa, visando aprimorar o atendimento, o registro de informações e, sempre, a segurança do paciente.

Não entender a complexidade e a abrangência desse projeto, bem como o seu foco em tornar a experiência do corpo médico e administrativo mais prática e aprimorar o bem-estar do paciente, significa caminhar em direção a erros que prejudicarão toda a evolução necessária. São alguns exemplos: dimensionar inadequadamente a infraestrutura imprescindível para suportar toda a transformação e a integração entre as áreas; entender o projeto como mera digitalização de processos e documentos; desconsiderar a importância de treinamentos para equipes multidisciplinares e formação de multiplicadores de conhecimento. Para além desse âmbito, há algumas diretrizes na implantação do hospital digital.

A adoção do PEP é fator essencial por oferecer informações automatizadas e unificadas sobre o paciente, substituindo registros manuais que, muitas vezes, apresentam dados inconsistentes e ilegíveis. Com as facilidades de acesso ao histórico de atendimento, a solução também potencializa significativamente a efetividade clínica. Porém, como pondera Sergio Miranda Freire,⁵ a coleta sistemática dos dados pessoais e institucionais apresenta compromisso substancial em relação à perda de privacidade e ao risco de vazamento. Dessa forma, princípios de ética e estrutura têm de estar entre a necessidade assistencial, gerencial, social e científica para requerer disponibilidade das informações e manutenção de confidencialidade:

O estado da arte da tecnologia de computadores, telecomunicações e de softwares permite a construção de sistemas de informação que minimizem o risco de quebra de segurança e, se elas ocorrerem, ser possível de serem detectadas e verificar os responsáveis pela quebra. Entretanto, a questão da privacidade e confidencialidade de dados não é uma questão puramente técnica, pois exige o estabelecimento de uma política que defina que dados devem ser protegidos, em que nível, quem pode ter acesso aos mesmos, quais as operações que cada usuário pode realizar sobre os dados, para onde eles podem ser transferidos, por quanto tempo eles estarão disponíveis e quem determina quem pode ter acesso aos dados.⁶

Indo além de integridade, privacidade, confidencialidade e englobando outras normas técnicas inerentes ao sistema, como a autenticação para identificação de usuários, auditoria, certificação de *software* e cópia de segurança, ter uma infraestrutura apropriada faz enorme diferença. Central de dados e rede *Wi-Fi* completa são primordiais para a comunicação entre todos os equipamentos na transmissão de dados; *nobreaks* e geradores tornam os sistemas disponíveis durante todo o tempo

5 Freire (2004, p. 340-341).

6 *Ibidem*, p. 362.

com acessibilidade ininterrupta; *backups* frequentes asseguram a proteção dos dados. Junto a uma equipe treinada, oferecendo suporte 24 horas por dia, nos sete dias da semana, todo esse aparato suporta a operação digital e a segurança da informação.

Atendendo a essas normas técnicas, no uso de sistemas informatizados para guarda e manuseio de prontuários digitais, outro ganho ligado ao PEP é o fato de não necessitar de espaço físico para armazenamento de documentos impressos. Com a implantação da certificação digital, que valida a assinatura de forma a garantir autenticidade aos documentos, elimina-se de vez o prontuário em papel. Apesar de ser indiscutível a economia com insumos, impressão e espaço, os benefícios de um hospital *paperless* vão além dessa perspectiva.

A diminuição de riscos e custos ou até mesmo a eliminação deles podem ser considerados. Além de controlar a distribuição de medicamentos, conforme já citado, a informatização ajuda os setores de um hospital a não incorrerem em desperdício. De acordo com o Guia de Boas Práticas para Evitar Desperdícios na Saúde,⁷ fraudes e abusos estão entre as principais categorias. Simulação de atendimentos e prescrição de tratamentos até mesmo contraindicados são bastante comuns. Tratamentos excessivos também são práticas contundentes de inspeção e regulação, cujos abusos podem ser minimizados por meio de dados estruturados em um sistema.

Exemplos típicos de desperdícios: postergar a alta do paciente para aumentar a permanência hospitalar e garantir a ocupação do leito; indicar tratamentos mais caros quando outros mais baratos entregam o mesmo resultado assistencial; solicitar exames desnecessários, como os de tomografia e ressonância magnética, em que o Brasil aparece nas estatísticas como um dos países que mais utilizam no mundo (na Saúde Suplementar); solicitar mais códigos de procedimentos que o necessário para realização de uma cirurgia; utilizar mais materiais e OPME que o necessário no atendimento ou ato cirúrgico.⁸

Não menos importante do que os itens já tratados acima para o alcance do estágio máximo da certificação da HIMSS, está o conceito de interoperabilidade. Falar em interoperabilidade na saúde é pensar na capacidade de diferentes sistemas de informação integrarem-se com o objetivo de comunicar e intercambiar dados. Para que isso ocorra, faz-se necessária a definição de padrões de linguagem e protocolos, para que as informações compartilhadas sejam acessadas por diferentes profissionais de saúde, em diferentes unidades, independentemente de sistema ou fornecedor de *software*.

Com a interoperabilidade, há uma reformulação na maneira como a assistência médica é prestada. Para os médicos, a disponibilidade dos históricos clínicos completos permite relacionar diagnósticos novos com antigos, fazer estudo completo do caso que será tratado e, assim, servir de apoio à decisão sobre o melhor tratamento. A disponibilidade desse histórico médico influi na segurança do paciente, pois, se o caso fosse de uma pessoa alérgica a uma determinada fórmula, isso seria um dos primeiros dados a serem checados no prontuário.

Em âmbito financeiro, a interoperabilidade pode ainda ajudar a economizar recursos, pois, em muitos casos, exames rotineiros são refeitos conforme o paciente troca de unidade de saúde. Sem a interoperabilidade, não é possível acessar o histórico de atendimentos desse paciente, e a repetição implica gastos que poderiam ser evitados.

7 FENASAÚDE – FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Guia de Boas Práticas para Evitar Desperdícios na Saúde**. Rio de Janeiro: FenaSaúde, 2018. p. 25.

8 *Ibidem*, p. 26.

Na América Latina, o primeiro hospital digital é do Brasil

O Hospital Unimed Recife III entrou para a história da saúde em 2016 por uma conquista inédita na América Latina. A instituição, localizada no Recife-PE, foi a primeira a obter o certificado de hospital digital. Concedido pela HIMSS, esse reconhecimento, que atesta o alcance do mais alto nível de TI clínica em toda a instituição, foi resultado de um trabalho desenvolvido durante dois anos em parceria com a MV, empresa especializada em desenvolvimento de sistema de gestão na saúde. Na época, o hospital contava com 202 leitos, 260 médicos e uma média anual de 11 mil internações, 13 mil cirurgias e 88 mil atendimentos no pronto-socorro.

Com o objetivo principal de garantir maior qualidade assistencial, a adoção das soluções desenvolvidas pela empresa fornecedora foi o pilar para o Hospital Unimed Recife III ser o primeiro com esse *status* entre os países latino-americanos. Além de histórica, essa conquista foi impactante no que diz respeito à economia. Registros da unidade de saúde mostram que, apesar do investimento em um projeto de implantação de hospital digital representar um grande desafio, o retorno não só é garantido como facilmente recuperado. Números mensurados pela instituição mostraram uma redução de gastos cinco vezes superior ao valor de R\$ 1,3 milhão que foi investido.

Entre as iniciativas que tiveram grande impacto no projeto, algumas eram voltadas ao aprimoramento da farmácia clínica. O circuito fechado de administração, com 95% das medicações administradas à beira do leito com dupla checagem, o registro automático no prontuário eletrônico de tudo que é infundido no paciente, a integração da farmácia à equipe multidisciplinar e a dispensação de medicamentos a partir da separação e da identificação (por nome do paciente, número do leito e horário da administração) garantiram maior controle ao processo, redução da incidência de erros e, em poucos meses, uma economia de R\$ 820 mil.

O fluxo de pacientes dentro da instituição também mudou, com a inserção de novos protocolos clínico-assistenciais gerenciados pelo sistema, permitindo o melhor direcionamento das condutas médicas, com diagnósticos mais precisos e tratamentos mais assertivos. Isso resultou na redução da média de permanência de pacientes e de gastos equivalentes a R\$ 1,2 milhão, visto que alertas automáticos passaram a auxiliar as equipes médicas nesse gerenciamento.

No que diz respeito à integração máxima de todos os departamentos do Hospital Unimed Recife III, para acesso de dados estruturados usados em soluções de BI, e o processo de auditoria clínica para acompanhamento de toda a linha de cuidado do paciente, houve contribuição no aumento do índice de desospitalização e diminuição de mais R\$ 4,2 milhões nos custos.

A disponibilidade de interoperabilidade com outros sistemas, o acesso a *dashboards* para apoio à decisão e o armazenamento de informações de variados equipamentos médicos no prontuário eletrônico também reduziram em R\$ 400 mil os custos com papel, pessoal e espaço físico de arquivamento.

Em relação à infraestrutura para suportar todo o projeto, um *data center backup* com comunicação e replicação de dados adotado como procedimento de *disaster recovery* mantém a unidade 100% ativa e segura. Além disso, se os sistemas caírem, o hospital conta ainda com prontuário *off-line* e máquinas de crise que entram em ação para fornecer dados já armazenados e permitir que novas informações sejam inseridas no histórico de atendimento ao paciente, presente no sistema da MV.

O (presente) futuro da saúde digital

Novas práticas de governança clínica estão se consolidando com mais força e criando ambientes para que a excelência hospitalar prospere ainda mais, com soluções providas tecnologicamente. Este capítulo se propôs, portanto, a expor os benefícios econômicos, sociais e institucionais da adoção de TIs nos hospitais, o avanço da saúde digital no Brasil, um caso de sucesso no país que impulsiona outras organizações do setor a buscarem um novo patamar em termos de hospital digital, além de reforçar a necessidade de integração entre gestão, assistência e estratégia no contexto da saúde. Como citado anteriormente, apesar da transformação digital ser lenta na saúde, a sociedade e todo o setor estão diante de um caminho que não tem mais volta.

A mais recente discussão no Brasil está voltada à telemedicina. Pacientes anseiam cada vez mais por agilidade e mobilidade. Processos legais estão em discussão para tornar essa prática uma alternativa ampla e viável a todos que necessitam de assistência em saúde. Recursos tecnológicos existem para isso e algumas aplicações interessantes já estão sendo adotadas.

De acordo com o neurocientista e especialista em Informática Médica, Renato Sabbatini,⁹ a teleconsulta entre médicos é um exemplo. Também chamada de segunda opinião, permite que dois ou mais profissionais discutam entre si o caso de um paciente, geralmente de difícil solução. A teleradiologia, que consiste no diagnóstico a distância a partir do acesso a imagens digitais de exames, é outra iniciativa que tem funcionado. No entanto, a maior aplicação possível da telemedicina é a gestão de doenças crônicas. Para Sabbatini, “aqui é que surge a figura do ‘cuidador virtual’. Trata-se de utilizar a tecnologia digital moderna e as redes de computadores e de telefonia celular para fazer um acompanhamento automatizado e interligado do paciente”.¹⁰

Existem estudos de que a telemedicina pode aumentar consideravelmente a eficiência do sistema de saúde. E essa melhoria seria resultado de ações proporcionadas pelo uso da TI na prestação de serviços que otimizam a assistência, conferindo melhor acesso e redução de custos e tempo.

Porém, mais do que tecnologias disponíveis e acessíveis, é necessário no Brasil uma regulamentação que assegure ética, técnica e legalidade à prática da telemedicina para que médicos sintam-se confortáveis na ampliação dos horizontes no atendimento ao paciente. Isso já é realidade em muitos países com resultados positivos. Então, não pode ser diferente por aqui.

Outras inovações tecnológicas também vêm conquistando espaço quando se fala em futuro da saúde. *Big data*, *artificial intelligence*, *cloud computing* e *Internet of Things* (IoT) são tendências já presentes na rotina individual de muitas pessoas e que possibilitam prever os rumos desse setor com base no empoderamento do paciente – sendo esse o coautor do cuidado da própria saúde – e na medicina preditiva – que deve transformar o papel dos hospitais ao deixarem de se concentrar na doença para, de fato, cuidar da saúde e da qualidade de vida do ser humano de forma personalizada. Isso, por incrível que pareça, é muito mais barato para as instituições de saúde, seguro para o paciente e vantajoso para todo o setor.

9 NETO, A. A. Riscos assistenciais hospitalares: questão humana e econômica. In: ALLGAYER, C. J. (Org.). **Gestão e Saúde – temas contemporâneos abordados por especialistas do setor**. Porto Alegre: Editora IAHCS, 2011. p. 1.

10 *Ibidem*, p. 2.

Referências

FENASAÚDE – FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Guia de Boas Práticas para Evitar Desperdícios na Saúde**. Rio de Janeiro: FenaSaúde, 2018.

FREIRE, S. M. Sigilo das informações. *In*: MONTINE, J.; CASTRO, A. J. W. (Orgs.). **Regulação & Saúde – documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

MV. Hospital Unimed Recife III torna-se o primeiro Hospital Digital da América Latina. **MV Notícias**, 15 fev. 2017. Disponível em: <http://www.mv.com.br/pt/cases/hospital-unimed-recife-iii-torna-se-o-primeiro-hospital-digital-da-america-latina>. Acesso em: 20 mar. 2019.

NETO, A. A. Riscos assistenciais hospitalares: questão humana e econômica. *In*: ALLGAYER, C. J. (Org.). **Gestão e Saúde – temas contemporâneos abordados por especialistas do setor**. Porto Alegre: Editora IAHCS, 2011.

SABBATINNI, R. M. E. **Telemedicina via celular**: a nova revolução. [S.l.]: [s.d.]. Disponível em: <http://www.sabbatini.com/renato/papers/ArtigoTelemedicinaValorEconomico.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2019.

Glossário

- **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)**: sistema de prontuário médico digital que registra e armazena dados de atendimento ao paciente;
- **Enterprise Resource Planning (ERP)**: sistema de gestão que integra informações e processos de uma organização em um mesmo ambiente digital;
- **Business Intelligence (BI)**: solução que permite coletar, organizar, analisar e monitorar dados;
- **Dashboards**: painéis que reúnem e organizam indicadores e métricas para facilitar a visualização de situações e monitorar cenários;
- **Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS)**: maior associação de informática em saúde do mundo;
- **Picture Archiving and Communication System (PACS)**: tecnologia que armazena imagens médicas e garante acesso conveniente ao médico radiologista;
- **Interoperabilidade**: capacidade de um sistema de se comunicar com outro de forma transparente;
- **Telemedicina**: cuidado médico realizado a distância apoiado em tecnologia;
- **Medicina preditiva**: identificação de possíveis riscos na saúde do indivíduo por meio de informações clínicas previamente disponíveis.

CAPÍTULO 9



ARQUITETURA E SAÚDE¹

Fábio Bitencourt,
Jonas Badermann de Lemos,
Bianca Breyer Cardoso,
Claudia Queiroz Miguez,
Elza Costeira e Flávio de Castro Bicalho

Objetivos

- Contextualizar os espaços de saúde no Brasil e o foco no conforto humano;
- Apresentar o Plano Diretor Físico-Funcional como importante ferramenta para o planejamento de um estabelecimento de saúde;
- Contribuir com a escolha dos materiais de revestimentos para os ambientes de saúde;
- Discutir sobre a arquitetura e o hospital do futuro, por meio da humanização e do acolhimento;
- Fundamentar a arquitetura e a engenharia para o controle de infecções.

Os espaços de saúde no Brasil

O espaço onde são realizadas atividades assistenciais de saúde é um dos mais complexos do mundo, seja pelo funcionamento diário e ininterrupto, seja pela grande quantidade de pessoas que circulam, pelos equipamentos de alta tecnologia demandados, pela necessidade de instalações complexas para atender às exigências legais e, principalmente, por estar diretamente ligado à saúde humana.

O paciente é um ser que necessita de cuidados, seu familiar está em um momento fragilizado e os profissionais de saúde têm rotinas de trabalho muito intensas. O ambiente de saúde tem que estar preparado para aliviar o sofrimento, proporcionar a recuperação da saúde dos pacientes, promover bem-estar, acolhimento e segurança em toda a cadeia à qual se relaciona.

A elaboração de projetos para construção de estabelecimentos assistenciais de saúde é um processo complexo que deve buscar, invariavelmente, satisfazer a uma significativa diversidade de critérios técnicos e de compatibilidades físico-funcionais, além, é claro, da segurança dos processos relacionados com o cuidado ao paciente.

A concepção da solução projetual, além de atender às demandas da tecnologia em saúde, às características geográficas regionais, à flexibilidade dos espaços determinada pelas variáveis epidemiológicas, deve contemplar, com fundamental relevância, a satisfação do usuário por meio do conforto ambiental.

O conforto humano em ambientes de saúde²

Estudos desenvolvidos sobre os aspectos de conforto humano têm demonstrado que condições desfavoráveis, como excesso ou ausência de calor, umidade, ventilação e renovação do ar, ruídos

1 Organizado por Claudia Miguez.

2 Redigido por Fábio Bitencourt.

intensos e constantes, condições lumínicas inadequadas, podem representar uma grande fonte de tensão no desenvolvimento das atividades de trabalho. Para cada uma das variáveis ambientais (luz, clima, ruídos, odores) há características específicas que são mais ou menos facilitadoras.

Em edificações para serviços de saúde, onde é frequente a ocorrência de situações críticas e estressantes envolvendo relações interpessoais e indivíduos com algum grau de sofrimento físico e/ou psíquico, os fatores ambientais que definem as condições de conforto (acústica, visual, higrotérmica e ergonômica) assumem responsabilidades significativas durante o desenvolvimento da concepção arquitetônica.

As dimensões definidas pelas diversas legislações que conformam e determinam a construção do espaço para serviços de saúde estão estabelecidas sob padrões de conforto que privilegiaram os profissionais de saúde e os fatores vinculados ao limpo ou ao científico, muito mais que à valorização dos aspectos de sensibilidade e de expectativa de conforto do usuário.

Por outro lado, providências para a busca do equilíbrio entre as determinações formais dos regulamentos existentes e as normatizações técnicas, aliadas à diversidade ambiental, social e cultural, representam algumas das estratégias que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) tem procurado implementar, por meio da principal norma para ambientes destinados aos serviços de saúde, a RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.³ Em 2014, a Anvisa publicou o Manual de Conforto Ambiental em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, como importante contribuição ao estudo da aplicação de conforto, ergonomia e acessibilidade em edifícios para serviços de saúde.⁴

Este é um momento em que os profissionais e especialistas em conforto e em ambientes de saúde podem contribuir com as críticas e as experiências regionais em meio à diversidade ambiental e climática do Brasil.



Figura 1 – Representação esquemática dos fatores ambientais que compõem a percepção de conforto humano

Fonte: Bitencourt (2014).

3 ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Anvisa, 2002.

4 BITENCOURT, F. (Org.). **Conforto ambiental em estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília: Anvisa, 2014.

Ao contrário da sensação de desconforto, o conforto ambiental não é uma percepção facilmente mensurável. Resultado da harmonia de vários condicionantes – higrotérmicos, acústicos, visuais, olfativos, da qualidade do ar, entre outros –, também pode propiciar a integração do homem (usuário) ao meio, possibilitando a otimização do seu desempenho. A origem do termo “conforto” explica-se pelo verbo “confortar”, do latim *confortare*, e tem a mesma origem que “força”; levar força significava consolar. No livro *“La Casa: historia de una idea”*, o arquiteto canadense Witold Rybczynski faz importante referência ao termo:

O surgimento da palavra “conforto” no contexto do bem estar doméstico também tem um interesse mais que lexicográfico. Existem outras palavras no idioma inglês com o mesmo significado – por exemplo, *cozy* [cômodo, íntimo], mas, são de origem mais tardia. O primeiro emprego da palavra “conforto” para indicar um nível de agrado doméstico não está documentado até o século XVIII.⁵

Um aspecto multidimensional da função do conforto é apresentada por Keith Slater definindo-o como “um estado prazeroso de harmonia fisiológica, física e psicológica entre o ser humano e o ambiente”.⁶ Quando se trata dos ambientes de saúde, as edificações hospitalares e sua contribuição para a sustentabilidade ambiental, a abordagem mais imediata refere-se à inviabilidade de adequação e compatibilidade físico-funcional. No entanto, considerando as edificações existentes e os novos projetos de estabelecimentos para serviços de saúde, há muito por fazer neste processo de adequações e inovações conceituais e projetuais.

A concepção da solução projetual, além de atender às demandas da tecnologia em saúde, às características geográficas regionais, à flexibilidade dos espaços determinada pelas variáveis epidemiológicas, deve contemplar, com fundamental relevância, a satisfação do usuário por meio do conforto ambiental em seus diversos aspectos: visuais, higrotérmicos, acústicos, lumínicos, olfatórios e ergonômicos.

Os projetos e os programas com ações favorecedoras da humanização da assistência em ambientes de saúde têm se multiplicado de forma crescente no Brasil, em particular, e de forma ampla por muitos países, como resultado dos trabalhos e das demandas deste conceito da relação do paciente com os profissionais de saúde e com o ambiente hospitalar.

É relevante também considerar a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a necessidade de se estudar os fatores ambientais que produzem a Síndrome do Edifício Doente (definida pela sigla SBS, oriunda do inglês *Sick Building Syndrome*). Esta síndrome é caracterizada como um conjunto de moléstias ou enfermidades (dor de cabeça, astenia, falta de concentração e de rendimento laboral, sequidão da pele e das mucosas, ardência dos olhos, tosse contínuas e outras) que aparecem durante a permanência no interior de determinadas edificações.

Romano Del Nord, pesquisador, arquiteto e professor da Università de Firenze, Itália, publicou em 2006 o resultado de pesquisa sobre “O ambiente e os fatores perceptivo-sensoriais”, em que apresenta o conforto como capaz de produzir relevantes resultados para a humanização da assistência à saúde:⁷

- Promover a redução do estresse e da fadiga dos profissionais de saúde e melhoria da eficácia assistencial;

5 RYBCZYNSKI, W. **La casa: historia de una idea**. San Sebastian: Editorial Nerea, 2009. p. 33.

6 Slater (*apud* LINDEN, J. **Ergonomia e design: prazer, conforto e risco no uso dos produtos**. Porto Alegre: Editora Uniritter, 2007. p. 70).

7 NORD, R. D. **Lo stress ambientale nel progetto dell’ospedale pediatrico**: indirizzi tecnici e suggestioni architettoniche. Milano: Motta Architettura, 2006. p. 102.

- Melhorar a segurança do paciente;
- Reduzir o estresse no paciente e ampliar a possibilidade do êxito clínico;
- Promover melhoria ampla da qualidade da prestação da assistência.



**Figura 2 – O paisagismo como experiência ativa
(Hospital Rede SARAH, arquiteto Lelé)**

Fonte: Rede SARAH de Hospitais (2019).



**Figura 3 – O paisagismo como experiência passiva
(Jardim do Hospital de Artes – pintura)**

Fonte: Van Gogh Museum, Netherlands (2019).

O arquiteto Del Nord⁸ enfatiza que os espaços verdes também devem fornecer ao paciente um suporte psicológico que lhe permita adequar-se ao ambiente, ajudar a enfrentar o estresse proveniente do adoecimento, a depressão e a ausência de estímulos, e servir de estímulo próprio durante a internação. Del Nord ressalta o valor de humanização do ambiente que a teoria de Roger Ulrich sobre os "Jardins de Suporte"^{9,10} destaca ao apresentar os seguintes referenciais de contribuição do uso de soluções paisagísticas:

8 *Ibidem*.

9 *Supportive gardens* é uma referência conceitual elaborada como parte da arquitetura baseada em evidências para ambientes de saúde, segundo ULRICH, R. S. Effects of healthcare environmental design on medical outcomes. In: DILANI, A. (Ed.). **Design & Health**. Stockholm: Svensk Byggtjänst, 2001. p. 56.

10 ULRICH, R. S. **Health benefits of gardens in hospitals**. Texas: Center for Health Systems and Design, 2002. Disponível em:

1. Experiência ativa – refere-se à reabilitação física, ao lazer e à aprendizagem;
2. Experiência passiva – refere-se ao relaxamento e à observação.

Em 2018, em recente encontro realizado de 3 a 7 de setembro em Curitiba, durante o VIII Congresso promovido pela Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar (ABDEH), ficou evidenciado que as necessidades de conforto humano não podem ser resolvidas apenas com a sofisticação da tecnologia dos equipamentos.¹¹ Esta abordagem deve considerar, prioritariamente, a aplicação de políticas de desenvolvimento sustentável que privilegiem as condições naturais que cada região e ambiente possam oferecer e serem exploradas.

Plano Diretor: um legado de planejamento aos gestores do amanhã¹²

Como será a infraestrutura física dos estabelecimentos de saúde em 2050? Quando nos perguntamos acerca do futuro, geralmente pensamos em filmes de ficção científica, equipamentos de altíssima tecnologia e robôs, muitos robôs. Pois bem, o futuro já começou em muitos destes edifícios ao redor do mundo, cujo cenário assemelha-se ao que desenhamos em nossas mentes. Telemedicina, nanotecnologia, *big data* e robôs, da cirurgia ao laboratório, da enfermagem à limpeza, em todas as tarefas passíveis de automatização.

O que de mais novo ainda pode surgir e de que forma nós – e, mais especificamente, nossas instalações físicas – podemos nos preparar para acolher toda a transformação que virá? Flexibilidade, resiliência e sustentabilidade são palavras-chave para o futuro dos edifícios de saúde. Consciência e sensibilidade são ativos preciosos frente a esta infinidade de inovações que promovem uma transformação na forma de cuidar da saúde. Planejamento sustentável e consciente é a grande resposta para que nossos estabelecimentos estejam direcionados à mudança. O legado do planejamento é fruto do diálogo e da sensibilidade, e configura-se como a melhor herança aos gestores do amanhã.

Sabemos que a dinâmica do edifício hospitalar é incessante, que um hospital sem obras está doente, mas de que forma podemos encaminhar este planejamento das instalações físicas como um processo contínuo, orientado ao futuro, sem perder de vista sua natureza sistêmica, em perfeita analogia ao corpo humano e ao olhar holístico que a medicina integrativa propõe ao paciente?

Antes de mais nada, é fundamental que cada gestor tenha em mente que o espaço físico interfere na qualidade dos processos assistenciais e pode afetar a experiência do paciente, a satisfação dos colaboradores e os resultados da organização. Arquitetura salutogênica, *design* baseado em evidências, psicologia ambiental e neuroarquitetura são alguns dos conceitos que abordam o papel do espaço físico na promoção da saúde e do bem-estar. Em paralelo, há o rol dos parâmetros normativos do planejamento físico-funcional em saúde. Além destes, as tendências de mercado, os custos e a constante atualização tecnológica. Assim, a organização espacial destes edifícios pressupõe um

<http://www.greenplantsforgreenbuildings.org/attachments/contentmanagers/25/HealthSettingsUlrich.pdf>. Acesso em: 17 maio 2017.

11 MIGUEZ, C. Q. (Org.). Os espaços de saúde nos cenários do amanhã: integração humana e tecnológica no ambiente construído. In: CONGRESSO BRASILEIRO PARA O DESENVOLVIMENTO DO EDIFÍCIO HOSPITALAR, 2018, Curitiba. **Anais** [...]. Curitiba: ABDEH, 2018.

12 Redigido por Jonas Badermann de Lemos e Bianca Breyer Cardoso.

preparo que extrapola a simples composição formal e programática e exige conhecimento específico e abrangente, impondo ao arquiteto papel central no suporte técnico aos gestores.

O Plano Diretor Físico-Funcional constitui-se como principal ferramenta para o planejamento de um estabelecimento de saúde, ao propor sua macro-organização no espaço e no tempo. Em seu desenvolvimento, envolve os setores administrativo, financeiro, operacional e assistencial, tendo o arquiteto como promotor da reflexão acerca do futuro da estrutura física.

Muitas são as abordagens possíveis na elaboração do Plano Diretor de um hospital existente, por exemplo. Em linhas gerais, todas envolvem uma fase de diagnóstico, que pode ser precedida da análise, e outra de prognóstico, que pode ser sucedida pela proposta final, conforme o panorama abaixo.

A primeira etapa de desenvolvimento do Plano Diretor consiste na análise geral da instituição, para que se defina claramente sua razão de existir. Quem somos? A que nos dedicamos? Quem são nossos clientes? Como fazemos? Em que nos diferenciamos? Qual é nosso papel na rede assistencial? Para onde nos dirigimos no futuro? Essas indagações auxiliam a compreensão das finalidades institucionais e sugerem elementos para materializá-las na proposta final.

Esta etapa contempla também uma visão global e integrada de todos os elementos que incidem no funcionamento de um hospital e dos cenários político, legal, econômico, sociocultural e tecnológico, que influenciam sua gestão.

A análise minuciosa serve para guiar as discussões, as decisões, as necessidades programáticas, as fases de implementação e as futuras ampliações e reformas, consolidando o Plano Diretor como norteador do conjunto da gestão, por meio de um sistema de controle e de avaliação, que facilita sua própria reorientação e espelha a dinamicidade da própria instituição.

No caso de um estabelecimento existente, a segunda etapa objetiva a análise da estrutura física, que culmina no diagnóstico. Iniciando pela inserção urbana, considera aspectos de mobilidade e acesso, deslocamento dos usuários e natureza dos fluxos, a fim de prever adequada acessibilidade. Os condicionantes ambientais do entorno e a interface com vizinhos também são analisados, a fim de identificar visuais privilegiados, condições de insolação e ventilação, presença de áreas verdes e centralidades preexistentes. Por fim, observa a inserção na paisagem urbana e se a imagem é compatível com sua missão.

Do ponto de vista arquitetônico, o diagnóstico analisa: organização circulatória (acessos, controle e fluxos); abastecimento e distribuição; contiguidade entre as unidades e suas relações funcionais, aspectos de flexibilidade e obsolescência da edificação; e aspectos de humanização. Recomenda-se, também, analisar projetos em andamento e impactos de implementação. Por fim, é fundamental compreender como os processos praticados condicionam a planta arquitetônica e em que medida a reorganização espacial deve delinear novos processos, em consonância com as boas práticas e a proposta assistencial da instituição.

O diagnóstico da infraestrutura verifica o estado de conservação e obsolescência das instalações hidrossanitárias, elétricas, de lógica, de combate a incêndio, de climatização e exaustão, de gases medicinais, tratamento de efluentes e resíduos. Tal análise deve contemplar rotinas de manutenção e prevenção.

Finalmente, o diagnóstico deve comparar os requisitos normativos e a situação existente, apontando eventuais pontos de conflito. Neste aspecto, é fundamental considerar a capacidade instalada, que interfere na produção e, via de regra, é impactada pela regularização de áreas, fluxos e equipamentos.

A etapa de prognóstico delinea as estratégias para estruturação do Plano Diretor, elencando diretrizes conceituais, assistenciais, funcionais e tecnológicas. As diretrizes conceituais servem como fio condutor para os projetos das diferentes unidades, que são realizados em momentos distintos,

mas devem estar alinhados aos preceitos institucionais. Aborda os princípios norteadores da concepção arquitetônica, sua dimensão estética, a ambiência desejada, os estímulos que se pretende promover por meio do espaço e as características para garantir legibilidade, segurança, acessibilidade e unidade, materializando a identidade e o caráter da marca.

Já as diretrizes assistenciais contemplam a política de cuidados e aspectos relativos à qualidade e à eficácia dos processos, bem como à segurança, ao conforto e ao bem-estar de pacientes e colaboradores. Aqui são listadas também as áreas de atuação em que se deseja atuar como referência e todas as certificações e creditações desejadas.

As diretrizes funcionais definem o esquema circulatório, as linhas de expansão e as áreas para ampliação, norteando futuras intervenções. Determinam os serviços que são necessários para o funcionamento do hospital e os que deverão ser incorporados, conforme o planejamento estratégico. Além disso, ao verificar o modelo de gestão, o número de colaboradores, as atribuições e a listagem das atividades, conforme a RDC nº 50, estabelecem o programa de necessidades.

As diretrizes tecnológicas orientam a aquisição de novas tecnologias, pensadas do ponto de vista do espaço e da infraestrutura necessária, considerando os equipamentos biomédicos, suas características espaciais e de instalação. Aqui, são contemplados os aspectos de eficiência energética e sustentabilidade econômica e ambiental, desde a instalação até a manutenção.

A última etapa apresenta o Plano Diretor como produto deste processo e resulta em modelo tridimensional, implantação com áreas de expansão, zoneamento em planta e relatório-síntese. É fundamental evidenciar a imagem do futuro para indicar aonde se quer chegar e as etapas até o objetivo delineado.

Em linhas gerais, todo o processo é orientado pela perspectiva contemporânea do cenário de saúde, que ultrapassa as questões arquitetônicas e urbanísticas e abrange a abordagem da sociedade em relação ao conceito de saúde, passando por aspectos assistenciais, tecnológicos e administrativos que impactam a gestão e o planejamento de um estabelecimento assistencial de saúde.

A transparência do processo, que culmina na visualização do Plano Diretor, serve também de estímulo e empolgação para os envolvidos com a missão institucional, pois permite vislumbrar o espírito da organização com a qual estão comprometidos, fazendo com que caminhem para um mesmo propósito, na busca pela concretização da imagem futura desejada. Ao longo do caminho, os rumos podem ser revistos, assim como a rota é recalculada, mas definir o destino em que se deseja chegar é a primeira tarefa nesta viagem chamada futuro.

Revestimentos para ambientes de saúde: aplicação de pisos vinílicos¹³

A escolha dos materiais de revestimentos para pisos, paredes e tetos tem um importante papel para a garantia da boa qualidade e do bom desempenho higrotérmico, acústico e de iluminação do ambiente construído. Além de auxiliar no controle da infecção hospitalar, os materiais devem ser sustentáveis e contribuir para a diminuição da carga térmica da edificação.

O revestimento vinílico vem, cada vez mais, sendo utilizado para aplicação em pisos e, quando comparado, nestas aplicações, com materiais concorrentes, como madeira, metais e cerâmicas, mostra uma melhor relação custo-benefício, além de apresentar vantagens em quesitos fundamentais

13 Redigido por Claudia Miguez.

como comportamento antichama, resistência ao intemperismo, isolamento térmico e acústico, facilidade de instalação, baixa necessidade de manutenção e excelentes acabamento e estética.

Os chamados pisos vinílicos são compostos por um polímero, o poli (cloreto de vinila), PVC que, face às suas diversas aplicações, é um dos plásticos mais consumidos mundialmente, estando presente em vários segmentos comerciais e industriais, tais como embalagens, calçados, saúde e construção civil.

O uso do PVC traz uma contribuição importante para a qualidade, a segurança e o custo das obras, e esses são motivos de seu sucesso em edifícios ao redor do mundo, mais especificamente em países da Europa e nos Estados Unidos, bem como no Brasil. Possui uma versatilidade própria que ajuda a atender às necessidades de *design* atuais, as mais modernas e as futuras. Além de ser fundamental nas novas obras, tem papel importante nas reformas, vindo substituir materiais convencionais, atuando também na decoração de novos e velhos ambientes. Vem sendo aplicado na produção de pisos que são muito usados em estabelecimentos de saúde, devido a apresentar boa adequabilidade às condições exigidas por estes ambientes.

Os compostos de PVC, dependendo da sua formulação, apresentam excelentes propriedades, como: transparência; brilho; impermeabilidade; alta resistência ao impacto; baixa densidade (1,4 kg/dm³); boa resistência à ação de fungos, bactérias, insetos e roedores; bom isolamento térmico, elétrico e acústico; impermeabilidade aos gases e líquidos; resistência às intempéries (sol, chuva, vento e maresia); durabilidade; resistência à propagação de chamas; e capacidade de adquirir diferentes colorações pela incorporação de pigmentos. Adicionalmente, os produtos de PVC podem ser fabricados pelos mais variados processos de moldagem (injeção, extrusão, calandragem e espalmagem), com baixo consumo de energia e, ainda, serem reciclados.^{14,15}

No Brasil, a Anvisa classifica os ambientes internos de um estabelecimento de saúde quanto à possibilidade de transmissão de infecções, em áreas críticas, semicríticas e não críticas. Áreas críticas e semicríticas são aquelas em que existem pacientes que estão submetidos a qualquer tipo de procedimento médico, enquanto nas não críticas não há presença de pacientes.¹⁶

O interesse no uso desse tipo de piso tem aumentado cada vez mais entre arquitetos e construtores brasileiros, pois a tecnologia de ponta e o *design* contemporâneo permitem, além das vantagens já citadas, elevado desempenho termoacústico e possibilidade de serem empregados como condutores elétricos em áreas críticas, principalmente as encontradas em hospitais. Além disso, as empresas produtoras têm crescentemente disponibilizado diferentes acabamentos e padronagens para aplicações específicas.

Órgãos reguladores, nacionais e internacionais, aprovam projetos, procedimentos e, sobretudo, os materiais a serem utilizados nestes ambientes. Os fatores mais relevantes para essa aprovação são: segurança, atoxicidade, inocuidade, assepsia, longa vida útil, efeito antiderrapante e, finalmente, custo acessível. O PVC, internacionalmente, tem a aprovação de órgãos governamentais de países com rigorosas legislações na área da saúde, como Alemanha, Estados Unidos e Grã-Bretanha.

Os pisos vinílicos são de fácil colocação e podem ser encontrados comercialmente em mantas e placas. As mantas são mais adequadas às áreas críticas, pois permitem uma superfície mais estanque, com juntas soldadas no local, e as placas, por possuírem maior quantidade de juntas, são mais adequadas ao uso em áreas semicríticas e não críticas.

14 RABELLO, M. S. **Aditivação de polímeros**. São Paulo: Artliber Editora, 2000.

15 NUNES, L. R.; RODOLFO JR., A.; ORMANJI, W. **Tecnologia do PVC**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: ProEditores; Braskem, 2006.

16 Anvisa (2002).



Figura 4 – Pisos vinílicos aplicados em áreas de saúde

Fonte: Acervo pessoal da autora deste capítulo. Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer (RJ) – sala cirúrgica e circulação centro cirúrgico.

A escolha de um tipo de piso para uma unidade de saúde é de vital importância para a manutenção da limpeza do ambiente, contribuindo para o controle das condições de infecção hospitalar e conforto dos pacientes, pois não deve possuir muitas juntas para o acúmulo de resíduos e causar trepidações em macas ou carrinhos e barulho. Deve ser resistente à abrasão e aos impactos a que será submetido, bem como à lavagem e ao uso de produtos químicos para desinfecção.¹⁷

As mantas vinílicas são as mais utilizadas e mais adequadas por permitirem peças monolíticas com uma menor quantidade de juntas, aliadas às demais vantagens de facilidade de assepsia, serem boas isolantes térmicas e acústicas e apresentarem uma boa estética, com diversas padronagens e cores.

Sob o ponto de vista de consumo de energia, este material pode ser considerado com um bom desempenho ambiental, pois a sua produção é uma das mais econômicas em termos de energia, e, uma vez separado de outros plásticos, pode ser reprocessado, praticamente se utilizando de todos os processos de reciclagem: mecânica, química ou energética.

A aceitabilidade dos produtos de PVC para aplicações na construção civil depende da capacidade deles em resistir à deterioração de suas propriedades ao longo do tempo, em especial as estéticas e as mecânicas. Para os pisos, uma propriedade importante é a sua resistência à abrasão, que, no PVC, é normalmente pequena. Assim, o plástico, para ter uma boa resistência à abrasão, deve ser composto e processado com aditivos adequados. Dentre os aditivos empregados nas formulações de PVC, alguns merecem uma atenção especial, pois podem ser tóxicos. Esses fatores tornam clara a preocupação tanto com a substituição desses aditivos por outros materiais que não possam ser extraídos da matriz polimérica ou que apresentem baixa toxicidade, quanto com a redução da emissão de compostos clorados tóxicos.¹⁸

Devido à tendência de humanização dos ambientes de saúde, arquitetos têm procurado materiais que cumpram todas estas exigências e ainda apresentem padrões de acabamento final decorativo, com *design* e um resultado final mais acolhedor.

Unir todas estas propriedades é um verdadeiro desafio, e os pisos em PVC têm sido escolhidos por sua versatilidade; cada vez mais se encontram instalados nos edifícios de saúde. Entretanto, devido à formulação de seu composto com aditivo que pode ser prejudicial à saúde, se não conscientemente utilizados, exigem maior comprometimento da cadeia produtiva do PVC, para adequação a estes critérios.

17 BICALHO, F. C. **A arquitetura e a engenharia no controle de infecção**. 2. reimp. Rio de Janeiro: Editora Rio Books, 2017.

18 INSTITUTO DO PVC. **Contribuição do PVC para o desenvolvimento sustentável**. São Paulo: Instituto do PVC, 2003.

A exigência atual de garantir maior sustentabilidade ao meio ambiente coloca os profissionais de arquitetura e engenharia, que têm a função de especificar o material a ser empregado em um estabelecimento assistencial de saúde, como agentes para garantir maior sustentabilidade às suas obras e projetos. O produto a ser especificado deve ter sua origem e seu ciclo de vida conhecidos, e a tomada de decisão deve ser baseada em fatores de sua produção, como os esforços que são feitos pelas empresas para adequarem seus produtos, e, assim, garantirem maior sustentabilidade ao planeta.

A arquitetura e o hospital do futuro: humanização e acolhimento em ambientes de saúde¹⁹

Os projetos hospitalares atuais apresentam a preocupação com sua funcionalidade, estruturando seus espaços a partir das atividades ali desenvolvidas e do estabelecimento de fluxos ideais para o seu desempenho. No entanto, priorizam os protocolos médicos e de enfermagem e nem sempre voltam o olhar para as necessidades psicológicas e de conforto dos pacientes. O desafio da arquitetura hospitalar é o de dotar estes espaços de acolhimento e familiaridade, agregando à prática médica um sentido de segurança e confiabilidade, visando ao rápido restabelecimento e à minimização do sofrimento do paciente, finalidade primeira da instituição.

A nova abordagem na implantação de hospitais, que chamamos de humanização, pode ser observada a partir da criação da Planetree, uma organização sem fins lucrativos criada na Califórnia, Estados Unidos, em 1978, por uma paciente insatisfeita com o tratamento impessoal a que foi submetida durante a sua internação. Estes conceitos fazem parte da tendência de assistência que combina suporte emocional adequado com cuidados médicos de qualidade, o chamado *Patient Centered Care*, ou Cuidados Centrados no Paciente. A divulgação dos princípios preconizados pela Planetree, que hoje se configura em uma certificação para hospitais, vem de encontro ao crescente interesse na aplicação dos parâmetros do *Patient Centered Care*, que focaliza questões relativas ao ambiente em que estes cuidados são prestados.

A princípio, estes conceitos podem ser considerados apenas como um incremento na qualidade do atendimento, o que efetivamente se procura nestes tempos de qualidade total. No entanto, existem estudos quantitativos que enfatizam a concepção de ambientes mais humanizados e dotados de conforto ambiental, para apressar a cura e a alta de pacientes. O desenho do novo hospital está acima de todas as outras determinantes, baseado solidamente na figura do paciente e na tradução dos seus direitos e aspirações.

A arquiteta americana Jain Malkin²⁰ preconiza um desenho de hospitais baseado em evidências (*Evidence-based Design* – EBD), apontando resultados de eficiência operacional e produtividade para a área de saúde. A arquiteta divide em alguns requisitos a base para o estabelecimento do desenho baseado em evidências, que ela descreve da seguinte maneira:

- Eliminar fatores ambientais estressantes, como ruído, falta de privacidade, iluminação excessivamente forte, baixa qualidade do ar interior;

¹⁹ Redigido por Elza Maria Alves Costeira.

²⁰ MALKIN, J. **The business case for creating a healing environment in business briefing**: hospital engineering & facilities management. London: World Market Research Centre; International Federation of Hospital Engineering, 2003.

- Conectar o paciente com a natureza por meio de janelas panorâmicas para o exterior, jardins internos, aquários, elementos arquitetônicos como água;
- Oferecer opções para o controle individual incluindo privacidade *versus* ambiente social, controle da luz, escolha do tipo de música no ambiente, opções de posições no sentar, silêncio e quietude *versus* áreas de espera “ativas”;
- Oferecer oportunidades de socialização com arranjos de assentos que promovam privacidade aos encontros de grupos de familiares, acomodações para a família e acompanhantes nos ambientes de internação;
- Promover atividades de entretenimento “positivas” como arte interativa, aquários, conexão com a internet, música ambiente, acessibilidade a vídeos que possuam imagens e sons reconfortantes e adequados;
- Promover ambientes que remetam a sentimentos de paz, esperança, reflexão, conexão espiritual, relaxamento, humor e bem-estar.

Os projetos arquitetônicos do hospital do futuro implementam a agilidade no processo de cura, a facilitação da incorporação tecnológica e o conforto ambiental, estabelecendo espaços que traduzam a nova abordagem de assistência, centrada no paciente e no seu bem-estar físico, psicológico e espiritual. Os conceitos apresentados, podem ser consolidados em seis recomendações,²¹ apontando esta nova abordagem. São elas:

- **Acolher** o paciente, dotando os espaços de acesso à unidade – as “portas de entrada” – de conforto ambiental, oferta de informações, sinalização conveniente, facilitação de fluxos, salas de espera acolhedoras, facilidades como comunicação telefônica, cantina, áreas especiais para crianças e agilidade nos acessos às ocorrências de gravidade acentuada ou alta complexidade;
- **Informatizar** os estabelecimentos, agregando ao projeto as premissas para uma adequada distribuição de rede lógica, dimensionada e flexibilizada o suficiente para atingir todos os setores, com ênfase nos acessos de emergência e urgência, postos de enfermagem, salas de telemedicina, centros cirúrgicos, serviços de imagem e laboratoriais, e prevendo, também, a sua futura expansão, para o atendimento médico a distância;
- **Promover** a saúde da população por meio da integração dos diversos programas de prevenção, destinando espaços para a educação sanitária e o desenvolvimento de ações de treinamento, convivência, didática e qualificação de médicos, enfermeiros, atendentes e usuários;
- **Flexibilizar** a concepção da estrutura física da unidade, dotando seu desenho de atributos para a sua futura ampliação, incorporação de tecnologia, reformas e adequações, modulação do desenho, racionalização de circulações, setorização adequada de serviços, análise criteriosa do programa arquitetônico e estabelecimento correto do seu perfil;
- **Humanizar** os ambientes, incorporando itens de conforto ambiental capazes de minimizar os fatores estressantes e tendo como principal foco de atenção os desejos, as aspirações e as necessidades do paciente e a sua integração com a natureza, o respeito à sua individualidade e a visão de conjunto de sua saúde física, psicológica, social e espiritual;

21 COSTEIRA, E. M. A. **Hospitais de emergência da cidade do Rio de Janeiro**: uma nova abordagem para a eficiência do ambiente construído. 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

- **Compatibilizar** tecnologia, conforto ambiental e agilidade de fluxos, com criteriosa escolha de materiais, sistemas construtivos, modulações, durabilidade, segurança e facilidades na sua manutenção, agregando conceitos de prevenção e controle da infecção hospitalar e biossegurança, e dotando os estabelecimentos de potencial para atingir muitos anos de uso.

A partir da aplicação dos conceitos apresentados, no desenho de novos hospitais, poderemos contar com ambientes de atenção à saúde construídos com o olhar voltado para o futuro e para o atendimento integral da população, colocando o indivíduo no centro das atenções projetuais e redimensionando os espaços para a verdadeira missão das unidades hospitalares, de prestar conforto para os males e a promoção da saúde dos indivíduos.

A arquitetura e a engenharia no controle de infecções²²

Em vários hospitais e serviços de saúde no Brasil e mesmo no exterior, é possível identificar muitos erros, além de uma quantidade significativa de perda de dinheiro, em prol de um possível combate às infecções dos pacientes e à contaminação de produtos e materiais.

Estes erros decorrem da utilização de conceitos e soluções superados, usados há 20 ou 30 anos, como as circulações duplas e os elevadores exclusivos para materiais “sujos e limpos”, citando apenas dois exemplos que oneram a construção e que condenam os proprietários a investir pelo resto da vida uma grande soma de recursos para manter o prédio, desnecessariamente. Como exemplo, pode ser citado o transporte da roupa que, uma vez bem acondicionadas em carros de transporte com tampa, podem circular pelo mesmo elevador, em horários predefinidos para o transporte, de forma a não haver o cruzamento da roupa limpa com a roupa suja.

Edificação ou equipamento algum impede um indivíduo de adquirir infecções. Hoje se sabe que várias das infecções são de origem endógena, e não exógena, como se pensava há algum tempo, ou seja, podemos adquirir infecção de nós mesmos se os procedimentos não forem feitos corretamente. Adquire-se infecção também pelo uso de materiais mal desinfetados ou mal esterilizados, ou mesmo pela falta de higienização, em especial das mãos da equipe de assistência. O prédio, os equipamentos, os ambientes em si têm uma contribuição secundária neste problema, mas certamente se estes não estiverem corretos, podem impactar o agravamento da situação.

Diante desses fatos, nota-se que a luta pelo controle de infecção nos serviços de saúde pode encontrar um forte aliado na arquitetura e na engenharia. Várias são as técnicas que os arquitetos e engenheiros podem adotar de modo a contribuir para a diminuição das taxas de infecção nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS). Zoneamento dos ambientes em áreas críticas, semicríticas e não críticas, barreiras físicas entre ambientes, controle de contaminação do ar, fluxos corretos de trabalho e a escolha criteriosa dos materiais de acabamento são algumas técnicas que, aliadas a procedimentos médicos e de enfermagem, principalmente, contribuem para que os índices de infecção de um estabelecimento situem-se em faixas consideradas aceitáveis.

Erra quem pensa que se juntando equipamentos sofisticados e algumas técnicas arquitetônicas a infecção nos serviços de saúde pode ser controlada. De nada adianta estes equipamentos e uma bela edificação se, por trás disto, não houver uma equipe de assistência ao paciente ciosa de

²² Redigido por Flávio Bicalho.

suas funções e que saiba usar corretamente estes espaços e equipamentos. Os níveis de infecção nos serviços de saúde somente adquirirão índices aceitáveis se houver a conjugação entre os procedimentos assistenciais da equipe e as soluções arquitetônicas e de engenharia. A tentativa sempre será no sentido de minimizar riscos ou preveni-los quando houver esta chance.

Os procedimentos feitos pelos profissionais que lidam diretamente na assistência ao paciente certamente são mais importantes do que a infraestrutura física no controle de infecção. Não se pretende, com isto, minimizar o trabalho dos arquitetos e engenheiros, mas, certamente, não adianta ter um lavatório se as pessoas não lavarem as mãos. O trabalho dos arquitetos e engenheiros, neste caso, é o de especificar corretamente o lavatório, a torneira, o porta-sabão e a papeleira e colocá-los no lugar certo. Entretanto, se a equipe de assistência não tiver a consciência de que a higienização das mãos é um dos mais eficientes atos no controle de infecção, de nada adiantará a obra e os equipamentos corretos.

Algumas soluções dadas prejudicam em muito os profissionais que trabalham em ambientes de saúde. Um exemplo claro diz respeito ao controle da qualidade do ar. Um sistema de climatização de ar é um excelente aliado para manter o ambiente limpo e isento de partículas e micro-organismos em suspensão. Entendemos como essencial em vários ambientes, como nas áreas de preparo de nutrição parenteral, lavanderia, centro cirúrgico, bancos de órgãos etc.; no entanto, muitas vezes é mal projetado e mantido.

Outro problema encontrado comumente são os fluxos incorretos, determinados pela falta de conhecimento de quais são e como são feitas as atividades da unidade hospitalar que se está projetando.

Se tiver de escolher entre um hospital com uma infraestrutura apenas razoável, mas com uma comissão de controle de infecção realmente atuante, e um outro com uma excelente infraestrutura, mas sem uma atuação correta dos funcionários no que diz respeito ao controle de infecção, certamente a primeira torna-se uma melhor opção.

Como o controle de infecções é fortemente dependente dos procedimentos, as soluções arquitetônicas e de engenharia contribuem parcialmente no combate às infecções, considerando as características físicas nos EAS que auxiliam nas estratégias contra a transmissão de infecções.

Alguns conceitos são básicos para que os arquitetos e engenheiros entendam esta questão de infecção nos serviços de saúde e, desta forma, projetem melhor os estabelecimentos. Talvez o mais importante conceito que os arquitetos e engenheiros precisam compreender é o que consta na Resolução da Anvisa, RDC nº 50/2002:

A melhor prevenção de infecção de serviços de saúde é tratar os elementos contaminados na fonte; o transporte de material contaminado, se acondicionado dentro da técnica adequada, pode ser realizado através de quaisquer ambientes e cruzar com material esterilizado ou paciente, sem risco algum.²³

Os profissionais arquitetos e engenheiros quase sempre não dominam conceitos que podem ser extremamente úteis nos projetos dos EAS. Um deles é entender que a maioria dos materiais usados nos procedimentos dentro de um hospital não é estéril e que existem estágios com graus de pureza variados antes de se atingir a esterilidade. Entendendo isto, percebe-se que o rigor com que tratamos estes materiais varia de acordo com o grau de pureza em que eles se encontram. Isto reflete na construção dos espaços. Dentro de um Centro de Material Esterilizado (CME), por exemplo, alguns objetos estão extremamente sujos, outros já foram descontaminados e somente alguns serão esterilizados.

23 Anvisa (2002).

Nota-se, portanto, que, para a manutenção de um material esterilizado, este não pode ter contato com nada; caso contrário, perderia a esterilidade.

O conhecimento desses aspectos auxilia na perda do medo de lidar com alguns tabus que não acrescentam valor ao projeto e à obra, e sim podem levar a muitos gastos e transtornos desnecessários, sem que se tenha um efetivo controle de infecção.

Considerações

O cenário apresentado oferece-nos uma visão ampla da missão desafiadora da arquitetura ao conceber os espaços de saúde. Caminhamos, cada vez mais rápido, para uma especialização tecnológica que transforma as relações e os processos de trabalho e para a necessidade urgente de garantir um planeta mais saudável e sustentável.

Projetar um ambiente de saúde é responsabilidade que requer do profissional uma atualização constante e uma compreensão mais ampla de todo o processo envolvido. Sua participação deve ser efetiva no processo de planejamento, desde a concepção até a operação.

Desta forma, poderemos ter espaços mais adequados às necessidades dos seus usuários e garantir a importante contribuição do ambiente construído para a saúde do indivíduo, não só no processo de cura como na sua manutenção.

Referências

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Anvisa, 2002.

BICALHO, F. C. **A arquitetura e a engenharia no controle de infecção.** 2. reimp. Rio de Janeiro: Editora Rio Books, 2017.

BITENCOURT, F. (Org.). **Conforto ambiental em estabelecimentos assistenciais de saúde.** Brasília: Anvisa, 2014.

COSTEIRA, E. M. A. **Hospitais de emergência da cidade do Rio de Janeiro:** uma nova abordagem para a eficiência do ambiente construído. 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

INSTITUTO DO PVC. **Contribuição do PVC para o desenvolvimento sustentável.** São Paulo: Instituto do PVC, 2003.

LINDEN, J. **Ergonomia e design:** prazer, conforto e risco no uso dos produtos. Porto Alegre: Editora UniRitter, 2007.

MALKIN, J. **The business case for creating a healing environment in business briefing:** hospital engineering & facilities management. London: World Market Research Centre; International Federation of Hospital Engineering, 2003.

MIGUEZ, C. Q. (Org.). Os espaços de saúde nos cenários do amanhã: integração humana e tecnológica no ambiente construído. In: CONGRESSO BRASILEIRO PARA O DESENVOLVIMENTO DO EDIFÍCIO HOSPITALAR, 2018, Curitiba. **Anais [...].** Curitiba: ABDEH, 2018.

NORD, R. D. **Lo stress ambientale nel progetto dell'ospedale pediatrico**: indirizzi tecnici e suggestioni architettoniche. Milano: Motta Architettura, 2006.

NUNES, L. R.; RODOLFO JR., A.; ORMANJI, W. **Tecnologia do PVC**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: ProEditores; Braskem, 2006.

RABELLO, M. S. **Aditivação de polímeros**. São Paulo: Artliber Editora, 2000.

RYBCZYNSKI, W. **La casa**: historia de una idea. San Sebastian: Editorial Nerea, 2009.

ULRICH, R. S. Effects of healthcare environmental design on medical outcomes. *In*: DILANI, A. (Ed.). **Design & Health**. Stockholm: Svensk Byggtjänst, 2001.

_____. **Health benefits of gardens in hospitals**. Texas: Center for Health Systems and Design, 2002. Disponível em: <http://www.greenplantsforgreenbuildings.org/attachments/contentmanagers/25/HealthSettingsUlrich.pdf>. Acesso em: 17 maio 2017.

Bibliografia complementar

BITENCOURT, F.; COSTEIRA, E. **Arquitetura e engenharia hospitalar**: planejamento, projetos e perspectivas. Rio de Janeiro: Editora Rio Books, 2014.

CARVALHO, A. P. A. (Org.). **Temas de arquitetura de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Salvador: UFBA, 2003.

CHIAVENATO, I.; SAPIRO, A. **Planejamento estratégico**: fundamentos e aplicações – da intenção aos resultados. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COSTEIRA, E. M. A. O hospital do futuro: uma nova abordagem para projetos de ambientes de saúde. *In*: SANTOS, M.; BURSZTYN, I. (Orgs.). **Saúde e arquitetura**: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares. Rio de Janeiro: Editora SENAC-Rio, 2004.

FIORENTINI, D.; KARMAN, J. B.; LIMA, V. H. **Textos de apoio à programação física dos estabelecimentos assistenciais de saúde-arquitetura na prevenção de infecção hospitalar**. Brasília, 1995. Mimeo.

LEMONS, B. J. Planos Diretores para estabelecimentos assistenciais de saúde. *In*: BITENCOURT, F.; COSTEIRA, E. (Orgs.). **Arquitetura e engenharia hospitalar**. Rio de Janeiro: Rio Books, 2014.

MALAGÓN-LONDOÑO, G. Generalidades sobre administração hospitalar. *In*: MALAGÓN-LONDOÑO, G.; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. (Orgs.). **Administração hospitalar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

NORD, R. D.; PRETTI, G. **L'umanizzazione degli spazi di cura**: linea guida. Firenze: Ministero Della Salute, 2012.

PLANETREE. **Institucional**. [S.l.]: [s.d.]. Disponível em: <http://www.planetree.org>. Acesso em: 20 mar. 2019.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. (Orgs.). **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CAPÍTULO 10



EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

Tomás Duarte

Objetivos

- Refletir sobre a experiência do cliente na saúde;
- Apresentar métricas possíveis para avaliar a satisfação do cliente;
- Discutir sobre a jornada do paciente.

Gestão das expectativas

As maiores expectativas em uma relação entre empresa e cliente acontecem no segmento saúde. Quanto maior o bem, maior será a nossa expectativa como clientes. E, nas unidades de saúde, tratamos do bem mais valioso de todos: a vida e o bem-estar das pessoas. Em grande parte das vezes, ninguém vai ao hospital por um desejo, ou seja, a geração de necessidade, ponto inicial da jornada do cliente e do paciente, nasce por meio de um fato indesejado: “estou com um problema de saúde e preciso de apoio”. Existem exceções, como rotinas de *checkup*, procedimentos estéticos etc. Mas tudo nasce de uma necessidade do paciente.

A lógica da experiência de consumo de serviços e produtos na saúde é inversa, pois não nasce de um desejo de atender à satisfação pessoal do cliente. E mais, muitas vezes pode vir carregada de momentos traumáticos, urgentes, de total desconforto. Por meio desse contexto, já podemos perceber que a carga emocional na experiência saúde é a maior possível. Quanto maior a expectativa, maior a importância em atendê-las.

A vulnerabilidade e a fragilidade desencadeiam a necessidade de oferecer uma experiência do paciente ainda mais diferenciada em relação às empresas tradicionais. Essas condições mencionadas podem ensejar diversas emoções, como tristeza, indignação, raiva, sentimento de incapacidade, ansiedade, frustração, desânimo, alívio, exaustão, preocupação, entre outros. Esse *mix* de emoções requer que o prestador de serviço tenha uma série de comportamentos, processos e princípios para oferecer o melhor atendimento possível ao seu paciente.

Vivendo essa experiência intensa e que carece de apoio total, nada mais correto e adequado do que prestar um atendimento como todo ser humano gostaria de ser tratado, por meio de uma preocupação genuína em ajudar. Foi a partir da necessidade em tratar as pessoas da melhor maneira possível que nasceu o termo **atendimento humanizado**.

Tradicionalmente, no Brasil, oferecemos experiências muito ruins. Um estudo realizado pela Tracksale.co, em 2017,¹ avaliou *feedbacks* de mais de 70 milhões de consumidores brasileiros, e apontou que as principais justificativas dos clientes detratores era sobre o baixo nível de atendimento, principalmente pela ausência de simpatia, empatia (colocar-se no lugar do cliente), cordialidade e presença de apatia. As empresas que têm feito de forma diferente, visando atacar esses pontos, conseguem ótimos resultados em seu indicador de lealdade de clientes (*Net Promoter Score* – NPS).

1 Banco de dados do autor.

Quanto melhor o atendimento, maior será o NPS e menores serão as opiniões negativas em redes sociais e *sites* como o Reclame Aqui. Foi o caso de um dos principais laboratórios de medicina diagnóstica: por meio de uma cultura focada em bons atendimentos e tratativa com clientes detratores do NPS, conseguiu reduzir em mais de 30% suas reclamações digitais nesses canais citados (dados provenientes da equipe de relacionamento do laboratório).

Como oferecer um atendimento humanizado?

Um atendimento adequado, com conexões humanas, perpassa pela clara percepção das dores (no sentido amplo de jornada do cliente) e entrega de conforto, segurança e confiança às pessoas que estão ali desejando saúde. “Vai dar tudo certo, pode ficar tranquila, estamos aqui para te ajudar sempre que for preciso”; essa modalidade de palavras “mágicas” é exemplo típico de um atendimento centrado no cliente. Eliminar qualquer tipo de atrito ou falar no “tom errado” pode evitar o início de um atendimento traumático.

Perceba que todos os membros da equipe de hospital influenciam a experiência do cliente, por isso o *design* de experiência é tão importante. Desde o desenvolvedor que fez o *site* ou o aplicativo do hospital, que funciona perfeitamente bem ou apresenta problemas frequentes, gerando percepções negativas, passando pela equipe terceirizada do estacionamento; pela recepção, que irá gerar as primeiras impressões; pela equipe de triagem, que pode direcionar o paciente de forma correta ou equivocada; pela integração tecnológica entre o plano de saúde e o hospital, que pode tornar-se burocrática ou fluída no cadastro e na autorização do procedimento; pela lanchonete, que oferece um lanche frio ou delicioso, chegando até a um dos principais pontos da jornada do cliente: o momento da verdade, que é o atendimento médico de fato. Uma vez que a consulta acontece de forma privada, torna-se um mistério avaliar sua qualidade e eficiência, visto que muitos clientes optavam por não compartilhar suas impressões positivas ou negativas de forma clara.

Para evidenciar a avaliação do paciente, que até então, para a maioria das empresas, era considerado um enigma, surgiu o NPS,² por meio do qual é possível determinar comportamentos prejudiciais à saúde e à sustentabilidade da empresa, como ações que mancham a reputação da marca e práticas baseadas nos verbos de coagir, ignorar e maltratar o cliente.

O atendimento humanizado deve fazer parte da cultura do hospital, mas como enraizar um valor tão importante como esse no dia a dia dos profissionais da saúde? A cultura, no sentido estrito da palavra, consiste nos costumes, nas práticas frequentes, no conhecimento, nas crenças, nas normas regulamentadas, nas normas éticas e nos hábitos de um grupo de pessoas. Portanto, o aspecto cultural no mundo corporativo não é diferente. A cultura positiva pode ser desenvolvida por meio de estratégias bem definidas, tais como:

- Educação e conhecimento: por meio de treinamentos frequentes, testes de conhecimento, simulados práticos, dinâmicas, *workshops*, imersões de aprendizagem e *benchmarking*, certificações de profissionais em cursos no Brasil e no exterior;

2 REICHHELD, F. F. The one number you need to grow. **Harvard Business Review**, 2003. Disponível em: <https://hbr.org/2003/12/the-one-number-you-need-to-grow>. Acesso em: 13 abr. 2019.

- Comitês periódicos de experiência do cliente: em uma importante rede de hospitais, referência no Brasil, uma das estratégias mais eficientes foi a implementação do comitê periódico (semanal) focado em discutir o NPS e a experiência do cliente por meio de uma equipe multidisciplinar. a rede tornou-se um *case* de sucesso depois de evoluir mais de 20 pontos no NPS em um período de apenas oito meses. A estratégia de se ter um comitê periódico ajuda no engajamento de times, na simplificação da comunicação entre áreas, na ampliação do senso de urgência e ainda traz as lideranças para perto da gestão. Uma vez que são pessoas tomadoras de decisão, todas as ações de evolução acabam se tornando mais rápidas;
- Exemplos das lideranças: um dos grandes aprendizados dos princípios de liderança da *Disney*, ministrados através do *Disney Institute*, é que as lideranças devem dar sempre o exemplo, afinal o comportamento delas inspiram todos os outros colaboradores, positivamente e negativamente. Se uma liderança tratar mal um cliente publicamente ou, ao ver um lixo no chão, não tomar nenhuma atitude proativa para resolver aquela situação, ao observarem esse comportamento, é evidente que as outras pessoas da equipe poderão ser influenciadas negativamente por estes atos. Portanto, os líderes devem dar o melhor exemplo possível e envolver o time para garantir de fato a evolução da experiência do cliente por meio de comportamentos adequados e compatíveis com os de bons líderes;
- Acessibilidade das lideranças: uma das grandes falhas organizacionais nas empresas é a inacessibilidade das lideranças para clientes e colaboradores. Esse fato demonstra burocracia e falta de interesse genuíno no trabalho de servir. Estar todos os dias junto ao time e clientes faz toda a diferença. Diretores de hospitais devem visitar frequentemente os leitos, ouvir clientes, passar na recepção, acompanhar o pronto atendimento, sentir cada etapa da jornada;
- Engajamento e senso de urgência: uma das técnicas de sucesso dos hospitais para envolver times de forma contínua é publicar ao vivo opiniões de clientes em TVs (ou telas) na parte administrativa do hospital; algumas ferramentas possuem um *dashboard* para ser exibido em telas. Isso aumenta o senso de urgência, pois as opiniões de clientes são apresentadas em tempo real. Outra técnica é publicar os elogios pontuais a membros da equipe nas paredes e nos murais internos, bem como usar aplicativos e ferramentas de comunicação interna, como grupos de *chat* etc. O bom exemplo estimula práticas positivas e pessoas elogiadas repetidamente devem ser valorizadas e convidadas a compartilhar seu conhecimento e suas técnicas ao restante do time;
- Propósitos, valores e comportamentos desejados: expor nas paredes a visão, a missão e os valores e ressaltar que a empresa prioriza o atendimento humanizado não basta. É preciso avaliar se todos os processos e equipes estão alinhados ao propósito da empresa, que é mais que a visão; trata-se da razão dela existir e garantir que ela vai mudar o mundo de alguma forma. Nesse sentido, revisar todos os processos, desde a hotelaria, passando pelo financeiro, jurídico até o atendimento médico, é uma prática saudável. Trata-se de um trabalho intenso e contínuo, estimulado pelas lideranças e acionado frequentemente: uma visão (no sentido de *mindset*). Valores claros ajudam a definir quem irá continuar no “barco”, quem irá sair e quem será promovido;
- Métricas bem implementadas: em uma gestão profissional, as decisões são baseadas em métricas. Métricas bem implementadas focadas na experiência do cliente, como NPS, facilitam

e trazem segurança para a tomada de decisão. Algumas perguntas são importantes nesse ínterim: estamos medindo a experiência dos clientes de forma correta? Temos amostragens estatisticamente válidas? Estamos evitando a fadiga de pesquisa com clientes? Os comentários obtidos de clientes estão gerando insumos para as áreas melhorarem a sua entrega? Em alguns cenários observamos que, muitas vezes, os processos relacionados a *Voice of Customer* (VoC) estavam ineficientes e, dessa maneira, não geravam o *buy-in* das equipes;

- Correlação dos resultados de experiência do cliente à bonificação de equipes: uma demonstração do nível de maturidade de algumas empresas é a ação de correlacionar a bonificação de equipes com os resultados da experiência do cliente, provocando um maior engajamento de todos os membros do time, uma vez que também poderão ser remunerados por tratarem bem os clientes. É importante ressaltar que essa estratégia não deve ser prioritária; trata-se de uma estratégia secundária. Somente isso não irá garantir a evolução dos indicadores; a implementação cultural deve ser a estratégia primária. Tradicionalmente, NPS representa de 20% a 40% de peso na cesta de indicadores úteis para remuneração de equipes por meio de bonificações e participação nos lucros.

Por intermédio dessas estratégias, não exaustivas, certamente haverá uma evolução na experiência do cliente com um direcionamento ao atendimento humanizado. Uma alternativa extra é contratar pessoas que saibam lidar com pessoas, as chamadas “*people’s person*”. Estamos falando de indivíduos que amam atender clientes; eles irão garantir um atendimento humanizado tão desejado.

Política de humanização

Um dos ganhos para a experiência do paciente ocorreu quando o Ministério da Saúde (MS) implementou a Política Nacional de Humanização, em 2013. Também conhecida como HumanizaSUS, ela tem como objetivo:

Estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.³

Na prática, o interesse é consolidar e tornar efetivo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, além de qualificar a saúde pública brasileira. Os princípios que orientam o projeto são a transversalidade; a indissociabilidade entre a atenção e a gestão; e o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos.

Além destes princípios, suas diretrizes confirmam a necessidade e a importância do cuidado e da assistência em saúde nos seguintes âmbitos: acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador; e defesa dos direitos dos usuários.

Nesse sentido, além do esforço do próprio gestor hospitalar, políticas públicas reforçam a necessidade do atendimento humanizado na esfera pública ou privada.

3 BRASIL. **HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização**. 1. ed. Brasília: MS, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 10 abr. 2019.

Empatia na saúde

O termo empatia passou por momentos em que houve uma comoção generalizada para que as marcas oferecessem atendimentos mais empáticos, ou seja, instigando profissionais do atendimento a colocar-se sempre no lugar do cliente. “Você gostaria de ser tratado da forma com que você está tratando?”. Essa técnica usualmente traz bons frutos, mas na saúde podem existir exceções, uma vez que a dor do cliente é uma condição estritamente subjetiva, somente ele sabe o que se está passando. Isto ficou evidente em conversas com diversos profissionais na área de saúde, que relataram usar argumentos empáticos que, por vezes, acabaram não performando como o desejado, pois quando o profissional citava que entendia a dor que o cliente estava sentindo, recebia a contra-argumentação de que ninguém haveria de saber a dor pela qual ele passava. Dessa forma, é preciso tomar cuidado ao utilizar a empatia na saúde, entendendo esse campo como distinto dos demais.

Conforme mencionamos, a expectativa no segmento saúde é extremamente alta e, quando alimentada de maneira falsa, certamente terá como desfecho um grande equívoco. Ser transparente e sincero trará benefícios em longo prazo.

Em 2017, a Bain&Company⁴ fez um estudo aprofundado com 18 hospitais, avaliando o NPS de mais de 14.000 pacientes, trazendo *insights* sobre a experiência do paciente no setor. Entre outras constatações, o tempo de espera para atendimento é a principal dor dos clientes que tiveram experiências frustrantes (detratores) no atendimento dos hospitais brasileiros. Reduzir o tempo na saúde requer um alto investimento, afinal, além de refazer toda a infraestrutura como a recepção, adquirir novas tecnologias para gestão de filas e cadastro de clientes, também poderá ser necessário ampliar o corpo clínico e aumentar a disponibilidade do serviço médico (um problema crônico no Brasil).

Uma saída em curto prazo, com custo mais reduzido, é criar estratégias de relativizar o tempo de espera para atendimento. Mas como relativizar o tempo de espera? Para cada persona (segmento de clientes) deve-se criar uma estratégia. O que seus clientes fazem normalmente para passar o tempo? Que tipo de entretenimento gostam? São livros? É ver séries na Netflix? Para as crianças, são jogos e vídeos na Playkids? Uma música clássica ao vivo para tranquilizar o hospital no momento de pico? Um *show* de mágicas? Uma internet *Wi-Fi* acessível, de ultravelocidade? Esta última auxiliará, ainda, para que a empresa consiga obter os dados dos clientes para futuras comunicações e monitoramentos da qualidade dos serviços. Se você, gestor de hospital, não tem orçamento suficiente para realizar mudanças estruturais para garantir a redução no tempo para atendimento, tente criar estratégias de relativização do tempo e irá surpreender seus pacientes, pois é raro ver iniciativas como essa no segmento saúde.

Métricas de experiência do cliente na saúde

Existem muitas maneiras de medir a experiência do paciente. Tradicionalmente os hospitais utilizaram, e alguns ainda utilizam, o modelo de pesquisas de satisfação, na maioria das vezes via papel e com apoio de um entrevistador, ou via telefone. Ao final de uma jornada no hospital, era entregue uma folha com diversas perguntas, em que o paciente poderia demorar mais de 15 minutos

4 FIORENTINO, G. *et al.* **Satisfação do paciente nos hospitais privados brasileiros**. São Paulo: Bain&Company, [s.d.]. Disponível em: https://www.bain.com/contentassets/9e46222b008c4784849eff749166a4af/bain_brief_brochura_hospitais_nps_sao_paulo.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

para responder. Com a evolução dos meios de comunicação para canais digitais, esses modelos mais invasivos e com fadiga de pesquisa foram perdendo força, pois a estratégia digital trouxe muito mais conforto, velocidade, assertividade nos resultados e em tempo real. Grande parte dos questionários em papel utilizam duas metodologias: *Customer Satisfaction Index* ou Índice de Satisfação do Cliente (CSAT), no qual é exigido uma nota de 0 a 10 para o atendimento, por exemplo; e a escala Likert, que permite avaliar, em uma pesquisa, níveis de concordância ou discordância. O fato é que esse modelo de pesquisa gerava muito atrito, afinal o paciente queria apenas ir embora para sua casa após um atendimento, e não queria gastar seu precioso tempo respondendo a uma série de perguntas que interessavam apenas ao hospital. E mais, com o excesso de perguntas, muitas vezes o respondente entra no “modo automático” de resposta, marcando todas respostas com a mesma intensidade, gerando um dado frágil, não útil à empresa.

O indicador de lealdade do cliente NPS⁵ caiu como uma luva na saúde, devido à sua simplicidade, adequação aos canais digitais e trazendo *insights* extremamente ricos sobre a experiência e a satisfação do paciente. Chamada de “A Pergunta Definitiva”, a métrica é baseada em dois questionamentos: “o quanto você recomendaria o Hospital X a um amigo ou familiar”; e “quais são os motivos da sua nota Y?”. A aderência deste modelo na saúde traz resultados impressionantes, com alto engajamento pelos respondentes, gerando taxas de respostas superiores aos níveis mínimos para validade estatística. Na prática, estamos falando de taxas de respostas que, muitas vezes, superam 35%, podendo atingir 50% de taxa de resposta nas pesquisas, sendo que a meta mínima para a validade estatística é de 20%.

Importante dizer que existem duas modalidades de NPS: a relacional e a transacional. A primeira visa avaliar toda a experiência do cliente percorrendo sua jornada; já a segunda visa avaliar algum ponto específico da jornada do cliente. Vamos aos exemplos:

- Exemplo de NPS relacional: “em uma escala de 0 a 10, o quanto você recomendaria o Hospital Y a um amigo ou familiar? Deixe seu comentário.”;
- Exemplo de NPS transacional: “em uma escala de 0 a 10, o quanto você recomendaria o serviço de laboratório do hospital a algum amigo ou familiar? Deixe seu comentário.”.

O grande diferencial do NPS é medir a lealdade do cliente por meio do índice de recomendação da marca, uma vez que os clientes não recomendam algo ruim às pessoas que eles gostam. O NPS foi amplamente adotado pelo segmento saúde no Brasil e em outros países. Ele permitiu que os dados fossem acionados com maior velocidade e que as tratativas dos clientes pudessem ser realizadas.

Avaliação do consumidor

O HCAHPS⁶ – Avaliação do Consumidor para Serviços Hospitalares e Sistemas Relacionados – é uma pesquisa de satisfação do paciente requerido pela Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) para todos os hospitais nos Estados Unidos. A pesquisa é para pacientes adultos internados, excluindo pacientes

5 REICHHELD, F. F. The one number you need to grow. **Harvard Business Review**, 2003. Disponível em: <https://hbr.org/2003/12/the-one-number-you-need-to-grow>. Acesso em: 13 abr. 2019.

6 CMS – CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. **HCAHPS**: patients’ perspectives of care survey. Baltimore: CMS, 2017. Disponível em: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-patient-assessment-instruments/hospitalqualityinits/hospitalhcahps.html>. Acesso em: 13 abr. 2019.

psiquiátricos. Esta metodologia requer um grande trabalho de compilação de dados e, por ter muitas perguntas, acaba gerando fadiga de pesquisa com os clientes que normalmente querem abordagens rápidas, sendo este o ponto negativo do HCAHPS. Apesar disso, a pesquisa e os seus resultados são importantes por várias razões. Esta torna-se a voz do paciente –, que dá ao hospital a possibilidade de perceber a visão do cliente sobre os cuidados prestados. Os resultados da pesquisa são relatados publicamente na internet para que todos possam ver. Por este motivo, afetam diretamente os hospitais que negligenciam os pacientes.

Essa metodologia utiliza insumos baseados na frequência de contextos vividos pelos clientes por meio da sua experiência, por exemplo: “com que frequência você encontrou os banheiros do hospital limpos?”. Dessa maneira, o cliente irá responder a índices que variam entre muita frequência e baixa frequência. O HCAHPS é utilizado como o retrato de um período mais longo, como semestre ou ano, não sendo indicado ao uso dinâmico, em tempo real, como o NPS.

Esforço do cliente

O índice de esforço do cliente⁷ nasceu em 2016 por meio de uma publicação no portal da Harvard Business Review (HBR), demonstrando que, muitas vezes, as empresas tentavam encantar os clientes, dos quais exigiam muito esforço. É melhor tentar reduzir o esforço do cliente para que ele tenha uma experiência mais fluida, do que oferecer uma experiência burocrática e com atrito, e tentar compensá-la ao final com a estratégia de encantamento. A pergunta central é sobre a facilidade em cumprir com alguma etapa dentro da empresa, que é usada para atribuir o índice de esforço do cliente. A partir dela, o consumidor respondente poderá concordar ou discordar da afirmação, no mesmo modelo da escala Likert. Essa metodologia gera uma métrica de experiência do cliente transacional, acerca de um ponto específico da jornada do cliente.

Existem outras metodologias e métricas para avaliar a experiência do paciente, como *ratings*, *reviews*, *thumbs up/thumbs down*, tempo de espera em fila, índice de cura, entre outras. Optamos por compartilhar as três principais, mas estas outras também são válidas de conhecimento.

Tecnologia x atendimento humanizado

Atualmente inúmeras *startups* e empresas, cientistas, profissionais e inventores trabalham criando novos produtos, serviços e ferramentas para a evolução da experiência do cliente no segmento saúde.

Ferramentas como agendamento *on-line* de exames e consultas, prontuário digital, *check-in* hospitalar, confirmação de presença ao atendimento, tempo de fila, validação de planos de saúde de forma automatizada, publicação digital de resultados de exames e medição digital da satisfação do cliente, ajudam na simplificação operacional no dia a dia dos hospitais; portanto, implementá-las deve fazer parte do seu planejamento estratégico para curto prazo.

Outras inovações tecnológicas disruptivas, como impressão 3D de órgãos humanos, nanobiologia e predição de doenças complexas irão revolucionar a saúde nos próximos anos. Monitorar essas novas tecnologias é estar alinhado com o futuro.

A tecnologia está, cada vez mais, substituindo algumas atividades. Os processos de negócios estão se tornando autosserviço e muitas profissões tradicionais estão desaparecendo. Na saúde não

7 DIXON, M.; FREEMAN, K.; TOMAN, N. Stop trying to delight your customers. **Harvard Business Review**, 2010. Disponível em: <https://hbr.org/2010/07/stop-trying-to-delight-your-customers>. Acesso em: 13 abr. 2019.

é diferente. Exames, atendimentos, agendamentos e outros trabalhos específicos do segmento estão sendo substituídos pelas máquinas. Com isso, estes processos tornaram-se muito mais rápidos e eficientes, visto que uma máquina bem programada pode falhar menos que um trabalho humano, permitindo que o cliente tenha mais tempo com tarefas úteis e prazerosas. Por outro lado, a tecnologia pode acabar falhando em algum momento. É nessa hora que o atendimento humanizado, alinhado aos valores da marca, garantirá o sucesso da relação entre empresa e cliente.

No âmbito profissional, entender o prazo de validade da área na qual atua poderá ser útil para determinar o futuro de sua carreira. Trabalhos criativos, estratégicos, que demandam bastante inteligência, bem como aqueles que utilizam a propriedade intelectual, dificilmente serão substituídos por máquinas, pois necessitam do fator humano por sua condição natural. São estes os que possuem maiores barreiras em um embate da tecnologia *versus* atendimento humanizado.

Jornada do paciente

No mesmo estudo citado da Bain&Company, ficou evidente que o tempo de espera de fila para o atendimento médico é o principal motivo de insatisfação justificado pelos pacientes. Abaixo uma nuvem de palavras do estudo que comprova essa informação, demonstrando a insatisfação com a espera.



Figura 1 – Nuvem de palavras dos detratores

Fonte: Bain&Company.

Além de diminuir o tempo de espera, o que os hospitais podem fazer para melhorar a experiência do paciente? A Bain constatou que o potencial para criação de clientes promotores dava-se no ponto da jornada do cliente denominado pós-hospital, em que há o acompanhamento e a orientação para que o paciente continue seu tratamento e seus cuidados após a alta. É importante entender os sentimentos em cada momento da vivência do cliente dentro do hospital e quais ações são necessárias para garantir que hajam boas emoções e percepções em todas as etapas.

Emoções memoráveis

Atualmente a lealdade do cliente passa pela lembrança que a marca deixa na memória. Uma experiência razoável não permite que hajam conexões emocionais a ponto de o cliente lembrar de

um fato ou de alguma ação da empresa. Criar ações que serão lembradas é uma forma de estimular a lealdade. Cada hospital estabelece sua estratégia de forma criativa. O Hospital St. Luke, no Kansas (Estados Unidos), fantasiou os bebês recém-nascidos de super-heróis, surpreendendo os pais e gerando comoção com um momento tão mágico.⁸

Pacientes oncológicos, por exemplo, carecem de muito cuidado e atendimento humanizado. Estratégias como levar as crianças e os familiares a compromissos comuns, como cinema, parques, cumprem essa tarefa da humanização. Foi o que ocorreu com as crianças da Associação dos Amigos das Crianças com Câncer (AACC) e os familiares, que tiveram sessão gratuita e exclusiva de cinema no *shopping*.⁹

Nesse sentido, a jornada do paciente percorre muitos momentos de dores, e buscar formas de confortar e reduzir esses períodos provoca a satisfação dos clientes. Foi dessa maneira que um renomado laboratório de medicina diagnóstica do país construiu um *case* de sucesso: utilizou a realidade virtual para reduzir a dor no momento da vacinação de crianças, que tradicionalmente possuem trauma de vacina. Eram oferecidos para as crianças, durante a vacinação, óculos de realidade virtual e, a partir deste momento, começava uma história de animação. No exato momento da administração da injeção, um personagem aplicava um escudo de fogo no braço, reduzindo a percepção da dor que o procedimento acarreta.¹⁰

A medição para a decisão

As métricas aqui apresentadas só fazem sentido se usadas para a tomada de decisão em âmbito estratégico e quando desdobradas em ações nos níveis tático-operacionais. De nada adianta gerenciar as expectativas dos pacientes e depois não utilizar essas informações para a construção de planos de melhoria sólidos e bem estruturados.

As verdadeiras mudanças positivas na jornada do paciente só serão empreendidas a partir do momento em que a prioridade for possibilitar a experiência mais encantadora possível dentro da perspectiva de cada pessoa. Isso é alcançado quando a unidade de saúde se dispõe a ouvir e analisar os sentimentos dos seus clientes, abrindo-se para um processo de aprendizado contínuo por meio dos dados obtidos em pesquisas.

Referências

AQUINO, B. Crianças com câncer e familiares ganham sessão gratuita no cinema. **Correio do Estado**, 5 set. 2018. Disponível em: <https://www.correiodoestado.com.br/arte-e-cultura/criancas-com-cancer-e-familiares-ganham-sessao-gratuita-no-cinema/335837/>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BEBÊS prematuros viram super heróis em hospital e surpreendem os pais. **Pais&Filhos**, 24 dez. 2018. Disponível em: <https://paisefilhos.uol.com.br/pfnoinsta/bebes-prematuros-viram-super-herois-em-hospital-e-surpreendem-os-pais/>. Acesso em: 10 abr. 2019.

8 BEBÊS prematuros viram super heróis em hospital e surpreendem os pais. **Pais&Filhos**, 24 dez. 2018. Disponível em: <https://paisefilhos.uol.com.br/pfnoinsta/bebes-prematuros-viram-super-herois-em-hospital-e-surpreendem-os-pais/>. Acesso em: 10 abr. 2019.

9 AQUINO, B. Crianças com câncer e familiares ganham sessão gratuita no cinema. **Correio do Estado**, 5 set. 2018. Disponível em: <https://www.correiodoestado.com.br/arte-e-cultura/criancas-com-cancer-e-familiares-ganham-sessao-gratuita-no-cinema/335837/>. Acesso em: 10 abr. 2019.

10 PARDINI, H. Realidade virtual transforma a experiência da vacinação infantil. **YouTube**, 4 maio 2017. Disponível em: <https://youtu.be/P9JwAH0298w>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASIL. **HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização**. 1. ed. Brasília: MS, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 10 abr. 2019.

CMS – CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. **HCAHPS: patients' perspectives of care survey**. Baltimore: CMS, 2017, Disponível em: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-patient-assessment-instruments/hospitalqualityinits/hospitalhcahps.html>. Acesso em: 13 abr. 2019.

DIXON, M.; FREEMAN, K.; TOMAN, N. Stop trying to delight your customers. **Harvard Business Review**, 2010. Disponível em: <https://hbr.org/2010/07/stop-trying-to-delight-your-customers>. Acesso em: 13 abr. 2019.

FIORENTINO, G. *et al.* **Satisfação do paciente nos hospitais privados brasileiros**. São Paulo: Bain&Company, [s.d.]. Disponível em: https://www.bain.com/contentassets/9e46222b008c4784849eff749166a4af/bain_brief_brochura_hospitais_nps_sao_paulo.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

PARDINI, H. Realidade virtual transforma a experiência da vacinação infantil. **YouTube**, 4 maio 2017. Disponível em: <https://youtu.be/P9JwAH0298w>. Acesso em: 10 abr. 2019.

REICHHELD, F. F. The one number you need to grow. **Harvard Business Review**, 2003. Disponível em: <https://hbr.org/2003/12/the-one-number-you-need-to-grow>. Acesso em: 13 abr. 2019.

CONSIDERAÇÕES



O GESTOR HOSPITALAR COM VISÃO SISTÊMICA

Andréa Prestes e J. Antônio Cirino

Visão sistêmica parece até um poder de algum super-herói, não é mesmo? Essa competência essencial esperada dos gestores hospitalares não é um dom que nasceu com eles ou passível de ser adquirida de um dia para o outro. Por se tratar de uma competência, entendemos que pode ser desenvolvida a cada ano de experiência, dedicação e estudo desses profissionais. O pensamento sistêmico perpassa por entender que existem diversas respostas para a mesma pergunta e, por vezes, contraditórias. Alguns têm uma percepção mais acentuada, mas isso não significa que detêm o verdadeiro olhar ampliado e transversal que se almeja do líder em processos de saúde. Contudo, não basta apenas que o gestor hospitalar tenha visão sistêmica, é preciso que ele saiba o que fazer, que atitudes deve tomar com aquilo que percebe no âmbito macro da instituição.

Ao decorrer de cada capítulo, os leitores puderam evidenciar uma série de apontamentos destacados, com foco em compor a nossa própria noção quanto aos conhecimentos necessários para facilitar o trabalho do gestor hospitalar. Este manual não se propôs a exaurir todos os temas ligados à gestão de um hospital, mas trazer luz àqueles que julgamos essenciais. A primeira palavra, na parte sobre planejamento por cenários, é disruptivo. Um termo que vem sendo muito usado em diversas áreas, mas o que quer dizer na saúde? Ser um líder que rompe a linha do comum, buscando soluções adequadas a cada uma das transformações em que o cenário se engendra? Vai além, visto que se trata de pensar proativamente, e não mais de forma reativa ao que ocorre lá fora. O “universo” organizacional do hospital necessita ser comandado por um profissional que consegue estar atento aos sinais externos e antever os acontecimentos para minimizar seus possíveis impactos e dominar a situação.

Em seguida, quando abordado sobre liderança e pessoas, ficou nítida a necessidade de o gestor hospitalar não ser apenas efetivo para si mesmo, por meio do seu autodesenvolvimento. É necessário ser um *coach* que inspira, influencia e engaja sua equipe. Deve entender que as pessoas são o recurso que transpassa todas as áreas e dimensões da organização de saúde, sendo o patrimônio vivo, por meio do capital intelectual ali produzido e imprescindível para o atingimento de bons resultados. O papel do gestor hospitalar não se resume em apenas treinar pessoas, mas as desenvolver, provendo as condições pertinentes à realização de suas atividades, bem como abrindo espaço profícuo para que possam inovar.

Foi no capítulo sobre comunicação que a destacamos como uma área essencial para a gestão hospitalar, considerando que propicia a mediação entre os seres humanos que atuam e são atendidos nessa instituição. O líder de processos em saúde precisa desenvolver suas estratégias comunicacionais, propondo ferramentas que sejam factíveis para o adequado monitoramento e interconexão dos variados públicos envolvidos no hospital. Com isso, torna-se possível perceber que, para se obter resultados positivos das ações propostas, é imprescindível que seja trabalhada a comunicação entre as partes.

Quando tratamos sobre o pensar no “amanhã”, não foi somente para atuar com planos futuros, mas principalmente no intuito de tornar viável a existência dos dias depois do hoje. No capítulo da sustentabilidade vislumbramos o olhar aprofundado exigido do profissional hospitalar acerca dos impactos dessa instituição. Faz-se necessário ir além do “mitigar” os riscos, partindo para ações prospectivas e inovadoras ao propor novas formas de fazer o mesmo, com o melhor uso dos recursos ambientais, financeiros e humanos, essenciais ao alcance da perenidade do hospital.

Nesse ínterim, a remuneração adequada das instituições hospitalares surge como um desafio à parte para que o gestor hospitalar consiga transformar em realidade esse perfil de administração inovadora. A perspectiva considerada no capítulo sobre o tema aborda o fulcral modelo de remuneração que tenha enfoque em prover a sustentabilidade financeira do hospital, a partir de um equilíbrio entre o serviço ofertado e o retorno em valor.

Desse terreno fértil nasce a semente da gestão da qualidade, com o objetivo de prover processos excelentes que resultem na segurança dos pacientes. Ao passo que o gestor hospitalar consegue implementar a cultura da qualidade como força motriz que une e propulsiona todas as demais atividades rumo à melhoria contínua, a busca por uma acreditação hospitalar será uma consequência plausível, brindando a instituição pelos resultados obtidos e, ao mesmo tempo, incluindo-a em um movimento sem fim, sem pausa, de mudanças positivas.

No capítulo que trata da qualificação para a melhoria, compreendemos que o movimento para a ampliação da segurança e qualidade nos serviços de saúde vem provocando a promoção e o estímulo para a implementação de estratégias e a adoção de boas práticas também no setor suplementar de saúde, envolvendo tanto as operadoras quanto os prestadores de serviços de saúde.

Em continuidade, a discussão da tecnologia da informação possibilitou revelar uma outra face que o gestor hospitalar deve trabalhar frequentemente: o uso de ferramentas tecnológicas para auxiliar a gestão. Fatalmente, frente a uma série de áreas a serem trabalhadas e considerando a quantidade de informações geradas por elas, acaba sendo mais imperioso – mas não impossível – gerenciar tudo. Por isso, os *softwares* de gestão contribuem para que se faça um sobrevoo panorâmico, compondo painéis de bordo que informam aquilo que o comandante da aeronave (hospital) precisa saber em tempo real. O gestor precisa, então, ser também “digital”, não apenas seus processos e suas tecnologias. Necessita focar a informatização das atividades factíveis de apoio à gestão e, dessa forma, facilitar e melhorar o seu dia a dia de trabalho e também de sua equipe.

Além da infraestrutura digital, a estrutura física precisa ser adequada aos colaboradores e pacientes, favorecendo a execução da assistência em saúde e o bem-estar de todos. Pensar os espaços e saber gerenciar os projetos dessa natureza faz parte da atribuição do profissional da saúde, visto a constante atualização das legislações arquitetônicas pertinentes e, ainda mais, as reapropriações e modificações necessárias ao decorrer do uso do hospital. Atuar com os espaços é mais do que gerir a parte física, é estruturá-la para que os seres humanos possam viver e conviver da melhor forma possível nesses locais.

Por fim, refletir sobre a jornada do paciente e ter a empatia necessária para colocar-se no lugar dos clientes, pensando e repensando as formas de tornar o atendimento ainda melhor, selam algumas das características principais que elencamos para o gestor hospitalar no âmbito da visão sistêmica. Saber o que os pacientes atendidos no hospital pensam sobre a unidade que gerencia e se estes a recomendariam a amigos e familiares possibilita compreender onde estão os gargalos e as oportunidades de melhoria para entregar ainda mais valor aos clientes.

Trouxemos, por meio dos capítulos apresentados neste manual, uma provocação sobre a necessidade do conhecimento ampliado e genérico, mas não superficial, necessário ao profissional que labuta na área da gestão hospitalar. A abordagem e o conteúdo dos temas foram no intuito de instigar esses profissionais a buscarem conhecimentos verticalizados dos assuntos, não se restringindo ao aqui apresentado.

Estamos na era do conhecimento, da transformação rápida e constante, em que o autodesenvolvimento tem um papel fundamental para a obtenção de bons resultados. Aqueles que se desafiarem

permanentemente na busca do novo e das melhores práticas estarão mais propensos à manutenção de sua empregabilidade e de resultados positivos aos hospitais que gerenciam.

Agradecemos a cada um que nos acompanhou durante este manual. Foram dez capítulos que contaram com o envolvimento e o comprometimento direto de 18 autores, resultando em 192 páginas do que há de mais atual e necessário para a gestão hospitalar.

Ficaremos gratos em receber seu *feedback* e suas sugestões para os próximos projetos no e-mail **fbh@fbh.com.br**.

A FBH E AS FEDERADAS

FBH

UM HISTÓRICO DE LUTAS POR MELHORIA NO SETOR 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 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 nesses últimos 50 anos.

A Federação e suas associações estaduais atuam na defesa de clínicas, hospitais e ambulatorios, representando hoje mais de 4 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.

FEDERADAS



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: Glauco Monteiro Cavalcanti Manso

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: (71) 3082-3752 / (71) 3082-3763

Site: www.ahseb.com.br

E-mail: ahseb@ahseb.com.br

**AHECE**

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: (85) 3224-7641 / (85) 3224-7642

E-mail: 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: (27) 3089-6920 / (27) 3098-6901

E-mail: sindhesis@sindhesis.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 interdepartamental 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: (62) 3093-4307 / (62) 3093-4309

Site: www.aheg.com.br

E-mail: superintendencia@casadoshospitais.com.br /
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 Teófanis F. de Araujo

Endereço: Rua Carangola, 225 – Santo Antônio,
Belo Horizonte-MG – CEP: 30330-240

Telefone/fax: (31) 3326-8001 / (31) 3296-0444

Site: www.centraldoshospitais.com.br

E-mail: 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.

No dia 16 de 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: (91) 3225-3709 / (91) 3224-1819

E-mail: 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: (83) 3224-8648

E-mail: associacaoparaibanadehospitais@hotmail.com



AHOPAR

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 à 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: Benno Kreisel

Endereço: Rua Senador Xavier da Silva, 294 – São Francisco,
Curitiba-PR – CEP: 80530-060

Telefone/fax: (41) 3254-1772

Site: www.fehospar.com.br

E-mail: fehospa@fehospa.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: (81) 3221-1280 / (81) 3231-0881

E-mail: hospitais@ass-nordestina.com.br



AHERJ

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: Mansur José Mansur

Endereço: Rua dos Andradas, 96, 13º Andar
Rio de Janeiro-RJ – CEP: 20051-002

Telefone/fax: (21) 2203-1343 / (21) 2263-3398

Site: www.aherj.com.br **E-mail:** aherj@aherj.com.br

Departamento de Psiquiatria – FBH: Tel.: (21) 2223-1029

**AHORN**

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: (84) 3202-3748 / (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: (51) 3234-1100

E-mail: presidencia@fehosul.org.br



AHESC

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 à 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: Altamiro Bittencourt

Endereço: Av. Almirante Tamandaré, nº 94, 8º Andar, Sala 805 – Coqueiros, Florianópolis-SC – CEP: 88080-160

Telefone/fax: (48) 3224-5488

Site: saudecatarinense.com.br/#/entidades/ahesc/institucional

E-mail: ahesc-fehoesc@ahesc-fehoesc.com.br

**AHESP**

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: Eduardo de Oliveira

Endereço: Av. Ipiranga, 919, Conj. 1711, 17º Andar
São Paulo-SP – CEP: 01039-000

Telefone/fax: (11) 3337-5757

Site: www.ahesp.com.br

E-mail: ahesp@ahesp.com.br

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-65-80553-00-6



APOIO

