SCIENCE

Edição Especial de Aniversário | **2 anos**

Vol. 3, No. 4 (out./dez. 2022) | **Especial de Aniversário | 2 anos**

TECNOLOGIA E MODELO DE GESTÃO: O CENÁRIO DO FUTURO DA SAÚDE

★ EDIÇÃO ESPECIAL DE ANIVERSÁRIO DE 2 ANOS DA REVISTA SCIENCE, VOCÊ VAI CONHECER OS CONTEÚDOS **EXCLUSIVOS**

COMO A PANDEMIA ACELEROU O PROCESSO DE AMADURECIMENTO PARA A GESTÃO EM SAÚDE?

Nesta edição especial de aniversário, 11 renomados autores respondem a esta pergunta

SCIENCE

Vol. 3, No. 4 (out./dez. 2022) **| Edição Especial de Aniversário | 2 Anos**

Editora-chefe
Mara Márcia Machado

Editor-executivo
Dr. Felipe Tolaini

Editor Científico
Fabrício dos Santos Cirino

Conselho Editorial
Amanda Figueiredo Bittencourt
Carlos Eduardo Figueiredo
Luiz Eduardo Bettarello
Nick Guldemond
Peter Lachman

Comitê Científico
Elizabeth Fernandes Reis
Lucianna Reis Novaes
Michel Matos de Barros
Andrea Fernandes Vieira

Direção de arte - diagramação
DK Studio
Bia Gomes

Edição e revisão
Mariana Leite
Dalila Alves

Fotos
Shutterstock

Carta da editora

Esta edição especial comemora dois anos do lançamento da **Revista Science**. Muita coisa mudou desde então, mas continuamos focados em produzir conteúdo que inspire criativamente nossos leitores e apoie os gestores da saúde em suas tomadas de decisão.

Esta edição é incrivelmente especial para mim, pois a revista trouxe pessoas que me inspiraram ao longo de minha carreira e outras que descobri recentemente. Reflexão está no cerne do que comemoramos, celebrando não apenas a jornada da revista, mas a comunidade criativa que a inspira.

Ao refletir sobre o que foram esses incríveis dois anos fazendo o que realmente acredito, tenho a esperança de que esse trabalho inspire nossos leitores a também acreditar em seus próprios sonhos e objetivos criativos.

Ao adotar o acesso aberto a um periódico sustentável e de alta qualidade, entramos no mundo da divulgação científica e fomos pioneiros com um novo modelo de publicação.

Estamos entusiasmados com tudo o que conquistamos nesse tempo para melhor atender nossos leitores. Orgulhamo-nos de melhorar continuamente a qualidade de nossas edições e estamos ansiosos pelo futuro e por todas as possibilidades que ele traz.

Somos gratos a nossos leitores, cuja lealdade à revista e a nossas inovações em produtos nos permite continuar encontrando maneiras de ajudar as organizações a operar com mais eficiência, ética e humanidade.

Para esta edição, mudamos nosso formato regular e reinventamos nossa revista com arquitetura, modelo e *design* diferentes.

Convidamos você a se juntar a nós enquanto comemoramos nossa jornada, analisamos as conquistas e planejamos futuros empreendimentos.

Mara Márcia Machado
Editora-chefe

Sumário

05 **Artigo Original 1**
Boas práticas de gestão em saúde pública na perspectiva do modelo do terceiro setor

09 **Artigo Original 2**
Tecnologia e modelo de gestão: o cenário de futuro da saúde

14 **Artigo Original 3**
Identificação dos fatores que influenciam o médico no processo de tomada de decisão quando da indicação de um hospital para a internação de um paciente

21 **Artigo Original 4**
Inovação revisitada: propostas para o setor de saúde em tempos de transformação digital e rupturas em série

31 **Artigo Original 5**
Desafios dos hospitais filantrópicos no Brasil: uma perspectiva da maturidade de gestão

41 **Artigo Original 6**
Hospital do Amanhã: novo posicionamento estratégico no sistema de saúde

49 **Artigo Original 7**
Boas práticas para a gestão da saúde do futuro

53 **Artigo Original 8**
Gestão de saúde: o impacto em cada vida

56 **Artigo Original 9**
Otimizar para transformar – um passo para o futuro da saúde

60 **Institucional**

61 **Normas de submissão**

Boas práticas de gestão em saúde pública na perspectiva do modelo do terceiro setor

Karina Maria Sabino Cavalcanti de Barros

Graduação em Enfermagem pela Universidade Nilton Lins; Mestrado em Gerontologia pela Universidad Internacional Iberoamericana (Unini México); pós-graduação em UTI Neonatal pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM); pós-graduação em Estomaterapia pela Universidade Estadual do Amazonas (UEA); superintendente de Atenção à Saúde da Sustentabilidade, Empreendedorismo e Gestão em Saúde do Amazonas (SEGEAM); Manaus/AM.

INTRODUÇÃO

No cenário mundial, o termo “terceiro setor” destacou-se nos Estados Unidos na década de 1970, marcado pela filantropia de associações voluntárias americanas e com ênfase à criação de entidades denominadas de *nonprofit sector* (setor sem fins lucrativos). Com o resultado dessas ações, tais entidades conquistaram o direito a imunidades fiscais e tributárias, enquanto setor único, fortalecendo a ideia de que a sociedade civil possui responsabilidades e desempenha papel fundamental no desenvolvimento de um país caracterizado pelo modelo democrático de governo[1]. No ano de 2010, o volume financeiro movimentado pelo terceiro setor foi superior a US$ 1 trilhão, cerca de 8% do produto interno bruto (PIB) do planeta e equivalente à oitava maior economia do mundo[2].

A atuação do terceiro setor no Brasil iniciou-se com as primeiras organizações da sociedade civil, ainda no século XVI, por meio da participação da Igreja Católica na instalação das Irmandades de Misericórdia, vinculadas também a ideias de atividades de filantropia e de caridade religiosa, consolidando-se na década de 1990[3].

A prestação de serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS) ganhou força com a Lei n. 8.080/1990 (Lei Orgânica de Saúde)[4], que, a partir de determinantes sociais, passou a dispor da iniciativa privada em caráter complementar, reiterando a saúde como direito de todos e dever do Estado na execução de políticas que garantam um acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. Nesse sentido, as denominadas Organizações Sociais (OSs), após qualificadas em processo público, habilitam-se a fazer contratos de gestão com o Estado para gerir e definir as ações, os protocolos e as diretrizes dentro de unidades de saúde[5], respaldadas pela Lei Federal n. 9.637, de 15 de maio de 1998[6], e pela Lei n. 9.790, de 23 de março de 1999[7].

Takashi Yamauchi, especialista e autoridade nacional no tema, ao acompanhar o crescimento do terceiro setor no país, afirmou ao Portal Amazônia (2020) que se trata de um campo ainda pouco explorado: "O Terceiro Setor movimenta 4% do PIB no Brasil. Pouquíssimo, se comparado com outros países. Nos Estados Unidos, movimenta 35% do PIB. Na Alemanha, 39%. Precisamos preparar os profissionais para trabalhar com essa ferramenta chamada Terceiro Setor de forma técnica"[8].

Atualmente, o terceiro setor vem ganhando cada vez mais espaço devido à expansão de novas oportunidades para entidades e profissionais em diversas áreas do mercado. Tal crescimento impacta positivamente a economia do Brasil, representando R$ 10,9 milhões anuais (cerca de 1% do PIB) em 2010[2].

O município de Manaus, Amazonas, é o principal centro econômico, político e demográfico da região Norte do país, com a indústria e o terceiro setor se destacando na economia local. Desde a implantação da Zona Franca de Manaus, em 1967, o município experimenta um ciclo econômico baseado em seu parque industrial e no comércio de produtos importados.

Por meio da experiência de um modelo de gestão em saúde como organização social que presta serviços em unidades do SUS em Manaus, a Associação Sustentabilidade, Empreendedorismo e Gestão em Saúde do Amazonas (SEGEAM), pioneira no terceiro setor amazonense, vem desenvolvendo suas atividades em saúde de forma sustentável e com padrões de excelência.

HISTÓRIA E DESENVOLVIMENTO DO CAPITAL HUMANO DA SEGEAM

Fundada como empresa privada em 2012, a SEGEAM iniciou suas atividades com um contrato firmado com o Serviço Social da Indústria (Sesi Saúde), executado por apenas uma enfermeira, que desenvolvia atividades de saúde ocupacional *in company*. Em 2014, a SEGEAM firmou o primeiro contrato com o setor público, junto à Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES/AM), passando a prestar serviços do Programa Pé Diabético em cinco policlínicas no município de Manaus.

Em 2019, seguindo seu planejamento estratégico e por meio de licitações públicas, a SEGEAM expandiu a prestação de seus serviços nas principais unidades de média e alta complexidade na capital do Amazonas, em atendimentos de urgência, emergência e obstetrícia, e no Lar Residencial Terapêutico Rosa Blaya, realizando, só nesse período, mais de mil contratações especializadas de profissionais.

Paralelamente aos serviços iniciados, a SEGEAM concentrou seus esforços em uma visão de gestão empreendedora e fez alteração de sua **natureza jurídica**, deixando de ser empresa privada e se transformando em **associação privada sem fins econômicos**. Por força dessa mudança, a Associação SEGEAM aumentou seu potencial de investimento na qualificação de seus profissionais e os conduziu na busca pela qualidade, obtendo a **Certificação por Distinção de Enfermagem**, concedida pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG), e o atestado de sustentabilidade ISO 9001, além de realizar treinamentos e aperfeiçoamentos constantes, visando sempre à segurança do paciente. Ademais, tem concentrado esforços em favor dos serviços sociais e ambientais.

BOAS PRÁTICAS EM GESTÃO E BUSCA POR QUALIDADE

As boas práticas em gestão têm sido um desafio frente às peculiaridades de gerir a mão de obra em saúde como instituição privada que atua dentro das unidades públicas do SUS no município de Manaus. A busca pelos processos de excelência na prestação desses serviços esbarra em muitos obstáculos, que vão desde a mudança de cultura organizacional até a disseminação das ações de qualidade e segurança do paciente para gestores e autoridades locais em busca das melhores práticas e da assistência qualificada.

Atualmente, a SEGEAM conta com mais de 1.250 profissionais que atuam em 33 unidades públicas de saúde da capital amazonense. Destas, 12 são hospitais, serviços de pronto atendimento (SPA) e prontos-socorros adultos e infantis; seis são maternidades; quatro são policlínicas do Programa Pé Diabético; nove são unidades com o Programa Melhor em Casa; uma fica no Lar Residencial Terapêutico Rosa Blaya; e a última é unidade privada (creche do Sesi).

A SEGEAM acredita que o capital humano, por meio de seus talentos, seja a melhor estratégia de negócio para levar o nome da associação a lugares de alto prestígio e excelência. Sendo os enfermeiros o maior contingente de profissionais prestadores de saúde dentro dos hospitais e mais de 97% da força de trabalho da SEGEAM (inclusive na alta gestão, composta por duas enfermeiras), a busca pelas melhores práticas em segurança do paciente permite que os gestores da organização e do Estado alcancem os melhores resultados no atendimento seguro e de qualidade aos usuários do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para os profissionais da Associação SEGEAM, a conquista de uma certificação de qualidade é o reconhecimento de que estão tecnicamente qualificados, compromissados com a segurança do paciente e com a qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade, bem como de que são capazes de fazer frente aos riscos dessa atividade e ao mercado de trabalho de gestão em saúde.

Cumpre aqui destacar uma frase eleita pelo time de líderes da SEGEAM e escrita por um enfermeiro da associação: “Gerir com competência, para servir com excelência”.

REFERÊNCIAS

1. Dal Vesco A [org.]. Fundamentos do terceiro setor: Entidades sem fins lucrativos [Internet]. Mafra (SC): Ed. da UnC; 2020. Available from: https://uni-contestado-site.s3.amazonaws.com/site/biblioteca/ebook/Fundamentos_do_Terceiro_Setor.pdf.

2. Passanezi PMS, Guariente DAC, Freitas ACB, Monteiro WO. Influência do terceiro setor para economia brasileira. In: Anais do XIV Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino-Americano de Pós-Graduação [Internet]; 2020 Oct 21-23; Universidade do Vale do Paraíba. Available from: https://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/0794_0892_01.pdf.

3. SILVA CEG. Gestão, legislação e fontes de recursos no terceiro setor brasileiro: uma perspectiva histórica. Rev. Adm. Pública [Internet]. 2010 [Cited 2022 Oct 29];44(6):1301-1325. Available from: https://www.scielo.br/j/rap/a/dmgXfwLTwhKpbCpHxgnpqcx/?lang=pt&format=pdf.

4. Brasil. Presidência da República. Lei n. 8.080, de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

5. Brasil. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações. Contratos de Gestão/Organizações Sociais [Internet]. 2022 Mar 23 [Cited 2022 Oct 27]. Available from: https://www.gov.br/mcti/pt-br/acesso-a-informacao/contratos-de-gestao-organizacoes-sociais.

6. Brasil. Presidência da República. Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm.

7. Brasil. Presidência da República. Lei n. 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e o Termo de Parceria, e dá outras providências. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9790.htm.

8. Portal da Amazônia. Encontro do Terceiro Setor da Região Norte será totalmente online [Internet]. 2020 Mar 19 [Cited 2022 Oct 29]. Available from: https://portalamazonia.com/amazonia/encontro-do-terceiro-setor-da-regiao-norte-sera-totalmente-online.

ARTIGO
ORIGINAL
2

Tecnologia e modelo de gestão: o cenário de futuro da saúde

Gonzalo Vecina Neto

Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ); mestrado em Administração de Empresas pela Fundação Getulio Vargas (FGV); professor assistente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) e da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da FGV (EAESP-FGV).

INTRODUÇÃO

O mundo tal qual o conhecemos está sendo muito rápida e violentamente transformado. Os impactos desta transformação se fazem sentir em todas as áreas de atuação do homem, e perder a sintonia com as novas realidades pode levar a erros importantes. Com certeza essas transformações estão ocorrendo pelo desenvolvimento de novas tecnologias, que acarretam mudanças e transformações, que, dialeticamente, geram movimentos confluentes – que, quando mal observados, são incompreensíveis.

Um exemplo neste sentido é a chamada medicina 4.0, cuja tese é uma proposta de atenção à saúde ultrapersonalizada, com diagnósticos genéticos individuais e medicamentos ajustados geneticamente, entre outras tecnologias. Contudo, todos esses aspectos convivem em um mundo no qual começa a nascer algo ainda mal compreendido, denominado de Nova Economia. E o que é essa Nova Economia? Em última análise, ela pode ser entendida como uma massificação, com uma busca quase cega de escala cujo propósito é gerar mais lucro e mais acesso. Seriam esses dois movimentos antagônicos?

Após algumas reflexões, acabamos nos deparando com dilemas complexos: o sucesso da nova medicina depende de acesso? A Nova Economia depende de custos mais baixos? Às custas de que ou de quem? Existe um grande risco de que o aumento de lucro e acesso possa ser alcançado com perda de eficácia ou de qualidade da oferta. E isso não é aceitável! As novas soluções são desejáveis, mas existem limites que devem ser impostos e respeitados. Nesse contexto, entra o espaço de ação da regulação como ação do Estado.

A Nova Economia tem trazido à discussão, nessa ânsia de aumento do lucro, soluções que frequentemente reduzem os limites existentes entre o capital e o trabalho. Um exemplo evidente, empregando um termo com analogia aos modais de transporte atuais, pode ser a “uberização”, trazendo à tona toda a discussão sobre terceirização de áreas fins dentro do setor da saúde. Algumas soluções foram adotadas devido à escassez de recursos humanos especializados, como é o caso da anestesia; porém, propor a contratação de profissionais de enfermagem em regime de pessoa jurídica eleva muito o risco de se ter uma solução que levará a uma queda no padrão de atendimento à saúde.

Enfim, trago a apresentação desse cenário e uma discussão de como contornar os evidentes problemas que estão sendo enfrentados no setor da saúde pública.

UMA DEFINIÇÃO PRELIMINAR

A discussão acerca de gestão na área social de alguma forma acaba descambando para uma dualidade que confunde as possíveis alternativas desse cenário – para organizações públicas ou privadas. Essa é uma armadilha que deve ser evitada! Primeiro, é relevante dizer que a saúde é um bem público, independentemente se entregue pelo privado ou pelo Estado. Certamente, existem organizações privadas que estão na esfera do setor público, embora não sejam estatais. Há essa mesma dualidade em outras áreas sociais, como a educação, o saneamento básico, a geração de energia elétrica, as telecomunicações e a assistência social, entre outras.

A confusão entre estatal e público deve ser esclarecida e evitada. Mas não se pode deixar de reconhecer o que é um bem público e, portanto, tem a responsabilidade do Estado na garantia das entregas, afastando a confusão que há entre as responsabilidades e a execução. Aqui, defenderei a proposta de que não interessa quem faz, interessa que seja entregue e que gere o resultado esperado – bem-estar social.

Também creio ser relevante uma rápida discussão sobre gestão. Pode-se definir gestão como a capacidade de atingir objetivos por meio da mobilização de recursos – mesmo sendo uma definição um pouco reducionista, é inteligível. Toda organização existe em função de ter objetivos a serem transformados em resultados socialmente necessários. Essas organizações podem ser estatais ou privadas, mas estão a serviço de cumprir seus objetivos. Podemos, inclusive, fazer uma provocação: quem define os objetivos, o que, em última análise, significa a definição política da razão de ser dessas organizações? Deve ser o Estado, no caso das organizações com finalidade sanitária ou social, ou seja, a política é definida pelo Estado, e a realização das atividades que implicam as entregas relevantes socialmente é atividade das organizações estatais ou privadas. Definir a política – ou seja, o "quê" – é função do Estado; e o fazer – ou o "como" – é função das organizações, que podem ser estatais ou privadas, mas que estão relacionadas a um bem público. Quem define a política é o Estado, e é este quem verifica e regula se as entregas são realizadas.

Aqui também cabe a discussão de se essas organizações, quando privadas, podem ser lucrativas ou não devem ter finalidade lucrativa. Creio que em uma sociedade capitalista essa discussão não caiba. Obviamente, as entregas podem ser realizadas por organizações com finalidade lucrativa. A questão deve ser que a regulação deverá operar no sentido de que o lucro esteja submetido à função pública do produto a ser entregue à sociedade, ou seja, novamente o Estado deve regular a relação entre o lucro e as entregas que ele deve garantir para construir bem-estar.

UM POUCO DE HISTÓRIA

Após a segunda grande guerra, o mundo passou a mudar mais rapidamente. Muita tecnologia foi produzida e transformou todos os setores da atividade humana, e na área da saúde não foi diferente. Mas, apesar de esse registro ser relevante pelo fato de o incremento tecnológico tornar a entrega de saúde uma atividade mais complexa, quero fazer menção às transformações no campo da gestão.

No que tem sido chamado de tecnologias *hard* (ou duras), em 1946 entrou em operação o primeiro computador – o *Electronic Numerical Integrator and Computer* (ENIAC) –, cujo desenvolvimento foi fundamental para o projeto Manhattan, de criação da bomba atômica. Ele foi desativado em 1955, mas a ciência da computação, atualmente conhecida como a área da tecnologia da informação, deslanchou muito rapidamente. Grandes empresas passaram a desenvolver novas máquinas desde a década de 1960, configurando verdadeiros "mastodontes" difíceis de operar. Contudo, esses equipamentos evoluíram e foram ficando mais amigáveis, avançando na tecnologia empregada até alcançar a era dos *personal computers* (PCs), os *tablets*, os celulares e tantos outros dispositivos.

Paralelamente a esses desenvolvimentos, vieram as novas ferramentas de comunicação de máquina, a criação da web nos anos 1990 e toda a revolução que ocorreu em todas as áreas da atividade humana. O crescimento geométrico da capacidade de processamento de dados permitiu que fosse enfrentado o desafio de decodificação do genoma humano e revolucionou o campo do desenho de novas moléculas. Enfim, o cruzamento entre a genômica, a biotecnologia e a nanotecnologia com a intersecção da tecnologia da informação está criando um mundo novo, que poderá ser melhor na promoção da diminuição da desigualdade.

Mas, enquanto no mundo *hard* os computadores fizeram essa revolução, no mundo *soft* foi operada outra revolução. O mundo da gestão, a partir da necessidade de reconstruir o mundo destruído pela guerra e dos grandes investimentos realizados na Europa e no Japão, teve em Deming e Juran seus grandes ícones na construção do conceito de gestão da qualidade. No Japão, criaram ferramentas novas para trabalhar com a qualidade e, junto com outros pensadores da área da gestão, como Ishikawa, desenvolveram uma nova forma de produzir que atingiu todas as áreas da atividade humana, inclusive a prestação de serviços de saúde.

Paralelamente a esse movimento, Ansoff, entre tantos outros, começou a reconstruir a ideia de planejamento, questionando: para que serve um plano? Sabendo que sua utilidade é dirigir a ação, não podendo ser confortavelmente fixo, o mundo passa a se mover de uma nova forma e transforma-se rapidamente, com a obrigatoriedade de um plano ser totalmente mutável – segundo a origem conceitual, seria o antiplano! Daí a ideia de ser **estratégico**.

Em meados da década de 1960, tempo dos grandes computadores, das ideias da qualidade e de uma nova visão sobre a teoria do funcionamento das organizações, Bertalanffy desenvolveu a Teoria de Sistemas, que seria importante para muitas teorias que viriam a ser propostas mais adiante englobando essas novas ideias, como a teoria das contingências e outras modas, como a reengenharia e a gestão participativa.

Importante registrar que os anos 1950/60 trouxeram grandes transformações para o mundo da gestão. A questão da eficiência passou a ocupar um espaço muito relevante, e o processamento eletrônico de dados garantiu a tudo isso uma velocidade com a qual o mundo não imaginava trabalhar. Tudo passou a ser muito mais rápido e com mais qualidade.

Nesse momento, a administração pública passou a ser questionada por sua natural demora em mobilizar recursos e pelo custo de seus produtos. Trabalhar com recursos públicos exige publicidade e isonomia no mundo todo, e esses dois atributos exigem tempo e burocracia para serem garantidos!

O Reino Unido, que havia perdido suas colônias e não tinha mais quem pagasse a conta da ineficiência, foi um dos primeiros países a iniciar um processo de retirada do Estado do fazer, privatizando áreas que historicamente eram executadas por ele, como o transporte, a comunicação e o saneamento. A Dama de Ferro, Margaret Thatcher, operou duramente esse processo, desempregando muitos ingleses e ajustando as contas a serem pagas pelos súditos de sua majestade, na medida em que não existiam mais colônias que o fizessem. Nascia o Estado regulador. A regulação é uma nova atividade do Estado, que não mais se incumbe de fazer, mas que continua tendo que entregar. Assim, ele privatiza as estruturas de produção e regula as entregas por meio da definição das políticas e da verificação das entregas. Esse modelo está, neste novo século, atingindo até o glorioso *National Health Service* (NHS), que está entregando para a gestão privada alguns hospitais estatais nos serviços de saúde da Espanha, de Portugal, do Canadá.

A questão é que o mundo da gestão mudou, mas o Estado não conseguiu mudar para dar respostas eficientes de maneira adequada. Daí a necessidade de mudar para enfrentar a equação dos custos crescentes oriundos da violenta onda tecnológica e da mudança do padrão epidemiológico, cada vez mais caracterizado por doenças crônico-degenerativas, somados a um cidadão-cliente cada vez mais informado e que quer um produto melhor. Importante lembrar que o mundo da gestão mudou muito, mas o mundo da informação não ficou atrás. Desde McLuhan, com sua aldeia global dos anos 1970, até os dias atuais, com as novas ferramentas de comunicação eletrônica, os Estados devem buscar o ***triple aim*** – melhorar a experiência do cidadão/paciente, melhorar a saúde da população e reduzir o custo dessa operação.

SOLUÇÕES

Os caminhos não são muitos e certamente passam por um novo modelo para realizar ações de saúde, que necessariamente devem incorporar a prevenção primária por meio de modelos de atenção básica realmente eficazes. Esta é uma tarefa a ser enfrentada pelos modelos de atenção tanto estatais quanto privados.

Também é uma lição para ambos os modelos. No caso brasileiro, a Atenção Médica Supletiva (AMS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) devem buscar aumentar a eficiência de seus respectivos sistemas de saúde para que gerem impacto e efetividade, trazendo o desenvolvimento de portas de entrada mais efetivas, geridas por bons protocolos de acesso, com incorporação de ações reais de promoção e proteção da saúde. Paralelamente, devem buscar a melhoria da escalabilidade da oferta de serviços. Aqui entra a questão a ser discutida em outro artigo sobre a Nova Economia: a terceirização das áreas fins e a fragilização das relações de trabalho, pois, certamente, são soluções que reduzem custos, mas que têm consequências na qualidade dos serviços ofertados.

Mas, de qualquer forma, há uma discussão mais simples no espaço do SUS, que é a da terceirização da gestão de hospitais e outros serviços assistenciais. Aqui não existe muita dúvida: a saída é construir novas relações de parceria, sejam as mais simples realizadas pelas organizações sociais (entidades filantrópicas) e, portanto, com uma relação que não inclui remuneração pelo trabalho, seja por meio do marco legal das parcerias público-privadas, mediadas pela remuneração do capital. Na administração pública, existem outras hipóteses a serem analisadas – as empresas públicas estatais, como é o caso da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), as fundações de apoio, como a Fundação Zerbini, ou as fundações estatais de direito privado, com poucas e recentes experiências em curso.

Enfim, existe um claro desafio a ser enfrentado pela saúde pública brasileira e este é o desafio da eficiência, muito mais complexo na área estatal. Mas a sociedade tem que entender os desafios e as alternativas em jogo para enfrentar a decisão, que não se resume a dizer que isso é privatização ou financeirização da saúde. Essas alternativas são fruto de uma visão estreita do problema a ser enfrentado.

Substantivo é ter em conta que a saúde é pública, um bem da sociedade!

ARTIGO
ORIGINAL
3

Identificação dos fatores que influenciam o médico no processo de tomada de decisão quando da indicação de um hospital para a internação de um paciente*

Maria Lucia Pontes Capelo Vides

Graduação em Nutrição pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC); especialização em Administração Hospitalar pela Universidade de São Paulo (USP); MBA em Gestão da Saúde pela Fundação Armando Alvares Penteado (FAAP); mestrado em Gestão da Competitividade em Saúde pela Fundação Getulio Vargas (FGV); superintendente do Hospital Edmundo Vasconcelos; São Paulo/SP.

---

* Artigo adaptado de: Vides MLPC. Identificação dos fatores que influenciam o médico no processo de tomada de decisão quando da indicação de um hospital para a internação de um paciente: proposição de um instrumento e estudo de caso [master's thesis]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas; 2018. 70 p.

INTRODUÇÃO

O presente estudo versou sobre o mercado privado de saúde no Brasil, empregando o Hospital Edmundo Vasconcelos – hospital privado de grande porte do município de São Paulo – como fonte de informações para a realização da pesquisa. Em particular, focou o relacionamento de prestação de serviços entre o hospital privado e a sociedade e propôs um instrumento de avaliação da percepção da comunidade médica sobre os fatores principais relacionados à escolha de um hospital para a internação do paciente.

O médico é grande responsável pela captação dos pacientes. Assim, a instituição hospitalar deve possuir clareza dos diferenciais que geram valor para esse profissional. Isso permite empreender ações que respondam ao que o médico espera de uma instituição de alto desempenho. O papel do médico no hospital é central, com autonomia e autoridade profissional em todos os níveis organizacionais[1]. Os médicos possuem poder e influência nas práticas de saúde, interferindo, portanto, na utilização dos recursos de saúde[2].

Conforme Barbanti (2000)[3], faz-se necessário o uso de ferramentas que promovam a maior integração entre médicos e toda a estrutura hospitalar. Dessa maneira, a oportunidade que se apresenta verte sobre a questão de ouvir o médico de maneira estruturada, para que se possa entender o que é diferencial competitivo para esse profissional quando ele avalia uma instituição hospitalar.

É uma relação de mutualidade a interação estabelecida entre o médico e o hospital. Conhecer a opinião de um dos principais atores do mercado hospitalar impacta diretamente na tomada de decisão e reflete positivamente na sustentabilidade econômica da organização..

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O hospital, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma instituição de cuidado em saúde em que os médicos e outros profissionais compõem a força de trabalho.

Ao se falar dos fatores condicionantes de uma organização hospitalar, avalia-se como de relevada importância o papel do corpo clínico na instituição, haja vista ser deste profissional a responsabilidade maior pelos pacientes[4]. Nesse ambiente, os médicos estabelecem uma relação de autonomia, aspecto que esses trabalhadores do conhecimento vivenciam diariamente nas instituições hospitalares, onde seu saber e sua competência técnica orientam as atividades de outros profissionais. Sua atividade pode ser qualificada como uma importante forma de influência e até mesmo de poder em todos os níveis da organização. Assim, essa condição impõe maior complexidade à relação médico-hospital.

Diante desse cenário, os hospitais buscam programar novas práticas de forma que possam aumentar a eficiência e a padronização de processos, bem como atender às necessidades e expectativas de médicos, pacientes, fontes pagadoras e demais colaboradores da instituição na busca por melhores resultados assistenciais e financeiros. Os programas de acreditação hospitalar auxiliam o setor na melhoria contínua de seus resultados, na medida em que estimulam a criação de uma infraestrutura voltada para a segurança no atendimento aos pacientes, a padronização sistemática dos processos, o desenvolvimento do conhecimento explícito por meio da criação de protocolos clínicos e o acompanhamento de indicadores[5].

Dessa forma, as políticas implantadas pela instituição hospitalar é que definem o papel do médico e o âmbito de sua atuação. Nessa perspectiva, o aprimoramento do envolvimento médico nas atividades de desenvolvimento da saúde deve ser reconhecido.

Ao se pensar que a gestão está pautada na organização dos recursos de forma que objetivos específicos sejam alcançados, faz-se necessário avaliar a influência dos fatores internos e externos nesta tarefa, que, quando realizada em um hospital, tem como cenário um ambiente único e de alta complexidade. Em razão das múltiplas dimensões e necessidades e da diversidade de interesses, a gestão de um hospital impõe-se como um grande desafio, "[...] na medida em que deve colocar todos esses segmentos em funcionamento de forma simultânea, harmoniosa, eficiente e economicamente viável"[6].

A estrutura hospitalar integra atividades e processos de informação e negócio, em que a gestão de vários saberes está direcionada para a atividade-fim do hospital, sendo esta pautada no cuidado ao paciente. Para tanto, é necessário que esse direcionador seja compreendido por todos os profissionais; que as necessidades sejam identificadas; que as pessoas entendam a abrangência e a importância de sua atuação; que exista uma perfeita inter-relação entre todos os níveis hierárquicos do hospital; e que as realizações sejam concretas.

MÉTODO

A fim de atingir os objetivos acima descritos, definiu-se uma proposição de instrumento de pesquisa qualitativa, tendo como figura central os profissionais médicos, utilizando a escala de Likert[7]. Esse instrumento de pesquisa permitiu trabalhar com um delineamento de estudo de caso e, assim, aplicou-se o questionário no hospital em estudo.

Considerou-se como população-alvo os médicos que compõem o corpo clínico do hospital em referência, com recorte composto apenas pelos médicos com as especialidades responsáveis pela tomada de decisão no momento da indicação pelo processo de internação de seus pacientes.

Formas de interpretação e análise dos dados

As respostas "Extremamente Importante" sobre a lista dos fatores importantes de um hospital para internação do paciente foram classificadas em quartis, a saber: 0|---25% (**D**, sem importância), 25|---50% (**C**, baixa importância), 50|---75% (**B**, média importância) e 75|---|100% (**A**, alta importância).

A soma de respostas "Bem avaliado"/"Muito bem avaliado" dos médicos que responderam ao instrumento da pesquisa foi classificada em quartis, como se segue: 0|---25% (**D**, avaliação ruim), 25|---50% (**C**, avaliação razoável), 50|---75% (**B**, avaliação boa) e 75|---|100% (**A**, avaliação ótima).

O *ranking* de importância foi correlacionado com a soma de respostas "Bem avaliado"/"Muito bem avaliado" dos fatores presentes no hospital em estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Interpretação e análise dos resultados

Tabela 1 – Fatores de importância em uma instituição hospitalar no momento da decisão sobre indicação de um hospital ao paciente

FATORES	EXTREMAMENTE IMPORTANTE	QUARTIL DE IMPORTÂNCIA
Excelência no atendimento ao paciente	76%	A
Sistema que garanta o exercício médico de forma ética	76%	A
Foco na segurança do paciente	75%	A
Suporte e qualidade do Serviço de Emergência	74%	B
Índice de infecção hospitalar	73%	B
Respeito aos direitos do médico	73%	B
Informação e respeito ao paciente	73%	B
Ética institucional	71%	B
Infraestrutura da Unidade de Terapia Intensiva	71%	B
Qualidade, capacitação e quantidade de profissionais da assistência de enfermagem	70%	B
Materiais e equipamentos de qualidade	69%	B
Infraestrutura do Centro Cirúrgico	67%	B
Materiais e equipamentos em quantidade suficiente	66%	B
Qualidade do Serviço de Diagnóstico por Imagem	63%	B
Humanização hospitalar	60%	B
Qualidade, quantidade e capacitação da equipe multidisciplinar (nutrição clínica, farmácia, psicologia, fisioterapia)	58%	B
Resolutividade frente às situações inesperadas	57%	B
Infraestrutura geral da instituição	54%	B
Infraestrutura das Unidades de Internação	53%	B
Suporte de Serviços Auxiliares (laboratório de análises clínicas e patologia, banco de sangue, medicina nuclear)	53%	B
Qualidade dos serviços de apoio (serv. de alimentação, gestão de leitos, eng. clín., manutenção hosp., agendamento de cirurgia)	45%	C
Valor com que o convênio remunera a visita ou o procedimento	43%	C
Qualidade dos serviços de hotelaria (higiene, lavanderia, recepção, call center, segurança)	42%	C
Pontualidade nos procedimentos	42%	C
Presença do médico hospitalista	41%	C
Equipamentos de última geração	39%	C
Interface, integração e qualidade das outras equipes médicas	39%	C
Quantidade de eventos adversos ocorridos na instituição	38%	C
Disponibilidade de horários para agendamento cirúrgico	36%	C

continua...

Tabela 1 – Continuação...

FATORES	EXTREMAMENTE IMPORTANTE	QUARTIL DE IMPORTÂNCIA
Suporte dos Sistemas de Tecnologia da Informação (prontuário eletrônico, sistema de laudos, chamada de pacientes)	34%	C
Marca e reputação da instituição	34%	C
Relacionamento com o corpo de colaboradores do hospital	32%	C
Agilidade no processo de internação e alta hospitalar	31%	C
Certificação e gestão da qualidade	29%	C
Protocolos institucionais implementados e gerenciados	27%	C
Qualidade dos serviços administrativos (faturamento, comercial, controladoria)	25%	C
Rede de convênios cadastrados	24%	D
Fácil acesso às diretorias clínica e administrativa	21%	D
Existência de um modelo de avaliação do corpo clínico	19%	D
Processo de compra de materiais	18%	D
Localização	17%	D
Modelo de comunicação e divulgação das informações	17%	D
Escolha do paciente	15%	D
Participação em momentos de discussão da estratégia e da gestão	15%	D
Política de divulgação da estratégia e dos objetivos institucionais	13%	D

Fonte: Dados da pesquisa. Legenda: 0|---25% (**D**, sem importância), 25|---50% (**C**, baixa importância), 50|---75% (**B**, média importância) e 75|---|100% (**A**, alta importância).

Foram identificados como alta importância (Tabela 1) os fatores "Excelência no atendimento ao paciente", "Sistema que garanta o exercício médico de forma ética" e "Foco na segurança do paciente". Este resultado indica que a relação médico-paciente é pautada no atendimento com excelência e segurança, bem como na priorização da ética.

A classificação como itens sem importância atribuída aos fatores "Política de divulgação da estratégia e dos objetivos institucionais" e "Participação em momentos de discussão da estratégia e da gestão" pode indicar que a autonomia na prática médica distancia o profissional dos interesses pela instituição e dos assuntos a ela afeitos.

Pode-se inferir, ao se avaliar a classificação conferida ao fator "Escolha do paciente" (sem importância), que a decisão sobre o hospital em que o paciente será internado é baseada em uma decisão eminentemente do médico.

Chama a atenção o fato de o item "Suporte dos Sistemas de Tecnologia da Informação (prontuário eletrônico, sistema de laudos, chamada de pacientes)" ter sido classificado como de baixa importância, quando se analisa a grande dependência que os profissionais e as instituições têm dos sistemas de tecnologia da informação.

Avalia-se que os fatores identificados como de média importância possam ser considerados atributos de diferenciação e orientadores no processo de tomada de decisão para as instituições hospitalares em busca de melhor posicionamento junto ao corpo clínico: "Suporte e qualidade do Serviço de Emergência"; "Índice de infecção hospitalar"; "Respeito aos direitos do médico"; "Informação e respeito ao paciente"; "Ética institucional"; "Infraestrutura da Unidade de Terapia Intensiva"; "Qualidade, capacitação e quantidade de profissionais da assistência de enfermagem"; "Materiais e equipamentos de qualidade"; "Infraestrutura do Centro Cirúrgico"; "Materiais e equipamentos em quantidade suficiente"; "Qualidade do Serviço de Diagnóstico por Imagem"; "Humanização hospitalar"; "Qualidade, quantidade e capacitação da equipe multidisciplinar (nutrição clínica, farmácia, psicologia, fisioterapia)"; "Resolutividade frente às situações inesperadas"; "Infraestrutura geral da instituição"; "Infraestrutura das Unidades de Internação" e "Suporte de Serviços Auxiliares (laboratório de análises clínicas e patologia, banco de sangue, medicina nuclear)".

Em relação aos itens ligados aos aspectos de infraestrutura (centro cirúrgico, materiais e equipamentos e unidades de internação), observa-se a importância que todos os sistemas e suas respectivas estruturas possuem para a prática médica. Nesse cenário, entende-se que a busca da instituição por maior competitividade pode ser pautada em mudar esses fatores para um patamar mais elevado de diferenciação.

Para os médicos clínicos, em razão da característica da assistência prestada e da constante inter-relação multidisciplinar, destaca-se o bom desempenho que foi referenciado aos fatores "Suporte de Serviços Auxiliares (laboratório de análises clínicas e patologia, banco de sangue, medicina nuclear)", "Qualidade, quantidade e capacitação da equipe multidisciplinar (nutrição clínica, farmácia, psicologia, fisioterapia)" e "Qualidade, capacitação e quantidade de profissionais da assistência de enfermagem" – todos com avaliação ótima. Destaca-se, ainda, que os fatores "Qualidade, quantidade e capacitação da equipe multidisciplinar (nutrição clínica, farmácia, psicologia, fisioterapia)" e "Qualidade, capacitação e quantidade de profissionais da assistência de enfermagem" representam a melhor avaliação estratificada entre clínicos e cirurgiões e entre internos e externos.

CONCLUSÃO

O instrumento proposto mostrou-se eficaz na detecção de fatores importantes, segundo os médicos, para a escolha de um hospital na internação de um paciente. Adicionalmente, esses fatores de importância podem ser avaliados em casos específicos, como o hospital em estudo, para o benefício da gestão hospitalar, o aumento de competitividade e a sustentabilidade econômica.

No hospital em estudo, a pesquisa apresenta patamares claros e evidentes dos aspectos de relevância para o médico. Pode-se afirmar que os fatores "Excelência no atendimento ao paciente", "Sistema que garanta o exercício médico de forma ética" e "Foco na segurança do paciente" são os que mais interferem na tomada de decisão pelo médico no momento da indicação ao paciente de um hospital para internação.

REFERÊNCIAS

1. Brandalize A, Silva AMM (1985) A moderna administração hospitalar. Revista Terra & Cultura. 1985;1(1).

2. Dellve L, Lindgren Å, Bååthe F. (2012). Health care professionals motivation and engagement in health care development. In: Proceedings of the 44th Annual Nordic Ergonomics and Human Factors Society Conference; 2012; Saltsjöbaden, Sweden: Nordic Ergonomics Society.

3. Barbanti LF. (2000) Formulação da estratégia em um hospital privado geral e de grande porte na cidade de São Paulo: estudo de caso [master's thesis]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas; 2000. 104p.

4. Lima-Gonçalves E. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. RAE eléctron [Internet]. 2002 [Cited 2022 Nov 16];1(2):1-20. Available from: https://doi.org/10.1590/S1676-56482002000200002.

5. Souza VP, Carvalho RB. Gestão do Conhecimento no Âmbito da Administração Hospitalar: proposta de modelo conceitual integrativo para gestão do corpo clínico. Rev. Gest. Sist. Saúde [Internet]. 2015 [Cited 2022 Nov 16];4(2):97-112. Available from: https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/12742.

6. Berti SD. (2013) Processo de tomada de decisões: estudo multicaso comparativo em organizações hospitalares de Belo Horizonte [master's thesis]. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Empresariais, Universidade FUMEC; 2013. 76p.

7. Likert, R. (1932) A technique for the measurement of attitudes. Arch. psychol. 1932;140:44-53.

ARTIGO ORIGINAL
4

Inovação revisitada: propostas para o setor de saúde em tempos de transformação digital e rupturas em série

Sergio Ricardo Santos

Graduação em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina (UEL); residência em Pneumologia no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE); cursou doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); MBA em Negócios em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV); especialização em *Healthcare Delivery* pela *Harvard Business School* (EUA); consultor de estratégia da Dasa; sócio da Sami Health Data; palestrante; São Paulo/SP.

Vivemos um novo contexto histórico. Um contexto que não segue mais metamorfoses lineares, é frágil e instável, exacerba ansiedades e é, muitas vezes, incompreensível. O conceito de mundo BANI (*Brittle* – Frágil, *Anxious* – Ansioso, *Nonlinear* – Não Linear e *Incomprehensible* – Incompreensível) traduz esse novo mundo que é tão difícil de assimilar[1].

O termo surgiu antes da pandemia de covid-19, catalisadora de enormes transformações. As estruturas formais do planeta foram derrubadas e tornaram incerto o que era consolidado. A experiência dessa pandemia está nos exigindo exercícios frequentes de antecipação, com ações sempre um passo à frente da próxima ruptura.

Outro elemento característico deste fragmento da história é o excesso de informações. Hoje, existem dados e argumentos para tudo, manipuláveis para satisfazer qualquer interesse. E surge uma nova barbárie, geradora de caos e mais incerteza: a chamada ignorância hiperinformada. Obnubila, confunde e aumenta o risco das decisões. Essa incerteza sobre o futuro próximo (o próximo minuto) força-nos a conviver com ampliações das margens de erro em cada ação e eleva ao extremo os níveis de ansiedade.

Com mudanças constantes e dias incertos, torna-se fundamental adaptar-se com rapidez e substituir os planejamentos duros por modelagens flexíveis. Não temos mais controle, e as certezas viraram sinônimo de obsolescência. Mas já está claro que conviver com a incerteza exige um nível de preparação e investimentos em educação e planejamento que nossa sociedade não tem.

Para que essa adaptabilidade seja incorporada pelas organizações, é importante mapear os direcionadores de futuros alternativos e analisar seus impactos no negócio e na sociedade, em tempo real, à medida que são desvendados.

Enfim, que mundo é esse? Um mundo que não mais aceita que a inovação seja tratada como um saber opcional. Um mundo onde as ações que nos trouxeram até ele não são suficientes para nos levar até o futuro desejado. Um mundo radicalmente interdependente.

Inovar é *core* nas estratégias bem-sucedidas das organizações modernas. Mas como incorporar a inovação no dia a dia das pessoas e colher o melhor que ela pode gerar para o crescimento sustentável em um mundo tão complexo como o descrito? A seguir, apresento a todos uma aproximação proposta que traz clareza sobre os fundamentos necessários a uma cultura de inovação em um mundo tão incerto. Importante reforçar que não se trata de uma fórmula pronta ou de um método infalível. Tem a ambição apenas de descrever os fundamentos que, se satisfatoriamente trabalhados, favorecem o surgimento de um ambiente de inovação em contextos de incerteza.

FUNDAMENTO 1 – O VALOR É O PROPÓSITO

O valor está muito bem estabelecido em diferentes setores da economia, mas, em saúde, tem diferentes conotações, o que dificulta sua compreensão e utilização[2]. Mas pode ser definido como a diferença entre os benefícios auferidos pelos clientes que compram os produtos e serviços e os custos econômicos para a empresa que os fabrica e entrega[3]. De maneira simplificada, considera a produção obtida em relação ao custo consumido. É essencial ser acompanhado, embora no mundo real seja pouquíssimo usado[4].

Sob a perspectiva histórica, vale citar Michael Porter. Ele definiu que o valor é o conjunto alcançado de resultados de saúde do paciente por unidade gasta de dinheiro[4]. Deveria ser o grande objetivo dos sistemas de saúde ao redor do mundo, pois é o que une interesses de todos os atores, sem prejuízo para alguém. Isso significa dizer que a sustentabilidade econômica do setor pode ser obtida simultaneamente às conquistas para todos, sem exceção, nos diferentes aspectos em que podemos aferi-las, como qualidade, segurança, equidade, acesso e eficiência, entre outros.

Lutar por avanços na entrega de valor a todos é fundamental para retirarmos o setor da competição de soma zero, em que os atores lutam por benefícios próprios, estimulando o mesmo comportamento dos demais. E, obviamente, para entregarmos mais saúde, como consequência do progresso sustentável. É o valor para o paciente que é o objetivo central, não o valor para outros atores[4]. Desta forma, entregar soluções em saúde com alto valor para o paciente deve se tornar o objetivo e a definição de sucesso para cada um, reduzindo o fardo hoje causado aos cidadãos e aos governos.

Porém, é necessário exercitar o pensamento sistêmico para compreender como gerar o valor e implantar ações que o traduzam. A estratégia de todo o sistema deve ser reorganizar o cuidado em torno de condições clínicas (ou agrupamentos de condições clínicas), em unidades de prática que promovam a integração de todos os profissionais, serviços, processos e produtos, cobrindo a maior fração possível do ciclo do cuidado, segundo Porter. Também em sua perspectiva, devem-se medir resultados e custos durante a linha do cuidado de cada paciente, mover os modelos remuneratórios baseados em volume de eventos para pagamentos em *bundles*, integrar e coordenar o cuidado através de múltiplos pontos assistenciais, expandir os serviços geograficamente com foco na excelência e desenvolver uma plataforma digital que integre as informações em torno da visão de indivíduo.

Essa modelagem proposta, entretanto, tem se mostrado bastante desafiadora em seus exercícios de implantação prática. Por exemplo, as unidades assistenciais rotineiramente encontram dificuldades para a integração de informações, falhas na gestão das jornadas (como dificuldade em enxergar ciclos mais amplos do cuidado), predominância dos modelos de remuneração baseados em volumes, indicadores de resultados ainda com gestão incipiente e resistência na comparação deles para promover melhor qualidade assistencial, entre muitas outras.

Trabalhar com foco na entrega de valor representa, em linhas gerais, articular a inovação com foco na busca por um cuidado pertinente, que gere resultados ótimos para os pacientes em termos de desfechos clínicos, que seja eficiente e que promova experiências engajadoras durante a jornada de cada um e de todos. Vamos falar brevemente sobre esses pilares da entrega de valor.

a) A pertinência

A pertinência significa “fazer o que é adequado, para cada paciente, no momento devido”. Ela é entendida como determinante na geração de valor, apesar de ser inquestionável a importância da medida dos desfechos e dos custos. Quando uma intervenção em saúde é inadequada, em qualquer contexto, entende-se que não é pertinente. Eventos impertinentes anulam a geração de valor.

Isso significa dizer que um procedimento realizado pelo melhor cirurgião, no melhor hospital, com o melhor desfecho clínico de curto, médio e longo prazos, mas que de fato não era a melhor opção clínica para o contexto de um paciente torna-se impertinente e não entrega valor a todos. Pode até entregar valor a alguns, mas nunca sob a perspectiva completa do que é o valor e nunca para todos.

b) O desfecho

Sem a obtenção e análise contínua de resultados clínicos, perde-se enormemente o valor de se acompanhar outras dimensões da qualidade, já que o foco da entrega de valor deve ser prioritariamente o paciente. Desta forma, alguns princípios devem ser seguidos para a gestão do desfecho.

Os resultados devem ser medidos sempre com base em condições clínicas, e não por especialidades, procedimentos ou intervenções/eventos. Isso evita a fragmentação atual e nos transporta para a visão de indivíduos, em contraposição à tradicional visão de eventos. Ao implantarmos a visão com foco nas pessoas, estamos construindo também melhores fundamentos para a migração de modelos de remuneração, saindo da remuneração por eventos e migrando para remunerações por pacotes em torno de condições clínicas. Lembremos que o acompanhamento de resultados deve incluir fatores de risco às condições clínicas, ampliando a visão da abordagem assistencial para inteligências preditivas e ações preventivas.

Seguindo o mesmo raciocínio, os resultados devem cobrir o ciclo completo do cuidado, por mais desafiador que isso possa ser, saindo da percepção transacional. Portanto, não basta avaliar o resultado imediato de uma cirurgia, sendo também fundamental avaliar o tempo até o retorno às atividades plenas de trabalho, as complicações evitáveis no médio/longo prazo e os impactos na qualidade de vida do paciente submetido a ela. Isso significa dizer que os resultados devem ser acompanhados na linha do cuidado de cada paciente – com atenção à multidimensionalidade dos resultados, focando-se em monitorar o que impacta pacientes e familiares, e não exclusivamente o que impacta os prestadores da assistência.

A padronização de resultados que devem ser monitorados é também muito importante, sempre respeitando a visão em torno de condições clínicas e otimizando comparações, aprendizados e avanços. Diversas organizações, como o *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) se especializaram em construir essas recomendações de maneira estruturada, contribuindo para a comparabilidade necessária na busca da excelência.

c) A eficiência

O valor é centralmente baseado nos resultados obtidos com uma intervenção em relação aos custos gerados para entregá-la. Porém, limitar as ações em saúde com base no objetivo de conter custos não necessariamente gera valor; ao contrário, pode prejudicar sua entrega e ser devastador para os esforços de reforma dos serviços de saúde em todo o mundo.

Usando outros termos, a redução de custos, sem relação com os resultados alcançados, é perigosa e autodestrutiva. Gera resultados de falsa economia e potencialmente limita os cuidados efetivos. Limitar os tratamentos pode impedir a escolha de intervenções verdadeiramente eficazes, embora mais caras. Portanto, é importante gerenciar os custos, mas políticas de contenção de custos não geram valor a todos e são muito diferentes dos investimentos em ganhos de eficiência[4].

Gerar eficiência está diretamente relacionada à habilidade de obter resultados com consumo mínimo possível de recursos e esforços. Está conectada à avaliação contínua de benefícios e custos, ou seja, os investimentos mobilizados devem produzir os efeitos desejados. A otimização da eficiência deve ser estratégia de uso permanente na gestão de serviços de saúde.

d) A experiência

Sob o ponto de vista assistencial, a experiência deve ser construída com base na organização dos processos nos serviços. Esse é o fundamento que deve ser trabalhado nas unidades de prática. Uma importante tarefa é organizar cada unidade assistencial em torno de condições clínicas, promovendo a integração de times multiprofissionais e atribuindo a responsabilidade sobre o maior ciclo temporal possível da jornada de cada paciente.

Os serviços devem ser distribuídos nas unidades de serviço respeitando a lógica do ciclo do cuidado. Por exemplo, hierarquizar a oferta de serviços capazes de atender às diferentes complexidades das condições clínicas, compreender os riscos dos pacientes na hora de avaliar quais serviços implantar em cada unidade, conectar essas decisões de portfólio de serviços com a discussão sobre conveniência aos usuários e seus familiares, entre outros temas. Nesse contexto, conectar a telessaúde com os serviços em unidades físicas é fundamental para a expansão da rede constituída, integrando diferentes saberes e ampliando a atuação dos times assistenciais, para benefício do paciente. Outros serviços assistenciais mais tradicionais, como assistência domiciliar, devem seguir a mesma lógica de integração proposta.

Porém, a experiência deve ir além da abordagem do que ocorre no momento da prática assistencial no mundo físico, abrangendo a geração de novas camadas de inteligência analítica, comunicação e engajamento por via digital. Analisar informações que possam predizer riscos e conectar as pessoas com o melhor cuidado preventivo imediatamente gera uma nova experiência em saúde, muito mais completa, além de potencialmente promover mais entrega de saúde aos pacientes, em termos clínicos. A experiência, como conjunto de percepções das pessoas em torno dos eventos e das jornadas de saúde, tem o enorme potencial de migrar o debate para a geração de valor ao longo da vida das pessoas (*Life Time Value* – LTV), não mais se limitando à visão transacional.

FUNDAMENTO 2 – A COLABORAÇÃO PARA CRIAR COM BASE NAS DEMANDAS: O OUTRO EXISTE!

Todos já passamos muitas vezes pelo enorme esforço de convencer alguém sobre nossas impressões a respeito de um assunto relevante. E mergulhamos imediatamente no suposto problema buscando gerar soluções, com base em nossa perspectiva do que o resolveria. Porém, cada vez mais estamos observando uma migração da valorização do saber técnico individual para o reconhecimento do saber coletivo, em dinâmicas de cocriação.

Isso está acontecendo porque criar sozinho significa, sempre, criar sob a perspectiva enviesada do conhecimento pessoal. Significa transferir para a criação as perspectivas vividas pelo criador, sob sua lógica de entendimento construída ao longo da vida. A consequência é que os serviços e produtos gerados nesse contexto são potencialmente limitados. Além disso, criar sozinho exclui, muitas vezes, o momento em que se escuta o outro para entender a demanda real que está em jogo – não a demanda que alguém pode pressupor existir. Centrar a escuta no outro permite reforçar o arsenal de compreensão, de maneira muito mais eficiente do que centrar a escuta em si mesmo.

Em suma, é preciso entender estes dois pontos relacionados à importância do outro para que a inovação floresça: (i) a demanda real (a alheia) precisa ser ouvida e respeitada centralmente para que possamos construir o que expressa o melhor encaminhamento possível para sua solução e (ii) a criação coletiva e colaborativa permite-nos agregar valores da miríade social a nossos desenvolvimentos, o que nos aproxima do consumidor e favorece o sucesso das criações.

Porém, existe ainda um outro argumento extremamente convincente para rechaçar eventuais impulsos de criação desengajada: as pessoas só abraçarão o que elas criarem. É natural que todos os excluídos do processo criativo e de execução oferecerão grande resistência sempre que a criação for alheia e chegar apenas como um interesse de validação. Estrategicamente falando, cocriar gera maior nível de *sponsorship* em torno do que foi criado.

Estamos saindo da era das criações com base nas ofertas (o que sabemos ensinar, pois concentramos saber em algum aspecto específico e fragmentado do conhecimento) e entrando em uma era que nos exige construir com base nas demandas (o que aprendemos com os outros, pois juntos conseguimos oferecer visões mais exatas do todo).

É importantíssimo ser protagonista, não devemos abandonar essa postura. Mas permitir o protagonismo de todos é alavancador do potencial criativo e, consequentemente, da inovação. Dessa forma, entendemos que, a cada ausente nos processos operacionais e estratégicos, estamos criando um universo de presentes incompletos.

Obviamente, esse conceito não é uma ode à lentidão ou à burocratização do trabalho. Significa engajar todos que contribuem para o debate em torno dos temas expostos, e não engajar qualquer um por perto. Esse conceito certamente consome um tempo inicial um pouco maior para executar colaborativamente, para na sequência gastar pouco ou nenhum tempo com o resgate de lideranças que se sentiram desprestigiadas e, durante o processo, desengajaram-se completamente. As resistências se dissipam e, ao considerarmos o ciclo completo da inovação até seu momento de implantação e monitoramento, observamos velocidade maior do que nas vias tradicionais. As metodologias ágeis ajudam a derrubar as barreiras naturais da hierarquia e estimulam essa colaboração por habilidades complementares. Por fim, há suporte muito maior entre os pares e melhor qualidade do objeto criado, pois é muito mais apto a responder às demandas de uma sociedade diversa e cujas visões precisam ser incluídas na origem dos esforços de inovação.

A construção do valor deve levar em conta, portanto, a perspectiva de quem demanda os processos, serviços e produtos do setor. E não deveria, sob justificativa alguma, ser construída sob a perspectiva de quem é responsável por sua entrega. Isso significa dizer que o valor está nos resultados proporcionados a alguém, e não nas ações executadas em si. Por exemplo, o valor está no resultado real de entrega de saúde para um paciente, não no volume de serviços oferecidos a ele. Portanto, a remuneração prevista deveria também levar em conta o valor em saúde produzido ao paciente, diferente da majoritária remuneração por volume de serviços oferecidos no contexto contemporâneo.

Perceber o outro significa abrir o potencial de colaborar com o outro e cocriar. Anita Woolley e Thomas W. Malone estudam a inteligência coletiva, que é gerada pela colaboração, e propõem o trabalho em cima de vetores que a amplifiquem. A proposta vai além da óbvia seleção de pessoas mais inteligentes, preparadas e com mais vivências enriquecedoras, apontando também para a seleção de pessoas com maior percepção das emoções alheias, a redução do envolvimento de pessoas que monopolizem conversas e a inclusão de mais mulheres. Nesse último aspecto, há sólidas evidências de que times com mais mulheres possuem maior inteligência coletiva[5].

As equipes precisam trabalhar de forma interdependente, com todos colaborando pelo mesmo propósito, tendo em mente que não há mais estruturas estáveis e que a própria composição do time muda com o tempo, como afirma Amy Edmondson. Segundo ela, o esforço colaborativo entre pessoas de diferentes áreas aumenta o nível de compromisso e o torna mais fluido, com menos atritos. No entanto, para promover a colaboração e o compartilhamento da diversidade de ideias entre os profissionais, é preciso que o líder possibilite a criação de um ambiente em que todos saibam que não serão punidos ou humilhados por expor suas ideias, suas perguntas ou até mesmo seus erros. É fundamental promover a segurança psicológica, habilitando a expressão franca e contributiva, gerando confiança e colaboração entre os pares e a liderança[6].

FUNDAMENTO 3 – A DIVERSIDADE

Segundo pesquisa da McKinsey, companhias mais inclusivas são capazes não apenas de transformar o mercado, mas também de promover um ambiente mais rico e convidativo[7].

A diversidade traz diferentes experiências, conhecimentos e percepções, extremamente relevantes para o desenvolvimento de produtos e serviços que traduzam os saberes coletivos. Muitos estudos já demonstraram os benefícios dela para os resultados dos negócios. Em estudo de 2021, com 693 empresas e com mais de 3.900 funcionários entrevistados no Brasil, na Argentina, no Chile, na Colômbia, no Peru e no Panamá, observou-se que empresas com políticas de diversidade e inclusão em termos de gênero têm probabilidade 93% maior de apresentar *performance* financeira superior à de seus pares da indústria. Quando se considera etnia, as empresas com maior diversidade têm 24% maior probabilidade de apresentar *performance* financeira superior, enquanto em empresas com maior diversidade em termos de orientação sexual, a probabilidade de apresentar resultados melhores é 15% superior[7].

Como isso ocorre? O mesmo estudo investigou as engrenagens do melhor desempenho financeiro a partir de ações pragmáticas de expansão da diversidade social e da inclusão de todas as vozes na criação e na execução. Funcionários de empresas comprometidas com a diversidade têm probabilidade 152% maior de propor novas ideias e 62% maior de ser incentivados a colaborar com outras equipes, e são 64% mais propensos a compartilhar ideias e melhores práticas[7].

E os benefícios não cessam nos já descritos. As empresas comprometidas com a diversidade têm maior probabilidade de ter melhores práticas de inovação. Os funcionários são 72% mais propensos a relatar que a organização aprimora consistentemente sua forma de fazer as coisas, 77% mais propensos a concordar que a organização aplica ideias externas para melhorar sua *performance* e 76% mais propensos a dizer que a organização utiliza o *feedback* dos clientes[7].

No que se refere à felicidade dos funcionários e à saúde organizacional, as evidências também são contundentes: 63% dos funcionários de empresas diversas e inclusivas indicam que estão felizes no trabalho, em comparação com apenas 31% nas que não são comprometidas com a diversidade. Outra descoberta interessante é que os funcionários de empresas comprometidas com a diversidade têm probabilidade 36% maior de relatar que desejam permanecer três anos ou mais na mesma empresa, o que indica haver maior poder de retenção em relação às empresas sem investimento em diversidade[7].

Além de tudo isso, o poder de atrair novos colaboradores mais talentosos, de estabelecer interações mais saudáveis com seus atuais e futuros clientes, de aumentar o poder de engajamento em suas conexões e, por fim, de conquistar mais confiança dos investidores depende diretamente da capacidade das empresas de atuarem em valores contemporâneos, como a inclusão.

Mas como atingir esse estado satisfatório? Muitas ações são determinantes da obtenção da vantagem competitiva de ter times mais diversos e culturas mais inclusivas, por exemplo[7,8]:

- Garantir a representação de talentos diversificados, assegurando que os sub-representados tenham acesso às oportunidades que os demais já tiveram.
- Comprometer-se abertamente com a diversidade, por meio de objetivos específicos de responsabilidade que sejam transparentes e conhecidos por todos, desde o momento da contratação de novos colaboradores. Isso significa também ter tolerância zero com comportamentos discriminatórios e assédio. Da mesma forma, educar todos sobre o impacto negativo das microagressões e sobre como lidar com essas situações.
- Ter metas claras para cada parâmetro, designando um patrocinador executivo para cada grupo de afinidade, alocando fundos, atribuindo responsabilidades na execução da estratégia da empresa e divulgando publicamente o progresso no cumprimento das metas.

- Promover treinamento e educação sobre diversidade para todos os colaboradores, principalmente para as lideranças, para que possam capacitar os trabalhadores e promover um ambiente aberto ao diálogo e atento às questões de diversidade e inclusão, ao qual todos se sintam pertencentes. Deve-se fortalecer o conceito de liderança inclusiva, adotando essa competência como essencial, exemplificada pelos líderes, mensurada nas avaliações e apoiada por iniciativas de capacitação.
- Rever as políticas de recursos humanos: é importante assegurar que contratações, promoções, remunerações e benefícios sejam iguais. Investir também em estratégias de retenção e promoção. Garantir que todos se beneficiem de *sponsorship*, assegurando que tenham acesso aos recursos de que precisam para ser bem-sucedidos.

FUNDAMENTO 4 – A VISÃO DO TODO (SISTÊMICA)

Compreender o todo envolvido em cada decisão estratégica é essencial para que se construa um futuro desejável e se cresça exponencialmente. Em primeiro lugar, enxergar que precisamos abandonar a fragmentação institucionalizada e endereçar uma agenda em que as pessoas estejam no centro das operações. Passar a enxergar a jornada das pessoas em suas linhas de cuidado, ao longo da vida. Tudo conectado a elas, gerando experiências únicas e que as tornem leais a seus cuidadores, produtos, marcas e jornadas.

Para isso, precisamos enxergar o todo e expressá-lo nas partes que devem ser executadas. Isso é completamente diferente do cenário atual, no qual criamos as partes na expectativa de que, juntas, entreguem um futuro melhorado. Esse futuro melhor é apenas uma das versões previsíveis e pouco ambiciosas que a visão sistêmica pode extinguir. Quanto mais ampla for a visão do que é a saúde, de fato, mais ambiciosos somos no desenho do que desejamos e precisamos ter. A visão fragmentada e superespecializada, em contraponto à visão sistêmica, cada vez mais tem nos afastado de construções completas e que transformem a sociedade em escala.

Charles Bezerra, autor brasileiro, descreveu em sua Teoria da Inovação Holográfica a diferença de criar com base na totalidade *versus* criar com base nos fragmentos[9]. Ele compara a inovação contemporânea a um filme fotográfico: se cortarmos o filme fotográfico em múltiplos pequenos pedaços, em cada um deles observaremos um fragmento do todo; já ao cortarmos um filme holográfico em pedaços, observaremos que cada pedaço contém a imagem do filme completo, ou seja, o todo está contido nos fragmentos. A inovação em qualquer setor deve ser sempre holográfica, pois significa que a totalidade (a visão sistêmica) está contida em cada ação executada, em contraponto ao modelo de inovação predominante no mundo contemporâneo, em que os fragmentos juntos não traduzem necessariamente o todo desejado, pois estão isolados e desconectados de um plano maior.

Para criarmos com visão sistêmica, ou visão holográfica, precisamos contar com o engajamento de todas as visões possíveis. Então, fica cada vez mais claro compreender o porquê de as empresas que investem na diversidade e são inclusivas na gestão de seus times possuírem resultados melhores sob diferentes aspectos: estão mais aptas a se adaptarem em um mundo com tantas incertezas, pois conseguem enxergar a totalidade do todo e aplicá-la nas partes que criam. Essa totalidade também se aplica ao contexto temporal: é preciso haver orientação de longo prazo, para que se possa calibrar dinamicamente a busca pela maximização de resultados no curto prazo com a construção do futuro desejável.

Além disso, a visão do todo exige cultivar postura de curiosidade e foco constante no aprendizado. Coletivos com essas características, estimulados por lideranças que incentivam ações exploratórias e que são mais tolerantes ao erro, conseguem maior envolvimento nas ações criativas e maior sucesso em seu desenvolvimento. Nesse contexto, vale ressaltar a importância de aceitar as falhas e não matar a coragem de transgredir.

Uma perspectiva da visão sistêmica que vem ganhando muito espaço entre as lideranças de vanguarda e as organizações onde atuam são os critérios ESG de construção dos modelos de negócios. Em inglês, a sigla ESG se refere a aspectos ambientais, sociais e de governança que devem reger os negócios para garantir sua sustentabilidade. Se no passado uma empresa deveria estar focada em seu crescimento e sua lucratividade, hoje seu papel na sociedade é muito mais amplo. Empresas que procuram agregar a visão sistêmica no desenho de seu futuro desejado conseguem compreender mais facilmente a relevância da sustentabilidade e do impacto positivo que podem gerar na sociedade. Além disso, já existe um enorme acúmulo de evidências técnico-científicas constatando que empresas que prestam atenção às questões ambientais e sociais e possuem preocupações de governança não prejudicam a criação de valor; ao contrário, uma sólida proposta de ESG se correlaciona fortemente com maior retorno de suas ações, em circunstâncias tanto de queda como de elevação[10]. O melhor desempenho de empresas com práticas de ESG também se traduz em redução da percepção do risco, em cobrança de juros mais baixos quando recorrem a empréstimos e em classificações de crédito mais altas[11,12].

COMENTÁRIOS FINAIS

A presença dos quatro fundamentos da inovação propostos neste artigo (valor – colaboração – diversidade – visão do todo) abre as portas de um universo de possibilidades que gerará impactos positivos em você e na sociedade. E nos habilita a um novo coletivo social, mais preparado e adaptável para as seriadas rupturas que estão à nossa espera. Aliás, já começaram a acontecer: a pandemia de covid-19 as acelerou.

O presente conteúdo não teve como objetivo reforçar a ilusão da *performance* absoluta, a partir da qual organizações e pessoas acreditam que o sucesso pode depender exclusivamente das próprias ações. Sabemos que isso não existe; o sucesso depende também dos movimentos de competidores e outros atores. Porém, só o planejamento da estratégia pode trazer respostas que nortearão os próximos passos, sempre partindo da visão de um futuro ambicionado. Sem essa etapa, inovações se tornam paliativas e incrementais. Da mesma forma, quando não se instala uma cultura de inovação, as ações inovadoras se tornam apenas eventos.

A transformação digital é um conjunto de rupturas que está transformando a forma como lideramos e como vivemos, com impactos diretos e peculiares em cada setor da economia. A saúde, com sua baixa experiência em rupturas recentes e seu altíssimo nível de exposição a rupturas no futuro imediato, encontra-se em estado de extrema vulnerabilidade[13,14]. Isso exige urgência em ações por parte de todos. Para os líderes, talvez o ponto essencial seja desapegar-se do poder e da hierarquia e entender que não estão sós, pois o mundo pede mais colaboração e compartilhamento de responsabilidades, habilitando o coletivo e, enfim, gerando os valores que desejamos.

REFERÊNCIAS

1. Cascio J. Facing the Age of Chaos. Medium [Internet]. 2020 Apr 29 [Cited 2022 Nov 18]. Available from: https://medium.com/@cascio/facing-the-age-of-chaos-b00687b1f51d.

2. Pedroso MC, Malik AM. Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. Ciênc. Saúde Colet. 2012;17(10):2757-2772.

3. Peteraf MA, Barney JB. Unraveling the resource-based triangle. Manag Dec Econ. 2003;24(4):309-323.

4. Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med. 2010;363:2477-2481.

5. Woolley A, Malone TW. Defend Your Research: What Makes a Team Smarter? More Women. Harv. Bus. Rev. [Internet]. 2011 Jun [Cited 2022 Nov 18]. Available from: https://hbr.org/2011/06/defend-your-research-what-makes-a-team-smarter-more-women.

6. Edmondson AC, Casciaro T, Jang S. Cross-Silo Leadership. Harv. Bus. Rev. 2019 May-Jun;97(3):130-139.

7. Castilho P, Callegaro H, Szwarcwald M. Diversity Matters – America Latina 2020: Por que empresas que adotam a diversidade são mais saudáveis, felizes e rentáveis. McKinsey & Company. 2020 Jun [Cited 2022 Nov 18]. Available from: https://www.mckinsey.com/br/~/media/mckinsey/locations/south%20america/brazil/our%20insights/diversity%20matters/diversitymatterspt.pdf?shouldIndex=false

8. PricewaterhouseCoopers Brasil. Pesquisa Global de Diversidade e Inclusão. 2020 [Cited 2022 Nov 18]. Available from: https://www.pwc.com.br/pt/estudos/preocupacoes-ceos/mais-temas/2020/pesquisa-global-de-diversidade-e-inclusao.html.

9. Bezerra C. A Inovação Holográfica. São Paulo: DVS Editora; 2017. 96 p.

10. Nagy Z, Kassam A, Lee L-E. Can ESG add alpha? An analysis of ESG tilt and momentum strategies. J. Invest. 2015;25(2):113-124.

11. Henisz WJ, McGlinch J. ESG, material credit events, and credit risk. J. Appl. Corp. Finance. 2019;31(2):105-117.

12. Goss A, Roberts GS. The impact of corporate social responsibility on the cost of bank loans. J Bank Financ. 2011;35(7):1794-1810.

13. Murdoch R, Johnson PD. Born To Be Wild – Are You Positioned to Shred the Next Tsunami of Disruption? Accenture Consulting. 2018 [Cited 2022 Nov 18]. Available from: https://www.accenture.com/_acnmedia/pdf-85/accenture-disruptability-pov.pdf.

14. Gandhi P, Khanna S, Ramaswamy S. Which Industries Are the Most Digital (and Why)? Data analysis and expert interviews by the McKinsey Global Institute. Harv. Bus. Rev. 2016 Nov.

ARTIGO ORIGINAL
5

Desafios dos hospitais filantrópicos no Brasil: uma perspectiva da maturidade de gestão

Roberto Gordilho

Graduação em Processamento de Dados pela Universidade Salvador (Unifacs); mestrando em Administração pela Unifacs; MBA em Finanças, Contabilidade e Auditoria pela Fundação Getulio Vargas (FGV); CEO na GesSaúde; São Paulo/SP.

Manoel Joaquim Fernandes de Barros

Graduação em Processamento de Dados pela Universidade Salvador (Unifacs); mestrado em Administração pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); doutorado em Educação pela UFBA/Université Montréal (Canadá); estágio pós-doutoral pela Grenoble École de Management (França); professor do Programa de Pós-graduação em Administração e do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano da Unifacs; sócio-consultor na UZD; Salvador/BA.

Hélder Uzêda Castro

Graduação em Processamento de Dados pela Fundação Visconde de Cairu (FVC), em Administração de Empresas pela Faculdade Regional da Bahia (Farb) e em Ciências Econômicas pela Universidade Paulista, (Unip); especialização em Gestão Empresarial pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), em Comunicação Empresarial e Institucional e em Marketing Internacional e Formação de Traders pela Unip; mestrado em Administração pela Universidade Salvador (Unifacs); doutorado em Desenvolvimento Regional e Urbano pela Unifacs; professor do Programa de Pós-graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas da Unifacs; sócio-consultor na UZD; Salvador/BA.

INTRODUÇÃO

O setor de saúde passa por um momento de transformação, com dinâmica de grandes mudanças no cenário externo, principalmente motivadas por um acelerado processo de consolidação, a partir de fusões e aquisições, que está impactando toda a cadeia de valor. Sabe-se que essas operações corporativas começaram no ano de 2001, no segmento laboratorial, quando surgiram novos grupos ou redes: DASA, Alliar, Fleury, Hermes Pardini, entre outros. Em 2011, o Banco BTG adquiriu parte da Rede D'or, dando início à formação do que atualmente é a maior rede de hospitais do Brasil. Esse movimento foi seguido por importantes fusões, a destacar: entrada no mercado nacional da UnitedHealth Group[a] (UHG), em 2012, a partir da aquisição do Grupo Amil; e aquisição do Grupo Notredame Intermédica, em 2014, pela Bain Capital[b]. Em 2015, com a promulgação da Lei n. 13.097/2015, o Brasil passou a permitir participação de empresas de capital estrangeiro em hospitais, clínicas e laboratórios.

Em 2018, com o investimento do HIG Capital[c] na Rede Meridional, nasceu a Kora Saúde. No mesmo período, houve a abertura de capital da Hapvida, uma rede regional (Norte e Nordeste) que começa a despontar como uma das maiores do Brasil – posicionamento este marcado pela fusão com o Grupo Notredame Intermédica, concluída em 2021, resultando na maior rede de saúde suplementar do Brasil. Ainda em 2021, a Rede Mater Dei, de Minas Gerais, abriu o capital e iniciou seu processo de crescimento, formando mais uma grande rede brasileira. Para efeito desta pesquisa, ainda é possível citar a Athena Saúde, que igualmente vem crescendo por meio de processos de aquisições.

Esse movimento de transações no setor abriu um novo cenário na saúde: (i) competição e profissionalização; (ii) competição por recursos, relevo para profissionais; e (iii) maior pressão por descontos na indústria, com a estratégia de compras em escala e uma grande profissionalização e maturidade dos processos de gestão, para buscar maximizar os ganhos de eficiência e aumentar os resultados dos hospitais privados.

Enquanto o setor privado se movimenta a passos largos e grandes redes são criadas, o setor filantrópico, que já vinha enfrentando um cenário de grande endividamento e de alta dependência do Sistema Único de Saúde (SUS), até o momento, com honrosas exceções, tem se mostrado apático e perdido na construção de estratégias que possibilitem competir e garantir sustentabilidade nesse contexto de grandes transformações.

Segundo o *position paper* "Indicadores Rede Hospitalar do Brasil (2019/2020)", publicado pela Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Brasil (CMB), o país possui 1.819 unidades filantrópicas de saúde, com um total de 168.689 leitos, sendo 26.434 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e em 2020 foi responsável por atender 41,33% dos procedimentos de internação no SUS, sendo que realizou 64,82% das internações de alta complexidade no período.

Apesar da representatividade em termos de número de unidades, quantidade de leitos e volume de atendimento, o setor filantrópico está muito atrás dos hospitais privados quando o tema é gestão. Nos aspectos assistenciais, os hospitais filantrópicos em geral localizam-se no mesmo nível de muitas unidades privadas. No entanto, quando se trata governança e gestão, são evidentes inúmeros *gaps* e oportunidades de melhoria, os quais refletem a baixa maturidade de suas operações.

---

[a] Multinacional diversificada de cuidados de saúde e bem-estar, baseada nos Estados Unidos. Figura como oitava maior empresa do mundo em receita segundo a lista Fortune 500 de 2021.

[b] Empresa americana de investimentos privados, especializada em *private equity*, venture capital, crédito, patrimônio público, investimentos de impacto, ciências da vida e imóveis. *Private equity é um tipo de investimento, feito de forma privada, em que o investidor aporta seu capital diretamente em empresas com potencial de crescimento nos médio e longo prazos, com o intuito de lucrar com uma futura venda.*

[c] Empresa de investimentos de capital privado e ativos alternativos com sede em Miami, Flórida, com mais de US$ 50 bilhões em capital próprio sob gestão.

Para efeito deste artigo, será utilizado o conceito de maturidade de gestão descrito por Gordilho (2018)[2], que versa que maturidade de gestão é ter pessoas qualificadas e capacitadas para utilização de tecnologia, com bons e sólidos processos para execução da estratégia definida, bem como um sistema de governança coeso que possibilite melhor gestão e controle da organização. A metodologia utilizada nesta pesquisa qualitativa avaliou critérios nas cinco áreas de maturidade de gestão: (i) Estratégia Empresarial; (ii) Governança Corporativa; (iii) Gestão de Pessoas; (iv) Gestão de Processos; e (v) Tecnologias de Gestão.

O desenvolvimento da maturidade de gestão tornou-se fundamental para aumentar a competitividade e garantir a sustentabilidade das instituições de saúde, considerando o rápido processo de transformação do setor. Apesar do ambiente conservador dos hospitais, os temas de gestão têm avançado de forma sistemática nas referidas organizações.

As seções seguintes deste texto apresentam uma contextualização da evolução do processo gestão nos hospitais e o resultado de uma pesquisa para avaliação do nível de maturidade de gestão, realizada a partir de dados levantados durante as consultorias realizadas pela empresa GesSaúde[d], entre 2018 e 2022, junto a 26 hospitais – 14 filantrópicos e 12 privados – em diversos estados do Brasil.

A GESTÃO NO MERCADO DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196). Mais adiante, no artigo 198, o texto constitucional afirma que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, que deverá ser financiado “com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (art. 198, § único). O artigo 199 afirma que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e, em seu parágrafo único, completa que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste”.

A partir dessas definições, criou-se no Brasil a estrutura de financiamento da saúde que temos até os dias atuais, com os hospitais categorizados em três tipos com base nas fontes de financiamento: públicos, privados e filantrópicos. Pode-se afirmar que esse é o início do processo de “empresarialização” da atividade hospitalar, que passa a precisar ser gerida nos moldes de qualquer outra atividade econômica presente na sociedade.

Ainda hoje, muitos hospitais são geridos por médicos com um olhar voltado prioritariamente para a assistência, e palavras como "otimização", "competição" e "profissionalização" dos processos de gestão são meros acenos retóricos, longe de aplicações práticas que transformem as organizações em verdadeiras empresas de saúde.

Até pouco tempo atrás, situações como rígida estrutura hierárquica vertical, áreas internas que não conversam entre si, existência de feudos, eficiência operacional e produtividade baixas, desperdício em diversas etapas da cadeia operacional, alto índice de endividamento, pouco poder de negociação com operadoras, baixos índices de profissionalização dos processos de gestão e de informatização eram consideradas “normais” pelo setor, ou seja, um padrão dominante em áreas e níveis de gestão do sistema hospitalar.

---

[d] Empresa de consultoria especializada no fomento da maturidade da gestão em instituições de saúde do Brasil.

Em um cenário de formação de grandes redes com competição nacional, aumento dos ganhos de escala, visão de gestão focada em resultados e farto acesso a capital, a sobrevivência do setor filantrópico situa-se à prova. Hospitais são organizações tradicionais, presentes na sociedade ocidental desde a Idade Média, reconhecidas pelo caráter conservador de sua gestão e que possuem grande dificuldade de implementar processos de mudança. Essas características são atribuídas à própria natureza da atividade e às complexas relações entre o corpo administrativo (gestão) e o assistencial.

Mesmo com esse perfil, em função das transformações do setor, as organizações do setor de saúde estão sendo forçadas a evoluir em seus modelos e processos de gestão, principalmente nas áreas administrativa e operacional – instâncias que, durante muito tempo, foram relegadas a segundo plano devido ao foco quase exclusivo nos aspectos técnicos, assistenciais.

Estudos na área de Administração apontam que as mudanças nos hospitais têm se realizado em termos de implementação de programas de qualidade, incorporação de tecnologias médicas avançadas, profissionalização dos recursos humanos, modernização das práticas de gestão, evolução nos processos de governança, definição e acompanhamento das estratégias e maior formalização nos processos operacionais.

A formação do setor filantrópico tem como origem a tradição portuguesa da Santa Casa de Misericórdia, que representou, durante os quatro primeiros séculos de nossa história após o início da colonização, o único modelo de hospital que se dispunha a receber os doentes, qualquer que fosse sua condição[4]. Esse modelo, baseado em rígida estrutura vertical, em que cada unidade, serviço ou departamento tem um conjunto de deveres e responsabilidades estanque e definido, funcionou relativamente bem enquanto as rotinas hospitalares caracterizavam-se por desempenho estável, em ambientes pouco modificáveis. Contudo, no atual cenário de contínuas mudanças na demanda do mercado e da clientela, nos processos disponíveis a serem empregados e nos resultados desejados, sua estrutura funcional de características fortemente hierarquizadas e verticalizadas vem se mostrando cada vez mais insatisfatória[4].

A principal deficiência refere-se à expectativa de cooperação entre os diversos segmentos do hospital, com vistas a atingir os objetivos que determinam a sustentabilidade da instituição e sua própria razão de existir, ou seja, o melhor atendimento ao doente que procura a unidade, com custos adequados que possibilitem cumprir os compromissos financeiros e garantir a sustentabilidade financeira da instituição.

Diante do modelo implementado, principalmente nos hospitais privados e filantrópicos, que vivem da prestação de serviços para os planos privados e para o SUS, a viabilização da sustentabilidade financeira da operação é um tema que ganha notoriedade e interesse da administração dessas instituições a cada ano que passa.

Nesse sentido, compreende-se que, para atingir seus objetivos, o hospital precisa alocar e estruturar de maneira racional todos os processos, bem como os setores, de forma a garantir que trabalhem em harmonia, com foco em alcançar a fluidez na trajetória do paciente em sua jornada de atendimento e no percurso do recurso financeiro. Isso propiciará que o atendimento realizado se transforme em uma conta e possa ser cobrado da fonte pagadora, seja ela convênio, seja particular, seja o SUS.

Para garantir a eficiência da jornada do paciente e do recurso financeiro necessário ao melhor atendimento, o hospital deve buscar evolução da maturidade de seus processos operacionais e de gestão.

MATURIDADE DE GESTÃO NA SAÚDE

Todas as organizações, em qualquer lugar do mundo, estão em busca de modelos que permitam melhor integração de seus diversos setores e, por consequência, de seus funcionários, por estarem convencidas de que essa é a melhor forma de garantir melhor desempenho e melhores resultados[4].

Os modelos de maturidade aplicados às organizações – neste caso, de saúde – normalmente partem da premissa de que os processos podem ser estruturados pelas empresas, a partir de estágios ou níveis de constante evolução. Esses estágios ou níveis podem ser explicitamente definidos, gerenciados e controlados ao longo do tempo, de forma que, ao se assegurarem a qualidade e a orientação dos processos de trabalho, assegura-se, consequentemente, a qualidade dos resultados obtidos[5].

Crosby (1979)[6], em seu “Aferidor de Maturidade da Gerência de Qualidade”, foi quem primeiro descreveu um modelo de cinco estágios para adoção das práticas de qualidade, princípios que foram adaptados pelo *Software Engineering Institute* (SEI), da Carnegie Mellon University, em 1986, para o processo de desenvolvimento de software por meio do *Capability Maturity Model* (CMM) – a grande referência dos modelos de maturidade de processos[7].

Apesar de comum em diversas outras indústrias, o conceito de gerenciamento por processos integrados de negócios ainda é uma novidade no setor de saúde. Grande parte dos hospitais ainda está na fase de entendimento e aplicação conceitual do gerenciamento de setores, o que tem atrasado seu processo de evolução em termos de maturidade de gestão, impedindo-os de alcançar maiores resultados e de aumentar sustentabilidade do setor, principalmente, mas não exclusivamente, do filantrópico.

De acordo com McCormack, Johnson e Walker (2003)[8], uma empresa orientada para processos de negócio pode ser definida como aquela que “em todo seu pensamento enfatiza processos em oposição a hierarquias, com especial ênfase nos resultados e na satisfação dos clientes” (p. 21).

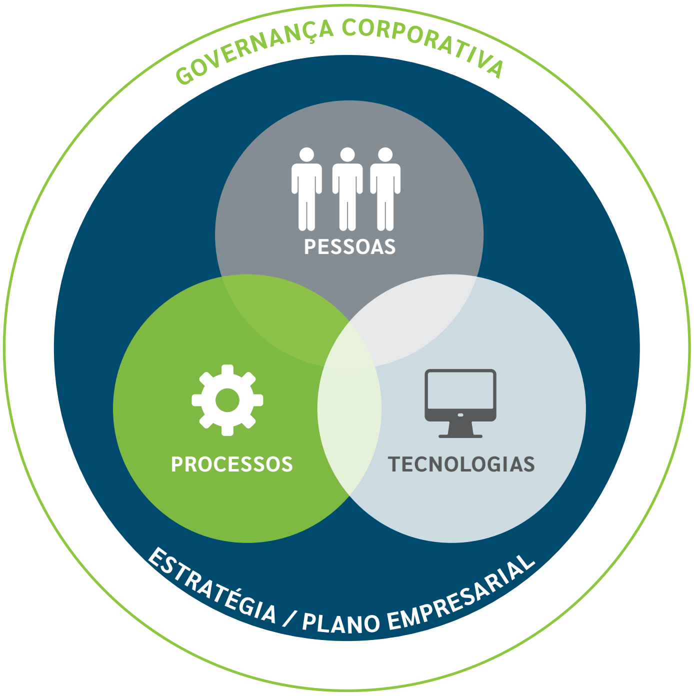
Ao se redirecionar o foco do negócio da assistência para o resultado e a satisfação do cliente, posicionando-a como meio para alcançar esses objetivos, promove-se a quebra de um grande paradigma do setor comumente conhecido: saúde não tem preço; mas, como um negócio que visa à sustentabilidade e à continuidade, precisa apresentar resultado econômico-financeiro que cubra os custos envolvidos, assim como buscar equilíbrio entre a melhor prestação do serviço para o cliente e a melhor gestão da instituição.

Dessa forma, o caminho para garantir a excelência na entrega de serviços assistenciais e de resultados necessários à sustentabilidade e crescimento da instituição está pautado no aumento da maturidade de gestão, ou seja, **ter pessoas qualificadas e capacitadas para utilizar a tecnologia com bons e sólidos processos para implementar a estratégia definida, e um bom sistema de governança que possibilite a gestão e o controle da organização**.

O conceito de maturidade de gestão, discutido neste texto, está presente na obra “Maturidade de Gestão Hospitalar e Transformação Digital, os caminhos para o futuro da Saúde”, de Gordilho[2], que apresenta o cenário de transformação em que o setor de saúde se encontrava em 2018.

Nesse aspecto, conforme modelo da figura 1, a maturidade de gestão é construída a partir da evolução harmônica de cinco dimensões: estratégia empresarial, governança corporativa, gestão de processos, gestão de pessoas e tecnologias de gestão.

Figura 1 – Modelo de Maturidade de Gestão



Fonte: Gordilho (2018)[2]

Para avaliar a maturidade de gestão dos hospitais, foi desenvolvido um modelo de cinco níveis (listados e descritos nos próximos tópicos, que, de forma matricial, estabelecem critérios para as cinco dimensões do modelo de maturidade de gestão na saúde: estratégia empresarial, governança corporativa, gestão de processos, gestão de pessoas e tecnologias de gestão.

MODELO DE AVALIAÇÃO DA MATURIDADE DE GESTÃO NA SAÚDE

Este tópico caracteriza-se como ensaio descritivo com o objetivo de apresentar o método desenvolvido para avaliar a maturidade de gestão das organizações de saúde que, desde 2018, é amplamente utilizado em projetos executivos de consultoria na referida área.

O objetivo da avaliação e classificação do nível de maturidade de gestão é proporcionar clareza ao caminho para promoção da evolução dos processos de gestão dentro da organização, de forma a redirecionar o foco do negócio para o resultado e a satisfação do cliente.

Para cada dimensão (Governança Corporativa, Estratégia Empresarial, Gestão de Processos, Gestão de Pessoas e Tecnologias de Gestão) e nível (inicial, definido, padronizado, gerenciado e otimizado), foram estabelecidos critérios de avaliação, que, quando atendidos, definem o nível de maturidade de gestão da organização. O atendimento a cada critério, em cada nível, é definido por um conjunto detalhado de questões que demonstram o nível de atendimento em cada dimensão (Quadro 1).

Quadro 1 – Matriz de alto nível de avaliação da maturidade de gestão na saúde

ÁREAS	NÍVEIS				
	1. INICIAL	**2. DEFINIDO**	**3. PADRONIZADO**	**4. GERENCIADO**	**5. OTIMIZADO**
Governança Corporativa	Estrutura de governança corporativa não definida na organização.	Existem práticas iniciadas de governança corporativa.	As práticas de governanças ganham força, são formalizadas e possuem maior transparência.	As práticas de governança corporativa apresentam resultados.	A Governança Corporativa está incorporada à cultura da organização, trazendo democratização, transparência e busca pela sua perenidade.
Estratégia Empresarial	A estratégia não está formalizada, não existe um plano estratégico formal.	A organização possui plano estratégico, porém não realiza o acompanhamento sistemático.	A organização possui plano estratégico e realiza o processo de acompanhamento sistêmico desse plano no nível da organização.	A organização possui plano estratégico com desdobramento de objetivos e metas para todos os níveis da gestão e realiza o acompanhamento sistemático do plano em todos os níveis.	A cultura do planejamento e acompanhamento das metas e resultados estão disseminados em toda a organização. O orçamento empresarial é elaborado e acompanhando em todos os níveis da gestão.
Gestão de Processos	Processos não são formalizados.	Existem processos que são iniciativas pontuais e que refletem uma visão departamental da organização.	Processos formalizados e implantados que refletem uma visão horizontal da organização.	Os processos são direcionados para a Jornada do Cliente.	Os processos são mensurados, avaliados e melhorados.
Gestão de Pessoas	Informalidade na definição das atribuições e responsabilidades.	Início da formalização de atribuições e responsabilidades.	O desempenho é baseado em competências para alcançar os objetivos da organização.	O desempenho é baseado em resultados para alcançar os objetivos da organização.	Toda a organização está focada na busca de resultados e melhoria contínua
Tecnologias de Gestão	Organização não possui sistema integrado de gestão.	Possui sistema integrado de gestão no *backoffice*.	Realiza a prescrição eletrônica integrada a solicitação de exames e *backoffice*.	Prontuário eletrônico (PEP) completo integrado ao *backoffice*.	Utilização do PEP completo, sem papel com integração máxima em todos os departamentos do hospital.

Fonte: elaboração dos autores

Para cada dimensão, foram criados critérios de avaliação, mensurados por meio de um formulário com 32 questões distribuídas conforme o Quadro 2.

Para cada questão, foram elaboradas respostas padronizadas que indicavam o nível de maturidade de gestão da dimensão avaliada. Para reduzir as possíveis falhas de avaliação, foi considerado sempre o índice mínimo de qualificação considerando todas as respostas de cada nível.

Quadro 2 – Discriminação da quantidade de questões por dimensão

DIMENSÃO	Nº DE QUESTÕES
Estratégia Empresarial	6
Governança Corporativa	7
Gestão de Processos	7
Gestão de Pessoas	6
Tecnologias de Gestão	6

Fonte: elaboração dos autores

Análise dos resultados alcançados

A coleta de dados para avaliação do processo de maturidade de gestão foi realizada nos registros de consultoria da empresa GesSaúde referentes ao período de 2018 a 2022, compreendendo um total de 26 projetos, sendo 14 hospitais filantrópicos e 12 hospitais privados. As amostras por quantidade de leitos são apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Discriminação do universo de pesquisa por quantidade de leitos

NÚMERO DE LEITOS	QTDE	%
1 a 50 leitos	0	0%
51 a 100 leitos	3	12%
101 a 200 leitos	17	65%
201 a 300 leitos	5	19%
Acima de 301 leitos	1	4%

Fonte: elaboração dos autores

A partir da aplicação dos critérios de avaliação, as organizações são classificadas em cinco níveis.

1. Inicial: a instituição não possui uma estratégia formalizada; sua estrutura e práticas de governança ainda são insipientes; seus processos, em geral, não estão formalizados e são passados de forma oral para os colaboradores; as atribuições e responsabilidades possuem um baixo grau de formalidade; ou a organização ainda não utiliza um sistema integrado de gestão.

2. Definido: já de posse do plano estratégico, a organização ainda não realiza acompanhamento sistemático; modelo inicial de governança corporativa identificado e existências de processos formalizados em algumas áreas, porém ainda não como práticas de gestão. A formalização das atribuições e responsabilidades já está identificada de forma inicial e a unidade já utiliza um sistema integrado de gestão no *backoffice*.

3. Padronizado: após implantação do plano de execução e acompanhamento da estratégia; as práticas de governança corporativa são formalizadas e disseminadas na organização; os processos são formalizados em todas as áreas como prática organizacional; a avaliação de desempenho dos colaboradores é baseada em competências focadas nos objetivos da organização; e, para além do *backoffice*, já realiza prescrição médica e de enfermagem integradas.

4. Gerenciado: realização do desdobramento e acompanhamento de metas em todos os níveis gerenciais; as práticas de governança corporativa apresentam resultados; os processos são direcionados para a jornada do cliente; a avaliação dos colaboradores é baseada em desempenho; e a organização já possui um prontuário eletrônico integrado do paciente.

5. Otimizado: implementação do processo de melhoria contínua, pois a cultura de planejamento já faz parte do dia a dia da organização e as práticas de governança são componentes da cultura; os processos são mensurados, avaliados e melhorados em ciclos definidos; toda a organização está focada na entrega dos resultados definidos no plano estratégico e desdobrados por todos os níveis da organização; a cultura tecnológica, antes sem papel relevante, já faz parte da organização.

Os consultores preencheram os questionários com as informações colhidas em entrevistas com os gestores dos hospitais em uma etapa de diagnóstico do processo de consultoria. A partir do preenchimento desses formulários, foi realizada a classificação do nível de maturidade em cada dimensão, chegando à classificação apresentada nos quadros 4, 5 e 6.

Quadro 4 – Classificação do nível de maturidade de gestão dos hospitais privados, por dimensão

NÍVEIS DE MATURIDADE PRIVADOS	NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 3	NÍVEL 4	NÍVEL 5
Governança Corporativa	3	8	1		
Estratégia Empresarial	3	7	1	1	
Gestão de Processos	3	6	2	1	
Gestão de Pessoas	3	9			
Tecnologias de Gestão		3	5	4	

Fonte: elaboração dos autores

Quadro 5 – Classificação do nível de maturidade de gestão dos hospitais filantrópicos, por dimensão

NÍVEIS DE MATURIDADE FILANTRÓPICOS	NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 3	NÍVEL 4	NÍVEL 5
Governança Corporativa	7	6	1		
Estratégia Empresarial	8	5	1		
Gestão de Processos	7	6	1		
Gestão de Pessoas	7	4	3		
Tecnologias de Gestão		6	5	3	

Fonte: elaboração dos autores

Quadro 6 – Classificação consolidada do nível de maturidade de gestão por dimensão

NÍVEIS DE MATURIDADE	NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 3	NÍVEL 4	NÍVEL 5
Governança Corporativa	10	14	2		
Estratégia Empresarial	11	12	2	1	
Gestão de Processos	10	12	3	1	
Gestão de Pessoas	10	13	3		
Tecnologias de Gestão		9	10	7	

Fonte: elaboração dos autores

Para estabelecer o nível de maturidade de gestão, foi utilizado o critério de adoção do menor nível, pois este é a base para o planejamento das ações de melhoria e evolução harmônica de todas as dimensões.

Quadro 7 – Classificação consolidada do nível de maturidade de gestão dos hospitais

NÍVEIS DE MATURIDADE	NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 3	NÍVEL 4	NÍVEL 5
Hospitais Privados	3	9			
Hospitais Filantrópicos	10	4			

Fonte: elaboração dos autores

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste manuscrito foi refletir sobre o momento atual de transformação do setor de saúde no Brasil e apresentar um caminho para os hospitais filantrópicos. Para tanto, após fundamentação sobre mercado e gestão de saúde, foram analisados critérios nas cinco áreas de maturidade de gestão, entre 2018 e 2022, referentes a 26 hospitais, sendo 14 filantrópicos e 12 privados, em diversos estados do Brasil.

Percebeu-se, a partir dos resultados obtidos, que o nível máximo de maturidade de gestão encontrado na amostra estudada foi o 2, sendo que a diferença encontrada na gestão dos hospitais privados em relação aos hospitais filantrópicos é significativa, com 75% dos hospitais privados no nível 2, enquanto 71% dos hospitais filantrópicos encontram-se no nível 1 de maturidade.

Considerando-se os resultados encontrados, observa-se que existe uma grande oportunidade de evolução em maturidade de gestão para os hospitais filantrópicos alcançarem o mesmo nível dos hospitais privados da amostra, e que em ambos os casos há uma necessidade premente de seguir no caminho da evolução dos processos de gestão para se tornarem mais competitivos e alcançarem o caminho da sustentabilidade e do crescimento.

Segundo a avaliação crítica realizada, a medição do nível de maturidade de gestão realizada precisa evoluir de um modelo comercial para incorporar uma melhor fundamentação acadêmica, de forma a se integrar com o mercado. Por outro lado, dentro do aspecto analisado, a avaliação de maturidade realizada cumpriu os objetivos para os quais foi criada, que é proporcionar um caminho objetivo para o desenvolvimento de ações no sentido de evoluir nos processos de gestão das organizações, observando melhores resultados organizacionais (financeiros), mercadológicos (de capital) e regulatórios (de legislação).

Os resultados apontam a necessidade de melhoria nos modelos e práticas de governança, de aumento da maturidade da gestão hospitalar e de uso de tecnologias para suporte, considerando demandas de natureza organizacional, mercadológica e regulatória, assim como sugerem empreendimento de novos estudos, principalmente no que tange a relacionar a maturidade de gestão com os diversos campos do conhecimento que perpassam a área da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB). Indicadores Rede Hospitalar no Brasil (2019/2020). Brasília: CMB; 2020.
2. Gordilho R. Maturidade de Gestão Hospitalar e Transformação Digital: os caminhos para o futuro da Saúde. São Paulo: Ledriprint; 2018.
3. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
4. Gonçalves EL. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. Rev. Admin. Hosp. [Internet]. 2022 [Cited 2022 Nov 19];1(2). Available from: https://www.scielo.br/j/raeel/a/S3Wx3X3R7PRGXSMZT7Ps5JQ/?format=pdf&lang=pt
5. Silveira VNS. Os modelos multiestágios de maturidade: um breve relato de sua história, sua difusão e sua aplicação na gestão de pessoas por meio do People Capability Maturity Model (P-CMM). Rev. Admin. Contemp. [Internet]. 2009 [Cited 2022 Nov 19];13(2): 228-246. Available from: https://doi.org/10.1590/S1415-65552009000200005.
6. Crosby PB. Quality is Free: The art of making quality certain. [S.l.]: McGraw-Hill Companies; 1979.
7. Humphrey W, Kitson D. Preliminary Report on Conducting SEI - Assisted Assessments of Software Engineering Capability [Technical Report]. 1987
8. Mccormack K, Johnson W, Walker W. Supply Chain Networks and Business Process Orientation: Advanced Strategies and Best Pratices. Boca Raton, FL: CRC Press LLC; 2003.

Hospital do Amanhã: novo posicionamento estratégico no sistema de saúde

Daniel Porto Soares

Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas); especialização em Psicologia Social em Gestão Hospitalar e Plano de Saúde; vice-presidente de administração e finanças da Federação de Santas Casas e Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais (Federassantas); superintendente geral da Santa Casa de Misericórdia de Passos (SCMP); Passos/MG.

A pandemia de covid-19 trouxe evidência forte sobre a necessidade de repensar o sistema de saúde como um todo. Um sistema que, ao longo dos anos, vem sendo repensado em sua estrutura e organização na busca de resultados eficientes e efetivos, com agregação de valor para as pessoas associada ao melhor custo. Um sistema focado na doença, no momento da agudização, e nas estruturas de urgência e emergência. Suportado por infraestrutura insuficiente, defasada tecnologicamente e com modelos de gestão inadequados – segundo estudos do Banco Mundial, em 2009, uma parcela significativa dos hospitais brasileiros, públicos e privados, foi reprovada quanto ao alto desperdício e ao gasto ruim. Outro fator determinante que corrobora o sistema ineficaz é o financiamento ou subfinanciamento notadamente do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja organização se caracteriza pela fragmentação entre os níveis de atenção à saúde.

Os grandes desafios, portanto, são repensar o sistema de saúde dentro da visão de redes assistenciais integradas e com gestão eficaz e, sobretudo, desenvolver um novo modelo de atenção capaz de responder às necessidades da pessoa e da família, considerando todos os determinantes sociais que estão inseridos. Transformar um modelo que olhe mais para as pessoas e menos para as doenças, com foco na qualidade de vida suportada por hábitos e estilos de vida saudáveis. E qual será o papel dos hospitais num futuro disruptivo?

CASE DO PROGRAMA MATERNO-INFANTIL (PROMAI) DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS

A Santa Casa de Misericórdia de Passos (SCMP), em Minas Gerais, é uma instituição de caráter filantrópico cuja missão é cuidar da saúde da comunidade regional com respeito aos valores éticos, morais e espirituais. É um hospital geral de referência macrorregional em inovação e humanização na assistência médica hospitalar, cuidando da saúde de uma população de aproximadamente 800 mil pessoas, distribuídas em mais de 60 municípios, com 85% dos atendimentos pelo SUS.

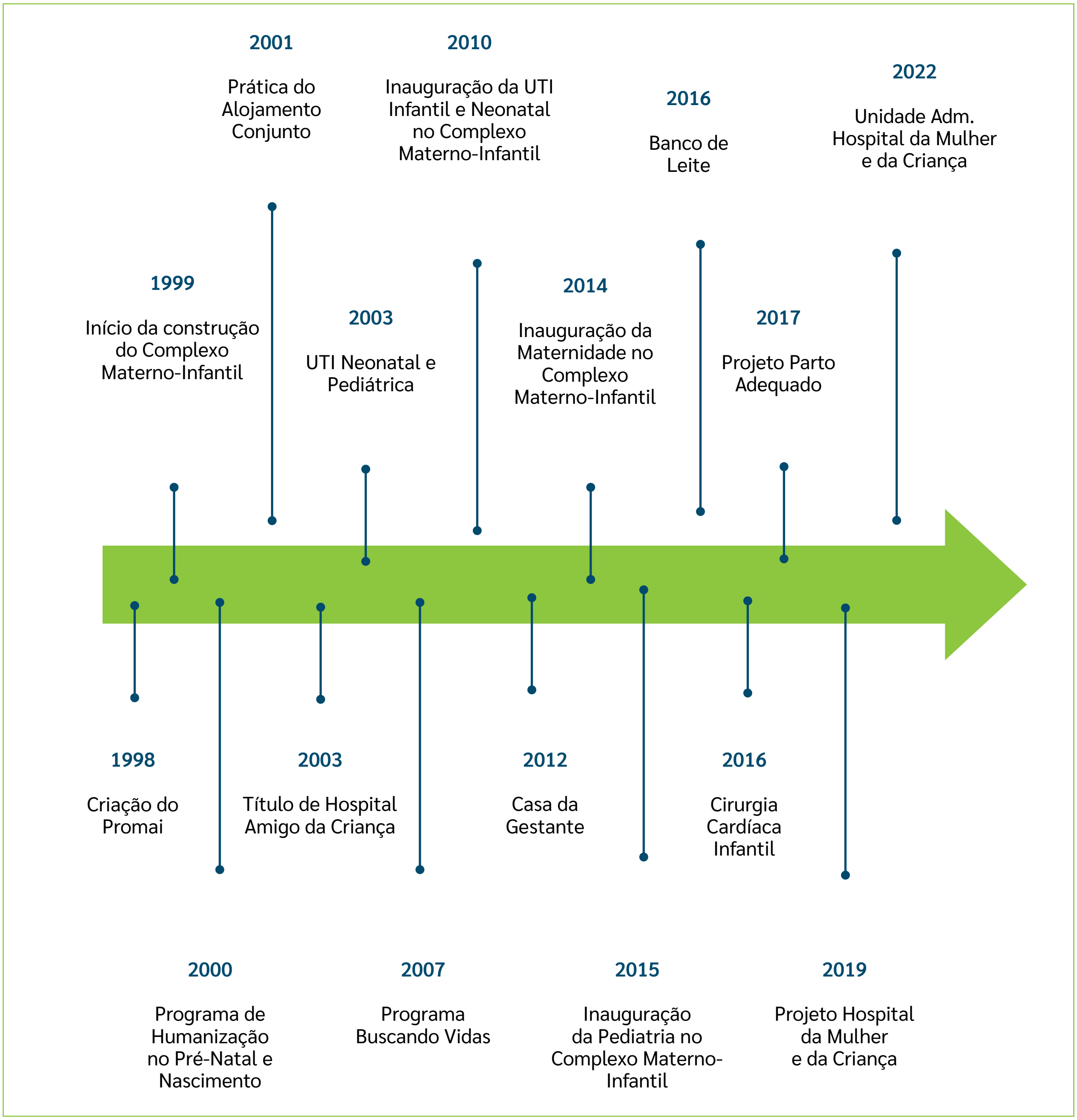
No ano de 1998, havia um vazio assistencial para a linha do nascimento, sem estrutura para atendimento de gestantes de alto risco, unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica e assistência pré-natal. Como consequência, a taxa de mortalidade infantil era alta se comparada com a de países desenvolvidos: 29,2 a cada mil nascidos vivos no ano de 2000.

Frente a essa realidade, a SCMP criou em 1998 o Programa Materno-Infantil (Promai) com o objetivo geral de desenvolver ações multidisciplinares integradas e articuladas com a rede de atendimento do SUS, visando à redução da taxa de mortalidade do binômio mãe-filho e a proporcionar melhorias na qualidade de vida da mulher e da criança.

O programa adota modelos de atenção ao parto e nascimento que favorecem a qualidade dos serviços, valorizando o parto normal e contribuindo para a redução dos riscos decorrentes de cesarianas desnecessárias. Após o nascimento, todos os recém-nascidos que tiveram passagem pela unidade de terapia intensiva ou semi-intensiva neonatal são acompanhados até os 2 anos de idade pelo programa.

A Figura 1 apresenta os principais marcos no desenvolvimento do Promai.

Figura 1– Linha do tempo do Programa Materno-Infantil (Promai) da Santa Casa de Misericórdia de Passos (SCMP), Minas Gerais


2001
Prática do Alojamento Conjunto
2010
Inauguração da UTI Infantil e Neonatal no Complexo Materno-Infantil
2016
Banco de Leite
2022
Unidade Adm. Hospital da Mulher e da Criança
1999
Início da construção do Complexo Materno-Infantil
2003
UTI Neonatal e Pediátrica
2014
Inauguração da Maternidade no Complexo Materno-Infantil
2017
Projeto Parto Adequado
1998
Criação do Promai
2003
Título de Hospital Amigo da Criança
2012
Casa da Gestante
2016
Cirurgia Cardíaca Infantil
2000
Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
2007
Programa Buscando Vidas
2015
Inauguração da Pediatria no Complexo Materno-Infantil
2019
Projeto Hospital da Mulher e da Criança

Fonte: elaboração do autor.

A abrangência de atuação do programa é regional, compreendendo mais de 20 municípios em pré-natal e parto, e mais de 30 municípios na atenção hospitalar intensiva neonatal (UTI Neo). A equipe do Promai é composta por médicos (obstetras, ginecologistas, neonatologistas, pediatras), enfermeiras, psicóloga, fisioterapeutas, odontóloga, fonoaudiólogas, nutricionistas, assistente social e terapeuta ocupacional, além de voluntários da comunidade.

O programa foi estruturado em quatro componentes, sendo:

1) Saúde da criança

Nesse componente, são desenvolvidas ações que buscam promover a saúde física e mental da criança, esteja ela internada ou em acompanhamento ambulatorial.

- **Ambulatório de Neonatologia:** recém-nascidos com passagem pela UTI neonatal e pela unidade intermediária da Santa Casa de Misericórdia de Passos continuam a ser acompanhados pelos médicos neonatologistas, nesse ambulatório, após receberem alta hospitalar.
- **Ambulatório de Pediatria:** esse ambulatório atende aos bebês filhos das adolescentes que fizeram o pré-natal no Promai, até os 2 anos de idade.
- **Atendimento fisioterápico:** para os recém-nascidos de risco e crianças com sequelas neurológicas, são realizados seguimentos por meio de orientações e reavaliações.
- **Atendimento odontológico:** é dispensado às crianças filhas de mães que foram acompanhadas no pré-natal do Promai ou àquelas acompanhadas pela neonatologia e pediatria, até os 5 anos de idade.
- **Atendimento em fonoaudiologia:** é voltado aos recém-nascidos de risco e às crianças com sequelas neurológicas que passaram pela UTI neonatal, até os 2 anos de idade, avaliando o desenvolvimento da fala, da linguagem e do sistema motor-oral.
- **Avaliação diagnóstica:** acompanhamento da idade de aquisição das funções neuropsicomotoras de todos os recém-nascidos, até os 3 anos de idade, com passagem pela UTI neonatal e pela unidade intermediária da SCMP, além de orientação familiar para estímulo da aquisição dessas funções para prevenção de atrasos no desenvolvimento.
- **Brinquedoteca:** durante a internação, o hospital busca minimizar os efeitos causados nesse período com um espaço onde as crianças brincam, fazendo desse ato um estímulo a sua saúde física, emocional e intelectual.
- **Mãe-canguru:** esse método visa a aumentar o vínculo entre mãe e filho, estimular o aleitamento materno e promover o desenvolvimento da criança.
- **Teste da orelhinha:** desde setembro de 2008, a triagem auditiva neonatal é realizada em todos os nascidos vivos no município de Passos e microrregião. O teste é realizado na SCMP, em regime ambulatorial, no primeiro mês de vida da criança.
- **UTI Neonatal:** desde 2003, o hospital conta com uma UTI neonatal, que atende Passos e região. Essa estrutura foi fundamental para a redução da taxa de mortalidade neonatal.
- **UTI Cardíaca Infantil:** em 2016, foi incluída a cirurgia cardíaca infantil.

2) Saúde da mulher

Nesse componente, são desenvolvidas ações que promovem a saúde da mulher, com atendimento de planejamento familiar e cuidado integral às gestantes adolescentes e de alto risco, desde o pré-natal até a alta segura da mãe e da criança.

- **Ambulatório Pré-Natal de Alto Risco:** proporciona às gestantes adolescentes e de alto risco um pré-natal específico e adequado, com o objetivo de acompanhar a evolução da gravidez e conseguir uma boa preparação física e mental para o parto e para o cuidado da criança.
- **Ações socioeducativas:** são realizadas, desde 1999, as campanhas de combate ao câncer de mama e de colo uterino. Em 2007, iniciou-se o Programa Buscando Vidas em parceria com o Instituto Avon, cujo objetivo principal é contribuir para a implementação da rede de atendimento para detecção precoce do câncer de mama. O projeto abrange 33 municípios e tem como uma das metas ampliar o acesso de mulheres ao exame de mamografia. São

realizadas ações de conscientização e sensibilização sobre a importância da detecção precoce do câncer de mama, além de treinamentos para as equipes de atenção básica dos municípios e da disponibilização de um único banco de dados para o monitoramento do projeto, o SISVIDAS.

- **Educação dos profissionais** nas redes de atenção à saúde, com o objetivo de capacitá-los para o atendimento de identificação de risco e encaminhamento precoce ao pré-natal de alto risco; puericultura; amamentação e planejamento familiar.

3) Incentivo ao aleitamento materno e ao alojamento conjunto

Desde 1999, é realizado um trabalho de envolvimento das crianças nas campanhas anuais de aleitamento materno, por meio da participação de alunos do 1º ao 9º ano do ensino fundamental em concursos de frases e cartazes sobre o tema. Essas campanhas estimulam a discussão, entre as próprias crianças, sobre a importância da amamentação.

Em 2001, foi implantado o Alojamento Conjunto no hospital, que, além de vários benefícios para a mãe e o bebê, torna a amamentação mais fácil. É realizado um trabalho intenso de orientação e conscientização sobre a importância dessa ação. As lactantes com dificuldades na amamentação são atendidas por profissionais especializados em aleitamento materno para não desistirem da amamentação. Como resultado, a taxa de amamentação exclusiva atual é de 87%.

Em 2003, o Ministério da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) concederam à instituição o título de “Hospital Amigo da Criança”.

4) Construção do Complexo Materno-Infantil

Em 1999, iniciou-se a construção do Complexo Materno-Infantil. A unidade é composta por cinco pavimentos, nos quais estão distribuídos leitos clínicos, Alojamento Conjunto, PPP (pré-parto, parto e pós-parto), Centro Obstétrico, Pediatria, UTI Neonatal e Pediátrica e UTI Cardíaca Infantil.

Em 2012, foi inaugurada a Casa da Gestante, uma casa de apoio anexa ao hospital onde as mães da região permanecem enquanto seus bebês estão na UTI Neonatal, ou ainda, durante o pré-natal, quando precisam estar próximas ao hospital.

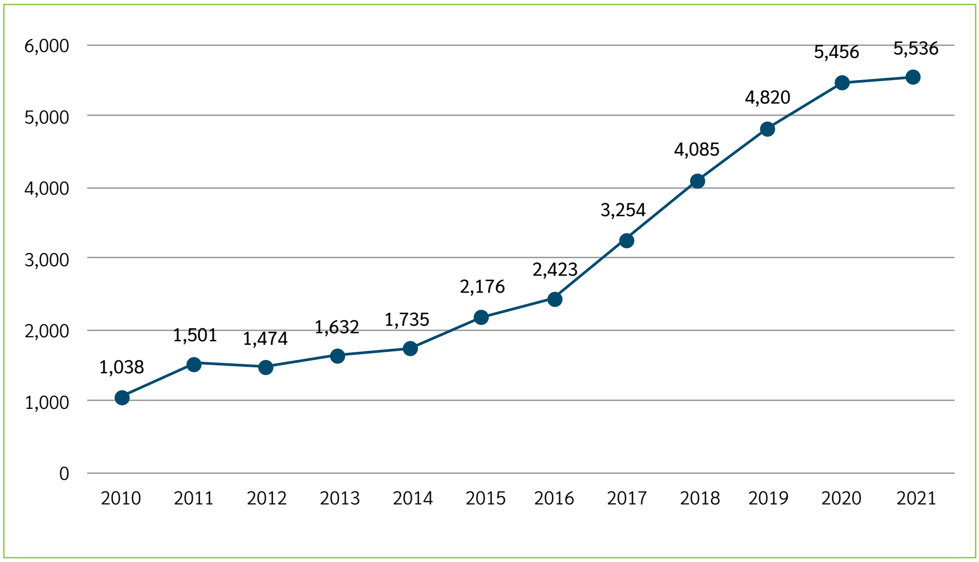
Em 2016, iniciou-se o Banco de Leite, com o objetivo de incentivar, proteger e promover o aleitamento materno, visando à melhoria da qualidade de vida dos recém-nascidos da UTI Neonatal.

Várias ações de humanização são desenvolvidas na linha de cuidado do nascimento, dentre as quais se destacam:

- **Estamos ao seu Lado** – ações voltadas para a assistência ao parto humanizado:
  - o Acompanhante à escolha da mãe;
  - o Método não farmacológico para alívio da dor;
  - o Fisioterapia intra e pós-parto;
  - o Alojamento conjunto;
  - o Aleitamento de livre demanda;
  - o Visita livre dos pais e irmãos.
- **Ombro a Ombro –** identificação e definição de estratégias e condutas a fim de minimizar sintomas de dor e sofrimento dos bebês e de suas mães diante das perdas, proporcionando conforto, proteção e qualidade de vida:
  - o Estudo de casos semanais em Cuidados Paliativos em Perinatalogia pela equipe multidisciplinar do Complexo Materno-Infantil;
  - o Reuniões semanais com a equipe multiprofissional;
  - o Treinamento em comunicação de más notícias para toda a equipe.

Com mais de 20 anos de atuação, o programa é reconhecido regionalmente por seu compromisso de cuidar das pessoas com respeito, qualidade e segurança. E, com isso, os atendimentos no Promai crescem, em média, 17% ao ano. O Gráfico 1 apresenta a evolução dos atendimentos em números absolutos.

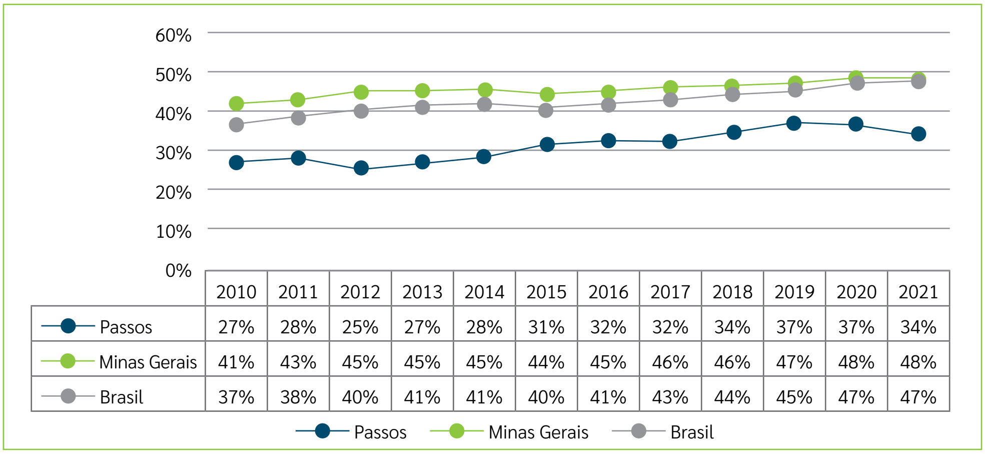
Gráfico 1 – Número de atendimentos anuais do Programa Materno-Infantil da Santa Casa de Misericórdia de Passos (Promai/SCMP), entre 2010 e 2021.



Fonte: Sistema Hospitalar Interno (SCMP)

Em relação a qualidade da atenção ao parto e nascimento, uma das estratégias adotadas é a utilização da Classificação de Robson, um método que permite avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas ao longo do tempo. Considerando que a maternidade da SCMP é regional e atende casos de alto risco, a taxa média de cesáreas realizadas via SUS é de 31%. Ainda assim, esses resultados estão bem abaixo das taxas médias de cesárea no SUS do estado de Minas Gerais e do Brasil, respectivamente, de 45% e 42%.

Gráfico 2 – Taxas de cesáreas realizadas anualmente via SUS em Passos (MG), no estado de Minas Gerais e no Brasil (2010-2021).

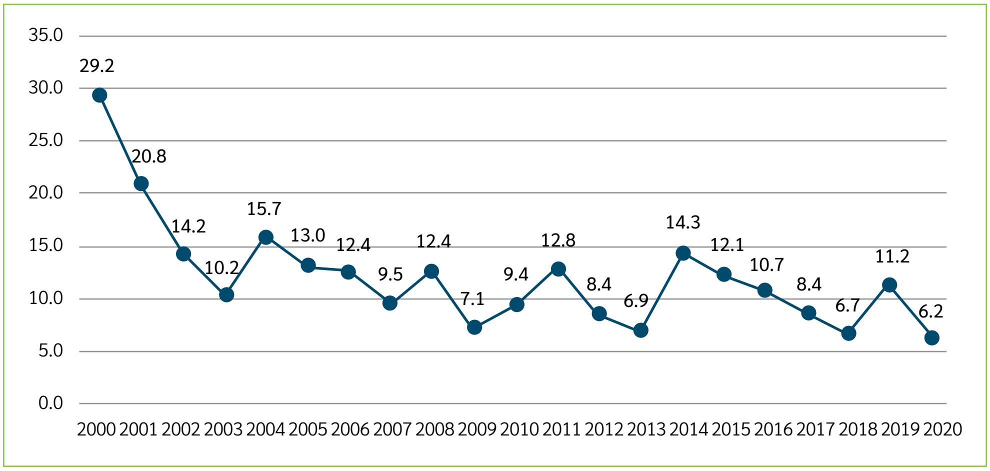


	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Passos	27%	28%	25%	27%	28%	31%	32%	32%	34%	37%	37%	34%
Minas Gerais	41%	43%	45%	45%	45%	44%	45%	46%	46%	47%	48%	48%
Brasil	37%	38%	40%	41%	41%	40%	41%	43%	44%	45%	47%	47%

Fonte: TabWin/DataSUS

Como consequência de todas as ações realizadas no âmbito desses quatro componentes, o impacto na comunidade da região atendida foi a redução da taxa de mortalidade infantil, que foi o principal motivador para a criação do programa – hoje, essencial para uma população regional de mais de 30.000 mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos.

Gráfico 3 – Taxas anuais de mortalidade infantil na Santa Casa de Misericórdia de Passos (MG), no âmbito dos atendimentos via SUS, entre 2000 e 2020.



Fontes: Tabwin/DataSUS e Sistema Hospitalar Interno (SCMP)

Dado seu constante crescimento, em 2022 o Complexo Materno-Infantil foi transformado em unidade administrativa do hospital, hoje denominada Hospital da Mulher e da Criança. E o Promai consolida-se como um programa que promove **ações que transformam vidas**.

CONCLUSÃO

A experiência do Promai proporciona *insights* importantes para a revisão do papel do hospital na promoção e nos cuidados de saúde. Em mais de duas décadas de atividade, fortalece o protagonismo que o hospital pode exercer junto à comunidade, promovendo a integração dos diversos atores do sistema e potencializando os resultados com valor agregado, ou seja, como integrador das ações de saúde de forma colaborativa com a governança.

Com o olhar para o futuro, vislumbram-se as "10 megatendências em *healthcare* para a próxima década”[a] apresentadas por Fabricio Campolina, presidente da Johnson & Johnson MedTech Brasil, em artigo publicado em fevereiro de 2020. Tendo como base a transformação digital, em especial a inteligência artificial, são elas:

1. Maior expectativa de vida saudável – expandir o limite biológico e chegar em idade avançada com saúde.

2. Necessidade de reescrever o DNA de negócios – o ecossistema estará voltado para a geração de valor à saúde da população.

---

[a] Campolina F. As 10 megatendências em healthcare para a próxima década. LinkedIn [Internet]. 2020 Jan 31 [Cited 2022 Nov 23]. Available from: https://www.linkedin.com/pulse/10-megatend%C3%AAncias-em-healthcare-para-pr%C3%B3xima-d%C3%A9cada-campolina/.

3. ***Hubs* sociais e determinantes sociais de saúde** serão alavancas fundamentais para alcançar um sistema de saúde sustentável.

4. Desaparecimento da fronteira entre os mundos físico e virtual – a tecnologia 5G será cem vezes mais rápida do que a tecnologia atual e suportará milhões de dispositivos conectados por metro quadrado; a distância física passará a ter pouca relevância, e o mundo virtual estará totalmente integrado a nosso mundo real.

5. A ascensão do consumidor de serviços de saúde, que deixará de ser mero paciente e passará a ser protagonista das decisões relacionadas a sua saúde.

6. A era da inovação aberta – viveremos cada vez mais em um mundo integrado e de colaboração, em que cada pessoa, física, jurídica ou virtual, colocará seus ativos a serviço de um propósito comum.

7. O divisor de águas será a medicina ultrapersonalizada, cuja visão inclui mapeamento genético, identificação do tratamento mais efetivo para a pessoa por meio da inteligência artificial, produção em casa, com impressoras de 3D, de comprimidos e próteses individualizados.

8. Busca pelo equilíbrio entre transparência e privacidade – maior transparência reduz o risco de desvios éticos e facilita o acesso de dados individualizados, o que poderá proporcionar diagnósticos mais precoces e tratamentos mais efetivos. Por outro lado, a demanda da sociedade por privacidade vai gerar um debate que poderá pender para extremos e, até o final da década, deverá atingir um equilíbrio.

9. Supremacia da colaboração homem-máquina – o próximo nível da transformação digital na assistência médica estará centrado em núcleos inteligentes que facilitem essa colaboração.

10. A revolução da cirurgia digital – a combinação da transformação digital com a cirurgia robótica dará origem à cirurgia duplo dígito durante esta década e deverá se tornar um dos maiores segmentos.

Fazendo um recorte dessa análise de Campolina, inserir o hospital atual nesse novo cenário nos impõe desafios gigantescos em busca de um novo modelo de assistência, suportado por estruturas físicas e tecnológicas adequadas e sustentáveis, para alcançar o objetivo maior, que é melhorar a saúde da população, em todos os lugares, de todas as idades, promovendo uma vida longa, com estilo e hábitos de vida saudáveis.

E, para concretizar esse horizonte desafiador, a Santa Casa de Misericórdia de Passos iniciou em 2009 um processo de planejamento de seu futuro, o qual deu origem ao projeto Cidade da Saúde e do Saber (CSS): uma cidade-conceito que incorpora todos os elementos de *smart city* como forma de desenvolver um Ecossistema Integrado de Saúde e Estilo de Vida, onde as pessoas possam viver a experiência de uma vida urbana conectada e saudável, em todas as suas dimensões (corpo, mente, coração e espírito). Seu propósito é *gerar saúde para o mundo*, transformando a maneira com que as pessoas olham para a própria saúde ao inserir efetivamente o cuidado à saúde no cotidiano delas: morar com saúde, deslocar-se com saúde, alimentar-se com saúde, divertir-se com saúde, enfim, viver com saúde.

Dessa forma, a CSS pretende ser um *hub* de inovação em saúde, uma **plataforma** para integração digital das pessoas à saúde conectada e um ***living lab*** para desenvolvimento e experimentação de soluções ligadas a saúde e estilo de vida. Assim, representa o desenvolvimento e a implantação de um novo modelo de atenção à saúde, deslocando-se da característica assistencial hospitalar para um modelo integrado de geração de saúde, de forma que a SCMP possa olhar mais para as pessoas e menos para doenças, ter sustentabilidade e perenidade de seus propósitos institucionais.

Por fim, em nossa visão, o **Hospital do Amanhã** será aquele que estiver preparado para essa nova realidade, trazendo uma abordagem unificada e integrada, em que todas as partes interessadas participam visando a promover mais acesso para as pessoas com modelos de assistência inovadores e humanizados e com melhores custos.

ARTIGO ORIGINAL

7

Boas práticas para a gestão da saúde do futuro

Leandro Figueira

Graduação em Medicina pela Universidade de Vassouras; especialização (residência médica) em Anestesiologia pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE); MBA em Gestão de Organizações Hospitalares e Sistemas de Saúde pela Fundação Getulio Vargas (FGV); MBA Executivo em Gestão Estratégica e Econômica de Negócios pela FGV; diretor de Cuidado Integrado do Hospital Israelita Albert Einstein; São Paulo/SP.

Por definição, futuro é algo que se segue ao presente ou que está relacionado ao tempo que há de vir. Pois bem, quando você estiver lendo este texto, todas estas informações já serão parte do passado, pois o momento da autoria precede o momento de contato do leitor com este conteúdo. E qual é a relação disso com a gestão dos serviços de saúde? A complexidade desse sistema traz a necessidade de interpretações baseadas em situações passadas, com informações relevantes e confiáveis, desafiando os gestores a uma tomada de decisão futura e assertiva com base em toda a sua série histórica.

Albert Einstein, em uma de suas célebres frases, afirmou que é uma "insanidade continuar fazendo sempre a mesma coisa e esperar resultados diferentes". Em nosso mundo atual, o que se espera dos gestores em saúde é que, para a busca de melhores resultados, não continuem tendo a mesma atitude! Planos de ação são extremamente importantes para que possamos ter melhorias contínuas em todos os nossos processos, com delegações claras para as lideranças ou para quem estiver responsável pelos indicadores-chave.

Portanto, falar sobre boas práticas de gestão da saúde tem gerado oportunidades relevantes aos modelos gestores atuais. Um pilar bastante estratégico em que se fundamenta a atual gestão em saúde é a discussão de centralizar o olhar na experiência do cliente. Por parte dos gestores e tomadores de decisão, deve-se entender a experiência do paciente e, consequentemente, sua satisfação, como um caminho a ser trilhado por ele – pensando que, caso ele não tenha opções dentro de um sistema de saúde, sua satisfação passa a ser dicotômica, pois, na necessidade do cuidado, o que importa para o paciente é ter a continuidade dele. A experiência do paciente é um conceito mais amplo, em que, podendo fazer escolhas dentro de seu fluxo em um serviço de saúde, o indivíduo participa de seu plano terapêutico como forma a escolher aquilo que lhe satisfaz.

Esse olhar centralizado no cuidado ao paciente permitiu, nos últimos anos, a busca pela máxima eficiência com entrega de valor para aqueles que acessam os sistemas de saúde em qualquer lugar do mundo. Os resultados, sempre bastante abrangentes, foram mensurados pelo ponto de vista mais amplo do conceito de saúde e também pelo econômico, mostrando claramente que, ao longo do tempo, o ciclo do cuidado baseado na experiência do paciente trouxe benefícios de saúde para aqueles que se engajam nos programas, refletindo em resultados financeiros relevantes para as instituições que possuem práticas centradas nesses modelos e provando que a longevidade e a sustentabilidade do setor são dependentes da experiência de seus usuários ao longo do ciclo de vida.

Pesquisas apontam que são atributos da satisfação do paciente: o acesso ao serviço, o quantitativo de pessoal, o ambiente, a interação com a equipe de saúde, a competência técnica dos profissionais, a percepção de segurança com a presença do familiar, os padrões assistenciais presentes nos cuidados e a mudança no estado de saúde dos pacientes.

Partindo desse pressuposto, é possível considerar que a experiência do paciente pode ser promovida por ações que:

- **facilitem o acesso ao serviço de saúde –** realizar melhorias de infraestrutura que melhorem a acessibilidade, organizar agendas em horários que sejam mais fáceis de se adaptar às rotinas dos pacientes e possuir recursos que permitam que todas as etapas assistenciais sejam realizadas na mesma instituição certamente são ações que facilitam essa percepção pelos pacientes;
- **aumentem a comodidade de pacientes e familiares/cuidadores –** investimentos em mobiliário, higiene e ambiente não apenas renovam as áreas do serviço de saúde, como também fazem com que os

usuários se sintam mais confortáveis, desconcentrando sua atenção do sofrimento que a patologia lhe traz;

- **humanizem o atendimento –** envolver o paciente e seus familiares no cuidado, como forma de aumentar a adesão aos tratamentos e de gerar corresponsabilização nas terapias, faz com que os pacientes percebam os critérios de qualidade e segurança, assim como melhora seu estado de saúde.

Sendo um dos pontos importantes das boas práticas de gestão, o controle efetivo dos custos no sistema de saúde está relacionado ao custo-efetividade e à responsabilidade. Há uma luta incessante na gestão de serviços de saúde pela maior eficiência operacional, com o gerenciamento de indicadores de produção e faturamento, para que seja fornecido um serviço com o maior aproveitamento possível de recursos – o tempo, as pessoas e os materiais –, sempre vislumbrando a minimização dos desperdícios no serviço. Todos os participantes do sistema, sejam os diretamente ligados à assistência, sejam os ligados à administração, têm sua parcela de responsabilidade, e reconhecer este fato já é um começo para a disseminação da cultura de utilização responsável dos recursos. Os objetivos estratégicos dependentes da operação precisam ser desdobrados até os profissionais diretamente envolvidos com o paciente, pois eles precisam perceber o quanto sua atividade executada de forma incorreta ou não planejada impacta o negócio.

Cabe a todos o controle desses recursos, fator decisivo para que a distribuição dos recursos disponíveis seja uniforme, possibilitando uma maior inclusão de pessoas em um sistema de saúde mutualista que, em qualquer país, seja ele desenvolvido, seja em desenvolvimento, tem limitações de recursos. Quando falamos em custo-efetividade, estamos discutindo quais são os reais benefícios aplicados à saúde de quem utiliza os recursos disponíveis. Muitas vezes, a distribuição irracional ou mesmo irresponsável desses recursos pode colocar todo o sistema em risco de falência.

Não podemos evoluir na discussão sobre gestão responsável sem construir um estudo aprofundado de saúde populacional. Esse tipo de estudo, reconhecido por sua relevância quanto aos determinantes da saúde, passa pela identificação e estratificação dos riscos da população estudada. A gestão de risco é o nome dado a um conjunto de atividades gerenciadas com o objetivo de controlar uma organização frente às potenciais ameaças, seja qual for a área impactada. Uma boa gestão de risco está associada ao planejamento e ao uso dos recursos humanos e materiais para mitigar os riscos ou, ainda, tratá-los. Em geral, os riscos são classificados em altos, emergentes ou habituais.

Mapear adequadamente os riscos e extrair dados confiáveis do sistema é crucial para o reconhecimento das necessidades individuais e ampliar sobremaneira os custos coletivos, com exigência de avaliações precisas e aprofundadas. Em outras palavras, as avaliações de risco dos grupos de pacientes que possuam condições crônicas ou agudas podem direcionar as políticas populacionais, racionalizando tratamentos e recursos do sistema. Muito se discute sobre as formas de obtenção dos dados e sobre a correta identificação dos casos para uma gestão de saúde organizada; pesquisas recentes demonstram que, nos últimos anos, o mapeamento e o acompanhamento dos riscos organizacionais e das condições da saúde da população foram fundamentais para o direcionamento de políticas de saúde pública, as quais atendem ao mercado tanto público quanto privado, já que estes setores consomem cerca de 10% do produto interno bruto (PIB), com potencial incremento nos próximos anos.

A evolução constante das boas práticas de gestão no sistema de saúde levou à aplicação de um conhecimento já difundido, mas pouco estruturado em nosso país. Esse processo passa diretamente pela gestão da experiência dos colaboradores, que são os efetivos agentes de saúde. Um passo importante demonstrado no pós-pandemia é que os conceitos de saúde foram ampliados para incluir a saúde mental, visto que muitos dos recursos do setor foram consumidos pelo desconhecimento da dimensão que esse mal causaria na sociedade como um todo. Muito se diz que uma empresa com gestão eficaz deve obrigatoriamente zelar pela saúde de seus colaboradores para que eles, gozando de uma saúde mais equilibrada, possam transformar a saúde de seus assistidos, criando um ciclo mais positivo de assistência e assistidos.

Porém, o que vimos durante a pandemia foi um número insuficiente de profissionais em um mercado de trabalho aquecido e ávido por contratações emergenciais para suprir a demanda de atendimento. Soma-se a isso o fato de profissionais, na maioria não percebendo a valorização de seu trabalho na remuneração, acumularem dois ou até três vínculos empregatícios, além da carga emocional gerada pelo cenário catastrófico junto aos pacientes e pelo medo de transmitir a patologia aos familiares. Todos esses aspectos geraram uma sobrecarga nunca vista antes nesta geração de trabalhadores, que acabaram adoecendo por síndromes como *burnout*, pânico e tantas outras doenças psiquiátricas devido ao esgotamento emocional.

Outro ponto fundamental para a boa prática de gestão é a transparência. Transparência é um termo que hoje em dia está na pauta da sociedade e, por vezes, tem sido banalizado, visto que, na prática, as informações não se revelam como todos os *stakeholders* gostariam de vê-las. A transparência vai desde a apresentação dos bons e maus resultados, dos aprendizados e das oportunidades de melhoria até a demonstração clara da administração de todos os recursos empregados e disponíveis para o cumprimento do propósito de entregar saúde para todos aqueles que necessitam.

Um ponto importante – eu diria que até fundamental – para uma boa prática de gestão é a apresentação recorrente de todos os dados e de todas as ações decorrentes do conhecimento hoje disponível nas instituições para benefício da sociedade como um todo. O exercício e a prática da transparência vão além da demonstração dos resultados financeiros e das ações das empresas. Eles refletem como uma boa instituição cuida de seus pacientes, faz sua gestão populacional, cuida da saúde de seus colaboradores e apresenta critérios de sustentabilidade e perenidade dos negócios.

Gestão de saúde: o impacto em cada vida

Glória Brunetti

Graduação em Medicina pela Universidade de Santo Amaro; especialização (residência médica) em Doenças Infecciosas e Parasitárias pelo Instituto de Infectologia Emílio Ribas; médica infectologista e paliativista no Instituto de Infectologia Emílio Ribas; fundadora e presidente executiva do Voluntariado Emílio Ribas (VER); ; membro da Fundação Poder Jovem e líder do Comitê Saúde do Grupo Mulheres do Brasil; São Paulo/SP.

Nada é tão valioso quanto o ser humano!

A saúde desse ser humano é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo um pleno bem-estar físico, mental e social.

A saúde pode também ser facilmente entendida como o equilíbrio entre tudo o que estamos sentindo e vivendo, sabendo que pode ser interrompida, desequilibrada a qualquer momento por um problema físico – como uma dor de cabeça –, um problema emocional – como a comunicação de uma má notícia –, um problema espiritual – como uma perda e luto – ou mesmo um problema socioeconômico – como perder o emprego. Nos organizamos como sociedade para ativamente colaborar na recuperação da saúde das pessoas, de forma que reencontrem esse importante equilíbrio e bem-estar.

No passado, muitas instituições de saúde eram fortemente ligadas à religião, cuja benemerência acolhia, dava alimentação e disponibilizava recursos – que eram muito poucos, dado que a evolução da ciência na época não dispunha de avanços científicos para diagnóstico e tratamento.

Famoso exemplo desse modelo é o Hôtel-Dieu, com unidades em vários locais da França, entre as quais se destaca o Hôtel-Dieu de Paris, provavelmente construído a partir do século VII. No Brasil, temos nossas conhecidas Santas Casas, modelo português trazido para cá a partir de 1540, com a inauguração da Santa Casa de Olinda, em Pernambuco.

Falo de acolhimento, atenção e cuidado em uma situação de poucos recursos tecnológicos nos séculos passados. E, mesmo não sendo possível avaliar e mensurar o serviço prestado naquela época, ao pensar na entrega e na busca por perfeição no atendimento prestado pelos religiosos, leigos, nesses espaços para os enfermos, acredito que pode ter havido, sim, muita "qualidade".

Vejo a qualidade como o esforço para ser fazer algo bem-feito desde a primeira vez. E, a esse esforço, agregamos todas as possibilidades do momento em que vivemos.

Atualmente, partilhamos muitos modelos de gestão e de assistência, além de tecnologia que avança a largos e velozes passos, possibilitando diagnóstico e tratamento de diversas doenças de modo rápido, eficaz e seguro.

O grande desafio é e será a qualidade do serviço que entregamos!

Na saúde pública brasileira, temos desde 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), que é o único meio de acesso à assistência em saúde para mais de 150 milhões de brasileiros. Ele deve garantir o acesso a todos e a equidade na distribuição das verbas, que devem ser suficientes para as metas estabelecidas. Também deve garantir ótima qualidade no atendimento, além de focar a integralidade das necessidades de cada pessoa. Não, isso não é tarefa fácil.

A gestão pública deve ser ágil, transparente e justa em relação aos recursos destinados a ela. Para isso, além da constante capacitação dos gestores públicos, é preciso avançarmos muito na digitalização de todo o sistema. Hoje são várias e diferentes as linguagens do sistema de informática distribuídas pelos diversos equipamentos de saúde do SUS, o que dificulta o perfeito funcionamento de toda a rede. Facilitar a comunicação digital entre usuários, gestores e colaboradores/servidores melhora o acesso dos usuários e a regulação dos pacientes, e otimiza a compilação, a mensuração e a análise dos dados, inclusive de custos. Enfim, melhora o serviço, o atendimento e a satisfação de todos os envolvidos.

Na saúde suplementar, também são grandes os desafios, pois as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem ter ações eficazes e garantir acesso ao usuário/cliente no momento em que ele mais precisa, tanto para prevenção como para tratamento, e procurar atingir a satisfação de todos os envolvidos – usuários e prestadores de serviços. Tudo isso dentro dos recursos, financeiros e estruturais, de que dispõem.

A satisfação do cliente está em destaque quando falamos de boas práticas na gestão de saúde. Assim, os conflitos, em relação tanto à qualidade do serviço prestado quanto à remuneração, que muitas vezes existem entre as operadoras de saúde e os prestadores de serviços (como médicos e outros profissionais de saúde, hospitais e laboratórios) vão impactar diretamente o cliente e, é claro, a recuperação ou preservação de sua saúde.

As relações entre prestadores e operadoras devem ser reguladas pela Agência Nacional de Saúde (ANS), objetivando garantir o melhor atendimento ao cliente e sem custos adicionais. Destaca-se que a finalidade do contrato de plano de saúde é a assistência integral à saúde do cliente, considerando sua percepção quanto à qualidade do serviço.

Uma das perguntas mais frequentes que se faz em questionários para medir a satisfação do cliente é: “Você recomendaria este serviço/produto para seus amigos?”. A resposta direciona rapidamente para a vontade ou recusa daquele cliente de repetir a experiência. Vários fatores podem influenciar o cliente e sua experiência com um serviço, impactando diretamente sua satisfação.

Destaco o fator tempo, sempre lembrado porque a maioria das pessoas procura o melhor atendimento com o menor tempo de espera. Aprendemos a fazer diversas atividades mais rapidamente – inclusive agora usamos frequentemente a entrega de muitos produtos e serviços em casa –, mas, mesmo com essa otimização, o tempo continua sendo algo escasso, valioso e sempre em falta na nossa vida. Assim, tempo para marcar uma consulta ou um exame, tempo para liberar a aprovação de um procedimento (uma cirurgia, por exemplo), tempo que se espera para ser atendido em um pronto-socorro contribuem muito para a percepção de um bom atendimento e revelam se a gestão de saúde ali aplicada foi ou não eficiente.

O importante, quando falamos das boas práticas aplicadas na gestão de saúde, é ter em mente que estamos focando a vida de uma pessoa, que está necessitando de atenção e cuidados e que merece todo nosso comprometimento e conhecimento para que se alcancem os melhores resultados.

ARTIGO
ORIGINAL
9

Otimizar para transformar – um passo para o futuro da saúde

Leandro Firme

Graduação em Administração pelo Instituto Municipal de Ensino de Bebedouro (Imesb); especialização em Administração Hospitalar pela Universidade de Ribeirão Preto (Unaerp); MBA em Gestão Financeira e Controladoria pela Fundação Getulio Vargas (FGV); MBA em Liderança, Inovação e Gestão pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); CEO da Unimed Porto Alegre; Porto Alegre/RS.

O que nós, líderes, tomadores de decisões dos principais *players* deste complexo e ambíguo sistema de saúde, temos feito – além de muito falar – para construir a saúde do futuro? De que maneira nossas ações podem ser percebidas como valor em todos os sentidos e em todas as pontas deste elo da corrente?

Peter Drucker estava certo ao dizer que "a melhor maneira de prever o futuro é inventá-lo". Nesse sentido, proponho uma mudança de perspectiva. Hoje, nossos planos de ação são norteados por discussões baseadas em **o que e como fazer**, enquanto nosso foco real deveria ser **para quem e por que fazer**. A saúde do futuro carece de objetividade e confiança nas relações, e essa simples inversão poderá nos levar a um plano operacional executivo mais pragmático, mais ágil e assertivo. A transformação digital, marca de nosso tempo, é outro elemento sobre o qual precisamos nos debruçar se quisermos reposicionar os negócios de saúde.

Ao revisitar o período avassalador da pandemia de covid-19 – marcado por uma crise sanitária e econômica, com efeitos globais nunca antes sentidos na contemporaneidade –, reencontramos aprendizados importantes, como priorizar o essencial e confiar uns nos outros. Presenciamos uma mobilização incansável de pessoas e empresas em prol de soluções. O sistema privado de saúde apoiou o sistema público e vice-versa; os profissionais de saúde, "heróis aclamados", apoiaram-se mutuamente; a indústria da saúde e as de outros segmentos se uniram e dedicaram unidades específicas para a produção de insumos e equipamentos básicos para a assistência. Esse episódio demonstrou que iniciativas inovadoras, boa vontade, priorização das demandas, aceleração da introdução de novas tecnologias, atitudes mais prospectivas e menos reativas e, principalmente, a execução de um plano de emergência são um caminho factível.

A **confiança**, no entanto, foi o grande diferencial. Em um plano de emergência, somos forçados a **confiar** uns nos outros, e cada um exerce seu papel com responsabilidade e entrega o melhor para que o todo seja beneficiado. Legados são construídos por meio da união de esforços e da convergência de pensamentos e de atitudes. Nesses momentos, percebemos que juntos somos mais fortes. A confiança entre os atores deste complexo ecossistema será o ponto de partida para a construção da saúde do futuro, a chave habilitadora para o novo, despertando iniciativas capazes de garantir a perenidade e a sustentabilidade dos negócios.

Pensar na saúde do futuro também nos remete a uma profunda reflexão acerca da necessária transformação digital dos processos e das técnicas. Mas será que há maturidade em todos os elos desta cadeia produtiva para uma transformação disruptiva? Ou deveríamos focar nossas energias em um processo de otimização digital?

Em relação a segmentos como financeiro, industrial, automotivo, aeronáutico e varejista, por exemplo, percebemos que o processo de transformação digital do segmento de saúde está atrasado.

Da última década para cá, acompanhamos intensas movimentações de fusões e aquisições em nosso setor, reformatando parte da rede de acesso à saúde em estruturas de governança verticais extremamente profissionalizadas e integradas. Esses movimentos no mercado de saúde, de certa forma, têm gerado uma evolução na incorporação de novas tecnologias, com a implantação de *hubs* de inovação, a democratização do acesso à saúde (a exemplo da telemedicina) e uma busca incessante por eficiência e sustentabilidade do sistema. No entanto, de nada adianta uma corrida desenfreada na tentativa de recuperar o tempo perdido sem que as novas regras ou premissas desse jogo insano estejam claras e consensadas entre todos os *players* do ecossistema de saúde. Então, por onde começar? O que priorizar? Quais atitudes e ações que podemos adotar hoje nos permitirão construir esse novo cenário?

A era digital vem empurrando as transformações nas dinâmicas de governança e gestão em todos os segmentos da economia, principalmente no de saúde, pressionado a acelerar esse processo desde a pandemia. Sabemos que o segmento de saúde do Brasil é caracterizado pela burocracia exagerada nos processos, pelos custos altos e pela famosa procrastinação na tomada de decisões. Porém, aderir ao movimento digital já não é mais uma opção, e sim uma condição para permanência no mercado.

Iniciativas como a digitalização dos processos e o uso da inteligência artificial abrem um leque de oportunidades capazes de reposicionar os negócios em saúde, além de apoiá-los na escolha das jornadas mais eficientes e na melhor tomada de decisão. A inteligência artificial, "a nova eletricidade", vem tomando espaços e está cada vez mais presente no dia a dia de hospitais, clínicas, laboratórios e demais serviços de saúde deste complexo ecossistema. Não há mais tempo para adiar decisões. Ou nós fazemos ou ela fará por nós: de forma melhor, mais ágil, mais barata e mais assertiva.

Líder mundial em pesquisa e aconselhamento para empresas, o Gartner anunciou recentemente as dez principais tendências tecnológicas que as organizações poderão explorar nos próximos anos e que nos servem de referência. Elas são construídas em torno de três ações: otimizar, dimensionar e ser pioneiro.

O processo de otimização passa principalmente pelo engajamento das pessoas, além de programas robustos de inovação e remodelagem nos processos atuais alinhados à melhor escolha de investimento em tecnologias. Nessa linha do pensamento, é preciso intensificar o investimento em um processo evolutivo e educativo das pessoas, do mais alto escalão corporativo – conselhos de administração, gestores, tomadores de decisão – até as bases operacionais. A transformação começa por um programa de educação estruturante, que seja capaz de desenvolver nas pessoas um *mindset* digital, fortalecendo o aculturamento organizacional ao tema *data driver*.

Precisamos criar ambientes de inovação, nos quais as pessoas se sintam seguras e motivadas a participar desse processo. Isso apoiará a escalada para a saúde do futuro. Afinal, fazemos para pessoas por meio de pessoas.

Hoje, temos um sistema de saúde caracterizado por um descompasso importante entre os *players*. A isso se relacionam as mais diversas variáveis, como a região de atuação, o acesso a tecnologias, a cultura organizacional, as prioridades de gestão, a maturidade dos líderes, os modelos assistenciais implantados, os históricos de saúde desencontrados dos pacientes e, principalmente, o entendimento sobre a importância da construção de um ecossistema integrado, no qual o paciente esteja no centro. Por essa razão, faz sentido a provocação de, inicialmente, otimizar para, em seguida, transformar. É preciso organizar, preparar – e há muito ainda a evoluir.

Para avançarmos na construção de um ecossistema de saúde do futuro, temos urgência em superar temas recorrentes, como o envelhecimento da população, o novo perfil do consumidor e a medicina personalizada, além da mudança no modelo assistencial pautado pelo valor em saúde e pela eliminação dos desperdícios. Também estão em discussão os custos crescentes, a incorporação de tecnologias emergentes, a melhor eficiência nos processos e nas técnicas médicas, a gestão de dados orientada a uma jornada mais inteligente e menos onerosa aos sistemas de saúde. Cabe aos tomadores de decisão considerar, ainda, a predição de eventos e agravos futuros na saúde populacional e a mudança necessária no modelo de remuneração, assim como proporcionar a melhor experiência aos pacientes. O enfrentamento dessas questões garantirá um ecossistema forte, tecnológico, sustentável e seguro.

A saúde do futuro que queremos começa agora. Devemos nos sentar à mesa e ter conversas difíceis. Humildade e transparência são essenciais. É preciso abandonar velhos e destrutivos hábitos pautados na quantidade. Posicionar o paciente ao centro, qualificar a coordenação do cuidado e genuinamente expor vulnerabilidades, acabando de vez com as desconfianças que, por décadas, afastaram e dividiram opiniões e atitudes. É tempo de somar, otimizar, integrar e entregar uma saúde de valor, percebida por todos e, principalmente, pelo paciente, que é quem de fato a usufrui.

O “paciente cliente”, assim chamado por anos, já não está tão paciente assim. Ele é bem-informado, está cada vez mais adaptado às tecnologias e preocupado com seu bem-estar. Tem exigido do sistema atual de saúde respostas que vão além do tratamento de doenças, ditando pautas urgentes que perpassam por prevenção, promoção, predição e autocuidado.

Sob pressão constante por novas respostas, o setor de saúde deve acelerar ainda mais o processo de otimização e ampliar exponencialmente a consciência digital entre todos os *players* do ecossistema para, então, se transformar em um segmento totalmente renovado, mais colaborativo, menos burocrático e mais tecnológico.

Enfim, temos à frente um futuro brilhante a ser construído. Nosso presente já parte apoiado por recursos importantes, como inteligência artificial, tecnologias emergentes, dispositivos individuais de monitoramento e de autocuidado com a saúde e metaverso. Porém, vale destacar que, somente por meio da ampliação em massa do *mindset* digital e da confiança restabelecida, reproduzidos em atitudes colaborativas inovadoras entre fonte pagadora, prestadores de serviços de saúde, indústria, médicos, profissionais de saúde e demais *players* envolvidos, poderemos dar mais um passo adiante e entregar de fato a saúde do futuro. A saúde que as pessoas desejam.

Institucional

SCiENCE
Edição Especial de Aniversário | 2 anos
TECNOLOGIA E MODELO DE GESTÃO:
O CENÁRIO DO FUTURO DA SAÚDE
EDIÇÃO ESPECIAL DE ANIVERSÁRIO DE 2 ANOS DA REVISTA SCIENCE, VOCÊ VAI CONHECER OS CONTEÚDOS
EXCLUSIVOS
COMO A PANDEMIA ACELEROU O PROCESSO DE AMADURECIMENTO PARA A GESTÃO EM SAÚDE?
Nesta edição especial de aniversário, 11 renomados autores respondem a esta pergunta

Equipe editorial

Editora-chefe:
Mara Márcia Machado

Editor-executivo:
Dr. Felipe Tolaini

Editor científico:
Fabrício dos Santos Cirino

Sobre a revista

A **Revista Science** é um periódico de fluxo contínuo, *on-line*, de acesso gratuito e revisado por um corpo editorial, com o objetivo de publicar artigos inéditos e atuais que apresentem avanços na gestão em saúde e na busca constante pela excelência.

Trazemos a nossos leitores exemplos práticos de sucesso.

Propósito

Queremos promover uma comunicação totalmente isenta com as instituições de saúde, ensino e pesquisa, com foco na divulgação e disseminação de boas práticas voltadas à gestão em saúde como ferramenta de promoção da qualidade e segurança do paciente.

Esperamos, com isso, fomentar o estudo e a promoção de estratégias em saúde que informem e debatam a importância de práticas líderes de gestão, inovação e sustentabilidade do negócio, bem como a geração de valor ao paciente e aos profissionais de saúde no contexto atual.

Uma prática líder é aquela considerada inovadora, centrada nas pessoas, baseada em evidências e implementada por equipes em uma organização.

O que buscamos

Práticas líderes que demonstrem mudanças positivas relacionadas diretamente ao cuidado e a serviços seguros, confiáveis, acessíveis, adequados e integrados.

A **Revista Science** é o espaço para o compartilhamento de conhecimento, com o intuito de reconhecer práticas inovadoras e efetivas. Buscamos, assim, compartilhar com o público geral, formuladores de políticas das organizações interessadas as práticas relacionadas às melhorias e mudanças reais na qualidade e no sistema de saúde. Essas práticas, além de publicadas, também serão promovidas pelo Instituto Qualisa de Gestão - IQG por meio de boletins informativos, webinares do Programa Brasileiro de Segurança do Paciente, conferências e materiais educacionais.

Normas de submissão

A **Revista Science** aceita manuscritos originais ou não publicados anteriormente em outros meios de comunicação ou revistas. Os textos que apresentarem semelhanças com materiais já publicados serão excluídos do processo de revisão.

O conteúdo dos manuscritos deve representar avanços para a qualidade em saúde, bem como representar práticas administrativas que reflitam novos conhecimentos, buscando-se a excelência para a prática, ensino ou pesquisa em saúde.

O manuscrito deve ser submetido por formulário próprio *on-line*:

O autor responsável pela submissão deve assinar eletronicamente a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais, conforme previsto no formulário de submissão. O número máximo de autores para cada submissão é seis.

Custos relativos à publicação: não serão cobradas taxas de submissão ou taxas editoriais se o artigo for aceito para publicação.

Categorias para publicação

Artigo Original: Resultados de pesquisas originais, abordagem metodológica rigorosa e clara, discussão minuciosa e interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Revisão sistemática com ou sem meta-análise ou metassíntese: Análise de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, visando à coleta de provas. Limitado a 25 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Estudo Teórico: Análise de teorias ou métodos que apoiem a qualidade e segurança do paciente, que contribuam para o desenvolvimento do conhecimento em saúde. Limitado a 15 páginas (incluindo resumos, gráficos, figuras e referências).

Relatório de Experiência Profissional: Estudo de uma situação de interesse quanto à atuação em saúde, nas diferentes áreas do conhecimento, contendo análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidências metodológicas adequadas para avaliação de eficácia de um procedimento ou estratégia. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Carta ao Editor Científico: Direcionada aos comentários dos leitores sobre os trabalhos publicados na revista, expressando concordância ou discordância sobre o assunto abordado. Limitada a uma página.

Editorial e Ponto de Vista: Convites feitos pelos editores da revista. Eles não são submetidos à revisão por pares.

Estrutura e preparação de manuscritos

Formato do arquivo: doc ou docx (MS Word).

Texto: Ortografia oficial em folhas A4; espaçamento de linha 1.5; fonte Times New Roman, tamanho 12, incluindo tabelas. As margens superior, inferior e lateral devem ser de 2,5 cm.

Página de título deve conter:

- **Título:** Máximo de 16 palavras, apenas na linguagem do manuscrito, em negrito, utilizando letra maiúscula apenas no início do título e substantivos adequados. Não devem ser utilizadas abreviações, siglas ou localização geográfica da pesquisa. Deve ser claro, exato e atraente.

- **Nomes dos autores:** Completos e sem abreviaturas, numerados em algarismos árabes, com a filiação institucional, localização, estado e país.

- **Instituições:** até três hierarquias de filiação institucional (Universidade, Faculdade, Departamento).

- **Autor correspondente:** Declaração de nome, endereço de *e-mail* e telefone.

- **Resumo:** Somente na linguagem do manuscrito com até 1.290 caracteres com espaços. Deve ser estruturado com as seguintes seções: Objetivo, Método, Resultados e Conclusão, exceto para estudos teóricos.

- **Descritores:** Três a seis descritores que identifiquem o assunto, seguindo a linguagem dos resumos; separados por um ponto e vírgula; e extraídos dos vocabulários DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborados pela BIREME, ou MeSH (Títulos de Sujeitos Médicos), elaborados pela NLM (Biblioteca Nacional de Medicina).

Documento principal

Para os artigos originais, os tópicos seguintes serão obrigatórios:

- Deve conter o título, o resumo, os descritores e o texto. Não inclui a identificação de nenhum autor.

- **Conteúdo de texto:** introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências, apresentados em seções distintas. Os objetivos devem ser inseridos no final da Introdução.

- **Introdução:** Breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas de conhecimento, a partir de referências atualizadas nacionais e internacionais.

- **Objetivo:** Principal foco do estudo.

- **Método:** Subdividir a seção nos tópicos: desenho do estudo; cenário populacional; critérios de seleção; definição da amostra (se aplicável); coleta de dados, análise e tratamento de dados, aspectos éticos.

- **Resultados:** Apresentação e descrição dos dados obtidos, sem interpretações ou comentários. Pode conter tabelas, gráficos e números para permitir uma melhor compreensão. O texto deve complementar ou destacar o que é mais relevante, sem repetir dados fornecidos nas tabelas ou números. O número de participantes faz parte da seção resultados.

- **Discussão:** Deve restringir-se aos dados obtidos e resultados alcançados, salientando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo o acordo e divergências em relação a outras pesquisas publicadas nacionais e internacionais. Deve indicar as limitações do estudo e os avanços no campo de pesquisa.

- **Conclusão:** Deve ser direta, clara e objetiva, respondendo às hipóteses ou objetivos, e fundamentada nos resultados e na discussão. Não cita referências.

- **Referências:** Máximo de 30 (exceto em estudos de revisão, dependendo da estratégia de busca e seleção). Seguem a proporção de 80% de artigos de revistas, com pelo menos metade deles indexada nas bases de dados internacionais.

- **Citações de referências no texto:** Listados consecutivamente, em numerais árabes sobrescritos e entre parênteses, sem mencionar o nome dos autores (exceto aqueles que representam uma formação teórica). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por um hífen, por exemplo, 1-4. Quando não sequenciais, devem ser separados por uma vírgula, por exemplo, 1-2,4.

- **Citações de referências no final do texto:** Usar o estilo "Vancouver", disponível em (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A lista de referência no final do manuscrito deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. Os títulos das revistas devem ser abreviados de acordo com a lista de periódicos

Indexados para MEDLINE (https://www.nlm.nih.gov/bsd/journals/online.html).

- Incluir apenas referências estritamente relevantes ao tema abordado, atualizadas (dos últimos 10 anos) e de abrangência nacional e internacional. Evitar incluir um número excessivo de referências na mesma citação e concentração de citações para o mesmo periódico. Os autores são de total responsabilidade pela exatidão das referências.
- **Figuras:** tabelas, gráficos e figuras, no máximo cinco, devem ser obrigatoriamente inseridos no corpo do texto, sem informações repetidas e com títulos informativos e claros. As tabelas devem conter em seus títulos a localização, estado, país e ano da coleta de dados. Quando não elaboradas pelos autores, todas as ilustrações devem indicar a fonte apropriada.
- **Apoio financeiro:** Declarar o nome de instituições públicas e privadas que forneceram financiamento, assistência técnica ou outra ajuda. Essas informações devem ser fornecidas na página do título.
- **Siglas:** Restritas ao mínimo. Elas devem ser explicadas na íntegra na primeira vez em que aparecem no texto. Não usar siglas ou abreviaturas no título ou resumo.

SCiENCE

www.revistascience.com