

# Revista Científica Faculdade Unimed

Periódico Interdisciplinar em Saúde, Cooperativismo, Gestão e Educação Superior





### **Diretoria Executiva Unimed do Brasil**

Orestes Pullin, Presidente

Alberto Gugelmin Neto, Vice-Presidente

Darival Bringel de Olinda, Diretor de Desenvolvimento de Mercado

Marcelo Mergh Monteiro, Diretor de Intercâmbio

Orlando Fittipaldi Junior, Diretor de Gestão de Saúde

Paulo Roberto de Oliveira Webster, Diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços

Viviane Vieira Malta, Diretora de Administração e Finanças

### **Diretoria Executiva Fundação Unimed**

Prof. Dr. Eudes de Freitas Aquino, Diretor-Presidente

Ary Célio de Oliveira, Diretor de Educação

Luiz Carlos M. Palmquist, Diretor Administrativo Financeiro

Paulo César A. Rangel, Diretor de Desenvolvimento e Responsabilidade Social

### **Conselho de Curadores da Fundação Unimed**

Alberto Gugelmin Neto, Presidente, Unimed do Brasil

Adalberto Baccarin, Conselheiro, Uniodonto do Brasil

Adelson Severino Chagas, Conselheiro, Seguros Unimed

Alexandre Augusto Ruschi Filho, Conselheiro, Central Nacional Unimed

Darival Bringel de Olinda, Conselheiro, Unimed do Brasil

Helton Freitas, Conselheiro, Seguros Unimed

João Luis Moreira Saad, Conselheiro, Unimed do Brasil

José Maria de Azevedo, da Unicred do Brasil

José Windsor Ângelo Rosa, Conselheiro, Unimed do Brasil

Marcelo Mergh Monteiro, Conselheiro, Unimed do Brasil



Marcio Pizzato, Conselheiro, Unimed do Brasil

Orlando Fittipaldi Junior, Conselheiro, Unimed do Brasil

Paulo Roberto de Oliveira Webster, Conselheiro, Unimed do Brasil

Viviane Vieira Malta, Conselheiro, Unimed do Brasil

### **Conselho Fiscal da Fundação Unimed**

Antônio Abrão Nohra Neto, Titular

Luiz Paulo Tostes Coimbra, Titular

Paulo Cesar Januzzi de Carvalho, Titular

Agenor Ferreira da Silva Filho, Suplente

Mauro Muinos de Andrade, Suplente

Paulo Roberto Fernandes Faria, Suplente

### **Diretoria Executiva Faculdade Unimed**

Prof. Dr. Eudes de Freitas Aquino, Diretor-Presidente

Ary Célio de Oliveira, Diretor de Educação

Luiz Carlos M. Palmquist, Diretor Administrativo Financeiro



**Conselho Editorial / Editorial Council**

Prof. Dr. Eudes de Freitas Aquino, Faculdade Unimed, Brasil

Ary Célio de Oliveira, Faculdade Unimed, Brasil

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carolina Resende Costa, Faculdade Unimed, Brasil

Prof. Dr. Duarte Nuno Pessoa Vieira, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

Prof. Dr. Marcelo Eidi Nita, Faculdade Unimed, Brasil

Prof<sup>a</sup>. Ms. Natália Cristina Alves Caetano Chaves Krohling, Faculdade Unimed, Brasil

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tânia Moreira Grillo Pedrosa, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Brasil

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Wanêssa Lacerda Poton, Universidade Federal de Pelotas/Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil



**Comitê Científico / Scientific Committee**

Prof. Dr. Álvaro Nagib Atallah, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

Prof. Dr. André Germano dos Santos Leite, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa, Faculdade Santa Maria , Brasil

Prof. Ms. Antônio Ferreira de Melo Júnior, Faculdade Multivix

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Bianca Magnelli Mangiavacchi , Faculdade Metropolitana São Carlos, Brasil

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Brunella Alcântara Chagas de Freitas, Universidade Federal de Viçosa, Brasil

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Cleia Marcia Gomes Amaral, Universidade de São Paulo, Brasil

Prof. Ms. Cloer Vescia Alves, Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

Prof.<sup>a</sup>. Ms. Denise Pimenta, Faculdade Unimed, Brasil

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Eliana Bernadete Caser, Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Flávia Amaral Rezende, Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Gisele Silva Lira de Resende, Centro Universitário Unicathedral

Prof. Dr. Hélio Borba Moratelli, Universidade Federal de Mato Grosso

Prof. Ms. Julian Silveira Diogo de Ávila Fontoura, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Luiz Paulo Ribeiro, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria da Penha Pereira de Melo, Faculdade Unimed, Brasil

Prof. Dr. Mario Luz Soares, FEA/USP

Prof. Dr. Paulo Sérgio Rodrigues de Paula, Universidade Federal de Santa Catarina e Université de Reims



Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Regina Viegas, CEFET-RJ

Prof. Dr. Renato Peixoto Veras, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Prof.<sup>a</sup>. Ms.<sup>a</sup>. Sara Rios Bambirra Santos, Faculdade Unimed, Brasil

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Suzana Schwerz Funghetto, Universidade de Brasília, Brasil

Prof. Dr. Wagner Fonseca Moreira da Silva, Faculdade Unimed, Brasil



**Editora Científica / Scientific Editor**

Profª. Drª. Carolina Resende Costa, Faculdade Unimed, Brasil

**Editora Geral / General Editor**

Fernanda Christina Costa, Faculdade Unimed, Brasil

**Editora de Texto e Layout / Design and Text Editor**

Anna Gabriela Teixeira, Faculdade Unimed, Brasil

**Editora Assistente / Assistant Editor**

Marina Moreira de Souza, Faculdade Unimed, Brasil



**2020 Revista Científica Faculdade Unimed**

Os autores são responsáveis pela apresentação dos fatos contidos e opiniões expressas nesta publicação.



<b>MISSÃO, FOCO E ESCOPO / MISSION, FOCUS AND SCOPE</b> .....	8
<b>APRESENTAÇÃO / PRESENTATION</b> .....	9
Prof. Dr. Eudes de Freitas Aquino	
<b>EDITORIAL / EDITORIAL</b>	
Política de governança e entrega de valor em saúde.....	12
Renato Camargos Couto e Tania Moreira Grillo Pedrosa	
<b>ENTREVISTA</b>	
A importância de se adaptar em tempos de mudanças: entrevista com Eugênio Mussak.....	17
Fernanda Maria Pereira	
<b>ARTIGOS / PAPERS</b>	
Articulação entre inovação, competências e desempenho: um estudo em hospitais da região metropolitana de Belo Horizonte.....	26
Leandro Pinheiro Cintra e Allan Claudius Queiroz Barbosa	
“Orações para Bobby”: quando o preconceito faz a vítima adoecer.....	50
Felipe Brito Fernandes, Giovani Anselmo M. Pelógia e Paulo Sérgio Rodrigues de Paula	
Saúde baseada em valor: afinal, qual a opinião sobre “valor” para os diferentes atores dos sistemas de saúde do Brasil?.....	59
Iara Muller Bernz, Rosa Lucchetta, Lucas Miyake Okumura, Tamiris Tatiane Dias, Mariana Papaléo Rosim, Bruno Salgado Riveros, Gabriel Ogata Pedro e Marcelo Eidi Nita	
<b>RESUMO DE DISSERTAÇÃO</b>	
A ouvidoria e sua contribuição na saúde suplementar: a RN 323/13 da ANS.....	83
Margareth Mauricio Monteiro	
<b>NORMAS / GUIDELINES</b> .....	96





A Revista Científica da Faculdade Unimed é uma iniciativa que visa o desenvolvimento da prática investigativa e o livre acesso à pesquisa científica. A Revista está cadastrada no Portal de Periódicos da Faculdade Unimed e utiliza o Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER).

**Público-alvo:** docentes, estudantes de graduação e pós-graduação, pesquisadores e outros interessados na produção científica das áreas Educação Superior, Saúde, Gestão e Cooperativismo.

**Missão:** veicular trabalhos científicos de docentes e discentes voltados ao desenvolvimento do cooperativismo, das práticas gerenciais aplicadas e da profissionalização em saúde no contexto do ensino superior.

**Políticas de Seção:** Revista Científica Faculdade Unimed publica trabalhos de docentes e discentes na forma de artigos, relatos, resenhas, resumos, entrevistas e trabalhos de pesquisa.

# apresentação



Caro (a) leitor (a),

Nesse contexto em constante transformação que estamos vivendo, o ensino e a capacitação ganham ainda mais força, seja para sustentabilidade das organizações ou para desenvolvimento pessoal e profissional. Por isso, a Revista Científica da Faculdade Unimed busca compartilhar conhecimentos que possam gerar ganhos para a sociedade.

Nesta edição, trazemos uma entrevista com o médico, professor e gestor de sistemas de educação, Eugênio Mussak, sobre a importância de se adaptar em tempos de mudanças e qual o papel da tecnologia e da educação a distância, que cresceu ainda mais na pandemia, nesse processo de aprendizado.

Também convidamos os presidentes do Grupo IAG Saúde, Tânia Grillo e Renato Couto, para mostrar como a adoção de uma política de governança estruturada pode ajudar as instituições de saúde a entregarem valor aos pacientes e a garantir sua perenidade e equilíbrio econômico-financeiro.

Essa temática também é abordada em um dos trabalhos apresentados, intitulado *Saúde baseada em valor: afinal, qual a opinião sobre valor para os diferentes atores dos sistemas de saúde do Brasil?*, que traz as percepções de médicos, gestores e representantes da indústria farmacêutica sobre conceitos relacionados ao modelo *Value-based healthcare* (VBHC).

Ainda na sessão de artigos originais, está disponível o trabalho *Articulação entre inovação, competências e desempenho: um estudo em hospitais da Região Metropolitana de Belo Horizonte*, que levantou elementos da estrutura organizacional, do modelo de gestão de



recursos humanos e os mecanismos que viabilizam o processo de inovação nessas organizações de saúde.

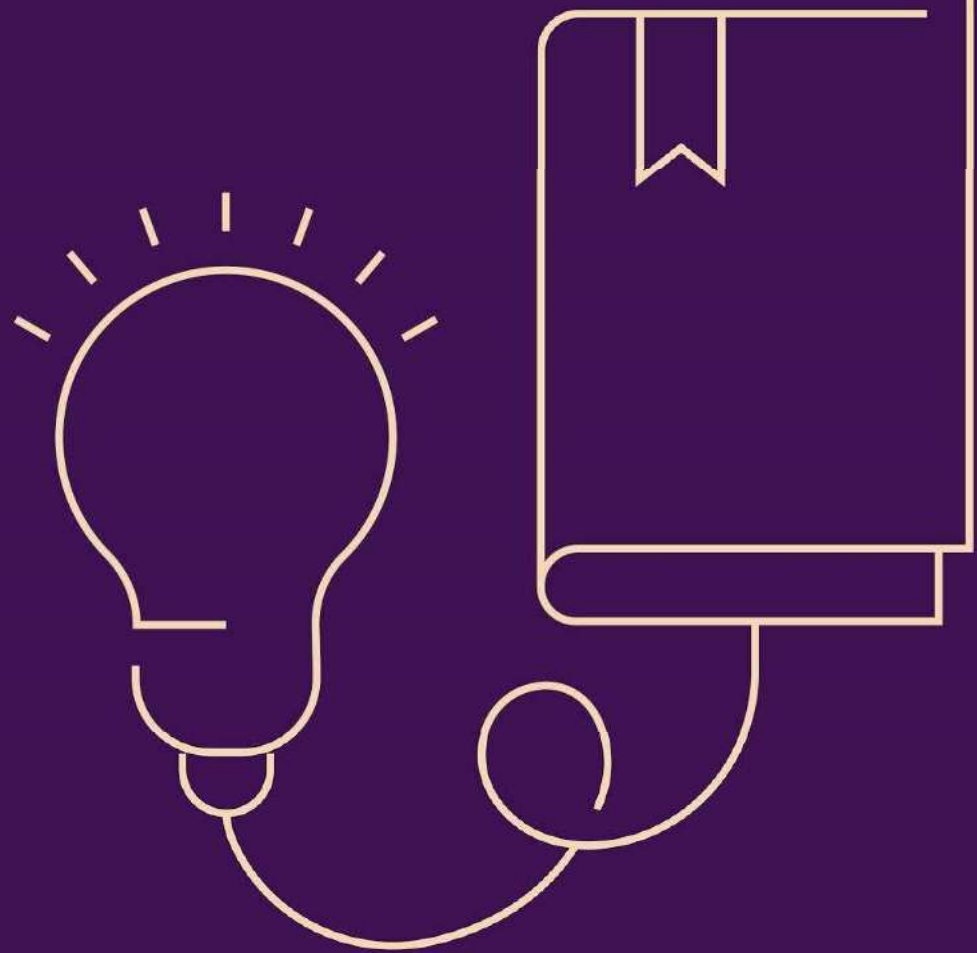
Já o artigo “*Orações para Bobby*”: *quando o preconceito faz a vítima adoecer* analisou o filme *Orações Para Bobby*, de 2009, dirigido por Russell Mulcahy. sob enfoque da Teoria do Estresse de Minorias proposta por Meyers.

Todos esses conteúdos podem ser conferidos, na íntegra, nas próximas páginas. Aproveito a oportunidade para agradecer aos autores participantes deste número por dividirem suas pesquisas e percepções, contribuindo para a consolidação da Revista Científica da Faculdade Unimed como fonte de pesquisa e referência para a comunidade acadêmica.

Boa leitura!

*Prof. Dr. Eudes de Freitas Aquino*  
*Diretor-geral da Faculdade Unimed*

# editorial





## POLÍTICA DE GOVERNANÇA E ENTREGA DE VALOR EM SAÚDE

### GOVERNANCE AND VALUE DELIVERY IN HEALTHCARE

#### Renato Camargos Couto

Médico, graduado pela Faculdade de Medicina da UFMG.  
Especialista em Clínica Médica pelo Hospital das Clínicas da UFMG.  
Especialista em Medicina Intensiva pela AMIB.  
Doutor em Ciências da Saúde, Infectologia e Medicina Tropical pela Faculdade de Medicina da UFMG.  
Professor da pós-graduação em Metodologia DRG (Grupos de Diagnósticos Relacionados) da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais - Feluma.  
Ex-Professor Associado Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG.  
Ex-Professor do curso de pós-graduação em Ciências da Saúde, Infectologia e Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da UFMG.  
Coordenador Técnico do curso de Capacitação em Modelo de Remuneração DRG da Faculdade Unimed.  
Presidente do Grupo IAG Saúde/DRG Brasil®.

#### Tania Moreira Grillo Pedrosa

Médica, graduada pela Faculdade de Medicina da UFMG.  
Especialista em Clínica Médica pelo Hospital das Clínicas da UFMG.  
Especialista em Saúde Ocupacional pela Faculdade de Medicina da UFMG.  
Doutora em Ciências da Saúde, Infectologia e Medicina Tropical pela Faculdade de Medicina da UFMG.  
Professora da pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais - Feluma.  
Coordenadora do curso de pós-graduação em Metodologia DRG (Grupos de Diagnósticos Relacionados) da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais - Feluma.  
Coordenadora Técnica do curso de Capacitação em Modelo de Remuneração DRG da Faculdade Unimed.  
Presidente do Grupo IAG Saúde/DRG Brasil®.



A entrega de valor deve ser o propósito dos sistemas de saúde. Essa é a receita para evitar desperdícios e falhas, que prejudicam a assistência ao paciente e os resultados alcançados pelas instituições do setor. Valor em saúde é determinado pela qualidade assistencial dividida pelo custo, alinhado a uma experiência positiva do paciente em sua trajetória no sistema de saúde (1) (2). O inverso de valor, portanto, é desperdício.

Para chegar a um índice positivo, é preciso focar nos 4 alvos assistenciais para aumentar a qualidade e eliminar o desperdício: uso eficiente do leito hospitalar; aumento da segurança assistencial; redução de internações evitáveis; diminuição de readmissões hospitalares não planejadas (3) (4).

As falhas de entrega de valor consomem 2,5% do Produto Interno Bruto (PIB) americano, conforme levantamento de Berwick e Hackbarth. Isso significa que a eliminação de 50% do desperdício do sistema de saúde dos Estados Unidos economizaria 1 trilhão de dólares (5).

Uma assistência adequada à atenção primária e um sistema de emergência resolutivo podem reduzir as chamadas internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). Hospitalizações cirúrgicas podem, da mesma forma, ser evitadas. Um serviço ambulatorial resolutivo integrado a uma transição de cuidados para o domicílio e incentivos econômicos para médicos e hospitais têm demonstrado elevada efetividade na ambulatorização de procedimentos cirúrgicos (3) (4).

No mundo, há ineficiência no uso do leito hospitalar (1). O aumento da permanência, além do esperado pela complexidade clínica, é determinado por falhas no complexo processo assistencial hospitalar; pela burocracia fútil nas relações entre hospital e operadora, como a demora para autorizações; por falhas nas relações com a família e o paciente; pela ausência de recursos extra-hospitalares para continuidade de cuidados; e por problemas jurídicos e sociais (3) (4).

Eventos adversos, que se manifestam ou agravam após a alta e a transição inadequada do cuidado hospitalar para o nível ambulatorial, são capazes de determinar reinternações precoces potencialmente preveníveis. Por sua vez, a insegurança assistencial hospitalar determina uma pandemia de mortes, sequelas e aumento de custos. É uma das causas mais frequentes de óbitos nos Estados Unidos (6). No Brasil, em 2017, estima-se que 36.174 falecimentos foram atribuíveis aos eventos adversos graves e consumiram R\$ 10,6 bilhões na saúde suplementar, de acordo com o II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil (7).



Para medir o valor entregue pelos sistemas de saúde suplementar e público brasileiro estudamos o banco de dados secundário de todas as altas hospitalares ocorridas no período entre 1º de agosto de 2018 e 31 de julho de 2019 de 129 operadoras de saúde suplementar e SUS, que cobrem 10,586 milhões de vidas e que utilizam o software DRG Brasil® para fins gerenciais (4). O estudo avaliou: resolutividade da atenção primária; segurança assistencial hospitalar; segurança na transição de cuidado do hospital para o domicílio; a eficiência do uso do leito hospitalar O desperdício potencialmente modificável pela entrega de valor foi equivalente a 37,7% de todas as diárias hospitalares consumidas para tratar os pacientes da população estudada (4).

Uma política efetiva de governança clínica do sistema de saúde brasileiro baseada na entrega de valor para a sociedade e demais partes interessadas é boa para todos. O paciente pode ter seus danos físicos e psicológicos, além de seus custos, reduzidos. A sociedade pode garantir mais acesso ao sistema de saúde e aumentar a competitividade de sua economia. Os financiadores do sistema de saúde podem alcançar o triplo objetivo: melhor atendimento aos indivíduos; melhor saúde das populações; menor custo per capita, com preservação dos recursos preciosos para sua sustentabilidade. E, à medida que as organizações prestadoras de serviço de saúde mudam seu foco de volume para valor, a redução do desperdício cria a oportunidade de compartilhamento de recursos com médicos e rede hospitalar (8).

Um sistema de saúde para entrega de valor deve alinhar seu modelo assistencial e remuneratório à segurança, eficácia, eficiência, centralidade do paciente, garantia de acesso oportuno e equitativo. O modelo de governança deve ser baseado na ciência e garantir ao paciente a assistência contínua, personalizada, com transparência para escolhas conscientes.

Para construir um sistema de saúde baseado em valor, é necessário o envolvimento de todas as partes interessadas: o Estado, os líderes, as agências reguladoras do governo, as parcerias público-privadas, as organizações de saúde (financiadoras e prestadoras), os pesquisadores, as associações profissionais e de clientes, os educadores, a força de trabalho, os pacientes e as famílias (4). O controle do desperdício pela maior entrega de valor pelo sistema de saúde brasileiro poderia mitigar as limitações de acesso à assistência hospitalar, assim como poderia disponibilizar recursos para outras necessidades do sistema de saúde brasileiro.

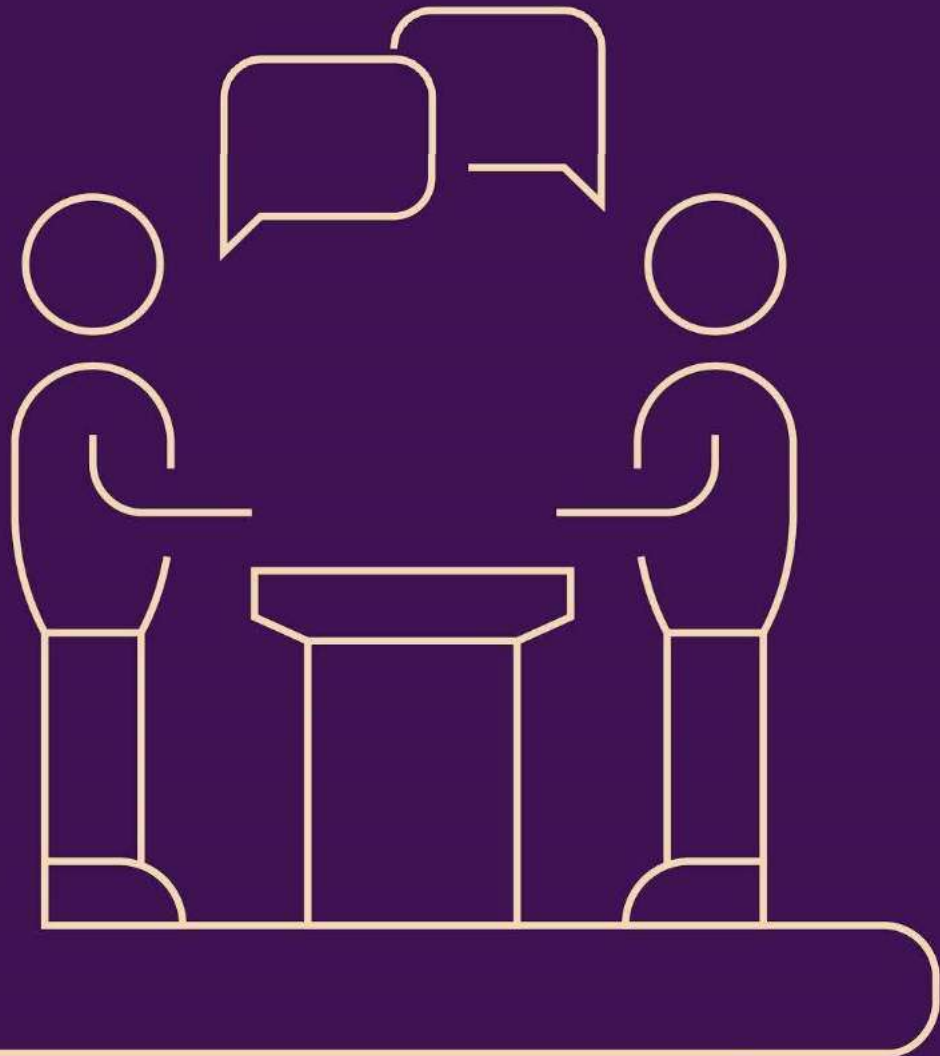
Mais segurança para o paciente, maior acesso ao sistema de saúde pela população, entrega de uma assistência de qualidade a um menor custo para organizações. Esse o propósito.



## REFERÊNCIAS

1. PORTER, M.E. What is value in health care? *N Engl J Med*, v.363, p.2477-81, 2010.
2. STIEFEL, M.; NOLAN, K. *A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, 2012.
3. COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G. Diretrizes para um sistema de saúde baseado em valor. [publicação online]. *Valor em Saúde Brasil*. [S.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/2TwMjLb>. Acesso em: 26 set. 2020.
4. COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G. Índice de Valor do Sistema de Saúde Brasileiro. Relevância, metodologia e resultados. [publicação online]. *Valor em Saúde Brasil*. [S.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/2TwMjLb>. Acesso em: 26 set. 2020.
5. BERWICK, D.M.; HACKBARTH AD. Eliminating waste in US health care. *Journal of the American Medical Association*, v.307, n.14, p.1513-1516, 2012.
6. MAKARY MA, DANIEL M. Medical error - the third leading cause of death in the US. *BMJ*, v.353, n.2139, p.1-5, 2016.
7. COUTO RC, PEDROSA TMG, ROBERTO BAD, DAIBERT PB, *et al.* *II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil*. Propondo as Prioridades Nacionais. Belo Horizonte – 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3jyQz7r>. Acesso em: 20 julho 2020.
8. COUTO RC, PEDROSA TMG. Remuneração baseada em valor. Conceitos e métricas. [publicação online]. *Valor em Saúde Brasil*. [S.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/2TwMjLb>. Acesso em: 26 set. 2020.





**entrevistas**



Por Fernanda Maria Pereira

📍 Eugênio Mussak é professor e gestor de sistemas de educação por mais de quatro décadas, e um dos pioneiros em Educação Corporativa no país. Professor da FIA e da FIA Online e membro do conselho do IBMEC. Médico pela Universidade Federal do Paraná (PR), com especialização em Fisiologia Humana, disciplina da qual foi professor e pesquisador. Criador da plataforma EduMedica, de atualização e aprofundamento em medicina. Integrante da diretoria da ABRH por 12 anos. Autor de 13 livros e centenas de artigos. Colunista fundador e sócio da revista Vida Simples. Palestrante reconhecido pela didática e abrangência de conteúdos.



### A IMPORTÂNCIA DE SE ADAPTAR EM TEMPOS DE MUDANÇAS

Com as alterações na rotina de toda a sociedade, impostas pela pandemia da COVID-19, estar preparado é um desafio. Ir para o trabalho, estudar, fazer consultas médicas, confraternizar. Quase todas as atividades cotidianas, em algum nível, passaram a ser mediadas pela tecnologia, exigindo das pessoas a adoção de novos hábitos, atitudes e, por que não, novas crenças.

Nesta entrevista para a Revista Científica da Faculdade Unimed, o médico, professor e gestor de sistemas de educação, Eugênio Mussak, analisa o processo de mudança sob a ótica da sociedade e das pessoas, além de falar sobre as competências para o profissional que deseja se destacar nesse cenário e sobre a importância de se manter sempre atualizado.

**Revista Científica Faculdade Unimed: Em tempos de crise e, agora, com a pandemia, muito se fala em estar pronto para lidar com as adversidades. Mas, é possível se preparar para viver o imprevisível?**

**Eugênio Mussak:** Você falou uma coisa muito certa. Temos que estar prontos para as adversidades, mas não sabemos quando elas vão chegar, nem com que características. Como vamos nos preparar para o que não sabemos o que é? Eu acho que isso é, realmente, o grande dilema que todos nós estamos vivendo.

Pensando sob o ponto de vista da sociedade, estamos vivendo no chamado mundo VUCA, expressão cunhada pelo consultor americano Bob Johansen no começo dos anos 2000, baseada na descrição do general prussiano Clausewitz, feita no século XVIII, sobre as quatro características dos tempos de guerra: a volatilidade, a incerteza, a complexidade e a ambiguidade. O que Johansen queria dizer é que estamos vivendo um tempo que parece um tempo de guerra, um mundo muito mais difícil de se viver do que já foi em qualquer outro tempo, não obstante todas as facilidades que a ciência e tecnologia nos trouxeram.

Por outro lado, o número de variáveis, de incertezas é muito maior do que já foi antes. Os nossos pais, os nossos avós, se formavam, conseguiam um emprego, trabalhavam naquela empresa de uma maneira rotineira, previsível e se aposentavam. Atualmente não é mais assim. As coisas mudam em uma velocidade grande demais.



### **RCFU: E sob o ponto de vista das pessoas, como lidamos com as mudanças?**

**EM:** Trazendo para a ótica do ser humano, por um lado, sabemos que o mundo é assim, que tudo muda muito rápido. Gostamos das mudanças, das novidades, das inovações, nós até propomos essas mudanças. Por outro lado, negamos tudo isso, porque faz parte do nosso interior.

O cérebro tem três partes evolutivas. A primeira é a do sistema reptiliano, que é onde moram os nossos instintos de sobrevivência. Essa parte do cérebro não quer que mude coisa nenhuma, quer que tudo permaneça como está, até porque qualquer mudança significa um gasto de energia. E temos uma herança que obter energia era difícil antigamente. Obter energia significa comer. Hoje em dia é fácil, você vai na panificadora e compra um pão de queijo. Mas nossos ancestrais tinham que sair para caçar, isso era perigoso. Então, nós temos esse instinto de guardar energia, instinto de preservação energética.

O segundo motivo pelo qual negamos a mudança está numa parte intermediária do cérebro chamada sistema límbico, onde moram as emoções, os sentimentos. Nós temos cinco emoções básicas, que é a alegria, a tristeza, a raiva, o medo e o nojo. E todas elas existem para nos proteger, menos a alegria. Quando você está alegre você não quer que as coisas mudem. Agora, quando você está triste por causa de uma perda, quando você está com raiva por causa de uma injustiça, quando você está com medo por conta de um perigo, quando você está com nojo de algo que pode te fazer mal, você reage diante dessas situações. Diria que a mais antiga e mais poderosa emoção é o medo, e o mais antigo e mais poderoso medo, é o medo do desconhecido. Veja que, nesse mundo VUCA que estamos lidando agora, uma das principais características é o incerto, é o complexo, é o ambíguo.

E aí vem uma outra parte do cérebro, que é o sistema cortical, onde mora o pensamento, a razão, a lógica, que nos permite lidar com tudo isso. A gente, por exemplo, vence o instinto de preservação energética, cujo nome popular é preguiça, com determinação, com força de vontade, e isso é cortical, isso é pensamento. O medo também. Como vencemos o medo? Desenvolvendo uma virtude chamada coragem, que é totalmente racional. Se você tem um medo, você avalia o motivo, as causas, e procura se armar, se organizar, se prevenir. O lado cortical, o nosso córtex cerebral, só tem um problema, que é o fato de criarmos modelos mentais, em que estão nossos hábitos e nossas crenças.



### **RCFU: Por que os modelos mentais podem ser um problema?**

**EM:** As pessoas não gostam de mudar de crença e de hábito. Quando Copérnico disse que era a terra que girava em torno do Sol e não o contrário, a sociedade não aceitou, fez críticas. Os hábitos são bons, porque eles nos levam a economizar energia. Só que tem um momento que precisamos trocar de hábitos, mas não queremos porque vai contra a nossa natureza, contra o nosso modelo mental. É mais ou menos o que está acontecendo agora. Estamos em um mundo VUCA como nunca foi antes, tendo que mudar as coisas, e aí entra a adaptação, que está na essência do conceito de inteligência atual.

A inteligência já teve vários conceitos, já foi confundida com memória, com fazer conta de cabeça. Tudo isso pode ser inteligência, mas, hoje, seu conceito principal é a capacidade de se adaptar ao ambiente onde você está. Aliás, inteligência seria a capacidade de perceber, compreender, aprender e adaptar-se. Se não fechar esse ciclo, você não está sendo inteligente. A consequência é que pode até fechar o seu negócio ou perder espaço no mercado de trabalho.

### **RCFU: Nesse sentido, o que fazer para conseguir se adaptar, seja no âmbito profissional ou na vida pessoal?**

**EM:** Adaptar-se significa rever processos, entender como fazemos nossas atividades e incorporar novas competências. Por exemplo, tenho feito palestras, que antes seriam presenciais, de forma on-line. Faço direto da minha casa e ainda alcanço um número maior de pessoas. É uma economia de dinheiro, de tempo, de saúde, porque eu não precisei sair, então, tem um lado bom. Mas, para isso, foi preciso desenvolver novas competências. Essas tecnologias (de videoconferência) já existiam, mas não usávamos como agora e todas estão sendo aprimoradas. Houve um desenvolvimento de novos produtos, novos mecanismos, o que exige também que a gente desenvolva novas competências. Liderar, por exemplo, hoje tem sido a distância.

### **RCFU: Como tem sido essa experiência?**

**EM:** Liderança tem muito a ver com presença, com você estar junto a sua equipe, motivando, estimulando, desenvolvendo, e agora tem de ser feito a distância. Por isso, não podemos



esquecer que os mecanismos da liderança dependem da competência da comunicação. Bons líderes se comunicam bem com a sua equipe. A diferença agora é que essa comunicação tem que acontecer intermediada pela tecnologia.

Antes, no final do expediente, o gestor falava: ‘pessoal, todo mundo aqui na minha sala, vamos fazer uma reunião para avaliar como foi o dia’. Era muito fácil. A gente abria a porta do lado e ia falar com o chefe ou com o par. Agora temos que continuar fazendo isso, só que por meio da tecnologia. Isso é a competência de se comunicar apesar da distância física.

**RCFU: E como a equipe pode se adaptar a este novo processo? Ainda mais que é sempre cobrada por produtividade, entrega de resultado, enfim, como é para o outro lado?**

**EM:** Não é diferente. Acho que comunicar não é uma competência do líder, do técnico, é uma competência das pessoas. Competência é a capacidade de resolver um problema, atingir um objetivo, entregar um resultado, e também é a capacidade de competir. A gente está competindo pelo cliente, mas cada um de nós está competindo pelo emprego, está competido pela promoção, pelo lugar dentro da empresa. É um processo, realmente, de posicionamento. O meu conselho é comunique-se, não importa se é pessoalmente, se é a distância, se é pelo WhatsApp. Hoje, temos ferramentas de comunicação fantásticas.

**RCFU: Falando ainda da importância de se adaptar, introduzir novas ferramentas e processos na rotina, existe uma fórmula de como fazer essas mudanças?**

**EM:** Claro que não existe. Cada um tem o seu o processo, o seu tempo. Agora, se existisse uma regra do jogo seria perceber, compreender, aprender e adaptar-se. Se dar conta e perceber que o mundo não é mais o mesmo e acabar com esse saudosismo. Porque, de certa forma, o mundo está ficando melhor. Nós teremos algumas heranças da pandemia que serão adotadas como vantagem depois. O teletrabalho, as reuniões virtuais. Voltaremos a fazer encontros, mas esses encontros serão mais humanos do que tecnológicos, serão mais para confraternização do que para trabalho, porque vimos que o trabalho pode ser feito a distância.

**RCFU: Se fosse elencar habilidades e competências para o profissional que deseja se destacar nesse cenário de muitas mudanças, quais seriam?**



**EM:** Lembro de três nesse momento: o primeiro, que é o mais óbvio, é usar bem a tecnologia. Segundo, para quem está trabalhando de casa, é criar para si uma disciplina para que a vida profissional não atrapalhe a vida pessoal e vice-versa, para poder fazer suas atividades com qualidade. E terceiro é a competência de relacionamento humano, as chamadas competências socioemocionais. Se elas eram importantes antes, agora que nós vamos ser mediados por máquinas, são muito mais. Com *big data*, inteligência artificial, internet das coisas, cada vez mais as máquinas vão fazer coisas que nós fazíamos antes, então, o que sobra para nós? As relações humanas.

Estamos na quarta revolução industrial. A primeira foi a da máquina a vapor, a segunda a do motor à combustão, a terceira foi a do computador e a quarta é a revolução digital que vivemos agora. E qual será a quinta revolução industrial? Para mim, será a revolução do afeto, ou seja, as pessoas vão aprender a se relacionar melhor.

**RCFU: E a resiliência, você acha que entra nessa relação?**

**EM:** Resiliência é uma qualidade que sempre ajudará, porque é a capacidade da gente se reerguer, de recuperar. Aliás, é uma expressão que vem da física, a capacidade de recuperar a forma perdida após um choque. A humanidade terá que ser resiliente, se considerarmos as perdas de vidas e na economia que tivemos agora. Com tudo o que aconteceu, se não formos resiliente, não nos recuperamos. Mas eu acho que seremos.

**RCFU: Diante desse contexto atual, qual o papel da capacitação e da aprendizagem?**

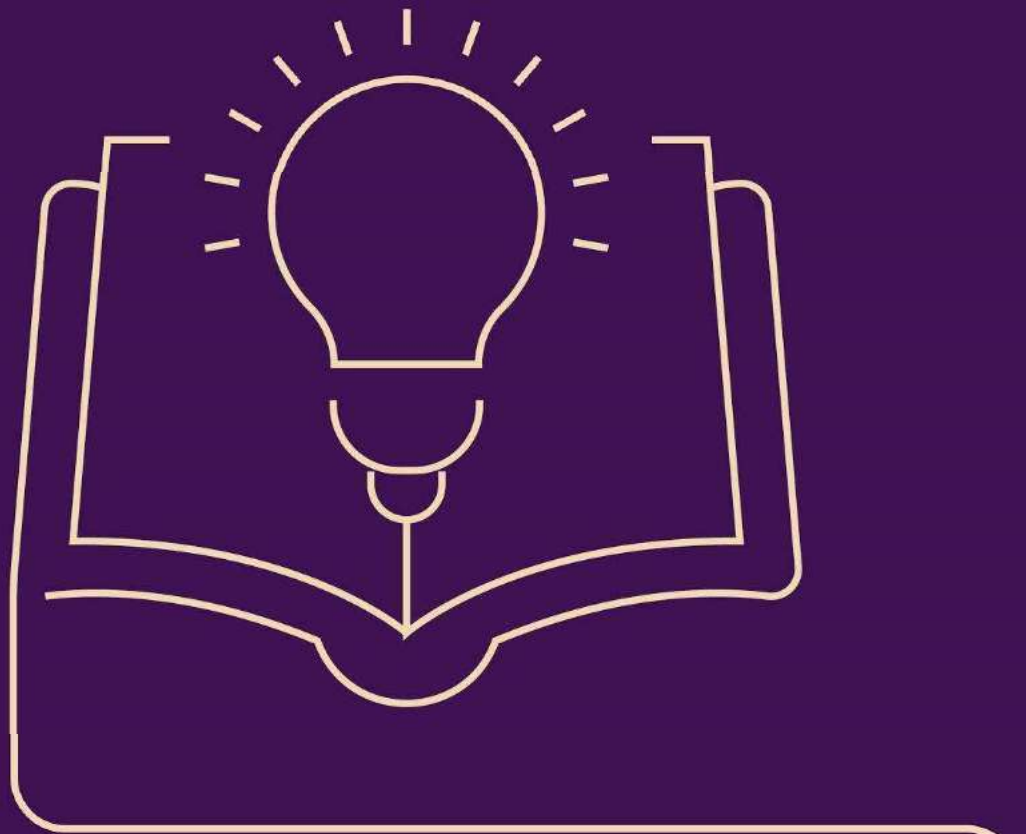
**Eugênio:** Eu acho que não mudou. A capacidade de aprender já era muito importante. Como profissional, se não estiver em constante processo de atualização, você vai perder espaço. Medicina talvez seja a ciência que mais evoluiu pelo simples motivo de que ela é a convergência de todas as ciências. Na medicina você tem biologia, bioquímica, física, antropologia, física nuclear, e tudo está evoluindo. O médico que se formou no passado fez especialização, residência, mestrado. Se entrar em uma máquina do tempo e chegar aos dias atuais, não consegue nem andar dentro de um hospital, tamanha a diferença. Por isso, o médico, não só ele, todos os profissionais, têm que estar em atualização permanente. O que é diferente da época dos nossos avós. Tinha a fase de estudar, a fase de trabalhar e a fase de se aposentar. Hoje em dia está tudo misturado.



**RCFU: E a educação a distância? Houve um aumento na demanda dos cursos on-line e professores e alunos tiveram que se adaptar a esse formato. Você acha que esse é o caminho?**

**EM:** Tenho três ideias a respeito da educação a distância. Primeiro, essa modalidade não veio para substituir a educação presencial, mas vai influenciar a maneira como a praticamos. Cada vez mais a parte teórica será a distância e a prática será presencial: esclarecer dúvidas, fazer trabalho em grupo, conviver em um ambiente universitário. A segunda é que a educação a distância não é tecnologia. Educação a distância é a educação que usa tecnologia, ou seja, ela deve respeitar os preceitos da pedagogia, fazer com que o outro aprenda. E terceiro que nenhum de nós ficará imune à educação a distância. Se você levanta domingo de manhã, em casa, vai fazer café, vê que sobrou pãozinho do dia anterior e resolve fazer uma rabanada, o que você faz? Vai para o YouTube procurar uma receita. Pronto, você está praticando educação a distância.





**artigos**



**ARTICULAÇÃO ENTRE INOVAÇÃO, COMPETÊNCIAS E DESEMPENHO - UM ESTUDO EM HOSPITAIS DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE<sup>1</sup>**

**INNOVATION, COMPETENCES AND PERFORMANCE - A STUDY IN HOSPITALS OF THE METROPOLITAN REGION OF BELO HORIZONTE**

**📍 Leandro Pinheiro Cintra**

Doutor (2013) e pós-doutor (2018) em Administração pela UFMG, na linha de pesquisa em Gestão de Pessoas. Graduado (2001) e Mestre (2004) em Engenharia Elétrica na UFMG.  
Contato: [lpcintra@gmail.com](mailto:lpcintra@gmail.com)

**📍 Allan Claudius Queiroz Barbosa**

Professor Titular da UFMG. Pós-Doutorado pelo ISEG/Universidade de Lisboa (2005/2006) e Estudos de Especialização em Competências pelo International Labour Organization (ILO), Italia (1999/2000). Doutor em Administração (USP, 1995), Mestre em Administração (UFMG, 1989) e Graduado em Economia (PUC/MG, 1985). Coordenador do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG.  
Contato: [allan@ufmg.br](mailto:allan@ufmg.br)

---

<sup>1</sup> O presente trabalho foi realizado com apoio do CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Brasil (Processo 168420/2017-1).



## **RESUMO**

As reflexões e os resultados da pesquisa no setor de saúde são importantes para se superar os desafios de forma sustentável. Os processos de avaliação de incorporação de novas tecnologias e a gestão de recursos humanos são desafios na gestão de saúde em diversos países. Esses construtos e seus respectivos processos de gestão estão diretamente relacionados com a eficiência e a qualidade em um sistema de saúde, incluindo os hospitais, que possuem um papel importante no próprio sistema. O objetivo da pesquisa foi investigar a articulação entre inovação e competência e suas contribuições com o desempenho e a oferta de saúde de hospitais da Região Metropolitana de Belo Horizonte - RMBH. Os hospitais selecionados para a pesquisa são vinculados ao GEPRHAS – Grupo de Estudo de Políticas de Recursos Humanos na Área de Saúde, cujos integrantes são os principais hospitais da RMBH. O trabalho caracteriza-se como uma pesquisa do tipo quantitativa, com geração de dados primários por questionários aplicados aos hospitais do GEPRHAS. Foi necessário levantar elementos da estrutura organizacional, do modelo de gestão de recursos humanos e os mecanismos que viabilizam o processo de inovação na organização. Conclui-se que as práticas de gestão de recursos humanos nos hospitais estudados estão formalizadas e consolidadas, mas as práticas de inovação ainda não se encontram institucionalizadas, porém, há a percepção que impactam o desempenho do hospital na oferta de saúde.

**Palavras-chave:** Inovação; Competência; Desempenho Organizacional; Gestão hospitalar; Gestão de Recursos Humanos.

## **ABSTRACT**

The thinking and results of research in the health sector are important in overcoming challenges in a sustainable way. The processes of evaluation of the incorporation of new technologies and the management of human resources are challenges in health management in several countries. These constructs and their respective management processes are directly related to efficiency and quality in a health system, including hospitals, which play an important role in the system itself. The objective of the research was to investigate the articulation between innovation and competence and its contributions to the performance and health supply of hospitals in the Metropolitan Region of Belo Horizonte - RMBH. The hospitals selected for the research are



linked to the GEPRHAS - Study Group in Human Resources Policy in the Health Area, whose members are the main hospitals of the RMBH. The work is characterized as a quantitative type of research, with the generation of primary data by questionnaires applied to the GEPRHAS hospitals. It was necessary to elucidate elements of the organizational structure, the human resources management model and the mechanisms that enable the innovation process in the organization. It is concluded that the practices of human resources management in the hospitals studied are formalized and consolidated, but the practices of innovation are not yet institutionalized, however, there is a perception that impact the performance of the hospital in the health supply.

**Keywords:** Innovation; Competence; Organizational Performance; Hospital Management; Human Resources Management.



## 1 INTRODUÇÃO

Nas duas últimas décadas, diante do acirramento da concorrência em todos os mercados, inclusive o da saúde, e das exigências de cada contexto organizacional por melhores resultados, várias organizações passaram a orientar-se por modelos de gestão com foco em resultados. No contexto hospitalar, os melhores resultados passam por melhoria da oferta da saúde com qualidade e excelência, de uma gestão de custos adequada, dentre outros aspectos, alguns deles entrando no contexto de gestão de pessoas, como a concorrência no mercado de trabalho por profissionais da saúde, enquanto há grandes dificuldades de atração e retenção desses profissionais (CARMO, 2016). O saber e a prática dos profissionais de saúde no hospital são os principais determinantes do cumprimento de sua missão de preservar a vida e/ou melhorar sua qualidade, revestindo de forma idiossincrática o trabalho em saúde de complexidade e responsabilidade. Ao abordar aspectos relacionados ao desempenho humano, o tema “competências” ganhou vigor na literatura contemporânea, estimulando a reflexão sobre os fatores fundamentais à melhoria dos resultados para as organizações e para os indivíduos. Os desafios impostos à gestão das organizações têm sido alvo de estudos e debates nas comunidades acadêmica e empresarial (RIBEIRO et al, 2017; FAZEL-ZARANDI & FOX, 2012; DE LEENHEER et al, 2010; SCHUSTER & WEIB, 2010; BOTERF, 2003; FLEURY & FLEURY, 2001; ZARIFIAN, 2001).

A necessidade de estabelecer patamares mais elevados de desempenho e de competitividade estimula a reflexão acerca dos fatores que afetam a performance do indivíduo na esfera do trabalho. Neste contexto, a inovação merece destaque, visto que é fator decisivo para a busca da vantagem competitiva sustentável. O cenário atual de mudanças aceleradas nos ambientes produtivos e sociais em que as organizações estão inseridas reforça a necessidade de uma gestão mais estruturada da inovação em seu ambiente, a fim de se buscar melhores resultados. As atividades com foco em inovação passam a ser, então, fundamentais para a manutenção do desenvolvimento de organizações e da sociedade, seja no desenvolvimento econômico dentro do sistema capitalista, seja na transformação dos hábitos e/ou padrões de vidas dos indivíduos e dos grupos. No contexto brasileiro, o fenômeno da inovação tem conquistado espaço no setor produtivo, em instituições de pesquisa e governamentais, visto que empresas e nações se desenvolvem ao produzir, absorver e utilizar conhecimentos científicos e inovações.



No campo da Saúde, o progresso da ciência, a inclusão tecnológica, a longevidade e o aparecimento de novos agravos estarão continuamente definindo novos desafios a serem enfrentados e vencidos. Quando se pensa no Brasil, destaca-se um ambiente que absorve esses desafios e outros mais na abrangência do Sistema Único de Saúde (SUS), em que atingir seus quatro princípios fixados constitucionalmente é um desafio permanente a ser alcançado (BARBOSA, 2017; RODRIGUES, 2016; CARMO, 2016; FLEURY, 2011; SILVA et al., 2009; LAFORGIA & COUTOLENC, 2009). Internacionalmente, há estudos com discussões sobre a gestão de recursos humanos na área de saúde, destacando a relevância do debate não apenas no contexto nacional, mas de diversos países (BACH & GIVAN, 2010; TOWNSEND & WILKINSON, 2010; GRIMSHAW et al., 2010; KHATRI et al., 2006; GUPTA & DAL-POZ, 2009).

O problema escolhido para esta pesquisa prende-se justamente à investigação da articulação da inovação e da gestão de competências (recursos humanos), com seu respectivo impacto no desempenho em organizações de saúde. O objetivo foi investigar a articulação entre inovação e competência e suas contribuições com o desempenho e a oferta de saúde de hospitais da Região Metropolitana de Belo Horizonte - RMBH. Especificamente, foi examinado como hospitais gerenciam inovação e competências, verificando o impacto no desempenho do hospital, incluindo a perspectiva de oferta de saúde. Os hospitais selecionados para a pesquisa são vinculados ao GEPRHAS – Grupo de Estudo de Políticas de Recursos Humanos na Área de Saúde, cujos integrantes são os principais hospitais da RMBH. O grupo de estudo possui como missão “desenvolver e compartilhar ferramentas de gestão com confiabilidade e segurança por meio de pesquisas e estudos que possibilitem a atuação estratégica do setor de recursos humanos nas instituições de saúde”, com o propósito de “aprimorar as práticas e políticas de Recursos Humanos nas Instituições de Saúde” (Gepphas, 2020).

As reflexões e os resultados da pesquisa no setor de saúde são importantes para se superar os desafios sobre eficiência e qualidade na área da saúde, de forma sustentável. Os processos de avaliação de incorporação de novas tecnologias (inovação) e a gestão de recursos humanos (competências) são desafios na gestão de saúde em diversos países. Esses construtos e seus respectivos processos de gestão estão diretamente relacionados com a eficiência e a qualidade em um sistema de saúde, incluindo os hospitais, que possuem um papel importante no próprio sistema. Essa discussão precisa ser desenvolvida com colaboração, compartilhamento de resultados de pesquisa e melhores práticas, para contribuir com a melhoria dos sistemas nacionais de saúde. Nesse sentido, a parceria com o GEPRHAS possibilitou não



apenas o levantamento de informações para a investigação, mas a devolutiva para as instituições participantes do grupo para o compartilhamento dos resultados da pesquisa e das melhores práticas identificadas.

## 2 OS DIFERENTES CONSTRUTOS

### 2.1 OS DIFERENTES CONSTRUCTOS TEÓRICOS DA INOVAÇÃO

Estudar modelos idiossincráticos de estratégia empresarial pressupõe levar em consideração a inovação e o desenvolvimento de competências nas firmas. Com efeito, para Schumpeter (1994), a firma seria um conjunto de competências dinâmicas. A empresa ideal generalizada pelos clássicos não faria mais sentido nesse contexto, sendo aplicada então a empresa idiossincrática. O monopólio competitivo seria uma realidade, questionando-se a existência de um ponto de equilíbrio no capitalismo. O gerente se torna mais importante do que o mercado, pois ele coordenaria os recursos na firma para criar novos mercados e criar vantagens competitivas sustentáveis de forma única e não racional.

A função gerencial seria então a capacidade de tomada de decisão nas incertezas para gerar diferencial competitivo, sendo que a decisão em situações de incerteza não é simplesmente técnica. Schumpeter explica que a inovação, através do empreendedor que cria a firma, define o mercado. A firma é variável independente, sendo que o gerente (empreendedor) trabalha com incertezas, criando inovações, mudando a equação da função de produção (capital-trabalho). Seu ato gerencial é então idiossincrático. Pode-se dizer então, baseando-se nos pensamentos de Schumpeter, que a ideia de inovação está sempre ligada a mudanças, a novas combinações de fatores que rompem com o equilíbrio existente.

A inovação, por sua vez, teria aplicações e sentidos distintos, sendo confundido por exemplo, com invenção. Invenção está associada com descobertas, enquanto inovação é um termo mais amplo, pois pode ocorrer no desenvolvimento de produtos, processos ou em gestão. Na maior parte dos casos são incrementais e contínuas; raramente são drásticas, radicais, derivadas de novas invenções. Freeman (1987) categorizou inovação da seguinte forma: incremental, radical, mudanças do sistema tecnológico e revolução tecnológica. A inovação incremental ocorre continuamente em qualquer indústria ou atividade de serviço, podendo surgir de diversas esferas da organização e não apenas ser resultado de pesquisa e desenvolvimento. Inovações radicais são eventos descontínuos, sendo que geralmente são



resultados de pesquisa e desenvolvimento no contexto empresarial e/ou de universidades e laboratórios. As mudanças do sistema tecnológico afetam setores da economia e geram entrada em novos mercados, sendo baseadas na combinação de inovação radical e incremental, junto com inovações organizacionais.

De maneira geral, a inovação pode ser entendida sob os pontos de vista da estratégia, de padrões, do processo de gestão da inovação e dos seus tipos. No ponto de vista da estratégia, a inovação está ligada à obtenção de vantagens competitivas sustentáveis, ao posicionamento competitivo, aos conceitos de competências nucleares, à aprendizagem organizacional e à capacidade de inovação. A inovação surge então como um elemento fundamental da ação e diferenciação das organizações, dando suporte à estratégia do negócio. O outro ponto de vista de padrões diferencia inovação relacionando o grau de impacto na organização, nos produtos, nos mercados ou na economia em geral, com os termos apresentados anteriormente, diferenciando inovações incrementais de inovações radicais e de outras. De acordo do ponto de vista de processo, chama-se atenção para a forma como as organizações inovam, envolvendo a identificação de necessidade dos consumidores, formulação de estratégias de referência para inovação, desenvolvimento de soluções etc. A gestão da inovação se apresenta como um processo gerenciável.

Verifica-se então a existência de conceitos distintos do termo inovação, principalmente nos contextos socioeconômicos que surgiram e foram aplicados nos diferentes países de origem. Todavia, há uma coerência nas definições, comparando uma com as outras. Destaca-se a definição usada por Tidd e Bessant (2015) para a inovação: toda a mudança benéfica para a organização, sendo condição fundamental para que as empresas possam realinhar seu nível de competitividade frente a seu ambiente para seu sucesso sustentável. A vantagem competitiva pode se dar por meio da inovação para se promover a sustentabilidade do negócio. Porém, o desafio mesmo nem seria a inovação do produto ou do processo em si, mas a gestão da inovação nas organizações e a inovação da própria gestão. A gestão da inovação, todavia se apresenta complexa principalmente por envolver processos de gestão distintos, como a gestão do conhecimento, enquanto processo de transferência de conhecimentos organizacionais (LOPES et al., 2016).

### 2.2 COMPETÊNCIA ENQUANTO RECURSO

Num contexto caracterizado por constantes mudanças e inovações, por um mercado de extrema competitividade emerge a necessidade de países e organizações se repensarem e se





reestruturarem em seus processos educacionais e de formação, em seus processos produtivos e em suas relações de trabalho, a fim de manter sua inserção e competitividade mundial. A reflexão quanto aos fatores que asseguram a competitividade, na atualidade, evidenciam um movimento que passa a considerar as competências como um diferencial competitivo. A perspectiva da Visão Baseada em Recursos - Resource-Based View - RBV (BARNEY & CLARK, 2007) surge em resposta ao paradigma até então predominante de que o foco para o entendimento da vantagem competitiva estava no entendimento de processos de fora da empresa. Essa perspectiva analisa a importância da identificação, desenvolvimento, aproveitamento e ampliação das competências organizacionais como forma de manter e ampliar a vantagem competitiva empresarial. A RBV foi a base utilizada para se chegar aos conceitos relacionados a competências. Ruas (2005) apresenta as competências subdivididas em duas dimensões: estratégica e intermediária. Na dimensão estratégica, as competências organizacionais se encontram estreitamente correlacionadas com a visão, missão e intenção estratégica. Já na dimensão intermediária, as competências são observadas nos macroprocessos executados e vinculadas a áreas e funções, sendo inclusive que o uso destas dimensões auxilia no desdobramento progressivo das competências estratégicas para as competências funcionais. Nesse contexto, é importante fazer um resgate histórico e contextual das abordagens conceituais sobre competências, para melhor entendimento do termo de forma fundamentada.

Boyatzis (1982) destaca que as competências dependem diretamente do ambiente organizacional, com suas políticas, procedimentos e condições estabelecidas, fazendo com que algumas ações específicas sejam exigidas ou esperadas em determinado cargo. Sendo assim, uma performance efetiva de um cargo deve atender os resultados através dessas ações. Define então competência como sendo as características implícitas de um indivíduo diretamente relacionadas com a performance efetiva ou superior em um determinado cargo, com as exigências de competências variando em tipo e nível, conforme função/trabalho.

Zarifian (2003) concebe competência como sendo a tomada de iniciativa e o assumir de responsabilidade de um indivíduo sobre problemas e eventos que ele enfrenta em situações profissionais. Em seu processo de conceber e explicitar seu conceito, Zarifian permeia o campo do trabalho e o sujeito trabalhador. O autor instiga a uma definição positiva e ativa da competência, tentando clarear os aspectos complexos, subjetivos e muitas vezes não percebidos e negligenciados. A abordagem de competências essenciais de Prahalad (1995) considera que o portfólio de capacidades de uma organização é sua maior vantagem competitiva e que, portanto, a identidade corporativa deveria ser desenvolvida com base nestas. Esta perspectiva



parte do pressuposto de que toda equipe de gerência deve entender e participar do processo de gestão das competências essenciais. Em resumo, para Prahalad a vantagem competitiva resulta de competências organizacionais construídas com base em um processo de aprendizado coletivo da organização e, como tal, não podem ser copiadas e tornam-se o fundamento para o desenvolvimento de novos negócios.

Sobre a forma de articulação entre as estratégias empresariais e as competências individuais, a competência pode ser atribuída a diversos atores. Mas há um processo contínuo de troca de competências entre as pessoas e a organização. As competências organizacionais decorrem de sua origem e de seu processo de desenvolvimento e se concretizam na vantagem competitiva resultante de seu patrimônio de conhecimentos. As pessoas colocam em prática as competências organizacionais, adequando-as ao contexto. Ou seja, as pessoas validam ou modificam as competências organizacionais. São responsáveis pela contínua transformação da organização. Para tal, precisam de aprendizado com foco no resultado esperado, permitindo, assim, que as organizações mantenham sua vantagem competitiva. Portanto as competências individuais devem estar orientadas para o que é essencial para organização, ou seja, atuem conforme as estratégias empresariais (CINTRA, 2013).

Neste debate sobre competências, não há uma única teoria articulada e concreta sobre o tema, nem mesmo um consenso a respeito de seu conceito. Algumas abordagens privilegiam o sujeito como foco principal e inicial de análise, outras veem a organização como cerne de análise. Apesar das diferentes abordagens conceituais apresentadas, existe uma coerência de pensamento entre eles, incluindo uma complementaridade nos estudos. Essa relação faz com que se acredite que realmente possa se construir uma linha coesa de conceitos para se nortear o estudo de competências, trabalhando com a intersecção dos conceitos apresentados. Deve-se ter cuidado de não se criar um choque contra os estudos pós-tayloristas fundamentados até então, para que se possa também tornar menos complexa sua aplicação nos ambientes organizacionais da economia do saber.

### **2.3 A RESULTANTE: DESEMPENHO ORGANIZACIONAL**

Estudos para determinar o desempenho de organizações e seus respectivos impactos têm chegado a alguns resultados conflitantes, conforme pode ser resgatado em uma revisão de alguns trabalhos na literatura de gestão estratégica. Muitas dessas inconsistências são em função de pobre conceituação, operacionalização e medição do construto, dentre outros fatores, como diversidade no escopo de análise, ou na diversidade na natureza e número de fatores



empregados (CARNEIRO, 2007). Existem numerosas definições de desempenho organizacional (resultado), porém, falta consenso sobre qual definição é melhor.

Em um resgate histórico conceitual feito por Santos (2008), desempenho era tratado inicialmente como superação das metas. Em meados dos anos 1970, surgiram outras duas correntes: o desempenho da organização em função da eficiência de suas estruturas e processos; o desempenho em função da capacidade da empresa de obter recursos do ambiente e se adaptar a ele. Na década de 1980, surgiu a visão de que um bom desempenho está associado à satisfação dos interesses dos diferentes grupos que se relacionam com a organização (stakeholders). Na abordagem da superação de metas, o bom desempenho está associado à definição e à superação dos objetivos organizacionais, gerando uma relatividade no desempenho, pois dependendo dos objetivos traçados, que inclusive poderiam ser além ou aquém das possibilidades, a organização seria considerada de bom desempenho ou não. Para evitar essa questão, as metas devem ser claras, mensuráveis, pré-definidas e consensadas entre membros da organização e, se possível, com opinião de especialistas. O fato de não haver metas padronizadas para todas as organizações dificulta a comparação de organizações e a identificação dos diferentes aspectos de desempenho empresarial.

Segundo Galvão (2002), um bom sistema de medição de resultados deve englobar os seguintes princípios: medidas financeiras e não-financeiras (critérios de desempenho); medidas com foco no cliente (ou público-alvo); medidas de dimensão sistêmica (output, input, throughput e outcome). O equilíbrio entre medidas financeiras e não-financeiras precisa ser almejado pela administração. Historicamente, muitas organizações concentram a atenção gerencial nas medidas financeiras. As medidas devem refletir equilíbrio através dos diversos componentes dos sistemas organizacionais de forma sistêmica. Segundo Sink (1985) as medidas devem captar as expectativas e necessidades dos clientes e dos demais stakeholders que iniciam a cadeia de valor. Também há de se medir os insumos, os processos, os resultados e a satisfação do cliente consoante à expectativa inicialmente medida. Um mesmo conjunto de medidas não pode ser utilizado para verificar e comparar desempenho e produtividade em todos os níveis da organização. Na área de saúde, a avaliação da qualidade do cuidado hospitalar e da oferta de saúde possui seus desafios e tem sido estudada para se buscar meios de medição e melhoria do desempenho dos hospitais (MACHADO et al., 2013).

### 3 METODOLOGIA



O trabalho caracteriza-se como uma pesquisa do tipo quantitativa, com geração de dados primários por questionários aplicados a hospitais da Região Metropolitana de Belo Horizonte - RMBH, por meio da parceria com o grupo de estudo GEPRHAS. A amostra foi intencional, porém, buscando abranger instituições de representatividade na região que participam do grupo de estudo, que possui hospitais públicos, privados e de terceiro setor (fundações e hospitais filantrópicos), com resultados operacionais e as inovações que demonstram destaque e visibilidade na região, dentre eles: Associação Evangélica Beneficente de MG, Hospital da Baleia, Fundação Hospitalar São Francisco de Assis, Grupo Santa Casa de Belo Horizonte, Hospital Belo Horizonte, Hospital Felício Rocho, Hospital Risoleta Tolentino Neves, Hospital Santa Rita, Hospital Semper, Hospital Socor S.A., Hospital Vila da Serra, Instituto Mario Penna, Lifecenter Sistema de Saúde S/A, Unimed Belo Horizonte, dentre outros.

Cada pesquisa reúne variáveis específicas em relação à escolha, à elaboração e à organização do processo de trabalho. Por isso, a metodologia deve ser escolhida em função dos objetivos da investigação, dos resultados esperados e do tipo de análise que se pretende efetuar. Nesta perspectiva, a escolha foi pela utilização da pesquisa quantitativa, que vem se estabelecendo na Ciência Social Aplicada com enorme variedade de métodos específicos disponíveis. Quanto a seu caráter, esta pesquisa é classificada como descritiva. Gil (2006) destaca que, além de descrever as características de uma população ou fenômeno, a pesquisa descritiva estabelece relações entre as variáveis. Este fato justifica a escolha da pesquisa descritiva, já que este estudo busca descrever o desempenho de hospitais, relacionando com suas práticas de gestão de competências e de gestão da inovação.

Para análise dos dados, utilizou-se da estatística descritiva, identificando o perfil do respondente (indivíduo e organização) e destacar as práticas de gestão de competências e inovação existentes, com sua respectiva contribuição com o desempenho organizacional dos hospitais estudados, incluindo a perspectiva de oferta da saúde.

Sobre o problema central da pesquisa, foi necessário levantar elementos da estrutura organizacional, do modelo de gestão de recursos humanos e os mecanismos que viabilizam o processo de inovação na organização. Buscou-se identificar as políticas de recursos humanos existentes, destacando a utilização do modelo de gestão por competência; e os principais projetos e as práticas, identificando a gestão de sua implantação dos mesmos como ferramenta de gestão da inovação na organização.

As principais dimensões pesquisadas e suas respectivas categorias de análise estão apresentadas no Quadro 1.



Quadro 1 – Dimensões pesquisadas e categorias de análise

Dimensão pesquisada	Categorias de análise
Competências	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas e práticas de gestão de recursos humanos</li> <li>• Modelo de gestão por competências</li> </ul>
Inovação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principais projetos e práticas de inovações</li> <li>• Ferramentas de gestão de inovação</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelo autor.

#### 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Participaram da resposta do questionário 23 hospitais (92%) dos 25 que possuem representação no GEPRHAS. O perfil dos respondentes é apresentado na Tabela 1 e o perfil das organizações é apresentado na Tabela 2. A maioria dos respondentes foram os próprios representantes no grupo. Um perfil típico foi uma profissional do sexo feminino, formada em psicologia, com especialização ou MBA, tendo 7,4 anos de atuação na organização atual, com cargo gerencial, com tempo de função de 2,8 anos e sem experiência com inovação.

Tabela 1 - Perfil dos Respondentes

	Média	Desvio Padrão
Faixa etária (anos)	39,4	6,6
Sexo - Feminino	91,3%	
Formação - Especialização ou MBA	87,0%	
Área de formação - Humanas	87,0%	
Psicologia	52,2%	
Administração	26,1%	
Tempo na organização atual (anos)	7,4	5,8



Cargo Gerencial	60,9%	
Coordenação	35%	
Gerência	26%	
Tempo na função atual (anos)	2,8	1,5
Experiência com Inovação	43%	

Fonte: Elaborado pelo autor.

**Tabela 2 - Perfil das Organizações**

	Média	Desvio Padrão
Tempo de existência (anos)	54,2	28,5
Filantrópica	21,7%	
Privada	47,8%	
Quantidade de colaboradores	1301	778
Grande empresa	60,9%	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Foram levantadas informações gerais sobre inovação nas organizações estudadas, apresentadas na Tabela 3, destacando a existência de inovações nas organizações estudadas, principalmente em processos ou em tecnologias (73,9% cada), com índices relativamente baixos em produtos e serviços – 47,8% e em inovações gerenciais/organizacionais – 56,5%, entretanto, sem políticas e procedimentos formalizados para a gestão da inovação e também sem práticas consolidadas nesse assunto. Foi utilizada uma conversão da escala Likert, onde Concordo Totalmente equivale a 5, Concordo Parcialmente a 4, Não Concordo Nem Discordo a 3, Discordo Parcialmente a 2 e Discordo Totalmente a 1, para se gerar uma média e um desvio



padrão apresentado nas tabelas desse estudo. Foi destacado o percentual de pessoas que não souberam responder, que tiveram zero em sua resposta.

Sobre o envolvimento dos colaboradores com a inovação, conforme apresentado na Tabela 4, há também práticas não consolidadas, com destaque pela não existência de profissionais especializados no assunto, o que dificulta a pauta e a condução da inovação de forma concomitante com a operação de um hospital, que é intensa. Ao mesmo tempo, não há investimentos em inovação em seus orçamentos, nem em participação de programas governamentais de incentivos à inovação. Destaca-se aqui a Fundação São Francisco Xavier, cuja prática de inovação se mostrou como a mais desenvolvida:

A FSFX instituiu 2018 como o Ano da Inovação. Diante disso, criou, em abril, uma Superintendência de Estratégia e Inovação, responsável por estruturar e gerir o Habitat de Inovação da FSFX. Por meio deste processo ela irá alavancar a pesquisa e inovação em saúde e educação no âmbito institucional e contribuir com o fomento do ecossistema de inovação regional e estadual, gerir a atuação da FSFX como Venture Client, incubar e acelerar startups, estruturar um Competence Center e gerir a relação com Fundos de Investimentos voltados para inovação.

**Tabela 3 - Informações gerais sobre inovação na organização**

	Média	Desvio Padrão	Não soube responder
Há inovação na organização que VOCÊ atua	4,3	0,7	0,0%
Há um modelo gerencial adotado para promover a inovação na organização	3,6	1,1	0,0%
Há uma estratégia explícita voltada para a inovação na instituição	3,3	1,3	0,0%
Há compartilhamento sobre como a organização se desenvolverá por meio da inovação	3,3	1,1	0,0%
A organização possui métricas que avaliam a inovação	2,5	1,5	8,7%



A estratégia de inovação é expressa de maneira clara	3,1	1,2	0,0%
As inovações estão alinhadas às estratégias corporativas e de negócio	3,7	1,3	4,3%
As inovações são primeiramente testadas em menor escala antes de serem implementadas de forma consolidada	3,3	1,3	4,3%
As inovações geradas na organização são propagadas e transferidas dentro da própria organização	3,7	0,7	0,0%
Há políticas e procedimentos formalizados para gestão da inovação	2,2	1,4	8,7%
São utilizadas ferramentas e técnicas de soluções de problemas para gerar inovação na organização	3,0	1,3	4,3%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na Tabela 5, são apresentadas as práticas de recursos humanos nas organizações estudadas e suas relações com as práticas de inovação. Há a percepção que a gestão da inovação na organização, mesmo ainda sem práticas consolidadas e não institucionalizadas, impacta o desempenho do hospital na oferta de saúde e que a gestão de recursos humanos também, sendo que estas práticas já se encontram mais formalizadas e consolidadas em sua essência nos hospitais estudados, mesmo que ainda não tão inseridas na inovação. Os índices das respostas sobre as práticas de gestão de recursos humanos foram altos em sua maioria, inclusive, com baixa incidência da opção “Não sei responder”. Naturalmente, o fato da maioria dos respondentes serem da área de recursos humanos faz com que haja maior domínio das respostas. Todos os principais processos de gestão de recursos humanos se encontram com práticas avançadas. Destaca-se a prática de avaliação de desempenho, onde 78,3% dos hospitais possuem como ferramenta de gestão de recursos humanos, além dos treinamentos, que são exigências no contexto da saúde.

**Tabela 4 - Envolvimento dos colaboradores com a inovação e Investimentos em inovação**





	Média	Desvio Padrão	Não soube responder
Há um ambiente interno que estimula a geração de inovações	3,4	1,0	0,0%
Há um ambiente interno que estimula a implementação de inovações	3,7	0,9	0,0%
A organização distribui responsabilidades e decisão no contexto de inovação	2,8	1,3	8,7%
A organização estimula a autonomia e participação dos colaboradores nas decisões relacionadas à inovação	3,2	1,1	0,0%
Na organização existem profissionais técnicos especializados em inovação	2,0	1,3	4,3%
Há uma equipe dedicada à inovação na organização que VOCÊ atua	2,3	1,6	0,0%
Somente o nível gerencial é envolvido na concepção das inovações na organização	3,1	1,3	0,0%
As lideranças da organização são comprometidas e apoiam a inovação	3,7	1,0	0,0%
A organização recebe incentivos e/ou participa de programas governamentais de apoio à inovação	2,0	1,6	13,0%



A organização estabelece alianças, parcerias, terceirização ou subcontratação de atividades relacionadas à inovação	2,3	1,6	17,4%
As inovações possuem orçamento específico no contexto do orçamento empresarial da organização que VOCÊ atua	2,0	1,3	8,7%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Foram também levantadas outras informações, como a frequência do envolvimento da área de recursos humanos com a inovação, onde 43,5% são envolvidos frequentemente ou sempre. Esse ponto é positivo enquanto inserção da área de recursos humanos, mas pode ser melhorado, uma vez que a opção “às vezes” foi a mais incidente, com 39% das respostas. Outra questão foi sobre a frequência em que a organização utiliza incentivos financeiros (subvenção, financiamento, bolsas, investimento externo) para promover inovação, cujo resultado foi zero para frequentemente ou sempre, aparecendo 26,0% em às vezes. Esse ponto seria importante para ter orçamento e, conseqüentemente, mais priorização para o assunto.

**Tabela 5 - Recursos Humanos e Inovação**

	Média	Desvio Padrão	Não soube responder
A organização possui políticas e/ou diretrizes formalizadas para as práticas de Recursos Humanos	4,5	0,6	0,0%
A área de Recursos Humanos participa das decisões estratégicas da organização	4,4	0,5	0,0%



As políticas e práticas de Recursos Humanos são diferenciais em relação aos concorrentes	3,9	0,6	0,0%
A área de Recursos Humanos participa direta e ativamente do processo de inovação da organização	4,0	0,6	0,0%
A área de Recursos Humanos possui atribuições, papéis ou responsabilidades relacionadas à inovação	3,8	0,8	0,0%
O gestor de Recursos Humanos é responsável e possui processos relativos à inovação	3,6	1,0	0,0%
A área de Recursos Humanos possui processos de planejar, obter, coordenar e/ou avaliar os recursos disponíveis para a inovação	3,0	1,3	0,0%
Os colaboradores recebem treinamentos voltados para inovação	2,3	1,4	0,0%
A organização utiliza tecnologias de informação e comunicação	4,1	0,9	0,0%
A área de Recursos Humanos consegue se comunicar com todos os níveis da organização	4,5	0,6	0,0%
A comunicação entre colaboradores e gestores é eficaz	3,7	0,7	0,0%
A organização utiliza um sistema formal de avaliação de desempenho dos colaboradores	4,0	1,1	0,0%
A organização comunica claramente como a avaliação de desempenho implica na vida profissional dos colaboradores	3,8	1,1	0,0%



Os colaboradores recebem aumentos salariais ou bonificações de acordo com o mérito ou desempenho	2,7	1,5	0,0%
Os colaboradores recebem bonificações por sugestões e ideias implementadas	2,0	1,2	0,0%
A área de Recursos Humanos adota práticas e instrumentos para mensurar e desenvolver os aspectos relacionados à motivação dos colaboradores	4,4	0,5	0,0%
Há treinamentos periódicos para os colaboradores	4,7	0,4	0,0%
Os resultados dos treinamentos são acompanhados	4,3	0,9	0,0%
A participação e aproveitamento dos treinamentos gera ganho salarial	1,2	0,4	0,0%
A gestão da inovação na organização impacta o desempenho do hospital na oferta de saúde	4,1	0,9	4,3%
A gestão da recursos humanos na organização impacta o desempenho do hospital na oferta de saúde	4,6	0,6	0,0%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Analisando os resultados e resgatando a proposta desse trabalho de avaliar as competências em suas políticas e práticas de gestão de recursos humanos nos hospitais estudados, incluindo seus respectivos modelos de gestão por competências, o cenário se apresentou com práticas mais formalizadas e consolidadas em sua essência, com os principais processos de gestão de recursos humanos se encontrando com práticas avançadas, com destaque para a avaliação de desempenho como ferramenta de gestão de competências, além dos treinamentos, que são exigências no contexto da saúde.

Todavia, há um longo percurso para se desenvolver pessoas como diferenciais competitivos à luz da Visão Baseada em Recursos (BARNEY & CLARK, 2007), uma vez que a gestão de recursos humanos ainda possui uma resposta reativa às demandas inerentes às suas



responsabilidades, com um posicionamento menos estratégico (RIUAS, 2005) e mais processual. O múltiplo vínculos de várias categorias de profissionais da saúde dificultam o alinhamento das competências com o ambiente organizacional, no modelo apresentado por Boyatzis (1982), impactando também o sentimento de pertencimento para assumir responsabilidades mais sistêmicas sobre os problemas e eventos que enfrentam em suas situações profissionais, distanciando do modelo de Zarifian (2003) que permeia o campo do trabalho e o sujeito trabalhador.

Por outro lado, iniciativas do GEPRHAS de união das áreas de GRH dos hospitais possuem um potencial de se desenvolver programas conjuntos de desenvolvimento de competências essenciais (PRAHALAD, 1995) e comuns ao ambiente hospitalar, buscando melhorar o portfólio de capacidades em um processo de aprendizado coletivo de desenvolvimento de competências. Nesse sentido, ao invés da busca da vantagem competitiva, o intuito seria a garantia do desenvolvimento da essência das competências necessárias para o profissional de saúde, independente das identidades organizacionais que possui vínculos, o que não impede de programas de desenvolvimento mais locais para tal.

Outra dimensão pesquisada foi a inovação, buscando identificar os principais projetos e práticas de inovações, incluindo ferramentas de gestão de inovação. Nesse quesito, mesmo havendo idiosincrasia entre os hospitais (SCHUMPETER, 1994), sugere-se que a complexidade existente no contexto da gestão de inovação (LOPES et al., 2016) dificulte as práticas sobre esse assunto no contexto hospitalar, que se apresentou sem políticas e procedimentos formalizados para a gestão da inovação e também sem práticas consolidadas nesse assunto, com destaque pela não existência de profissionais especializados no assunto, o que dificulta a pauta e a condução da inovação de forma concomitante com a operação de um hospital, que é intensa, além da inexistência de investimentos em inovação em seus orçamentos, nem participação de programas governamentais de incentivos à inovação. Todavia, mesmo ainda sem a consolidação dessas práticas, há a percepção que a gestão da inovação impacta o desempenho do hospital na oferta da saúde. As exceções a esse contexto são a Unimed Belo Horizonte e a Fundação São Francisco Xavier, que se apresentaram com uma maturidade mais desenvolvida para a gestão da inovação e naturalmente se tornam referências para o mercado de saúde como *benchmarking*.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS



Esse trabalho foi elaborado durante o pós-doutorado financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, cujo projeto de pesquisa foi investigar a articulação entre inovação e competência e suas contribuições com o desempenho e a oferta de saúde de hospitais da Região Metropolitana de Belo Horizonte - RMBH. Especificamente, foi examinado como hospitais gerenciam inovação e competências, verificando o impacto no desempenho do hospital, incluindo a perspectiva de oferta de saúde. A pesquisa foi quantitativa, com análises de coleta de dados, cuja fonte foi o grupo de estudo GEPRHAS, que possui como integrantes hospitais públicos, privados e de terceiro setor relevantes na RMBH. Inclusive, houve também a participação de hospitais do interior de Minas Gerais, destacando as cidades de Ipatinga e Montes Claros, que possuem representantes no grupo.

Conclui-se que as práticas de gestão de recursos humanos nos hospitais estudados estão formalizadas e consolidadas, mas as práticas de inovação ainda não se encontram institucionalizadas, sem políticas e procedimentos formalizados para a gestão da inovação e também sem práticas consolidadas nesse assunto. Há a percepção que a gestão da inovação na organização, mesmo ainda sem práticas consolidadas e não institucionalizadas, impacta o desempenho do hospital na oferta de saúde e que a gestão de recursos humanos também, sendo que estas práticas já se encontram mais formalizadas e consolidadas em sua essência nos hospitais estudados, mesmo que ainda não tão inseridas na inovação.

Nesse contexto, há duas recomendações para avanço das práticas e conseqüentemente dos resultados inerentes à gestão da inovação nessas organizações: aproximação de fontes externas de financiamento de inovação (editais de governo ou de agentes públicos, alianças estratégicas) para existência de orçamento e ações mais robustas de inovação; inserção de profissional(is) especializado(s) e principalmente dedicado(s) em gestão de inovação nessas organizações, para levantar a pauta e conduzir iniciativas de ideação, seleção e implementação de inovações no ambiente hospitalar, envolvendo as áreas para melhoria de seus processos, identificação e exploração de oportunidades e desenvolvimento dos recursos humanos, pois em uma instituição onde a operação é intensa, a função inovação tende a não ser priorizada e uma estrutura para tratar o tema na organização tende a buscar meios de se buscar espaço.

Uma limitação desse estudo é que a grande maioria dos respondentes foram os profissionais representantes dos hospitais no GEPRHAS, que são da área de recursos humanos na empresa. Isso pode ter apresentado um viés nas respostas sobre as práticas de gestão de recursos humanos, que se apresentaram com notas altas. Como proposta para trabalhos futuros, sugere-se ampliar a amostra para os dirigentes desses hospitais, para a triangulação dessa



informação, a fim de se coletar insumos de oportunidades de melhoria de atuação da área em seus respectivos contextos. Outra proposta de trabalho futuro seria o aprofundamento em um estudo de caso na proposta da Fundação São Francisco Xavier, que se apresentou com intenções mais estruturadas para a inovação, podendo ser um *benchmark* com boas práticas a serem difundidas nesse meio. Em 2018 foi definido pela fundação como o ano de inovação e em 2019 poderiam ser coletados os impactos dessa iniciativa. Há também a Unimed-BH, que participou da pesquisa, com práticas herdadas da sinergia que os serviços próprios (estrutura em que os hospitais são vinculados) possuem com a operadora (plano de saúde). As práticas da operadora são consolidadas de gestão da inovação, porém, nos serviços próprios ainda não foram difundidas o suficiente para que haja uma percepção de bons resultados.

### REFERÊNCIAS

- BACH, S.; GIVAN, R. C. Regulating employment conditions in a hospital network: The case of the Private Finance Initiative. *Human Resource Management Journal*, v.20, n.4, p.424-439, 2010.
- BARBOSA, A. C. Q. Vínculos profissionais em hospitais de pequeno porte brasileiros. *RAE. FGV EAESP*, v. 57, n. 2, p. 178-195, mar-abr 2017.
- BARNEY, J. B; CLARK, D. N. *Resource-Based Theory: Creating and Sustaining Competitive Advantage*. New York: Oxford University, 2007.
- BOTERF, G. *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Bookman, 2003.
- BOYATZIS, R. *The Competent Manager*. United States: John Wiley & Sons, 1982.
- CARMO, M. *Hospitais de pequeno porte e rede de atenção à saúde: um estudo de sua inserção e avaliação em Minas Gerais no período 2004/2014*. 2016. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade Ciências Econômicas, CEPEAD/FACE/UFMG. 2016.
- CARNEIRO, J. M. T. *et al.* Building a Better Measure of Business Performance. *RAC-Eletrônica*, v.1, n.2, p. 114-135, maio/ago. 2007.
- CINTRA, L. P. *Articulação entre inovação, competências e desempenho organizacional: um estudo em organizações de Minas Gerais na área da Saúde*. 2013. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade Ciências Econômicas, CEPEAD/FACE/UFMG. 2013.
- DE LEENHEER, P.; CHRISTIAENS, S.; MEERSMAN, R. Business semantics management: A case study for competency-centric HRM. *Computers in Industry*, v.61, n.8, p.760–775, 2010.
- FAZEL-ZARANDI, M.; FOX, M. S. *An Ontology for Skills and Competency Management*. Proceedings of the 7<sup>th</sup> International Conference on Formal Ontologies in Information Systems, Graz, Austria. 2012.



FLEURY, S. Reforma dos serviços de Saúde no Brasil: Movimentos sociais e sociedade civil. *The Lancet Saúde no Brasil*, maio, 2011.

FLEURY, A.; FLEURY, M.T.L. *Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2001. 169 p.

FREEMAN, C. *Technology policy and economic performance*. Londres: Pinter Publishers London and New York, 1987.

GALVÃO, L. L. *Medidas de desempenho organizacional em organizações públicas brasileiras*. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, out. 2002.

GEPRHAS – *Grupo de Estudo de Políticas de Recursos Humanos na Área de Saúde*. Disponível em: [geprhas.com.br](http://geprhas.com.br). Acesso em: 12 de agosto de 2020.

GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo. Atlas, 2006.

GUPTA, N.; DAL-POZ, M. Assessment of human resources for health using cross-national comparison of facility surveys in six countries. *Human Resources for Health*, v.7, n.22, p.1-9, 2009.

KHATRI, N.; WELLS, J.; MCKUNE, J.; BREWER, M. Strategic human resource management issues in hospitals: a study of a university and a community hospital. *Hospital Topics*, v.84, n.4, p.9-20, 2006.

LAFORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.

LOPES, A. P. V. B. V.; KISSIMOTO, K. O.; SALERNO, M. S.; DE CARVALHO, M. M.; LAURINDO, F. J. B. Innovation management: a systematic literature analysis of the innovation management evolution. *Brazilian Journal of Operations & Production Management*, v.13, n.1, p.16-30, 2016.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1063-1082, 2013.

PRAHALAD, C. K. HAMEL, G. *Competindo pelo futuro*. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

RIBEIRO, J. S. D. A. N.; CALIJORNE, M. A. S.; JURZA, P. H.; ZIVIANI, F.; DE RAMOS NEVES, J. T. Gestão do conhecimento e desempenho organizacional: integração dinâmica entre competências e recursos. *Perspectivas em Gestão & Conhecimento*, v.7, n.1, p.4-17, 2017.

RODRIGUES, J. M. *Gestão de recursos humanos e desempenho hospitalar na perspectiva da eficiência: um estudo em hospitais brasileiros de pequeno porte*. 2016. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade Ciências Econômicas, CEPEAD/FACE/UFMG. 2016.

RUAS, R. Gestão por competências: uma contribuição à estratégia das Organizações. In: RUAS *et al.* *Aprendizagem Organizacional e Competências*. São Paulo: Bookman, 2005.





SANTOS, J. B. *Uma Proposta de Conceituação e Representação do Desempenho Empresarial*. 2008. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, FGV, São Paulo, 2008.

SCHUMPETER, J. A. *Capitalism, Socialism and Democracy*. Londres: Routledge, 1994.

SCHUSTER, T. & WEIB, P. *A New Approach to Competence-Based Business Partner Profiles for Collaborative Business Process Management*. In: CAMARINHA-MATOS, L.M., BOUCHER, X., AFSARMANESH, H. (eds.) *PRO-VE 2010. IFIP AICT*, v.336, 2010. p.356–363.

SILVA, N. C.; RODRIGUES, R. B.; ROCHA, T. A. H.; RODRIGUES J. M. *Gestão de recursos humanos em saúde e sua necessária interface ao mundo organizacional: um olhar ampliado*. XXXIII Encontro da ANPAD, São Paulo, SP. 2009.

SINK, D. S. *Productivity management: planning, measurement and evaluation, control e improvement*. New York, NY: John Wiley and Sons, 1985.

TIDD, J.; BESSANT, J. *Gestão da Inovação*. 5ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

TOWNSEND, K.; WILKINSON, A. Managing under pressure: HRM in hospitals. *Human Resource Management Journal*, v.20, n.4, p.332-338, 2010.

ZARIFIAN, P. *O Modelo da Competência*. São Paulo: SENAC Editores, 2003.



**“ORAÇÕES PARA BOBBY”: QUANDO O PRECONCEITO FAZ A VÍTIMA  
ADOECER**

**“PRAYERS FOR BOBBY”: WHEN PREJUDICE MAKES THE VICTIM SICK**

**📍 Felipe Brito Fernandes**

Graduado em Psicologia (Faculdade Anhanguera SJC)  
Contato: [psico.felipebrito@gmail.com](mailto:psico.felipebrito@gmail.com)

**📍 Giovani Anselmo M. Pelógia**

Graduado em Psicologia (Faculdade Anhanguera SJC)  
Contato: [psico.giovanipelogia@gmail.com](mailto:psico.giovanipelogia@gmail.com)

**📍 Paulo Sérgio Rodrigues de Paula**

Doutor em Ciências Humanas (UFSC/Université de Reims Champagne-Ardenne), Mestre em Psicologia (UFSC), Psicólogo (UNESP), Professor Permanente do Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia Educacional (UNIFIEO-Osasco/SP) e Professor Colaborador da Faculdade de Gestão Woli (FGW- Araxá/MG)  
Contato: [sergiorodrigues@gmail.com](mailto:sergiorodrigues@gmail.com)



## RESUMO

Este artigo tem como objetivo de analisar o filme “Orações Para Bobby” de 2009, dirigido por Russell Mulcahy sob enfoque da Teoria do Estresse de Minorias proposta por Meyers. A metodologia utilizada foi análise fílmica de conteúdo, consistindo na separação e escolha de cenas do filme que contribuam com a análise da temática do referido. Para tanto, dividiu-se a análise em quatro cenas, a primeira se refere ao estressor identificado como experiência de vitimização, a segunda, por sua vez, ao estressor homofobia internalizada, em seguida o terceiro, ao estressor de ocultação da orientação sexual, por último, descreve-se a cena de suicídio como consequência do estresse vivenciado pelo protagonista da obra cinematográfica. Concluiu-se que ao longo do filme é possível verificar que o Estresse de Minorias ocorre não pela pessoa simplesmente pertencer a um grupo minoritário, culpabilizando a vítima por seu sofrimento, mas sim à uma sociedade que apresenta uma série de estigmas sociais direcionados a pessoas que não são heterossexuais.

**Palavras-chaves:** Orações Para Bobby; Estresse de Minorias; Suicídio.

## ABSTRACT

This article aims to analyze the movie “Prayers for Bobby” (2009), directed by Russell Mulcahy under the focus of Meyers' Theory of Minority Stress. The methodology used was filmed content analysis, consisting of the separation and choice of scenes of the film that contribute to the analysis of the theme of the movie. Therefore, the analysis was divided into four scenes, the first refers to the stressor identified as an experience of victimization, the second, in turn, to the internalized homophobia stressor, then the third, the stressor of concealment of sexual orientation. Lastly describes the scene of suicide as a consequence of the stress experienced by the protagonist of the cinematographic work. It was concluded that throughout the film it is possible to verify that Minority Stress occurs not because the person simply belongs to a minority group, blaming the victim for her suffering, but rather to a society that presents a series of social stigmas directed at people who are not heterosexual.

**Keywords:** Prayers for Bobby; Minority Stress; Suicide.



## **1 INTRODUÇÃO: ESTRESSE DE MINORIAS**

A Teoria do Estresse de Minorias (EM) criada por Meyers (2003), considera que os níveis de estresse vivenciados por pessoas LGB<sup>2</sup> (Lésbicas, Gays e Bissexuais) não se dá ao fato de serem LGB, mas ao estigma social relacionado à orientação sexual. Isto é, o que torna LGBs como grupo vulnerável não é a orientação sexual destes, mas o estigma social relacionado a ela.

Nesse sentido, a EM destaca que, para além dos estressores sociais cotidianos, pessoas LGB enfrentam estressores específicos à sua condição de minoria social, são eles: 1) experiência de vitimização; 2) homofobia internalizada; 3) ocultação da orientação sexual. Estes estressores, quando não manejadas de forma adequada, influenciam em quadros de saúde mental negativos, como ansiedade, depressão e ideação suicida (MEYERS, 2003).

A Experiência de Vitimização pode ser compreendida, de acordo com Paveltchuk (2018), como qualquer forma de violência e rejeição relacionado à orientação sexual. Já a Homofobia Internalizada pode ser compreendida pelo referencial estigmatizado que o indivíduo tem sobre sua orientação sexual. E, por último, a Ocultação da Orientação Sexual se refere ao fato da pessoa LGB não aceitar ou revelar sua orientação sexual para si ou aos outros.

Meyers (2003) também aponta para o fato da vigilância de pessoas LGB em relação ao estigma imposto ou experiência de vitimização, como sendo o mecanismo de enfrentamento negativo, favorecendo o desenvolvimento de ansiedade proeminente de uma preocupação em ser vitimado por virtude de sua orientação sexual, quanto maior o estigma percebido, maior será a vigilância para que não seja alvo de estigma.

A autora ainda aponta a importância da psicoterapia como método de tratamento que possibilitará a pessoa LGB expressar suas emoções referentes a si e sua orientação sexual, tal qual a diminuição do estigma percebido, deste modo, diminuindo também o sofrimento psíquico referente à vitimização, homofobia internalizada e ocultação da orientação sexual.

## **2 METODOLOGIA**

---

<sup>2</sup> O Manual de Comunicação LGBT (2015) recomende o uso da sigla LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), entretanto, por uma questão metodológica optou-se pelo uso da sigla LGB ao longo deste artigo, uma vez que os estressores sistematizados, e aqui analisados e de acordo com o referencial teórico correspondem exclusivamente à pessoas lésbicas, gays e bissexuais.



A metodologia utilizada neste trabalho é a análise filmica de conteúdo. De acordo com Penafria (2009), a análise de conteúdo compreende o filme como relato que leva em consideração a temática abordada nele. Nesse sentido, é necessária a desfragmentação do filme em cenas, depois análise das cenas específicas que configurem a temática a ser abordada de acordo com a apresentada na obra cinematográfica.

Para tanto, considerando a EM, foram separadas 4 cenas, uma para analisar cada um dos estressores: Experiência de vitimização, Homofobia Internalizada e Ocultação da Orientação sexual; e uma última que considere o suicídio como consequência do manejo inadequado do EM vivenciado pelo protagonista. Para além da análise sob a ótica da Teoria do Estresse de Minorias, também complementa com dados a respeito do índice de suicídio de pessoas LGBTQs, bem como resoluções acerca do tratamento psicológico referente a reorientação sexual, a fim de tornar a análise mais próxima da realidade brasileira atual.

### **3 ORAÇÕES PARA BOBBY: AS CONSEQUÊNCIAS SEVERAS DO ESTIGMA**

Orações Para Bobby é um filme norte-americano de 2009 baseado em fatos reais e inspirado no livro que leva o mesmo título. Mary Griffith (Sigourney Weaver) é uma mulher que segue rigidamente os preceitos religiosos cristãos, criando seus quatro filhos sob a ótica da moralidade religiosa, dentre eles Bobby Griffith (Ryan Jonathan Kelley) que, envolto a atmosfera religiosa de sua criação, se descobre homossexual.

Da angústia da descoberta de sua orientação sexual, até o momento em que seus familiares descobrem que é homossexual, Bobby enfrenta diversos tipos de violências, desde xingamentos, até invisibilização por parte de seus familiares, terapias de conversão sexual e métodos religiosos para “se curar” do “pecado” da homossexualidade, proposto por sua mãe, Mary.

Entretanto, ao percorrer essas diversas tentativas de reorientação sexual, Bobby compreende que o seu desejo por pessoas do mesmo gênero não é algo ao qual pudesse escolher e/ou modificar, nesse momento é fundamental o papel da prima Jeanette (Rebecca Louise Miller) que, não somente demonstra apoio e compreensão a dor de Bobby, mas oferece a ele um local para morar em Portland, caso seja necessário.

Depois de passar alguns dias com a prima em Portland, Bobby se envolve em um romance com David (Scott Bailey), amigo de sua prima e, ao desabafar com o mesmo contando toda sua problemática com a família envolvendo sua orientação sexual, Bobby decide seguir o que seu namorado fizera com os pais: dar a eles um ultimato, ou o aceitariam da maneira que



ele é ou o esqueceriam, então Mary diz não querer ter um filho homossexual, fazendo com que Bobby não tenha outra escolha a não ser sair definitivamente da casa de seus pais.

Agora vivendo em Portland, Bobby se vê envolto da liberdade e também da solidão por não contar com o apoio dos pais, e todo o clima de perseguição e rejeição dos pais se tornam presentes em seu cotidiano, mesclado com o sentimento de dor ao presenciar a traição de David, Bobby decide tirar sua própria vida aos 20 anos de idade em 1983.

Com a notícia de suicídio de Bobby, Mary trava uma luta que se inicia com o medo de que o filho tenha morrido como um pecador, desta vez por ser homossexual e também por ter cometido suicídio e termina sendo uma das pioneiras na luta contra a LGBTfobia e Direitos Humanos nos Estados Unidos, finalmente compreendendo que não havia nada de errado em seu filho ser homossexual.

### **3.1 Cena 1 – Experiência de Vitimização (21:13 – 21:58)**

A cena se inicia logo após Bobby ter uma reunião com outros jovens na igreja, onde é mencionado a importância do sacrifício para conseguir a salvação. Em seguida, Bobby está correndo em um bosque, quando a cena é cortada para ele em sua casa, escrevendo em seu diário enquanto passava na televisão um filme com uma cena apaixonada de um casal heterossexual: “Nada que eu faça parece ter diferença. Eu tento agir como eles, mas isso parece impossível. É uma sensação horrível acreditar que você pode ser jogado nas chamas do inferno. Ou pior, todos dizendo para você como a solução é simples. Eles não sabem o que é estar na minha pele!”

De acordo com a fala de Bobby é possível identificar seu sofrimento em decorrência da vitimização oriunda das tentativas dos familiares, especialmente da mãe, de “curá-lo” através de artifícios religiosos impondo, desta forma, que ser homossexual, além de ser visto de forma negativa, é, também, uma doença capaz de ser curada trazendo à heterossexualidade caráter universalizante, como sendo a única manifestação da sexualidade possível. Essa cena poderia também ser enquadrada no viés do estressor de ocultação da orientação sexual, haja visto que é possível notar o esforço de Bobby para ser como eles, isto é, ser heterossexual e não homossexual, demonstrando a complexidade com que os fatores estressores presentes no Estresse de Minoria são apresentados.

Para Paveltchuk (2018), um dos meios pelos quais é possível que haja a redução do impacto negativo do EM, é a interação com seus pares, na medida em que o suporte social é fundamental para eliminação da homofobia internalizada. Entretanto, ao longo do filme Bobby,



forçadamente destinado a enfrentar processos de “cura” da sua orientação sexual, pouco se envolveu com seus pares e, quando inicia um namoro, a revelação da orientação sexual pode ser também um fator desencadeante de outros estressores da EM, como será apresentado na análise da cena 3 – ocultação da orientação sexual.

### **3.2 Cena 2 – Homofobia Internalizada (07:32 – 08:25)**

Nesta cena Bobby conversa com seu irmão mais velho Ed (Austin Nichols) enquanto caminham sob os trilhos de uma ferrovia, a respeito da mãe dos dois encararem um possível pecado como algo que pudesse fragilizar a família de alguma forma. A seguir, é descrito a fala entre os personagens:

Bobby: Acho que tem alguma coisa errada comigo.

Ed: Com certeza tem!

Bobby: O que acha que a mamãe faria se descobrisse que um de nós era psicopata?

Ed: Como assim “se”?

Bobby: Sabe, ela está sempre dizendo que a família toda vai ficar junta na vida após a morte. Bom, e se um de nós for pecador?

Ed: Se você pecou com a Michele, eu prometo que eu não conto nada.

Bobby: Não, não é isso. Eu só estou pensando em umas coisas.

Ed: Você pensa demais. Isso é perigoso, é por isso que eu evito ao máximo pensar.

Bobby: É. Que bom que a gente conversou.

Ed: Agora sério, tem alguma coisa? Alguma coisa errada?

Bobby: Não.

Ed: Olha, você sabe... Eu sou seu irmão mais velho, eu tenho que cuidar de você.

Nessa cena é possível identificar que Bobby, ao indagar o irmão a respeito da aceitabilidade da mãe caso um dos filhos fosse psicopata, isto é, pecador, está, na realidade, considerando que a própria orientação sexual como algo tão cruel e pecaminoso quanto à psicopatia, trazendo sérios prejuízos para sua autoimagem.

Curiosamente, é possível fazer um paralelo com o que ocorrera décadas anteriores ao suicídio de Bobby quando, de acordo com Lawrenz (2017), as primeiras versões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), produzidos pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) consideravam a homossexualidade, na época, com a nomenclatura “homossexualismo”, entre os anos de 1952 a 1968, como um Transtorno de Personalidade e em seguida passando para a classificação de Transtorno de Identidade Sexual.



Logo, não fossem os dogmas religiosos impostos pela família, Bobby possivelmente também tenderia a ter uma autoimagem negativa, através do estressor de homofobia internalizada, desta vez também reforçado pelo discurso médico psiquiátrico vigente. Isso porque, como aponta Pereira (2017) somente em 1990 a Organização Mundial da Saúde (OMS) retira a homossexualidade do Catálogo Internacional de Doenças (CID).

Já aqui no Brasil, somente em 1999 o Conselho Federal de Psicologia publica a Resolução N° 001/1999 que estabelece normas de atuação para psicólogos em relação à questão da orientação sexual, no qual “Art. 3° - os psicólogos não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas, nem adotarão ação coercitiva tendente a orientar homossexuais para tratamentos não solicitados” (CFP, 1999).

### **3.3 Cena 3 – Ocultação da Orientação Sexual (39:50 – 41:10)**

Durante o jantar em família, após Bobby retornar de Portland, ele menciona para seus familiares que conheceu David e que está gostando dele, nesse momento a Mary subitamente sai da sala em desaprovação. A cena continua na cozinha com Mary se esquivando do assunto comentando sobre a escola com Bobby, mas ele insiste e menciona sobre os pontos positivos de David, seu namorado. E, em dado momento, desabafa com a mãe, dizendo o quanto é difícil, apesar de David ser um homem bom para ele, dar as mãos em público ou se beijar, caso isso acontecesse acredita que sairia correndo. A cena então termina com Bobby intimando a mãe a aceitá-lo ou esquecê-lo, e em resposta Mary diz que não tem um filho gay, Bobby por sua vez a responde afirmando que então ela não tem um filho e Mary termina confirmando, fazendo com que Bobby se mude para Portland.

Nesta cena pode-se observar que, apesar de viver em um relacionamento homoafetivo, Bobby ainda possui mecanismos pelos quais oculta sua orientação sexual com receio da violência social, devido ao intenso empenho da mãe em “curá-lo” de sua homossexualidade, compreendendo que ele mesmo seria o alvo da cura, ele era o pecador e o doente.

Isso ocorre porque, de acordo com Paveltchuk (2018), nem sempre quando um indivíduo LGB revela sua orientação sexual há a eliminação dos estressores, haja vista que, ao não ocultar sua orientação sexual Bobby estaria ainda mais vulnerável para experiências de vitimização e, temendo essas experiências, a depender do contexto pode tornar a ocultar sua orientação sexual.

### **3.4 Cena 4 – Suicídio (46:00 - 49:10)**





Após um jantar com os pais de David, Bobby começa a perceber que a família que aceita e compreende a orientação sexual de seu namorado talvez nunca pudesse ser a sua. Angustiado, Bobby começa a se recordar dos momentos estressores que vivenciou com a família e tenta ligar para o namorado na tentativa de expressar seus sentimentos, mas sem sucesso decide dirigir pela cidade e encontra seu namorado saindo de um clube com outro homem. Nesse momento Bobby se recorda de todos estressores vivenciados, os quais não foram incluídos nesta análise afim de evitar que se tornasse repetitiva, como a visita à psiquiatra que propusera tratamento, namoro forçado com uma garota da escola, diversos bilhetes espalhados pela casa com versículos bíblicos, humilhação dos amigos LGB por parte da mãe, dentre outras; então Bobby para seu carro, desce e a última cena que vem em sua memória antes de se jogar da ponte e se suicidar é de sua mãe dizendo que não terá um filho gay.

A cena acima é corroborada pela pesquisa de Ryan *et al.* (2009) que encontrou maiores índices de suicídio e depressão em jovens LGB que também manifestaram altos índices de rejeição familiar quando comparados à jovens LGB que apresentaram menores índices de rejeição.

No Brasil os dados sobre suicídio da população LGBT são alarmantes. De acordo com o último relatório publicado pelo Grupo Gay da Bahia (GGB) realizado em 2018, apoiados na revista científica *Pediatrics*, os LGBTs têm 6 vezes mais chance de tirar a própria vida, em relação a heterossexuais; com risco de 20% maior de suicídio quando convivendo em ambientes hostis à sua orientação sexual ou identidade de gênero.

No ano de 2019, entre janeiro a maio, o GGB realizou um relatório parcial em ocasião do Dia Internacional Contra a Homofobia, a respeito dos assassinatos e suicídios de LGBTs ocorridos no Brasil, onde obteve-se o resultado de 141 mortes de LGBTs, sendo 126 homicídios e 15 suicídios em decorrência da LGBTfobia.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, são notáveis as consequências negativas para saúde mental de jovens LGB quando não manejado de maneira adequada os estressores que compõe a EM. O protagonista do filme enfrentou todos os estressores da Teoria do Estresse de Minorias e não teve mecanismos para lidar com estes de forma a reduzir os impactos negativos para sua saúde mental, o que, em seu caso, culminou em suicídio.

É preciso salientar também que ao longo do filme é possível verificar que o Estresse de Minoria ocorre não pela pessoa simplesmente pertencer a um grupo minoritário culpabilizando



a vítima por seu sofrimento, mas sim à uma sociedade que apresenta uma série de estigmas sociais para pessoas que não são heterossexuais.

Logo, pode-se compreender que a Teoria do Estresse de Minoria reforça a Resolução N. 01/1999 do Conselho Federal de Psicologia ao não considerar a homossexualidade como causadora do sofrimento da pessoa LGB, mas a vivência desta em uma sociedade que a estigmatiza, violenta e invisibiliza por ser quem é.

### Referências

ABGLT, Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transexuais. *Manual de Comunicação LGBT*. Ajir Artes Gráficas e Editora Ltda., 2015, 48 p. Disponível em: <https://bit.ly/3e6OsGX> . Acesso em 20 out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução CFP N. 001/1999*. Estabelece normas de atuação para psicólogos em relação à questão da orientação sexual. Brasil, 1999.

LAWRENZ, Priscila. *Estresse de Minorias, Fatores Familiares e Saúde Mental em Homens Homossexuais*. 2017, 37 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC-RS, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/35K2IRZ>. Acesso em 19 out. 2019.

MEYERS, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, v.129, n.5, p. 674-697, 2003. Disponível em: <https://bit.ly/2TwndfB>. Acesso em: 20 out. 2019.

ORAÇÕES PARA BOBBY. Direção de Russell Mulcahy. Estados Unidos: Lifetime: Original Movie, 2009. 1 DVD (1h30min).

PAVELTCHUK, Fernanda de Oliveira. *Estresse de Minorias e Saúde Mental em Pessoas LGB*. 2018, 99 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Pontifca Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-RJ, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/34yNZKw>. Acesso em: 19 out. 2019.

PENAFRIA, Manuela. Análise de Filmes – conceitos e metodologia. *VI Congresso SOPCOM*, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, Lisboa – Portugal, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/35Erza8>. Acesso em 21 out. 2019.

PEREIRA, Diogo Fagundes. Homossexualidade em Cena: da naturalidade ao preconceito. *Rev. Intinerarius Reflectionis*, v.13, n.2, p.1-19, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3oAIV1d>. Acesso em 22 out. 2019.

RYAN, C.; HUEBNER, D.; DIAZ, R. M.; SANCHEZ, J. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, v.123, n.1, p.346-352, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/3oDWaxg>. Acesso em 22 out. 2019.



**SAÚDE BASEADA EM VALOR: AFINAL, QUAL A OPINIÃO SOBRE “VALOR”  
PARA OS DIFERENTES ATORES DOS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL?**

**VALUE-BASED HEALTHCARE: WHAT IS THE OPINION ABOUT “VALUE” TO  
DIFFERENT PLAYERS ON BRAZIL’S HEALTHCARE SYSTEM?**

 **Iara Muller Bernz**

iara.bernz@gmail.com

 **Rosa Lucchetta**

rosa.lucchetta@mapesolutions.com

 **Lucas Miyake Okumura**

lucas.okumura@mapesolutions.com

 **Tamiris Tatiane Dias**

tamiris.dias@mapesolutions.com

 **Mariana Papaléo Rosim**

mariana.rosim@mapesolutions.com

 **Bruno Salgado Riveros**

bruno.riveros@mapesolutions.com

 **Gabriel Ogata Pedro**

gabriel.ogata@mapesolutions.com

 **Marcelo Eidi Nita**

marcelo.nita@mapesolutions.com



## RESUMO

*Value-based healthcare* (VBHC) é um modelo que busca recompensar prestadores e tecnologias capazes de entregar resultados que agreguem valor para o paciente, de forma a otimizar a sustentabilidade na saúde. O objetivo deste trabalho foi identificar as percepções de médicos, gestores e representantes da indústria farmacêutica acerca dos conceitos relacionados a VBHC. Foram entrevistados *stakeholders* de diversas áreas dos sistemas de saúde brasileiro entre dezembro de 2018 e março de 2019 acerca de suas percepções em diferentes domínios relacionados à estrutura organizacional, gestão e gestão baseada em valor. De 100 *stakeholders* contatados, 36 responderam aos questionários. Referente ao domínio organizacional, os itens com maior concordância foram o acompanhamento de protocolos clínicos e custos associados a eles (mediana 8,0) e modelos aplicados a novas práticas de remuneração por performance entre prestadores e operadora de plano de saúde (OPS) são de interesse da empresa (8,0). Relativo a quais itens são importantes para o processo de gestão da empresa, destacaram-se o impacto financeiro de novas incorporações, os comparadores clínicos, econômicos e financeiros entre as tecnologias de mesmo protocolo clínico, a melhoria da qualidade da atenção médica e o acompanhamento econômico de efeitos adversos, todos com mediana 10,0. Por fim, para o domínio de saúde baseada em valor, destacam-se o acompanhamento de desfechos clínicos dos pacientes, os dados de custo-efetividade, a satisfação do paciente, a melhoria qualidade da atenção médica e o acompanhamento clínico e econômico de efeitos adversos, todos com mediana 10,0. Enquanto alguns *stakeholders* estão atentos em oferecer mais qualidade e já estão atentos à geração de valor em saúde outros estão sensíveis principalmente à questão de redução de custos especialmente. Para esse último grupo, é fundamental compreender em detalhe sua realidade e explicitar como a saúde baseada em valor agrega a esse cenário condicionando aumento de gastos com maior entrega de saúde. Incluir e engajar todos os atores do sistema de saúde para promover uma visão conjunta de valor e eficiência é um fator condicionante ao sucesso da implantação de modelos de saúde baseada em valor.

**Palavras-chave:** participação dos interessados, remuneração, seguro de saúde baseado em valor, sistemas de saúde.



## ABSTRACT

Value-based healthcare (VBHC) is a model that rewards providers and technologies capable of delivering results for the patient. The aim of this study was to identify the degree of knowledge about concepts related to different VBHC domains: doctors', managers' and pharmaceutical industry's perspectives. Stakeholders from various areas of health systems in Brazil were interviewed between December 2018 and March 2019 about their knowledge in different domains related to organizational structure, management and VBHC management. One hundred stakeholders were contacted and 36 submitted questionnaire replies. For organizational domain, the items with the highest agreement were follow-up of clinical protocols and associated costs (median 8.0) and models applied for payment for performance between providers and health care insurers (8.0). Regarding which items are important to the company's management process, the financial impact of new incorporations, the clinical, economic and financial comparators between the technologies of the same clinical protocol, the improvement of the healthcare quality and the economic follow-up of the companies were highlighted. adverse effects, all with median 10.0. For the VBHC domain, we highlight the follow-up of patients' clinical outcomes, cost-effectiveness data, patient satisfaction, improved medical care, and clinical and economic follow-up of adverse effects, all also with median 10.0. Few stakeholders are concerned with providing better services, while many are focusing on reducing costs. Engaging all actors in health system to promote a shared vision of value and efficiency is determinant to succeed in VBHC models implementation.

**Keywords:** stakeholder engagement, value-based purchasing, value-based health insurance, value-based purchase



## **1 INTRODUÇÃO**

A sustentabilidade no setor da saúde é um desafio constante, sobretudo ao considerar o panorama brasileiro, cuja Constituição Federal garante que a saúde pública seja de cobertura universal e gratuita para os mais de 200 milhões de habitantes. Em 2014, foram destinados apenas 3,8% do produto interno bruto para a saúde pública do país (FIGUEIREDO, 2018). Por outro lado, dados de 2018 apontam que cerca de 24,2% da população recorreram à saúde privada através de operadoras de saúde (ANS, 2017).

Tanto na perspectiva pública como na privada, é relevante ponderar que diversos fatores pressionam os gastos em saúde, como a transição epidemiológica (envelhecimento populacional e aumento da prevalência e incidência de doenças crônicas), além do advento de tecnologias cada vez mais caras. De maneira mais crítica, os altos índices de sinistralidade para o setor privado (estimados em 85% para o ano de 2017) (ANAHP, 2018), trazem à tona a discussão sobre a relação entre 4 temas que cerceiam a discussão sobre valor em saúde: os investimentos, a qualidade dos serviços prestados, os desperdícios e os resultados clínicos.

Os diversos atores envolvidos na cadeia de valor da saúde têm interesse nessa discussão, na qual são recorrentes as seguintes opiniões: i) os pagadores queixam-se de que os cuidados em saúde estão cada vez mais caros, chegando, em alguns momentos, a valores proibitivos; ii) os pacientes estão insatisfeitos com a qualidade dos serviços prestados e com os reajustes anuais das mensalidades das operadoras de saúde; iii) os prestadores e provedores de serviço (profissionais e instituições de saúde) se queixam do reembolso praticado e da limitação do uso de tecnologias mais sofisticadas, que limitam a qualidade da assistência prestada; iv) as distribuidoras e fornecedoras de tecnologias em saúde estão insatisfeitas porque sentem que o mercado está cada vez mais avesso a inovações e que as decisões são tomadas unicamente a partir de preço de produto sem considerar, de fato, o que os pacientes valorizam (FLOWER, 2015). Atualmente, o modelo preponderante de negociação em saúde é o chamado *fee for service*, pautado em realizar reembolsos com base no volume de procedimentos, sem que haja critério definido no que tange à qualidade do serviço entregue e geração de desfechos relevantes para o paciente (PORTER, 2016).

No intuito de avançar para novas formas de reembolso, *value-based healthcare* (VBHC) é um modelo que busca o caminho do reconhecimento de prestadores, serviços e tecnologias capazes de entregar resultados que agregam valor para o paciente (PORTER, 2016). As premissas desse modelo envolvem evitar desperdícios e mensurar desfechos clínicos durante



todo o ciclo de assistência, permitindo diferentes formatos de negociação entre os atores (*stakeholders*) envolvidos (KATZ, 2017).

Trata-se, pois, de uma quebra de paradigma e inovação frente aos modelos atuais de reembolso predominantes. A disseminação de VBHC ou outros modelos que valorizam o paciente depende do conhecimento dos gestores com relação a estes conceitos e da busca por esta nova prática. Assim sendo, o objetivo deste trabalho foi identificar o que pensam médicos, gestores (Sistema Único de Saúde - SUS, hospitais, operadoras de saúde) e representantes da indústria farmacêutica sobre VBHC, contemplando conceitos relacionados à estrutura organizacional e gestão baseada em valor.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A gestão em saúde pode ser definida como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas e privadas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde (LORENZETTI, 2014).

Partindo dessa premissa, podemos considerar que fazer a gestão de sistemas de saúde é uma atividade complexa. Além dos atores supracitados, tem-se o paciente, que não pode perder-se como foco durante a prestação dos serviços e cuidados. Garanvandala (2020) entende que a prestação de cuidados também contribuiu para dificuldades de gerenciamento dos sistemas de saúde. O autor ainda considera que os cuidados de saúde são prestados de forma turbulenta e em um ambiente em constante mudança que é influenciado por diversos fatores, entre eles demográficos, tecnológicos e financeiros que geralmente resultam em menos consenso sobre a direção gerencial-estratégica das organizações envolvidas no sistema.

Somado as discussões gerenciais, temos a questão da sustentabilidade do sistema. São várias as justificativas apontadas pelas empresas do setor para o aumento de custos, entre elas o envelhecimento da população, o aumento da frequência de utilização dos planos de saúde e o aumento de preços de medicamentos, mão de obra e equipamentos (DUARTE, 2017).

Diante disso, várias alternativas para resolver as dificuldades impostas aos gestores vêm sendo discutidas. Uma das possíveis soluções apontadas, são estratégias vinculadas à gestão baseada em valor (VBHC). Essas discussões começaram a se tornar mais frequentes no contexto mundial, a partir de 1999, com a publicação do *Institute of Medicine Error is human: building a safer health care system*. A partir desse momento a atenção dos pesquisadores em saúde se



transferiu para a qualidade e iniciativas que a recompensem, conhecidas como pagamento por desempenho (PORTER, 2016).

Valor em saúde é definido como a relação entre os resultados que importam para os pacientes (desfechos clínicos) e o custo para atingir esses resultados (PORTER, 2016). O conceito de valor em saúde pode ser resumido na seguinte fórmula: Valor em saúde = desfechos clínicos/custos.

Para que estratégias de valor em saúde sejam implantadas de forma prática é necessário que os *stakeholders* atuem de forma sinérgica e transparente, sob risco do sucesso do modelo.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Desenho geral do estudo**

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, com dados obtidos de entrevistas individuais pré-estruturadas, cujo objeto de estudo era obter informações a partir da experiência e percepções dos diferentes atores do sistema de saúde do Brasil. A amostragem utilizada foi não probabilística intencional por tipicidade, na qual a amostra é escolhida pela facilidade de acesso ou por tipicidade constituída pela seleção de elementos que o pesquisador considera representativo da população em estudo (VERGARA, 2011). As entrevistas ocorreram entre dezembro de 2018 e março de 2019 com participantes que estivessem atuando na área há mais de cinco anos.

#### **3.2 Questionário pré-estruturado para entrevistas**

O questionário foi desenvolvido por meio dos pilares de VBHC, focando em três dimensões maiores: i) estrutura organizacional, ii) gestão atual e iii) gestão da saúde baseada em valor, discriminadas a seguir.

- (I) estrutura organizacional: protocolos clínicos e tecnologias em saúde, custos associados a estes itens; além de indicadores para acompanhamento das metas; ambiente organizacional e processo de tomada de decisão e novas práticas de remuneração;





- (II) gestão atual & saúde baseada em valor: processo de implantação do modelo de pagamento por performance, informações sobre custo-efetividade de serviços e tecnologias, custo-utilidade (QALY, do inglês *quality-adjusted life years*), impacto financeiro de novas incorporações e sobreutilização de recursos, acompanhamento de desfechos clínicos dos pacientes, aderência a protocolos clínicos, satisfação do paciente e melhoria da qualidade da atenção médica, e cumprimento de metas clínicas

Cada uma das perguntas foi estruturada usando escala de Likert de 5 pontos (onde 5 representa o maior grau de concordância com a pergunta), de forma a permitir o estudo das respostas em nível individual e do grupo de entrevistados.

### 3.3 Análise

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, sem testes de hipóteses, de forma a explorar as diferentes percepções de atores do sistema de saúde sobre VBHC no Brasil. Para fins de definição, as notas atribuídas por diferentes *stakeholders* foram comparadas de duas maneiras: entre *stakeholders*, e a nota de um *stakeholder* com a nota de maior frequência (moda) ou nota mediana de cada pergunta, atribuídas em cada dimensão de VBHC.

## 4 RESULTADOS

De 100 profissionais contatados, 36 responderam ao questionário, correspondendo a 8 profissionais médicos, 8 profissionais da indústria farmacêutica, 7 gestores da saúde pública, 8 gestores de planos de saúde e 5 gestores de hospitais privados. A maioria dos entrevistados atuava no sudeste (>80%), e uma minoria no sul do Brasil (Tabela 1).

Tabela 1 – Características dos entrevistados.

Dados	n (%)
Sexo, masculino	27 (75)
Local	



---

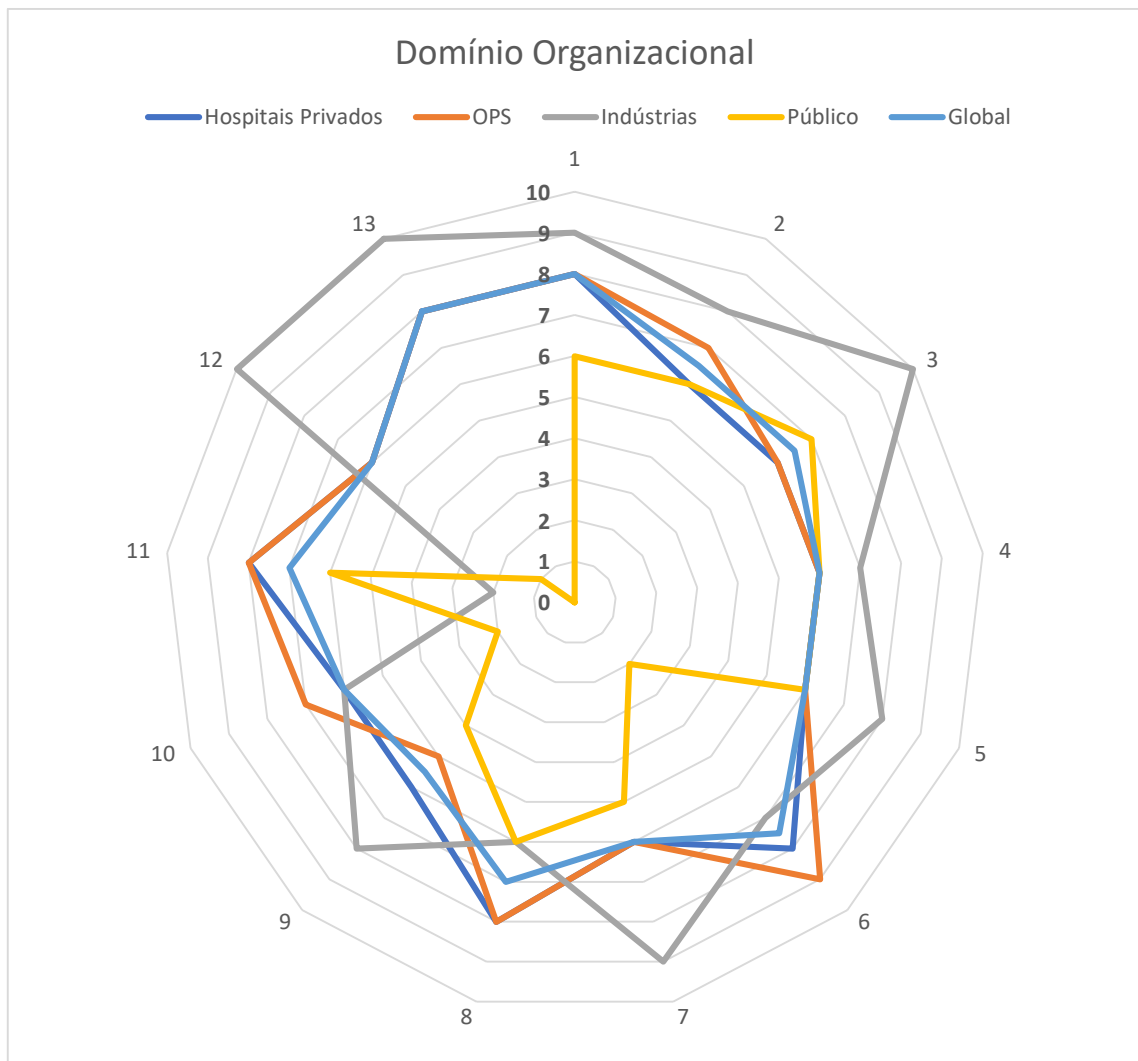
São Paulo	26 (72,2)
Outros estados	5 (13,9)
Não informado	5 (13,9)
Categoria do entrevistado	
Hospital privado	5 (13,9)
OPS	8 (22,2)
Indústria	8 (22,2)
Público	7 (19,4)
Médico	8 (22,2)
Cargo / profissão	
Acesso	5 (13,9)
Alergista	1 (2,8)
Coordenador de atenção farmacêutica	2 (5,6)
Coordenador de saúde	1 (2,8)
Diretor clínico	3 (8,3)
Diretor clínico e administrativo	1 (2,8)
Diretor de recursos próprios	1 (2,8)
Diretor de Saúde	1 (2,8)
Gerente de gestão em saúde	1 (2,8)
Gestor - Diretoria de Planejamento da Demanda de Bens e Serviços - Medicamentos Judiciais	1 (2,8)
Gestor Médico	1 (2,8)
Gestora - Hospital Público	2 (5,6)
HEOR	3 (8,3)
Núcleo Inteligência em Saúde	1 (2,8)
Pediatra	1 (2,8)

---



Psiquiatra	2 (5,6)
Reumatologista	4 (11,2)
Vice-Diretor clínico	1 (2,8)
Não informado	4 (11,2)

Domínio “organizacional” segundo diferentes stakeholders



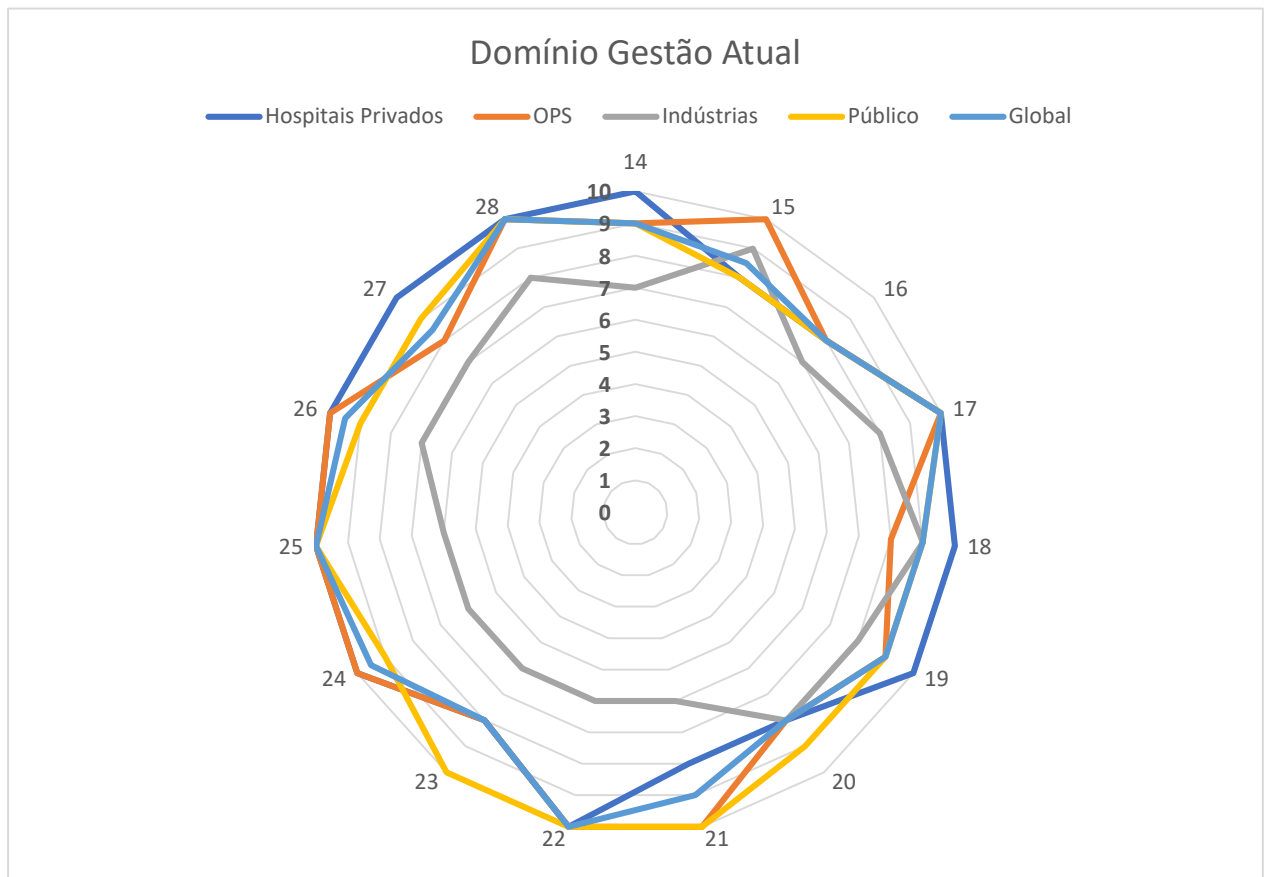
OPS: operadoras de planos de saúde; 1. O acompanhamento de protocolos clínicos e custos associados a ele constitui elemento explícito nas estratégias da empresa; 2. O processo de desenvolvimento é realizado com a integração das necessidades de protocolos clínicos e custos associados ao planejamento estratégico; 3. A empresa tem claramente definido em quais protocolos clínicos e tecnologias associadas devem investir; 4. A empresa tem claramente definido quais protocolos clínicos e tecnologias são promissoras do ponto de vista das linhas de cuidados existente ou para produtos novos ou afins; 5. A empresa tem claramente definido quais tecnologias oferecem oportunidade para um melhor desempenho de desfechos clínicos; 6. A empresa busca ser competitiva na introdução de novos produtos no mercado; 7. A empresa possui um plano de investimento que contempla atualização de protocolos clínicos e novas tecnologias em saúde; 8. A empresa busca constantemente informações especializadas sobre alternativas em tecnologias da saúde; 9. A empresa possui experiência em contratação e negociação de tecnologia de saúde; 10. A empresa define indicadores para acompanhamento das metas em relação



às diferentes linhas de cuidado para os pacientes; 11. A empresa desenvolve um ambiente organizacional que propicia a tomada de decisão; 12. O processo decisório na empresa pode ser caracterizado como ágil e pouco burocrático; 13. Modelos aplicados à novas práticas de remuneração por performance entre prestadores e OPS são de interesse da empresa.

As respostas revelaram que hospitais privados e OPS possuem opiniões semelhantes em relação a todas as perguntas realizadas a esses atores. Já o setor público e a indústria farmacêutica possuíam opiniões divergentes em relação à mediana. Foi notório que a maioria dos profissionais da indústria farmacêutica atribuiu maior pontuação aos itens 3 (necessidade de se investir em protocolos de cuidado ao paciente), 7 (se a empresa em que trabalha possui um plano de investimento em atualização sobre protocolos clínicos e novas tecnologias em saúde) e 12 (a empresa possui pouca burocracia interna nos processos decisórios). Por outro lado, no setor público, as perguntas 6, 10, 12 e 13 possuem menor pontuação que a mediana, sendo que na ótica desses profissionais, (6) o setor público é pouco competitivo para lidar com a introdução de novos produtos no mercado, (10) há reduzida definição sobre indicadores para acompanhar linhas de cuidados, (12) a empresa possui pouca burocracia interna nos processos decisórios, e (13) não é de interesse novos modelos de remuneração por performance (Figura 1, Tabela S1 disponível no apêndice).

Domínio “gestão atual” segundo diferentes stakeholders.

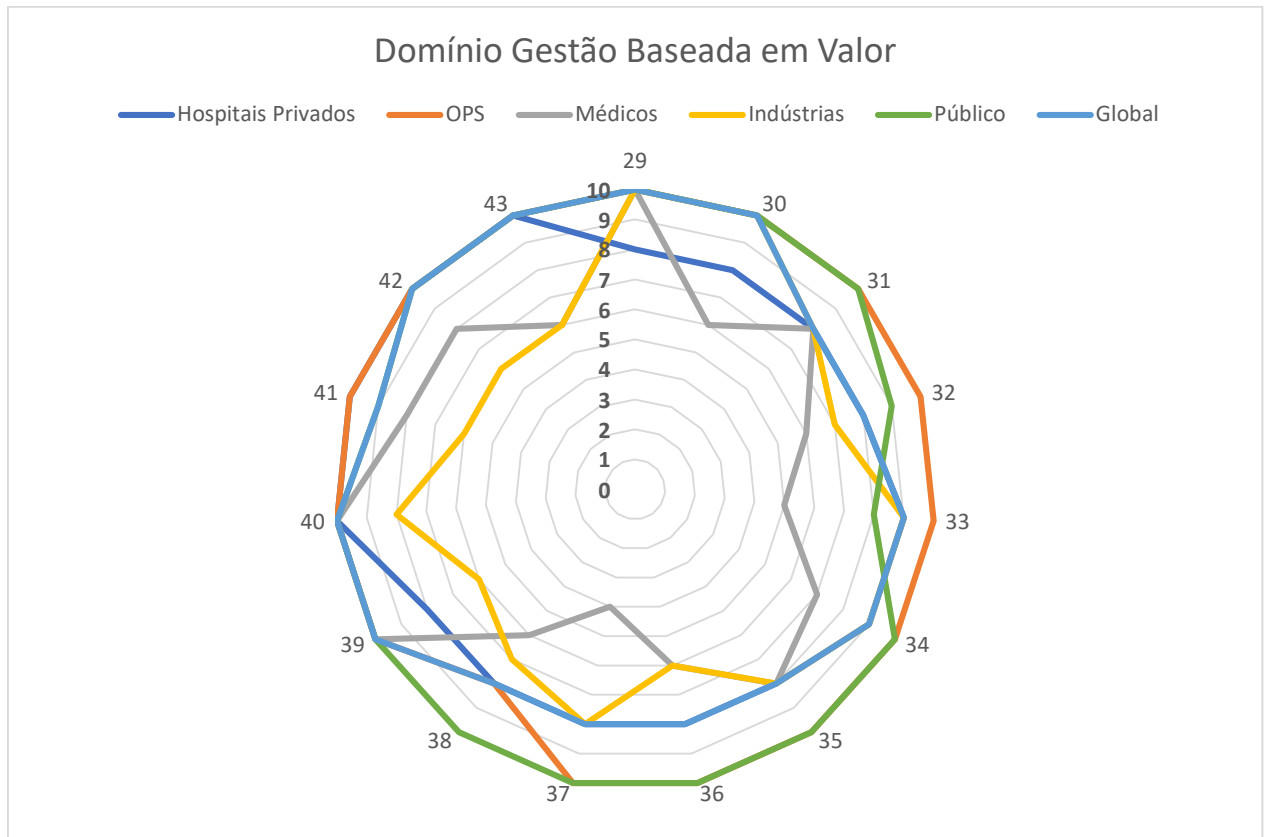




OPS: operadoras de planos de saúde; QALY: custo-utilidade (do inglês *quality-adjusted life years*). Considera importantes para o processo de gestão da empresa: 14. o acompanhamento de desfechos clínicos dos pacientes; 15. os dados de custo-efetividade; 16. o QALY; 17. o impacto financeiro de novas incorporações; 18. os dados de sobreutilização de exames, medicamentos e outros recursos; 19. a aderência a protocolos clínicos; 20. o acompanhamento clínico com o objetivo de fomentar a prevenção de piora do quadro do paciente; 21. o custo total dos protocolos clínicos; 22. os comparadores clínicos, econômicos e financeiros entre as tecnologias de mesmo protocolo clínico; 23. os comparadores clínicos, econômicos e financeiros com protocolos alternativos; 24. a satisfação do paciente; 25. a melhoria qualidade da atenção médica; 26. o cumprimento de metas clínicas; 27. o acompanhamento clínico de efeitos adversos; 28. o acompanhamento econômico de efeitos adversos.

Relativo ao domínio de gestão atual, foi possível observar que as indústrias farmacêuticas discordaram da mediana, especificamente em relação às perguntas 21, 23 e 24, respectivamente sobre, 21 - os atuais reembolsos para os protocolos clínicos existentes, 23 - os comparadores e desfechos clínicos e econômicos utilizados nos protocolos clínicos ou estudos de incorporação de tecnologias, 24 - que os pacientes estão satisfeitos com os atuais produtos e serviços disponíveis no sistema. Os demais atores tiveram opiniões semelhantes sobre esse domínio, aproximando-se da mediana (Figura 2, Tabela S2 disponível no apêndice).

**Domínio “saúde baseada em valor” segundo diferentes stakeholders.**



OPS: operadoras de planos de saúde; QALY: custo-utilidade (do inglês *quality-adjusted life years*); Considera importante para a implantação do modelo de pagamento por performance: 29. o acompanhamento de desfechos clínicos dos pacientes; 30. os dados de custo-efetividade; 31. o QALY; 32. o impacto financeiro de novas incorporações; 33. os dados de sobreutilização de exames, medicamentos e outros recursos; 34. a aderência a protocolos clínicos; 35. o acompanhamento clínico com o objetivo de fomentar a prevenção de piora do quadro do



paciente; 36. o custo total dos protocolos clínicos; 37. os comparadores clínicos, econômicos e financeiros entre as tecnologias de mesmo protocolo clínico; 38. os comparadores clínicos, econômicos e financeiros com protocolos alternativos; 39. a satisfação do paciente; 40. a melhoria qualidade da atenção médica; 41. o cumprimento de metas clínicas; 42. o acompanhamento clínico de efeitos adversos; 43. o acompanhamento econômico de efeitos adversos.

Quanto ao domínio da saúde baseada em valor, é notória uma maior heterogeneidade dos dados. É possível observar que os pagadores (gestores públicos e privados) estão mais alinhados com a opinião. Os médicos, hospitais privados e indústrias, por outro lado, possuem opiniões divergentes da mediana, especialmente em relação aos itens: 30 (custo-efetividade), 32 (impacto financeiro), 33 (sobreutilização de exames), 34 (adesão a protocolos clínicos), 36 (custo dos protocolos de cuidado), 37 (atuais comparadores clínicos utilizados na avaliação de tecnologias em saúde), 42 (acompanhamento clínico de efeitos adversos dos tratamentos) e 43 (acompanhamento econômico dos eventos adversos). (Figura 3, Tabela S3 disponível no apêndice).

## **5 DISCUSSÃO**

### **5.1 Estrutura Organizacional**

Após a avaliação da perspectiva de diferentes *stakeholders* quanto aos domínios de estrutura organizacional, gestão atual e gestão baseada em valor, observou-se que o grau de importância dado a diferentes itens varia de acordo com o ponto de vista do entrevistado, tais como qualidade assistencial (efetividade clínica) *versus* custos. Por exemplo, no quesito relacionado com as definições sobre em quais protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs) deve-se investir, todos os pagadores entrevistados (OPS, hospitais privados e sistema público) atribuíram um valor entre 6 e 7, diferentemente da indústria, que atribuiu o valor máximo (10), o que demonstra um descompasso da expectativa do demandante frente a uma tecnologia ou PCDT *versus* a do pagador.

Segundo Santos (1992) os principais aspectos da diferenciação entre empresas são estabelecidos pelo modelo de gestão e, em consequência, relacionam-se diretamente com a cultura organizacional e impactam o seu desempenho. Empresas voltadas à iniciativa privada, na qual há uma competitividade implícita no processo de geração de negócios, tendem a ser mais estratégicas, com melhores planos de investimento, além de propiciarem alternativas mais arrojadas quanto a sua forma de gestão. Os nossos achados corroboram estas informações: indústrias, OPS e hospitais privados têm mais claramente definido em quais protocolos clínicos



e tecnologias associadas devem investir, buscam ser competitivos na introdução de novos produtos no mercado e o custo do acompanhamento de protocolos clínicos constitui elemento explícito nas estratégias da empresa.

Como descrito por Crozatti (1998) todas as atividades em uma empresa, independentemente de sua natureza ou propósito, consomem recursos e geram produtos e serviços. A cultura organizacional, composta de crenças e valores, impacta os níveis de eficiência e eficácia das atividades executadas ao determinar o grau de importância das variáveis inerentes às atividades. Os nossos dados mostram que itens como o acompanhamento do desfecho clínico do paciente, a sobrevida ajustada pela qualidade, a aderência aos protocolos clínicos, os comparadores clínicos entre diferentes tecnologias e diferentes protocolos, a satisfação do paciente e o cumprimento das metas clínicas apresentam maior relevância para os hospitais privados, OPS e sistema público do que para as indústrias.

## **5.2 Gestão Atual**

As organizações de um modo geral, e as organizações de saúde de um modo particular, necessitam fazer face às exigências de uma sociedade em constante mudança, o que implica adaptações quase que permanentes para manter a competitividade. Por exemplo, as profundas reformas nos sistemas de saúde de diferentes países europeus são, majoritariamente, conduzidas em função da pressão pelo controle das despesas dos serviços de saúde, face ao rápido aumento dos custos, e pela necessidade de uma maior responsabilização perante os utilizadores (CRUZ, 2012). Todos os *stakeholders* envolvidos atribuíram uma mediana elevada a tópicos envolvendo custos, tais como dados de custo-efetividade ( $\geq 8,0$ ), impacto financeiro de novas incorporações ( $\geq 8,0$ ) e dados de sobreutilização de recursos ( $\geq 8,0$ ). Dados sobre o custo total dos protocolos clínicos e sobre os comparadores econômicos e financeiros entre tecnologias e entre protocolos tiveram menor relevância para os atores da indústria (mediana 6,0).

É recorrente a constatação de que a gestão em saúde ainda está ancorada em métodos e estratégias tradicionais, oriundas da teoria clássica da administração; e que construir novas formas de gestão na área da saúde, fundadas na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares onde trabalhadores e usuários atuem como sujeitos ativos, permanece como desafio (LORENZETTI, 2014). Os novos modelos de gestão reclamam organizações criativas, inovadoras, dinâmicas, com agilidade no processo de decisão. Contudo, o tipo de cultura organizacional que se apresenta como predominante nas instituições de saúde não parece ser aquele que melhor se adequa à filosofia preconizada por estes novos modelos de gestão.



Necessidade de alinhamento dos objetivos, com a sensibilização dos diferentes atores do sistema, faz-se necessária para implementação de novos modelos de pagamento.

### **5.3 Gestão da Saúde Baseada em Valor**

Quando se trata saúde baseada em valor, enfatiza-se a necessidade dos pagadores de dados associados ao controle financeiros das instituições – dados de impacto financeiro, de sobreutilização de recursos e do acompanhamento econômico de efeitos adversos. Além disso, esses mesmos atores ainda demonstram interesse em questões clínicas, tais como o cumprimento de metas clínicas, o acompanhamento clínico de efeitos adversos, a melhoria qualidade da atenção médica e a satisfação do paciente. Médicos, OPS e hospitais privados destacam a satisfação do paciente e a melhoria da qualidade da atenção médica. As indústrias ressaltam o acompanhamento dos desfechos clínicos e os dados de custo-efetividade como indicadores importantes no processo de saúde baseada em valor.

O sistema de saúde no Brasil enfrenta um desafio recorrente: como melhorar a saúde da população mantendo os custos sob controle e agregando qualidade na entrega do serviço prestado. Com isso, gerar valor no serviço assistencial ganha cada vez mais relevância em um cenário onde a demanda cresce e a tecnologia avança, ameaçando a sustentabilidade financeira do sistema. Ademais, embora o conceito original de “valor em saúde” proposto por Porter e Teisberg (2006) seja “os resultados obtidos diante do custo para alcançá-los”, na saúde, “valor” é um conceito com diferentes conotações, o que dificulta sua compreensão e adequada utilização. Além disso, o valor na saúde é relativamente pouco mensurado (PEDROSO, 2012)

A quantidade de atores na cadeia de saúde dificulta o alinhamento em torno de uma definição de valor que represente o equilíbrio entre aqueles envolvidos na entrega do serviço e que inclua a visão do paciente. Dessa forma, o alinhamento do conceito do valor para os diferentes *stakeholders* torna-se essencial para a aplicação de modelos de saúde baseada em valor. O processo de implementação de Modelos de Pagamento Baseados em Valor pode ser um catalisador na construção de uma visão conjunta e conseqüentemente maior alinhamento e confiança entre os agentes.

## **6 CONCLUSÃO**

O presente estudo se propôs a identificar as percepções de médicos, gestores e representantes da indústria farmacêutica acerca dos conceitos relacionados a VBHC. Nesse





sentido, enfatizamos o conceito que valor em saúde, envolve indicadores vinculados aos desfechos clínicos e seus custos assistenciais.

Percebemos importantes divergências entre os *stakeholders* do sistema. Embora seja consenso que indicadores vinculados à qualidade e desfechos sejam importantes para a implantação de modelos de gestão de saúde baseada em valor, quando mencionado indicadores vinculados aos custos percebe-se diferenças importantes. Tal dado é preocupante, uma vez que valor em saúde não objetiva a redução de custos *per si*, tampouco o uso indiscriminado de tecnologias em saúde.

A saúde baseada em valor vem sendo discutida como uma solução para oferecer melhores serviços de saúde aos pacientes e, ao mesmo tempo, gerar previsibilidade sobre os gastos envolvidos. Alcançar uma redefinição de valor que represente todos os atores da cadeia e aplicá-la é altamente complexo, mas ao mesmo tempo necessário para contribuir diretamente para a sustentabilidade na saúde. Incluir e engajar todos os atores do sistema de saúde para promover uma visão conjunta de valor e eficiência é um fator condicionante ao sucesso da implantação de modelos de saúde baseada em valor.

Como sugestão para pesquisas futuras, pode-se pensar em estudar *cases* de implantação de VBHC, e como dados de qualidade e desfechos estão relacionando-se com dados de custos, bem como compreender como as divergências encontradas nesse estudo estão sendo resolvidas sob uma perspectiva prática.

### Referências

ANAHP. *Observatório 2018*. Disponível em: <https://bit.ly/2Jg08vJ>. Acesso em: 13 maio 2019.

ANS. TabNet Linux 2.7: Beneficiários por UFs, Regiões Metropolitanas (RM) e Capitais Disponível em: <https://bit.ly/34Cdcnj>. Acesso em :18 dez. 2017.

CROZATTI, J. Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. *Caderno de Estudos*, n.18, p.01-20, 1998.

CRUZ, Sofia Gaspar; FERREIRA, Maria Manuela Frederico. Percepção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. *Rev. Enf. Ref.*, Coimbra, v.serIII, n.6, p.103-112, mar. 2012.

DUARTE, André Luis de Castro Moura *et al.* Evolução na utilização e nos gastos de uma operadora de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.2753-2762, ago. 2017.

FIGUEIREDO, J.O.; PRADO, N.M.B.L.; MEDINA, M.G.; PAIM, J.S. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde em Debate*, v.42, n.37-47, 2018.



- GARANVADALA, U. S. An Integrative Approach to Strategic Management in Health Services. *CLEAR International Journal of Research in Commerce & Management*, v.11, n.3, p.19–22, 2020.
- FLOWERS, J. *How to Get What We Pay For: A Handbook for Healthcare Revolutionaries: Doctors, Nurses, Healthcare Leaders, Inventors, Investors, Employers, Insurers, Governments, Consumers, You*. Califórnia: The Change Project, 2015.
- KATZ, M.; FRANKEN, M.; MAKDISSE, M. Value-Based Health Care in Latin America: An Urgent Discussion. *Journal of the American College of Cardiology*, v.70, p.904-06, 2017.
- LORENZETTI, J.; LANZONI, G.M.M.; ASSUITI, L.F.C.; PIRES, D.E.P.; RAMOS, F.R.S. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v.23, p.417-25, 2014.
- LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v.23, n.2, p. 417-425, jun. 2014.
- PEDROSO, M.C.; MALIK, A.M. Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, p.2757-72, 2012.
- PORTER, M.; TEISBERG, E. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press, 2006.
- PORTER, M.E.; KAPLAN, R.S. How to Pay for Health Care. *Harvard business review*, v.94, p.88-98, 2016.
- SANTOS, N.M.B.F. *Impacto da cultura organizacional no desempenho das empresas, conforme mensurado por indicadores contábeis - um estudo interdisciplinar*. 1992. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, USP, 1992.
- VERGARA, S.C. A utilização da construção de desenhos como técnica de coleta de dados. In: VIEIRA, M.M.F.; ZOUAIN, D.M. (eds.). *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 13ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.



Apêndice

Tabela S1 – Mediana do domínio “estrutura organizacional” obtidas dos diferentes *stakeholders*.

Itens	Hospitais Privados	OPS	Médicos	Indústrias	Público	Mediana	Moda
1. O acompanhamento de protocolos clínicos e custos associados a ele constitui elemento explícito nas estratégias da empresa.	8,0	8,0	NA	9,0	6,0	8,0	8,0
2. O processo de desenvolvimento é realizado com a integração das necessidades de protocolos clínicos e custos associados ao planejamento estratégico	6,0	7,0	NA	8,0	6,0	6,5	7,0
3. A empresa tem claramente definido em quais protocolos clínicos e tecnologias associadas devem investir	6,0	6,0	NA	10,0	7,0	6,5	6,0
4. A empresa tem claramente definido quais protocolos clínicos e tecnologias são promissoras do ponto de vista das linhas de cuidados existente ou para produtos novos ou afins	6,0	6,0	NA	7,0	6,0	6,0	6,0



5. A empresa tem claramente definido quais tecnologias oferecem oportunidade para um melhor desempenho de desfechos clínicos	6,0	6,0	NA	8,0	6,0	6,0	6,0
6. A empresa busca ser competitiva na introdução de novos produtos no mercado.	8,0	9,0	NA	7,0	2,0	7,5	7,0
7. A empresa possui um plano de investimento que contempla atualização de protocolos clínicos e novas tecnologias em saúde	6,0	6,0	NA	9,0	5,0	6,0	6,0
8. A empresa busca constantemente informações especializadas sobre alternativas em tecnologias da saúde	8,0	8,0	NA	6,0	6,0	7,0	8,0
9. A empresa possui experiência em contratação e negociação de tecnologia de saúde	6,0	5,0	NA	8,0	4,0	5,5	6,0
10. A empresa define indicadores para acompanhamento das metas em relação às diferentes linhas de cuidado para os pacientes	6,0	7,0	NA	6,0	2,0	6,0	6,0



11. A empresa desenvolve um ambiente organizacional que propicia a tomada de decisão	8,0	8,0	NA	2,0	6,0	7,0	8,0
12. O processo decisório na empresa pode ser caracterizado como ágil e pouco burocrático.	6,0	6,0	NA	10,0	1,0	6,0	6,0
13. Modelos aplicados à novas práticas de remuneração por performance entre prestadores e OPS são de interesse da empresa	8,0	8,0	NA	10,0	0,0	8,0	8,0

NA: não se aplica; OPS: operadoras de planos de saúde



**Tabela S2 – Mediana do domínio “gestão atual” obtidas dos diferentes *stakeholders*.**

<b>Itens</b>	<b>Hospitais Privados</b>	<b>OPS</b>	<b>Médicos</b>	<b>Indústrias</b>	<b>Público</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>
Considera importantes para o processo de gestão da empresa:							
14. o acompanhamento de desfechos clínicos dos pacientes	10,0	9,0	NA	7,0	9,0	9,0	9,0
15. os dados de custo-efetividade	8,0	10,0	NA	9,0	8,0	8,5	8,0
16. o QALY	8,0	8,0	NA	7,0	8,0	8,0	8,0
17. o impacto financeiro de novas incorporações	10,0	10,0	NA	8,0	10,0	10,0	10,0
18. os dados de sobreutilização de exames, medicamentos e outros recursos	10,0	8,0	NA	9,0	9,0	9,0	9,0
19. a aderência a protocolos clínicos	10,0	9,0	NA	8,0	9,0	9,0	9,0
20. o acompanhamento clínico com o objetivo de fomentar a prevenção de piora do quadro do paciente	8,0	8,0	NA	8,0	9,0	8,0	8,0
21. o custo total dos protocolos clínicos	8,0	10,0	NA	6,0	10,0	9,0	8,0
22. os comparadores clínicos, econômicos e financeiros entre as tecnologias de mesmo protocolo clínico	10,0	10,0	NA	6,0	10,0	10,0	10,0



23. os comparadores clínicos, econômicos e financeiros com protocolos alternativos	8,0	8,0	NA	6,0	10,0	8,0	8,0
24. a satisfação do paciente	10,0	10,0	NA	6,0	9,0	9,5	10,0
25. a melhoria qualidade da atenção médica	10,0	10,0	NA	6,0	10,0	10,0	10,0
26. o cumprimento de metas clínicas	10,0	10,0	NA	7,0	9,0	9,5	10,0
27. o acompanhamento clínico de efeitos adversos	10,0	8,0	NA	7,0	9,0	8,5	8,5
28. o acompanhamento econômico de efeitos adversos	10,0	10,0	NA	8,0	10,0	10,0	10,0

NA: não se aplica; OPS: operadoras de planos de saúde; QALY: custo-utilidade (do inglês *quality-adjusted life years*)



**Tabela S3 – Mediana do domínio “saúde baseada em valor” obtidas dos diferentes stakeholders.**

<b>Itens</b>	<b>Hospitais Privados</b>	<b>OPS</b>	<b>Médicos</b>	<b>Indústrias</b>	<b>Público</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>
Considera importante para a implantação do modelo de pagamento por performance:							
29. o acompanhamento de desfechos clínicos dos pacientes	8,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
30. os dados de custo-efetividade	8,0	10,0	6,0	10,0	9,0	10,0	10,0
31. o QALY	8,0	10,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0
32. o impacto financeiro de novas incorporações	9,0	10,0	6,0	7,0	10,0	8,0	10,0
33. os dados de sobreutilização de exames, medicamentos e outros recursos	9,0	10,0	5,0	9,0	10,0	9,0	9,0
34. a aderência a protocolos clínicos	8,0	10,0	7,0	9,0	10,0	9,0	9,0
35. o acompanhamento clínico com o objetivo de fomentar a prevenção de piora do quadro do paciente	8,0	10,0	8,0	8,0	10,0	8,0	8,0
36. o custo total dos protocolos clínicos	8,0	10,0	6,0	6,0	10,0	8,0	8,0
37. os comparadores clínicos, econômicos e financeiros entre as tecnologias de mesmo protocolo clínico	8,0	10,0	4,0	8,0	10,0	8,0	8,0





38. os comparadores clínicos, econômicos e financeiros com protocolos alternativos	8,0	8,0	6,0	7,0	10,0	8,0	8,0
39. a satisfação do paciente	10,0	10,0	10,0	6,0	9,0	10,0	10,0
40. a melhoria qualidade da atenção médica	10,0	10,0	10,0	8,0	10,0	10,0	10,0
41. o cumprimento de metas clínicas	10,0	10,0	8,0	6,0	10,0	9,0	10,0
42. o acompanhamento clínico de efeitos adversos	10,0	10,0	8,0	6,0	10,0	10,0	10,0
43. o acompanhamento econômico de efeitos adversos	10,0	10,0	6,0	6,0	10,0	10,0	10,0

NA: não se aplica; OPS: operadoras de planos de saúde; QALY: custo-utilidade (do inglês *quality-adjusted life years*)

# resumos





**A OUVIDORIA E SUA CONTRIBUIÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR: A RN 323/13  
DA ANS**

**📍 Margareth Maurício Monteiro**

Consultora Empresarial certificada pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). Mestranda em História e Política da Escola de Ciências Sociais da FGV-RJ. Comunicóloga, Pós-graduada em Marketing e Administração, com MBA Executivo. Professora Universitária de diversas disciplinas relacionadas à gestão; formação de equipes; ética e comportamento empresarial; relacionamento com clientes. Palestrante e instrutora de treinamentos corporativos. Mais de 25 anos de experiência nas Áreas de Marketing de Serviços (Relacionamento com Clientes e CRM), planejamento e implantação de Ouvidorias. Atuação como Executiva Sênior nos setores de Saúde (Unimed-Rio), Educação (Universidade Estácio de Sá), Tecnologia (Claro Telecom) e Comunicação (Jornal O DIA). Membro da ABRAREC (Associação Brasileira de Relações com Cliente) e ABO-RJ (Associação Brasileira de Ouvidores do RJ).



**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO  
DE HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA DO BRASIL – CPDOC PROGRAMA DE PÓS-  
GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA, POLÍTICA E BENS CULTURAIS MESTRADO  
PROFISSIONAL EM BENS CULTURAIS E PROJETOS SOCIAIS**

**A OUVIDORIA E SUA CONTRIBUIÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR: A RN 323/13  
DA ANS**

**MARGARETH MAURICIO MONTEIRO RIO DE JANEIRO**

**27 DE MARÇO DE 2020**



## **RESUMO**

Uma das mais relevantes inovações que precisamos experimentar é a capacidade de realizar uma comunicação eficiente entre cidadãos/consumidores e as organizações contemporâneas e assim mitigar conflitos. As reflexões sobre a função das Ouvidorias podem representar uma oportunidade para se construir uma linha evolutiva nesta comunicação em busca de relações de consumo de melhor qualidade, respeitando direitos e contribuindo como ferramenta de gestão. Especialmente na saúde suplementar há desafios a serem superados para que as Ouvidorias gozem de maior efetividade na execução de políticas públicas, mas sua atuação pode reforçar um canal de participação, de comunicação e de mediação num processo democrático, tendo como consequência a valorização da cidadania. Com o intuito de contribuir para o debate teórico, o propósito deste projeto foi analisar o processo de construção e atuação das Ouvidorias na saúde suplementar que teve sua exigibilidade a partir da Resolução Normativa-RN 323/13 da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, e entender os desafios, potencialidades e limitações para que as Ouvidorias adquirissem maior relevância para planos privados de assistência à saúde. A partir de análises da literatura, documentos, relatórios e entrevistas qualitativas com representantes da sociedade civil, da ANS, além de Ouvidores que atuam na saúde suplementar, compreendemos que a Ouvidoria conceitualmente teria o papel institucional de representar o cidadão/consumidor e procurar ajustar interesses divergentes na busca da redução dos conflitos. Entretanto apesar dos avanços trazidos pela Legislação, na prática o cidadão/consumidor parece não se sentir representado pela Ouvidoria e ainda recorre com frequência a outros canais de representatividade como o Judiciário, ANS ou entidades de defesa do consumidor no momento em que precisa se manifestar. Há um ambiente propenso ao conflito na saúde suplementar no Brasil que vem sensibilizando o Judiciário, Ministério Público, operadoras de saúde, associações representativas do setor privado na área da saúde, ANS e pesquisadores. Esses conflitos têm as mais diferentes motivações por parte dos cidadãos/consumidores: autorização de procedimentos, exames de alto custo, internações, reajustes de preços de mensalidades entre outros. As pesquisas demonstraram também que as Ouvidorias são tidas como boas interlocutoras junto às entidades de defesa do consumidor, mas encontram dificuldades em evidenciar e prevenir conflitos dentro das próprias operadoras de saúde da qual fazem parte. Ao final este projeto oferece como produto, um conjunto de recomendações pensadas para as operadoras de saúde e ANS na busca de boas práticas para um melhor atendimento à sociedade civil, resultado de uma diretriz baseada em pesquisa, vivência e conhecimento do tema proposto no que diz respeito às Ouvidorias e a saúde suplementar.



**Palavras-chave:** Ouvidoria; Saúde Suplementar; Planos de Saúde; Regulação; Organização Social.

## **ABSTRACT**

One of the most relevant innovations that we need to experience is the ability to communicate efficiently between citizens / consumers and contemporary organizations and thus mitigate conflicts. Reflections on the role of the Ombudsman's Office may represent an opportunity to build an evolutionary line in this communication in search of better-quality consumer relations, respecting rights and contributing as a management tool. Especially in Private Health Insurance and Plans, there are challenges to be overcome so that the Ombudsman's offices are more effective in the execution of public policies, but their performance can reinforce a place of participation, communication and mediation in a democratic process, resulting in the enhancement of citizenship. In order to contribute to the theoretical debate, the purpose of this project was to analyze the process of construction and performance of the Ombudsman in Private Health Insurance and Plans, which was demanded by Normative Resolution-RN 323/13 of the National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans-ANS, and to understand the challenges, potential and limitations for the Ombudsman to acquire greater relevance for private health company. From analysis of literature, documents, reports and qualitative interviews with representatives of civil society, ANS, in addition to Ombudsmen working in Private Health Insurance and Plans, we understand that the Ombudsman would conceptually have the institutional role of representing the private health insurance beneficiary and seeking to adjust interests divergent in the search for conflict reduction. However, despite the advances brought by the Legislation, in practice the private health insurance beneficiary does not seem to feel represented by the Ombudsman and still frequently uses other places of representation such as the Judiciary, ANS or consumer protection entities when it needs to speak up. There is an environment prone to conflict in Private Health Insurance and Plans in Brazil that has sensitized the Judiciary, the Public Ministry, private health company, associations representing the private sector in the area of health, ANS and researchers. These conflicts have the most different motivations on the part of private health insurance beneficiary: authorization of procedures, high-cost exams, hospitalizations, monthly price adjustments, among others. Research has also shown that the Ombudsmen are seen as good interlocutors with consumer protection entities but find it difficult to evidence and prevent conflicts within the private health company of which they are a part. In the end, this project offers as a product,



a set of recommendations designed for private health company and ANS in the search for good practices for better service to civil society, the result of a guideline based on research, experience and knowledge of the proposed theme in what it says respect to the Ombudsman and Private Health Insurance and Plans.

**Keywords:** Ombudsman; Private Health Insurance and Plans; private health company; Regulation; Social Organization.



## **INTRODUÇÃO**

Esta dissertação pretende ser um convite à ampliação do conhecimento sobre a unidade de Ouvidoria e também um estímulo à reflexão sobre a identificação das necessidades sociais na saúde. É importante considerar a valorização dos indivíduos implicados nesta discussão, compreendendo a Ouvidoria como uma possível aliada na obtenção de vínculos mais empáticos entre cidadãos e as instituições que orbitam em torno desse sistema complexo que é a saúde suplementar.

A implantação das Ouvidorias para o setor de saúde suplementar pode ser considerada ainda recente e sem muitos referenciais na literatura, em função da RN 323/13 ter apenas poucos anos de sua vigência. E é exatamente por esse motivo que urge dar início a algumas discussões, objetivando tornar este instituto mais efetivo em suas ações, tendo em vista os números expressivos que movimentam a saúde suplementar em relação à prestação de serviços, além da carta constitucional de 1988 também contemplar a participação dos serviços de saúde da iniciativa privada na assistência aos cidadãos. Para termos uma ideia da relevância do tema, hoje são 1.219 operadoras de saúde ativas e 1.175 unidades de Ouvidorias cadastradas na ANS. Ou seja, 96,4% de adesão das operadoras de saúde à Resolução Normativa (ANS, REA 2019 ano base 2018, p.09), que é objeto desta dissertação. Se considerarmos apenas estes números diríamos que a RN foi bastante eficaz em relação às adesões das operadoras de planos de saúde ao normativo e que os cidadãos/consumidores desses planos têm amparo por parte das Ouvidorias.

Entretanto, a questão que se apresenta é: na prática cotidiana as Ouvidorias das operadoras de planos privados de assistência à saúde conseguem exercer plenamente as funções estabelecidas na RN, auxiliando cidadãos/consumidores e, ao mesmo tempo, influenciando na estratégia organizacional sob o ponto de vista da melhoria na prestação de serviços? Este é o problema de pesquisa sugerido neste projeto e que não tem a pretensão de esgotar as discussões, mas ao contrário, iniciá-las em prol de uma saúde privada mais contributiva para a sociedade, utilizando-se das Ouvidorias como canais de ressonância para os desafios que se apresentam. Há, certamente, uma lacuna desafiadora entre a motivação conceitual e a atividade prática e é essa a intencionalidade desta pesquisa.

## **OBJETIVOS DE PESQUISA**





## **Objetivo Geral**

Analisar o processo de construção e atuação das Ouvidorias na saúde suplementar, após a Resolução Normativa-RN 323/13 da ANS.

### **Objetivos Específicos:**

- a) Levantar os critérios normativos e de eficiência que orientaram a criação e evolução institucional das ouvidorias na saúde suplementar;
- b) Verificar através de documentos, dados, relatórios e também entrevistas, a influência da Ouvidoria na gestão institucional de operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- c) Analisar as percepções de representantes do Órgão Regulador-ANS, de Ouvidores que atuam na área da saúde suplementar (setor privado de saúde) e da sociedade civil (consumidores/clientes) buscando entender como a Ouvidoria influencia a relação entre esses atores.

## **METODOLOGIA**

Com o objetivo de investigar o tema sobre a atuação das Ouvidorias na Saúde Suplementar, seus desafios, potencialidades e limitações para que adquiram maior relevância para os planos de assistência à saúde e, ao mesmo tempo, ajudem aos cidadãos/consumidores em suas demandas na área de saúde suplementar, foram utilizadas duas abordagens metodológicas: pesquisas de documentos e pesquisa qualitativa. A combinação dessas duas metodologias é importante porque além de serem complementares, auxiliam num melhor mapeamento e entendimento do cenário complexo que envolve estes dois temas, Ouvidoria e Saúde. A primeira trouxe informações importantes sobre o que diz o estudo da literatura (incluindo livros, dissertações, teses e artigos científicos) sobre o conceito de Ouvidoria, o papel e características destas instituições, suas formas de atuação no mercado de saúde público e privado, como estão classificadas, dentre outras informações. Foram pesquisados também relatórios públicos (de 2014 a 2018) divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS sobre as Ouvidorias de operadoras de saúde e principais indicadores, o que contribuiu para um maior entendimento da atuação das Ouvidorias de saúde suplementar especificamente. Estas pesquisas da literatura também foram relevantes para ajudar a entender a formação do mercado de saúde no Brasil e também a saúde suplementar (o mercado de saúde privado). Este



tipo de investigação foi fundamental para tentar entender a dimensão da complexidade de atores, atividades e processos envolvidos.

A segunda metodologia, feita através de pesquisas qualitativas, ajudaram no entendimento das percepções, do subjetivo, da visão individual e institucional dos atores diretamente envolvidos com o tema, bem como entender o que alguns números dos relatórios analisados evidenciaram. Foram entrevistados oito profissionais no total, sendo dois profissionais do Órgão Regulador (ANS), responsável pela publicação da RN 323/13, três Ouvidores que atuam em operadoras de saúde suplementar e estão submetidos ao normativo, além de três profissionais representantes de cidadãos/consumidores (sociedade civil), pertencentes à instituições como Procon, Defensoria Pública e Associação Brasileira de Ouvidores-ABO. O aprofundamento qualitativo de interpretações e percepções desses diferentes atores foi a opção em função da interação desses grupos com o tema, sejam como agentes legisladores, agentes submetidos à legislação e aqueles que de fato sofrem seus impactos como cidadãos/consumidores. É deste lugar de fala, que observo, na prática, certo distanciamento entre o que defendem legisladores, associações e afins que fomentam a existência das Ouvidorias como instrumentos de aproximação entre cidadãos/consumidores e instituições e o que efetivamente acontece no cotidiano dentro das instituições de saúde suplementar, em que há diversos desafios a serem superados para que de fato as Ouvidorias sejam legitimadas em seu papel institucional.

As entrevistas seguiram um roteiro previamente semiestruturado, foram conduzidas entre julho de 2019 e janeiro de 2020. O critério para a escolha dos profissionais entrevistados se deu pela característica de atuação profissional de cada um deles. Um dos representantes do Órgão Regulador (ANS) hoje não atua mais na ANS, mas foi eleito por ter contribuído na construção da RN 323/13 e o outro atua na ANS e vem acompanhando o processo e as atividades relacionadas ao normativo. Os Ouvidores da área de saúde suplementar, foram selecionados dentre aqueles que participaram ativamente do processo de discussão e construção da RN 323/13 para implementarem ou adequarem suas áreas de Ouvidorias. São até o momento, ainda Ouvidores no mercado de saúde suplementar e vêm experimentando os efeitos da RN no dia a dia de suas atividades, o que possivelmente os torna mais aptos a pensar o modelo aplicado pelo normativo nos últimos cinco anos. Esses Ouvidores, especificamente atuam também em grupos de discussões e comitês de Ouvidorias, discutindo estratégias de atuação, indicadores de controle e performance etc. São pessoas ativas no processo. Representam desde operadoras de grande porte até as de pequeno porte. Os representantes da sociedade civil foram eleitos a



partir de sua representatividade junto a consumidores e por possuírem estreito relacionamento com Ouvidores do mercado em geral e da saúde em particular. É importante enfatizar que os entrevistados são referências em suas áreas de atuação e com forte envolvimento com o tema Ouvidoria, Saúde e na representação de consumidores.

Em resumo, a escolha desse tema, se deu pela necessidade de estimular o interesse num assunto ainda pouco explorado no meio acadêmico, mas que atinge cerca de 47 milhões de pessoas no Brasil, que é a assistência médica via saúde suplementar<sup>3</sup> e mais especificamente o papel das Ouvidorias. O intuito é entender em profundidade a ordem social em discussões em torno do tema para estimular mudanças, analisar as expectativas e desafios, sem deixar de fora as percepções dos sujeitos, o que não se pode perceber através apenas da análise pragmática de relatórios.

## **RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Ouvidoria conceitualmente teria o papel institucional de representar o cidadão/consumidor e procurar ajustar interesses divergentes na busca da redução dos conflitos, seja pelo acolhimento e busca de solução para as manifestações, prevenção de conflitos, melhoria de processos ou uma análise diferenciada de um determinado problema. Entretanto, na prática o cidadão/consumidor parece não se sentir representado pela Ouvidoria e recorre a outros canais de representatividade como o Judiciário, ANS ou entidades de defesa do consumidor. Não é raro o cidadão/consumidor utilizar um canal externo para reclamar e esta demanda ser analisada e tratada dentro da própria operadora de saúde e depois respondida ao consumidor pelo canal externo, que, neste caso, atua apenas como um intermediário na solução do conflito.

Conceitualmente todos os entrevistados concordam que as Ouvidorias podem ser de grande ajuda para apaziguar, em certa medida, essa relação conflituosa de consumo, mas na prática cotidiana, pela análise dos relatórios e pelo que afirmam os próprios entrevistados, há oportunidades de aproveitamento das unidades de Ouvidorias que poderiam ser mais bem exploradas.

Em geral pesquisas mostram que consumidores deixam as empresas principalmente pelo atendimento ruim do funcionário ou colaborador, produtos ou serviços de má qualidade, perda de confiança na empresa, a não solução de reclamações feitas, informação incorreta, processos

---

<sup>3</sup>Apenas clientes de assistência médica. Este número não considera clientes exclusivamente de planos odontológicos. ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), acesso em 20 de jun de 2019).



confusos, dentre outros motivos. No entanto, na saúde o ato de ‘deixar a empresa’ não é tão simples, na medida em que o bem-estar, a vida está em jogo. Então, o caminho natural parece ser o litígio, seja judicial, administrativo (através da manifestação à ANS) ou através de entidades de defesa do consumidor. A qualidade da prestação de serviços está em debate e o comportamento do cidadão/consumidor vem mudando, está mais consciente de seus direitos, menos tolerante e busca mais agilidade na solução dos problemas em função do que aprendeu com o uso das novas tecnologias com respostas mais rápidas.

Outra ponderação importante foi realizada pelo Conselho Nacional de Justiça-CNJ em publicação sobre a “Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução.”<sup>4</sup> O relatório, apesar de sua referência estar direcionada ao SUS, defende políticas extrajudiciais de solução de conflitos para a saúde, por órgãos administrativos, em análises prévias antes da judicialização. Esta ponderação poderia referenciar também conflitos da saúde suplementar, entendendo as Ouvidorias como órgãos administrativos nas operadoras de saúde.

Segundo as pesquisas realizadas para este projeto de dissertação, um planejamento adequado, controle de indicadores, recursos, prioridade e reconhecimento são fundamentais para que se inicie uma efetiva legitimação das Ouvidorias dentro das operadoras de planos de saúde para que deixem de ser somente vistas como “balcão de reclamações” e possam contribuir de uma maneira gradual e crescente com a queda nas ações judiciais e administrativas. Um esforço integrado e cooperativo entre a gestão organizacional das operadoras, das instituições representativas como FenaSaúde e Abramge, por exemplo, além da ANS e de entidades de defesa dos consumidores, poderia resultar numa discussão importante em relação ao próprio modelo de negócio estabelecido, estudo de alternativas, acolhimento de maior número de cidadãos/consumidores em prol de um serviço melhor prestado, possibilitando talvez a redução do custo financeiro de toda a cadeia produtiva e do desgaste emocional imposto ao cidadão/consumidor.

A principal inovação e eixo da proposta foi ampliar o conhecimento sobre a atuação das Ouvidorias, seus desafios, potencialidades e limitações para que adquirissem maior relevância para os planos de assistência à saúde e, ao mesmo tempo, ajudassem aos cidadãos/consumidores em suas demandas na área da saúde suplementar. A intenção foi a de promover algumas reflexões acerca da identificação das necessidades sociais na saúde, sendo este um assunto bastante relevante em nossa sociedade, e, tentar discutir dentro deste cenário como as Ouvidorias poderiam auxiliar no processo de gestão e prestação de serviços nas operadoras

---

<sup>4</sup> Relatório Analítico Propositivo Justiça Pesquisa, 2019.



privadas de assistência à saúde. Entendemos também, que apenas guias, manuais de procedimentos ou a Legislação não criam, nem implementam estas boas práticas que por sua vez precisam ser introjetadas pela cultura organizacional para que tenham maior eficiência, relevância e alcancem resultados concretos.

Constata-se que os objetivos foram atendidos, uma vez que o trabalho conseguiu demonstrar como foram pensadas e estruturadas as áreas de Ouvidoria na saúde suplementar, os principais pontos abordados pela Legislação (RN 323/13), as funções dessas instituições e como estão posicionadas no segmento de saúde suplementar. A exigibilidade das unidades de Ouvidoria na saúde suplementar trouxe avanços importantes, mas também desafios no processo de construção do melhor modelo a ser perseguido. Os documentos, relatórios e demais instrumentos de pesquisa foram basilares para demonstrar como essas Ouvidorias funcionam alguns anos após sua exigibilidade pela ANS. Este tipo de pesquisa foi importante também para evidenciar alguns conflitos inerentes a uma relação de consumo que toca num direito social importante como a saúde. As entrevistas com os atores envolvidos diretamente no processo ajudaram de maneira efetiva para um melhor entendimento das perspectivas e potencialidades das Ouvidorias e, ao mesmo tempo, como é desafiador no dia a dia do exercício da atividade, tecer um trabalho aderente ao que pede a Legislação, trazendo também para a reflexão fatores mais subjetivos.

A pesquisa partiu do problema de entender se na prática cotidiana as Ouvidorias da saúde suplementar conseguiam exercer plenamente os papéis estabelecidos pela RN 323/13. O estudo identificou algumas questões entre o conceito do que deveriam ser as Ouvidorias exposto na literatura e também na Legislação, e o que de fato ocorre no exercício da atividade nas operadoras de saúde. Os dados, através da análise de documentos, dos relatórios e principalmente das entrevistas realizadas, podem refletir a resposta ao problema de pesquisa. Foram identificadas algumas questões ou limitações que dominam o ambiente das Ouvidorias e que desafiam a efetividade de implantação deste canal e de torná-lo de maior relevância na gestão organizacional dentro das operadoras de assistência à saúde.

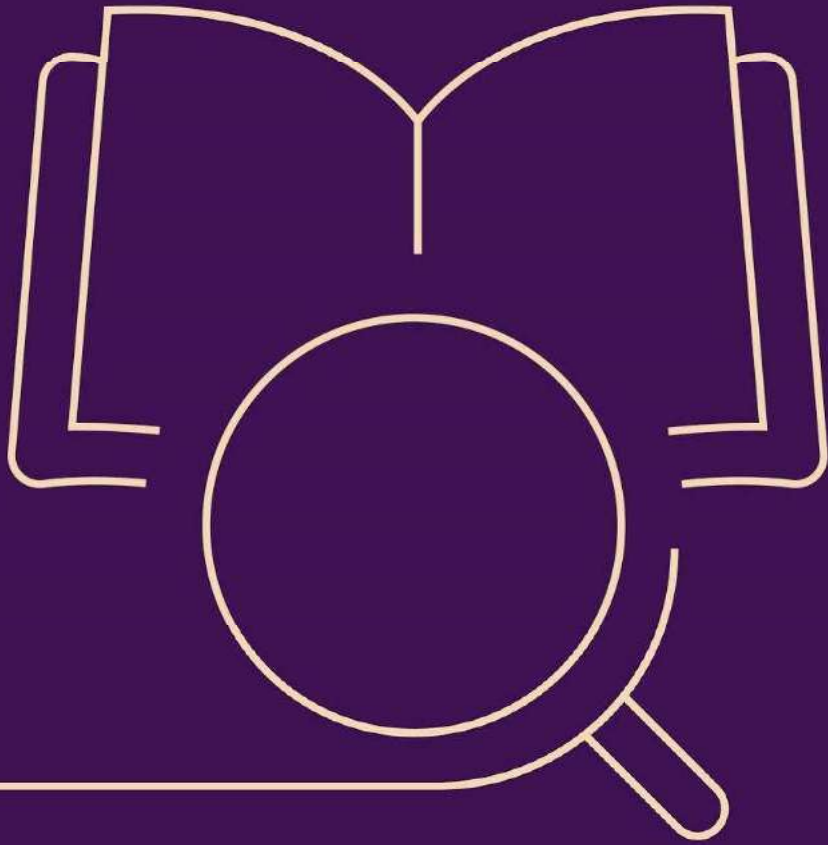
Após leitura minuciosa da RN 323/13, pesquisa em documentos e ouvindo o que disseram os entrevistados para este projeto de pesquisa, esta dissertação oferece um *produto final* com recomendações de melhorias pensadas para os principais players: operadoras de assistência à saúde, Órgão Regulador-ANS. Independentemente da regulação, esta espécie de “manual de boas práticas” visa poder ajudar como um instrumento de gestão, que pretende



auxiliar numa diretriz baseada em pesquisa, vivência e conhecimento do tema proposto para esta dissertação no que diz respeito às Ouvidorias e a saúde suplementar.

Iniciamos tratando sobre o envolvimento das Ouvidorias na Governança Corporativa das operadoras de assistência à saúde e também sobre o perfil do Ouvidor. Mais adiante foram feitas sugestões para o aperfeiçoamento da RN 323/13 que foram divididos pelos seguintes temas: facilitação do acesso do cidadão/consumidor à Ouvidoria; Ouvidoria como ferramenta na estratégia organizacional; prazos de resposta ao beneficiário; a Ouvidoria e o auxílio na redução de conflitos. Alguns indicadores também foram sugeridos para compor o Relatório Estatístico e Analítico-REA.

Esperamos que as propostas possam auxiliar a gestão de operadoras de saúde, às Ouvidorias e a própria ANS, além da sociedade civil que poderá se beneficiar dos resultados gerados a partir das ações recomendadas.



**normas**



A submissão a Revista Científica da Faculdade Unimed deve ser exclusiva, isto é, os textos não poderão ser enviados a outros periódicos simultaneamente.

Os manuscritos devem ser inéditos, ou seja, não podem ter sido publicados anteriormente com atribuição de DOI (*Document Object Identifier*), ISSN (*International Standard Serial Number*; sigla em inglês para Número Internacional Normalizado para Publicações Seriadas) ou ISBN (*International Standard Book Number*).

Todo artigo submetido à *Revista* é analisado em programa antiplágio antes de ser encaminhado para avaliação. A finalidade do procedimento é identificar plágio e autoplágio. É vetada a inclusão de novos autores após a aprovação do artigo. No ato da submissão, todos os autores deverão ser indicados.

As ideias e opiniões expressas nos artigos publicados são de exclusiva responsabilidade dos seus autores, não refletindo, necessariamente, a opinião do periódico.

A revista permite-se realizar, durante o processo de revisão, pequenas alterações formais no texto, respeitando o estilo e a opinião dos autores.

Os direitos autorais dos trabalhos publicados pertencem à Revista Científica da Faculdade Unimed que adota a licença Creative Commons BY-NC do tipo “Atribuição não Comercial”.

O artigo científico completo deve conter no **mínimo de 10 e no máximo de 15 páginas**, incluindo referências bibliográficas e notas. As citações de artigos (referências) no texto devem seguir as normas vigentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT.

O trabalho deve ser apresentado em formato eletrônico (**.doc ou .docx; não serão aceitos arquivos em .pdf**), configurando a página para o tamanho de papel A4, com orientação retrato, margem superior e esquerda igual a (3cm), inferior e direita igual a (2cm). Deve ser empregada a fonte Times New Roman, corpo 12, espaçamento 1,5 linhas em todo o texto, parágrafo de 1,5 cm, alinhamento justificado, à exceção do título. As páginas devem ser numeradas embaixo e à direita, em algarismos arábicos.