

**EDIÇÃO ESPECIAL
DE LANÇAMENTO**

Revista Científica Faculdade Unimed

Periódico Interdisciplinar em Saúde, Cooperativismo, Gestão e Educação Superior



**Faculdade
UNIMED**

UMA INSTITUIÇÃO DA
FUNDAÇÃO UNIMED



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

Claudio Giuliano A. Torres, Conselheiro, Unimed

Darival Bringel de Olinda, Conselheiro, Unimed do Brasil

Helton Freitas, Conselheiro, Seguros Unimed

José Windsor Ângelo Rosa, Conselheiro, Unimed do Brasil

Leo Airton Trombka, Conselheiro, Unicred 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 Muínos 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^a. Dr^a. 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, Centro de Genoma Humano do Instituto de Ciências Médicas da Tokyo University, Japão

Prof^a. Ms. Natália Cristina Alves Caetano Chaves Krohling, Faculdade Unimed, Brasil

Prof^a. Dr^a. Tânia Moreira Grillo Pedrosa, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

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



Comitê Científico / Scientific Committee

Prof. Ms. Antônio Pereira de Faria, Faculdade Unimed, Brasil

Profª. Msª. Sara Rios Bambirra Santos, Faculdade Unimed, Brasil

Profª. Msª. Renata Mafra Giffoni, Faculdade Unimed, Brasil

Profª. Drª. Eliana Bernadete Caser, Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Profª. Ms. Denise Pimenta, Faculdade Unimed, Brasil

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

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

Profª. Drª. Maria da Penha Pereira de Melo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Profª. Drª. Cleia Marcia Gomes Amaral, Universidade de São Paulo, Brasil

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

Profª. Drª. Flávia Amaral Rezende, Universidade Estadual de Campinas, Brasil

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

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

Profª. Drª. Suzana Schwerz Funghetto, Universidade de Brasília, 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

Priscila Kelle Machado, Faculdade Unimed, Brasil



MISSÃO, FOCO E ESCOPO / MISSION, FOCUS AND SCOPE..... 7

APRESENTAÇÃO / PRESENTATION

Editorial 8

Prof. Dr. Eudes de Freitas Aquino

ENTREVISTA / INTERVIEW

Entrevista com Ary Célio de Oliveira 11

Priscila Kelle Machado

ARTIGOS / ARTICLES

A atenção integral à saúde no Sistema Unimed: desafios e
tendências.....18

Cloer Vescia Alves, Lincoln Cubiça De Carvalho e André Lúcio De Cassias

Alta performance em atenção primária contribuindo para o quádruplo objetivo nos
sistemas de saúde.....38

Fernando Faraco e Kirsten Meisinger

Extensão universitária: diretrizes para a prática docente 56

Carolina Costa Resende, Marina Moreira de Souza e Anna Gabriela Teixeira

Metodologia de avaliação de danos corporais em perícias
médicas.....72

Weliton Barbosa Santos, Wagner Fonseca Moreira da Silva e Duarte Nuno Vieira

Competências profissionais de um gestor hospitalar: um estudo comparativo entre a
percepção do profissional, a percepção do estudante e o
currículo.....87

Sara Rios Bambirra Santos, Catulo Soares Miranda e Roberta Mayrink

O custeio por absorção e o custeio ABC: um comparativo em um setor hospitalar.....102

Willian Maciel Martinez e Marcelo Augusto Nascimento

Ouvidoria e saúde: a transformação de mercadoria em direito social.....117

Margareth Mauricio Monteiro



Gerenciamento de risco e visitas da qualidade no hospital.....	133
Diego Augusto Lopes Oliveira, Priscila Monteiro Tavares de Lavor e Filipe Albuquerque Bezerra	
NORMAS / GUIDELINES.....	135



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



Prezados leitores,

É um grande prazer apresentar a edição de lançamento da Revista Científica Faculdade Unimed, primeiro periódico científico da instituição de ensino superior do Sistema Unimed. Como membro do Conselho Editorial da revista, saúdo calorosamente todos vocês. Essa nova função é uma grande honra e distinção para mim.

A Revista Científica Faculdade Unimed é uma publicação quadrimestral e multidisciplinar, e tem o objetivo de se consolidar como um vital meio disseminador de resultados de pesquisas especializadas nas áreas de Educação Superior, Saúde, Gestão e Cooperativismo.

Vem com o propósito de apresentar artigos científicos, relatos de experiências, resenhas, resumos, entrevistas e outras publicações, sendo orientada por um Conselho Editorial de alto nível para viabilizar a publicação de textos em português e inglês, com qualidade científica e editorial.

No que diz respeito ao conteúdo, um Comitê Científico *ad hoc* é responsável pela avaliação e aprovação dos trabalhos submetidos, de maneira independente e anônima. E todo o processo editorial é monitorado com transparência e gestão participativa, de modo a garantir a excelência acadêmica e a relevância das temáticas apresentadas.

O número especial de lançamento conta com sete artigos e ensaios, e uma entrevista. A entrevista com o Diretor Acadêmico da Faculdade, Ary Célio de Oliveira, apresenta um breve histórico de criação e implementação da Faculdade Unimed. Os primeiros três trabalhos também são destinados à apresentação institucional da Faculdade Unimed, por meio dos quais a comunidade acadêmica pode conhecer diretrizes e eixos didático-pedagógicos desta instituição de ensino.



Os três artigos acadêmicos, por sua vez, são relativos a áreas de expertise da Faculdade Unimed. Os professores da Faculdade Unimed - Wagner Fonseca Moreira da Silva e Weliton Barbosa Santos - se uniram em coautoria ao professor doutor Duarte Nuno Vieira, da Universidade de Medicina de Coimbra/Portugal, para apresentação de uma relevante discussão a respeito das avaliações dos danos corporais no Brasil e na Europa. A professora Sara Rios Bambirra Santos, do curso de graduação tecnológica em Gestão Hospitalar, orientou os alunos Catulo Soares Miranda e Roberta Mayrink na elaboração de um artigo de revisão a respeito das competências profissionais de um gestor hospitalar, por meio de um estudo comparativo entre a percepção do profissional, a percepção do estudante e o currículo da formação acadêmica. O professor Marcelo Augusto Nascimento atuou como orientador do aluno da especialização em Gestão Hospitalar, Willian Maciel Martinez, para a elaboração de um estudo comparativo entre o custeio por absorção e o custeio ABC no contexto da gestão hospitalar.

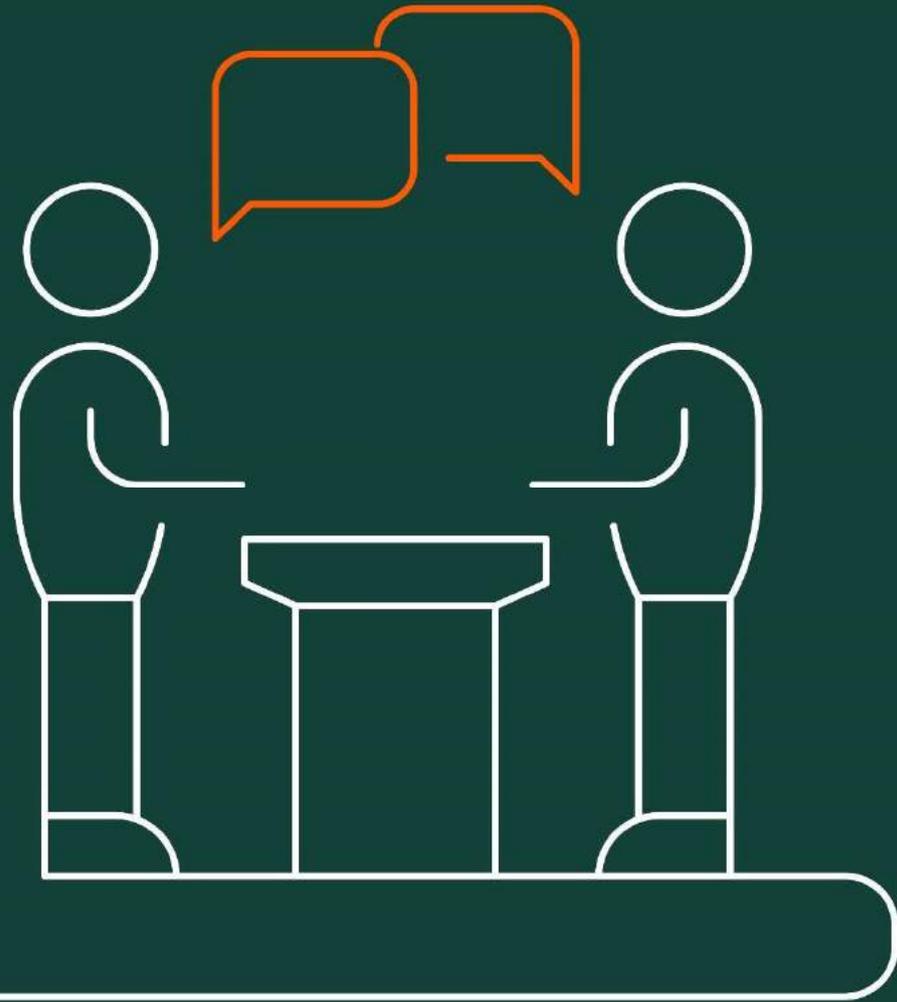
Sou profundamente grato a todas as pessoas envolvidas com a Revista Científica Faculdade Unimed. Eu convido os leitores a apreciarem os textos e encorajo os autores a enviarem seus trabalhos para publicações futuras. O recebimento dos trabalhos ocorrem de acordo com a agenda de lançamento dos dossiês que, assim como as Diretrizes para Autores, pode ser consultadas no portal: <http://revista.faculdadeunimed.edu.br/>.

Os leitores que desejarem nos enviar quaisquer comentários e sugestões sobre o desenvolvimento de nossa revista são bem-vindos a fazê-lo a qualquer momento.

Para acessar a versão eletrônica desta edição de lançamento e das próximas edições, visite o Portal de Periódicos Eletrônicos da Faculdade Unimed, disponível em <http://revista.faculdadeunimed.edu.br/>.

Boa leitura!

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



entrevistas



Por Priscila Kelle Machado

 **Ary Célio de Oliveira**

Diretor de Educação Corporativa da Fundação Unimed e Faculdade Unimed Médico Ginecologista e Obstetra, formado pela Universidade Federal do ES em 1984. Pós Graduação / Residência Médica pela UERJ de 1985 a 1987 e Titulado pela Febrasgo (TEGO) em 1988. MBA em Gestão de Sistema de Saúde pela FGV. MBA em Gestão de Projetos pela FUCAPE. Pós-Graduado em Gestão Integrada da Qualidade pela Faculdade de Ciências Médicas / FELUMA em 2014. Diretor Técnico do Hospital Unimed de Vitória de 2008 a 2013. Coordenador do Centro de Ensino e Pesquisa do CIAS/ Hospital Unimed. Mestrando em Administração com ênfase em Organizações de Educação Superior pela Faculdade de Pedro Leopoldo.



Para esta edição especial de lançamento, o editorial da Revista Científica Faculdade Unimed convidou um dos idealizadores da Faculdade Unimed, o médico ginecologista, natural de Vitória/ES, Ary Célio de Oliveira. Ary Célio ocupa os cargos de diretor de Educação da Fundação Unimed e diretor Acadêmico da Faculdade Unimed.

A criação da Faculdade Unimed – O surgimento da ideia

Para falarmos em Faculdade Unimed, antes temos de voltar no tempo e mencionar a Fundação Unimed. A Fundação Unimed foi criada em 1995 para suprir a demanda por capacitação e desenvolvimento profissional das equipes atuantes no Sistema Unimed. No entanto, a atuação da Fundação não se restringiu ao Sistema Unimed e suas soluções educacionais foram disponibilizadas a demais profissionais do mercado, especialmente profissionais da saúde. Ao longo de mais de vinte anos de atuação, por meio da oferta de cursos de especialização, aperfeiçoamento e curta duração, a Fundação Unimed capacitou nas áreas de gestão, saúde e cooperativismo mais de 80 mil estudantes em todo o território nacional.

Já a história da Faculdade Unimed foi iniciada em 2014, quando a Fundação Unimed iniciou o processo de credenciamento no Ministério da Educação (MEC) para obtenção da chancela de Instituição de Ensino Superior (IES). As visitas do MEC para avaliação da estrutura física da instituição e estrutura pedagógica dos dois cursos de graduação propostos aconteceram em 2015.

Em 2016, no dia 18 de agosto, o MEC, por meio da publicação da Portaria Nº 909, no Diário Oficial da União, autorizou o funcionamento da Faculdade Unimed, IES que já nasceu com toda a experiência da Fundação Unimed, que se tornou sua mantenedora.

A Faculdade Unimed é uma grande conquista para a Fundação Unimed, para o Sistema Unimed, para o cooperativismo e para a sociedade. Ela foi concebida carregando em seu DNA os 50 anos de atuação do Sistema Unimed, o maior sistema cooperativista de saúde do mundo, que é alicerçado pelo desejo comum de cuidar das pessoas, proporcionando mais saúde e qualidade de vida a todos.

Cooperativismo de trabalho médico – Uma criação da Unimed

A primeira Unimed nasceu em Santos (SP), em 1967, e com ela surgiu o cooperativismo de trabalho médico, modalidade inédita no Brasil e no mundo. Foi uma atitude corajosa dos



médicos fundadores, pois o País vivia uma ditadura militar e o modelo cooperativista coexistia com o sistema de saúde pública - o INPS -, e com as empresas de medicina de grupo. No modelo de administração do cooperativismo de saúde, os próprios médicos gerenciam os serviços prestados, sem intermediários. As cooperativas são empresas como quaisquer outras, sujeitas a direitos e obrigações. Cooperativa é uma associação autônoma de pessoas que se unem, voluntariamente, para satisfazer aspirações e necessidades econômicas, sociais e culturais comuns, por meio de uma empresa de propriedade coletiva e democraticamente gerida. Essas associações se baseiam em valores de ajuda mútua, responsabilidade, democracia, igualdade, equidade, solidariedade. No Sistema Unimed é assim. Hoje, o Sistema Unimed é formado por 345 cooperativas, são 99 mil empregos diretos, 115 mil médicos cooperados, 18 milhões de beneficiários, e presença em 84% do território nacional.

Áreas de atuação da Faculdade Unimed: saúde, gestão e cooperativismo

A Faculdade Unimed acredita no conhecimento como ferramenta transformadora, capaz de proporcionar às pessoas novas possibilidades e perspectivas de ir além. Nosso propósito é promover o desenvolvimento de profissionais de alto desempenho nas áreas da saúde, gestão e cooperativismo, a partir de ações educacionais e do compartilhamento das melhores práticas, de forma a auxiliá-los no desenvolvimento de novas habilidades e capacidades para uma atuação mais dinâmica.

A área da saúde figura como um dos principais empregadores do País. Números do Conselho Federal de Medicina revelam que o Brasil alcançou, no início de 2018, a maior somatória de médicos da sua história: mais de 450 mil. E, no País, existe uma carência de formação de gestores em saúde.

Já os números do Anuário Brasileiro do Cooperativismo 2018-2019 revelam que, no Brasil, há mais de 6,6 mil cooperativas, distribuídas em 13 ramos de atividades. São 13,2 milhões de cooperados no País e as cooperativas brasileiras geram em torno de 376 mil empregos formais. É um modelo que registra crescimento em vários indicadores - movimentação de renda, participação no Produto Interno Bruto (PIB), geração de emprego, papel econômico e social -, mesmo em um cenário de recessão econômica.

É para todo esse universo de profissionais e áreas de atuação que a Faculdade Unimed exerce sua função intelectual (ensino e pesquisa), sua função educacional (cultivo da mente, transmissão de ideias e conceitos) e sua função social.



Modalidades de ensino da Faculdade Unimed

A Faculdade Unimed é autorizada pelo Ministério da Educação (MEC) a oferecer cursos de graduação e de pós-graduação nas modalidades presencial e a distância. O ensino a distância (EAD) faz parte do nosso planejamento estratégico e é um aliado também do Sistema Unimed - formado por 345 cooperativas espalhadas pelo Brasil -, já que quanto menor a cooperativa Unimed e mais distante, maior a dificuldade em formar turmas presenciais.

A Faculdade também oferta cursos de curta duração, de aperfeiçoamento e assessorias especializadas – principalmente em gestão – para as cooperativas Unimed e seus Recursos Próprios, ou seja, seus hospitais, laboratórios, farmácias etc.

Conceitos do Ministério da Educação - MEC

Nosso curso presencial de graduação tecnológica em Gestão de Cooperativas recebeu conceito 5 do MEC em uma escala que vai até 5, ou seja, nota máxima; a graduação tecnológica em Gestão Hospitalar presencial tem conceito 4; e o conceito institucional da IES na modalidade presencial também é 4. Já na modalidade ensino a distância, as graduações tecnológicas em Gestão Hospitalar e Gestão de Cooperativas têm conceito 4; o conceito institucional da IES em EAD é 5, conceito máximo.

Experiência em ensino a distância - EAD

Desde 2009, antes do surgimento da Faculdade Unimed, sua mantenedora – a Fundação Unimed – já investia na modalidade de ensino a distância (EAD), por se tratar de um segmento em crescimento e por permitir um acesso mais flexível à educação (a opção de gerenciar com autonomia o horário e o local de estudo são grandes vantagens apontadas por estudantes em relação ao modelo presencial/tradicional).

A experiência adquirida por sua mantenedora ao longo dos anos dá à Faculdade Unimed grande expertise no EAD, sendo que a IES conta com equipe multidisciplinar especializada no desenvolvimento de projetos virtuais. Temos um estúdio próprio e modernos equipamentos para produções audiovisuais, como videoaulas, trilhas de aprendizagem, *gamification* (quando a sala de aula virtual se transforma em ambiente de jogos, dando aos alunos “missões” em vez de tarefas), e cursos em *microlearning* - são menores, o conteúdo é dividido em pequenos blocos para otimizar a aprendizagem e são ótima ferramenta para treinamentos corporativos.



Um case de sucesso em EAD da Faculdade Unimed é o programa Cuidadores de Idosos. A Faculdade desenvolveu, em parceria com o Ministério Público do Trabalho em Belo Horizonte e com o Núcleo de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, o curso “Fundamento do Cuidado com o Idoso Frágil: Programa Cuidador de Idoso”. Gratuito e na modalidade ensino a distância, o Programa tem foco social e humanístico, é direcionado a pessoas que desejam se preparar para cuidar de idosos de seu convívio ou se habilitar para o mercado de trabalho. O curso Cuidadores de Idosos foi lançado em outubro de 2016 e, atualmente, são mais de 30 mil matriculados.

O atual cenário da educação superior no Brasil

A educação superior no Brasil tem muitos desafios. Apenas 16% dos jovens entre 25 e 34 anos têm ensino superior, índice inferior a países da América Latina. Apesar de o número de IES e de cursos crescer a cada censo, e apesar da força do EAD - tanto na rede privada quanto na pública -, há muito mais vagas do que estudantes ingressantes.

Das 10.779 milhões de vagas ofertadas em 2017, 3.226 milhões de alunos ingressaram no ensino superior no referido ano, sendo 380 mil na rede federal e 2.636 milhões na rede privada. Continua a haver mais alunos na modalidade presencial do que no EAD, e muito mais alunos nas IES privadas em comparação com as públicas. Nas privadas, quase 50% dos estudantes tem algum tipo de financiamento ou bolsa. Os números do ensino médio também impactam o ensino superior: em 2017, 200 mil matriculados se desligaram do ensino médio antes de concluí-lo e, também de acordo com o Censo da Educação superior 2017 – o mais recente –, 8,9 milhões de jovens entre 18 e 24 anos que concluíram o ensino médio não seguiram os seus estudos.

Estamos vivenciando uma nova configuração de governo, todas as IES enfrentam múltiplos desafios, mas acreditamos que é também um momento de oportunidades, especialmente para as instituições que detêm conhecimento técnico do seu próprio mercado e uma estrutura estratégica e profissional de atuação.

O atual cenário da produção científica no Brasil

Um estudo apresentado em fevereiro de 2018 por uma agência federal independente dos Estados Unidos, a *National Science Foundation*, apontou o Brasil na 12ª colocação no ranking

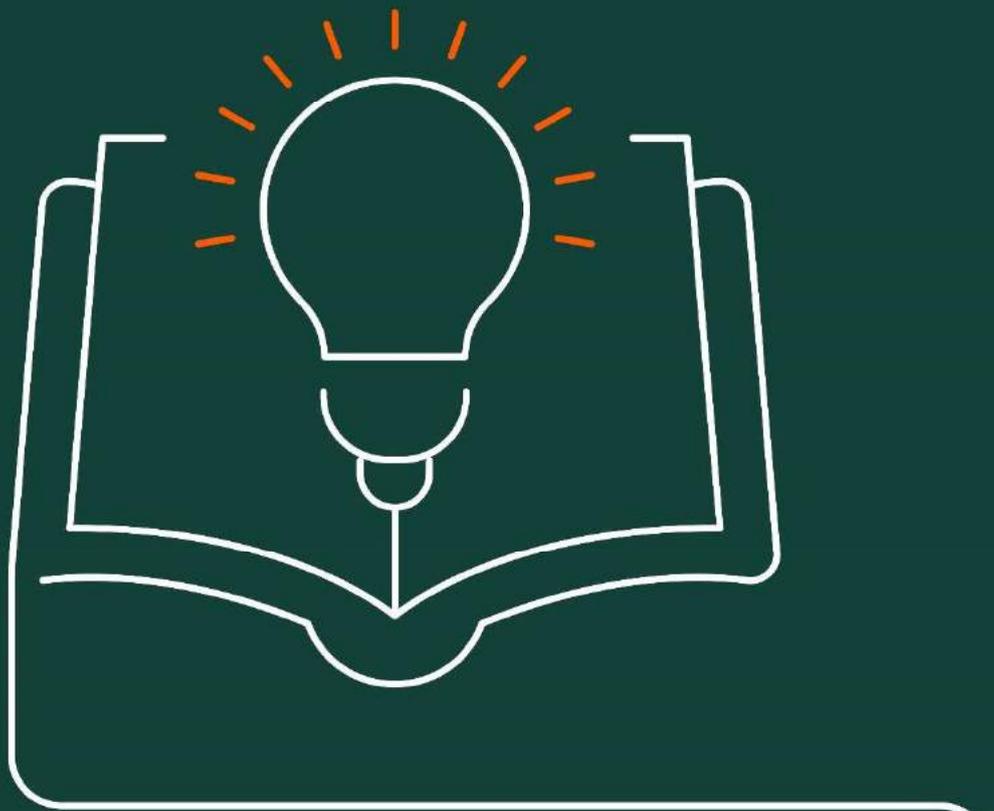


dos países com maior número de trabalhos científicos publicados: foram com 53 mil artigos em 2016. A China desbancou os Estados Unidos do primeiro lugar, com 426 mil publicações no mesmo ano.

Sabemos que o desenvolvimento científico e tecnológico depende de investimento continuado, mas hoje o sistema científico nacional - leia-se centros de pesquisa, agências de fomento à pesquisa e universidades - vive incertezas quanto aos recursos oriundos do governo. A crise econômica faz com que os orçamentos não fechem. E sabemos que o incentivo em ciência e tecnologia é uma maneira sustentável de sair da crise, melhora a imagem do País no exterior e aumenta a competitividade nacional no ranking mundial de produção científica.

Planos para o futuro da IES

Estamos confiantes quanto à evolução de nossa posição no mercado brasileiro de ensino superior. Nossas parcerias com o Sistema Unimed, com a Organização das Cooperativas Brasileiras (Sistema OCB), com o Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo (Sescoop), entre outras, permitiram uma atuação mais competitiva da Faculdade Unimed, viabilizaram o lançamento de novos e emocionantes projetos. Tudo isso provocou grande evolução rumo ao alcance da nossa missão de promover o desenvolvimento de pessoas e cooperativas por meio do ensino e da pesquisa, contribuindo para a sustentabilidade do Sistema Unimed e da sociedade. Vislumbramos, para um futuro próximo, oferecer graduação tecnológica em Enfermagem e graduação em Medicina.



artigos



A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NO SISTEMA UNIMED: desafios e tendências

INTEGRATED CARE AT UNIMED SYSTEM: challenges and tendencies

📍 Cloer Vescia Alves

Médico Clínico, Consultor Médico, Coordenador dos Cursos de Atenção Integral à Saúde da Faculdade Unimed. Atuação em Clínica Médica e Atenção Primária à Saúde desde 1990.

Pós-graduação em Gestão da Atenção Primária (Cambridge Health Alliance). MBA em Gestão de Serviços de Saúde (Universidade Federal Fluminense). MBA em Gestão Executiva (UNILINS). MBA em Altos Estudos de Política e Estratégia (Escola Superior de Guerra). Mestrado em Engenharia Elétrica (Biomédica) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

📍 Lincoln Cubiça De Carvalho

Médico de Família e Comunidade, Consultor Médico, Gestor do curso de Atenção Primária à Saúde - Unimed São José do Rio Preto.

Graduação em Medicina pelo Centro Universitário de Volta Redonda (2009). Pós-Graduação Latu-Sensu em Endocrinologia e Metabologia pela Faculdade de Medicina de Valença-RJ (2010-2012), MBA em Gestão de Empresas pela FGV-RJ (2014-2016). Título de especialista em Medicina de Família e Comunidade e Endocrinologia.

📍 André Lúcio De Cassias

Médico de Família e Comunidade, Consultor em Tecnologia em Saúde, Professor, Gestor da Amparo Saúde Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (2000). Residência em Medicina da Família, PUC-PR (2012), MBA Gestão de Atenção Primária em Saúde, Cambridge Health Alliance/FELUMA (2015).



RESUMO

As diversas mudanças e transformações ocorridas no campo da saúde no século XXI traz uma série de desafios, entre eles está a necessidade de se adequar os atuais procedimentos padrão de operadoras de saúde às novas necessidades da sociedade, como o envelhecimento da população, a violência e a multimorbidade. Neste artigo, será avaliado como a Unimed poderá se adaptar a essa realidade através da promoção da Atenção Integral à Saúde (AIS), com foco maior na prevenção e na pessoa, substituindo o modelo atual cujo foco está na doença. Primeiramente faremos uma contextualização do cenário de atuação da Unimed, em seguida apresentaremos o histórico e as inovações do modelo da AIS e sugerimos maneiras de implantar este modelo nas Unimeds, destacando suas vantagens e desafios. Por fim, elencamos algumas tendências dos modelos de AIS, especialmente no que tange ao desenvolvimento de novas tecnologias.

Palavras-chave: Atenção Integral à Saúde. Gestão em saúde. Saúde Suplementar.

ABSTRACT

Many changes and transformations are currently in course in the 21st century. They bring a series of challenges such as the necessity to suit the regular healthcare proceedings to society's new needs as population ageing, violence and multimorbidity. In this article we will discuss how Unimed can adapt to this reality through the promotion of Integrated Care, focusing on the prevention of diseases, substituting the regular model which focus is on the diseases. In the first place we will contextualize the scenery in which Unimed acts, then we will present a brief history of the Integrated Care model and its innovations. We will also suggest how to implement its model on Unimed, highlighting its advantages and challenges. Finally, we are going to introduce some tendencies regarding the Integrated Care models, especially the ones related to the development of new technologies.

Keywords: Integrated Care. Healthcare Management. Health System.



1 INTRODUÇÃO

O Século XXI chegou impondo importantes mudanças e transformações em diferentes segmentos, especialmente nos sistemas de saúde, que passaram a enfrentar dificuldades crescentes frente ao atual panorama. A sustentabilidade está ameaçada e isso decorre de um somatório de causas, porém, fundamentalmente, de um modelo desarticulado e de fragilidades estruturais em contraposição a fenômenos globais como: transição demográfica, transição epidemiológica e transição tecnológica, além de aspectos específicos do mercado da saúde brasileiro que impactam na precificação dos serviços, bem como na cotação de materiais e insumos, especialmente no segmento de órteses, próteses e materiais especiais (OPME). Nesse contexto, a oferta de serviços pela demanda e a falta de orientação quanto ao percurso assistencial levam à hiperutilização, tornando-se um problema que afeta tanto a saúde pública quanto a suplementar, pois o financiamento é restrito e a busca por melhores condições de saúde é geral.

Na Unimed, há clara inadequação do modelo - hospitalocêntrico e curativo – que serve para atendimento às condições agudas e, ao mesmo tempo, ineficiente e fragmentado para o cuidado às condições crônicas.

Os serviços das cooperativas médicas alcançam 84% do território nacional (Unimed, 2016), a partir da capilaridade de suas Operadoras de Planos de Saúde (OPS) e, ainda que seja possível interoperar pelo intercâmbio, o sistema carece de integração mediante suporte de um robusto Registro Eletrônico de Saúde (RES). Essa realidade traz problemas e dificuldades, tanto pela fragmentação da atenção quanto pela falta de articulação dos diversos serviços nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Portanto, os obstáculos são inúmeros e estão presentes desde o atendimento do beneficiário na ponta do sistema até a tomada de decisão pela alta gestão, marcadamente, pela falta de informações estruturadas que deem o adequado substrato ao gestor. Tal situação afeta a eficiência e os resultados da Unimed, pois segue operando sem condições adequadas à conectividade e à interoperabilidade plenas entre os diversos pontos de sua RAS, o que gera desperdício de meios e de recursos, além de comprometer a qualidade, à medida que dificulta o monitoramento e controle, bem como enfraquece a auditoria sistêmica (MENDES, 2011).

Para enfrentamento desse cenário, a Unimed necessita se posicionar de modo assertivo e sinérgico, pois não há mais espaço para decisões isoladas em cada OPS, visto que os fenômenos são mundiais e sistêmicos. Todavia, além das situações globais, no Brasil ainda



coexistem circunstâncias que o colocam na esteira dos contrastes. A sociedade brasileira conseguiu grandes avanços no combate à miséria e à fome nas últimas décadas, porém, ao mesmo tempo, se deparou com o aumento da prevalência de sobrepeso e a incidência elevada da obesidade na população (JENKINS, 2011). Coexistem, ainda, doenças infectocontagiosas que já deveriam ter sido controladas: Dengue, Chikungunya e Zika, além de Febra Amarela, numa demonstração mista de descaso e incompetência na área de saúde pública e fraco engajamento do setor de saúde suplementar no tocante à prevenção.

Outra peculiaridade brasileira e que impacta também na Unimed é a “endemia” relacionada aos agravos à saúde por causas externas, especialmente no que tange à violência interpessoal e ocorrências de trânsito, onde o Brasil – desafortunadamente – ainda figura como campeão mundial às avessas. Agrava ainda mais esse panorama, frente a essa tripla carga de doenças na população, a insistente modalidade de regulação do setor de saúde suplementar, que segue privilegiando a produção de procedimentos atrelados à doença, denominado *fee for service*, do inglês, pagamento por serviço, o que termina por fortalecer a competição predatória no mercado.

A histórica e crônica falta de acesso aos serviços públicos de saúde tende a se agravar no país, pois, além da prolongada crise econômica que o afeta e restringe a capacidade de financiamento, a transição demográfica brasileira ocorrerá em pouco mais de duas décadas, fenômeno que ocorreu em diversos países ao longo de sete, oito ou mais décadas. Isso significa dizer que, se a sociedade brasileira já vem sofrendo pela carência de infraestrutura e deficiente qualidade dos serviços de saúde pública, a situação poderá se tornar caótica em menos de duas décadas, o que aumentará ainda mais a pressão sobre o setor suplementar, já bastante exaurido com o atual modelo, pois é de alto custo, ineficiente e, portanto, insustentável.

Ao mesmo tempo, como se já não bastassem todas as ameaças já referidas nesse cenário, seguem surgindo no horizonte decisões judiciais cada vez mais contraditórias, num processo enviesado de “judicialização” da assistência, principalmente no tocante à área da Medicina. Muitos são os casos em que as demandas estão relacionadas à solicitação de procedimentos experimentais e alternativos, sem qualquer comprovação científica, mas autorizados judicialmente. Há nítidos prejuízos em custo-efetividade às OPS, sem que haja essencial qualificação dos serviços de saúde, que seguem afetados pela alta sinistralidade.



2 MUDANÇA DE CULTURA

Os beneficiários, de modo geral, ainda aguardam pela doença como fator desencadeante da atenção e do cuidado à saúde, o que determina um comportamento voltado à intervenção em detrimento da promoção e prevenção, em seus diversos níveis. Há utilização dos serviços sem orientação de percurso assistencial, o que favorece verdadeira peregrinação frente aos serviços desarticulados e às ações reativas por parte da Unimed, cuja estrutura tende a atender à demanda gerada, em boa parte, espontaneamente, e sem mecanismos eficientes de controle, visto que há carência de RES.

Na prática, o beneficiário, ao procurar uma unidade da Unimed, ingressa no “labirinto” do modelo fragmentado e busca, por si, identificar quais os passos e necessidades que deveriam ser priorizadas, o que representa um risco pelo descontrole e excesso de intervenções repetidas. Neste caso, não somente o custo aumenta, mas, sobretudo, o excesso de intervenção afeta o conceito central da prevenção quaternária (*primum non nocere*). Há um nítido viés cultural na população, cuja percepção de valor agregado em saúde alinha-se com acesso fácil à tecnologia e à resolução “imediate” dos problemas, enaltecendo exames de imagem em detrimento do raciocínio clínico. Tal abordagem faz preponderar a preocupação e a procura por “doenças” e boa parte dos profissionais da saúde esquece que existem “doentes”. Na esteira da assistência, a média e a alta complexidade cumprem seu papel com avanços da ciência, mas a um custo insustentável (JENKINS, 2011). Há que se prover melhor orientação do percurso assistencial, pois ainda há tímida responsabilização dos indivíduos sobre a sua própria saúde, o que fragiliza a atenção e o cuidado, cuja transformação e adaptação não aconteceram no tempo certo (MENDES, 2011).

2.1 Sustentabilidade

Um novo modelo de atenção com base na Atenção Primária à Saúde (APS) surge como proposta também para a Unimed, sendo que já está consolidado na Europa há diversas décadas, afirmando-se como ótima opção para reestruturação, desde que os serviços estejam articulados em rede e apoiados num robusto RES. Este conceito se reforça com base em princípios como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, articulados sob o desenho de RAS (MENDES, 2011). O novo modelo articula-se com as modernas práticas de gestão e utiliza a epidemiologia clínica como ferramenta para melhor gerenciamento do risco em saúde (ANS, 2009). A APS exerce papel tanto de porta de entrada como de elemento central do



sistema, tendo como premissa a utilização da informação em saúde, a partir de uma abordagem proativa de gerenciamento do risco, com base no registro da informação de forma estruturada e em meio eletrônico, o que viabiliza a interoperabilidade pela conectividade. Ao mesmo tempo, a Medicina Preventiva, prática bastante adotada na Unimed há décadas, necessita convergir e se integrar em rede, o que facilitará a articulação dos serviços, desde que haja RES e diretrizes norteadoras voltadas à Atenção Integral à Saúde, reforçando um novo conceito em valor agregado: um sistema é tão melhor quanto mais positivo forem os resultados em saúde e qualidade de vida dos beneficiários (STARFIELD, 2002). A meta a ser alcançada reside no cuidado integral e coordenado, prospectivo, diferentemente da abordagem assistencial vigente, de cunho retrospectivo. A atenção centrada na pessoa busca a interseção entre essas abordagens, apontando como solução as denominadas linhas de cuidado, que constituem modelos de atenção matriciais, integrando ações de promoção à saúde, vigilância, prevenção de riscos e doenças nos diversos níveis, assistência e reabilitação (ANS, 2009).

2.2 Engajamento político e Governança

A Unimed necessita avançar na possibilidade de melhoria contínua na utilização de boas práticas alinhadas às melhores evidências, como fatores imprescindíveis à qualificação dos serviços e da RAS. O realinhamento conjunto da estratégia e readequação de processos podem ser conduzidos simultaneamente, desde que haja a percepção de que se trata de uma prioridade e desafio sistêmico, a fim de que a interoperabilidade propicie sinergia e ganho em escala, potencializando o conceito de rede, que permanece ainda incipiente apesar dos esforços que vêm sendo empreendidos. As diretorias dos diferentes níveis organizacionais e representativos necessitam se engajar politicamente, a fim de que as transformações garantam desde a implantação à consolidação da AIS.

Ao longo de sua história de mais de cinco décadas, a Unimed tornou-se a maior cooperativa de trabalho médico do mundo, diversificou suas atividades e criou complexos cooperativos empresariais com atuação em diferentes nichos: saúde, seguros, participações, além de fomentar o desdobramento de organizações voltadas ao crédito no setor financeiro. A partir das cooperativas Singulares de médicos cooperados, Federações e Confederação, o sistema aumentou sua complexidade e conquistou 40% do mercado de planos de saúde no Brasil. Há grandes transformações à frente, sendo que a governança necessita alinhar-se à estratégia para enfrentar novos desafios e tendências, a partir de um sistema com melhores



resultados. Vê-se, nesse contexto, um movimento assertivo na Unimed do Brasil que, em 2017, ao criar a Diretoria de Gestão em Saúde, deu demonstração de liderança e de alinhamento aos melhores conceitos e princípios norteadores dos sistemas de saúde que buscam sustentabilidade (Unimed, 2017).

2.3 Expansão do modelo – Desafios

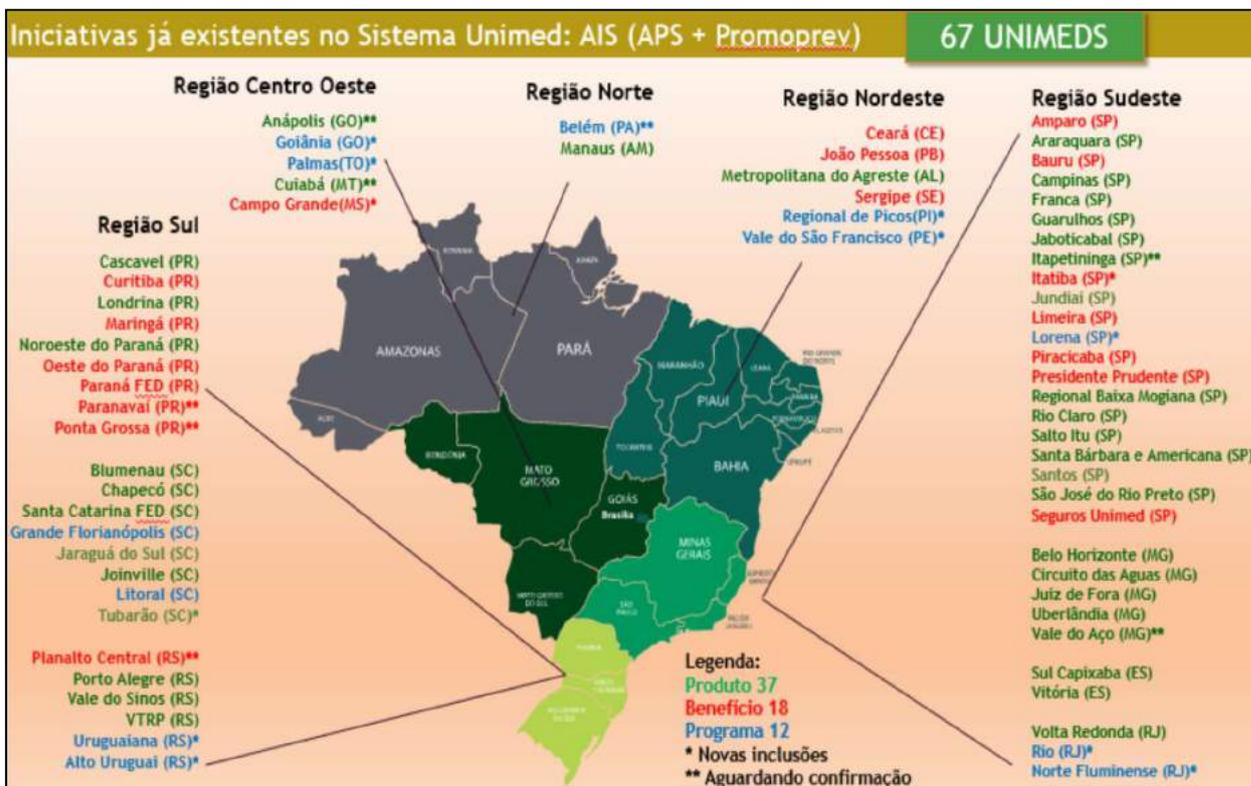
A expansão da Atenção Integral à Saúde como estratégia a nortear o modelo de atenção nas carteiras da Unimed vem oscilando não somente no tocante à metodologia para vinculação de beneficiários aos profissionais, mas, principalmente, por questões outras relativas ao déficit gerado pela alta sinistralidade em algumas carteiras ou mesmo por escolhas específicas (produto, benefício ou programa), com diferentes parâmetros, o que pode falsear o planejamento sistêmico, especialmente num contexto que já conta com numerosos projetos distribuídos no país (Figura 1). Cabe ressaltar, ainda, que a estratégia de ampliação dos serviços e expansão do modelo AIS no Sistema Unimed encontra-se fortemente associada aos seguintes fatores principais:

- a) intrínsecos (aceitação pelos médicos cooperados, aprovação em assembleia, motivação política, engajamento de lideranças, governança, sinistralidade, escolha da abordagem, dentre outras);
- b) extrínsecos (regulação da ANS, mercado, tendências, dentre outros);
- c) intermediários (indução pela Unimed do Brasil, Federações e dirigentes).

A expansão proposta pela atual gestão da Unimed do Brasil (2017) aponta para uma meta de 80% das Unimeds com iniciativa em AIS até 2021. Por se tratar de um processo dinâmico e sujeito à influência de variáveis não controladas pela gestão confederativa, compreende-se que a proposta mencionada de expansão da Estratégia AIS possa sofrer atualizações e adequações, à medida que a transformação aconteça, uma vez que o próprio mecanismo de retroalimentação sistêmica serve para alavancar ou frear as iniciativas, conforme os resultados forem sendo alcançados ao longo do tempo, onde as variáveis intrínsecas e extrínsecas exercem forte influência.



Figura 1: Expansão da Atenção Integral à Saúde na Unimed



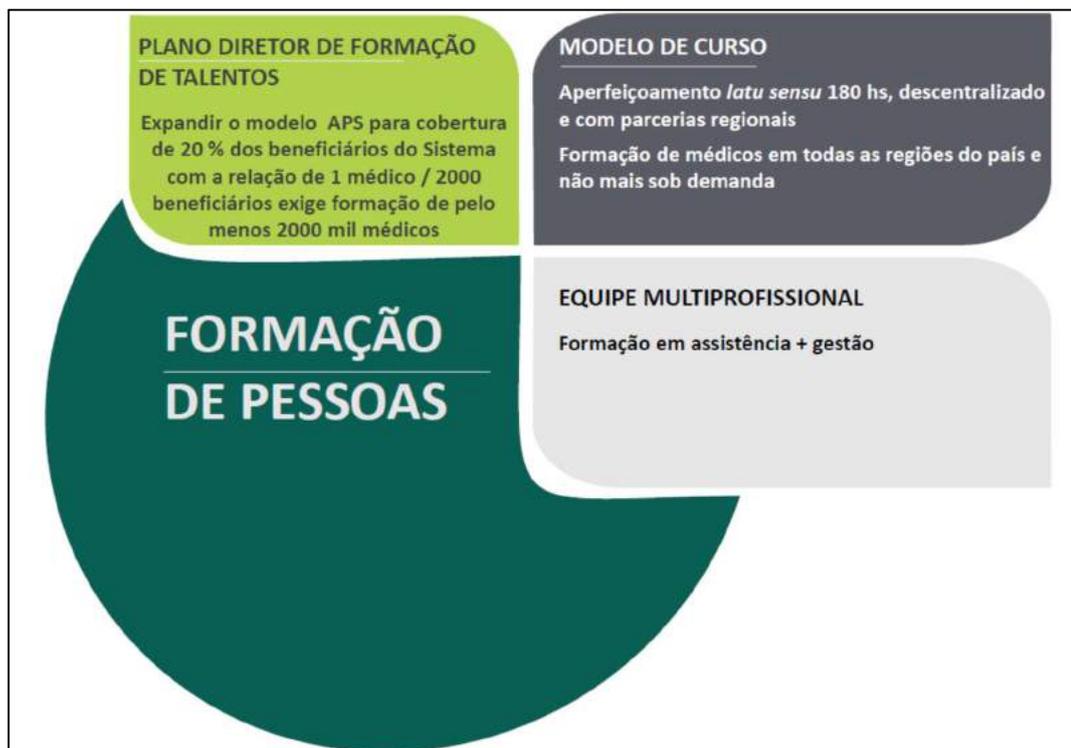
Fonte: Plano Diretor de Educação, 2018.

No tocante à expansão do modelo, a Educação segue desempenhando papel primordial e passa a ter como norteamento, as premissas e diretrizes da Unimed do Brasil para o desencadeamento de ações específicas, a fim de que se inicie a operacionalização do processo de capacitação de pessoas, sob a ótica da Educação Continuada e Permanente, a partir das propostas emanadas do Comitê de Atenção Integral à Saúde (CAS), como um dos elementos centrais da proposta de expansão da Estratégia AIS.

Menciona-se, portanto, que recentes orientações da área de Atenção à Saúde da Unimed do Brasil, alinhadas pelo CAS, já trouxeram uma proposta para operacionalização das ações (Figura 2), mas ainda não definitivas.



Figura 2: Diretriz do Plano Diretor de formação de talentos



Fonte: Unimed do Brasil, CONAI 2018.

Ao mesmo tempo, torna-se possível estabelecer relações proporcionais para definição dos quantitativos de profissionais, não somente médicos, mas também dos principais integrantes das equipes AIS e que deverão ser simultaneamente capacitados (principalmente enfermeiros), com base no marco definido pela gestão. Cabe ressaltar que não existe uma proporção considerada ideal para constituição das equipes APS, ainda que certos parâmetros usuais e premissas sejam conhecidos e aceitos mundialmente como norteadores, mas com variações bastante significativas nos vários países e sistemas de saúde estudados e adotados como referenciais.

Portanto, cabe uma análise também de alguns fatores inerentes ao Sistema Unimed no tocante à proporcionalidade desses profissionais, o que demanda estudo das características das cestas de serviços incorporados em cada operadora, além de variáveis relacionadas ao georreferenciamento, percurso assistencial, cobertura, dentre outras. Quanto à capacitação, a construção de grades curriculares específicas poderá variar em função da escolha de conteúdos e temas voltadas à assistência e à gestão, cuja proporção dependerá de uma análise simultânea do contexto local e necessidades regionais a serem elencadas, no caso de turmas *in company*.

A definição do quantitativo de profissionais (médicos e enfermeiros) encontra-se atrelada a conceitos explicitados no Volume 2 do Manual de Atenção Integral à Saúde e,



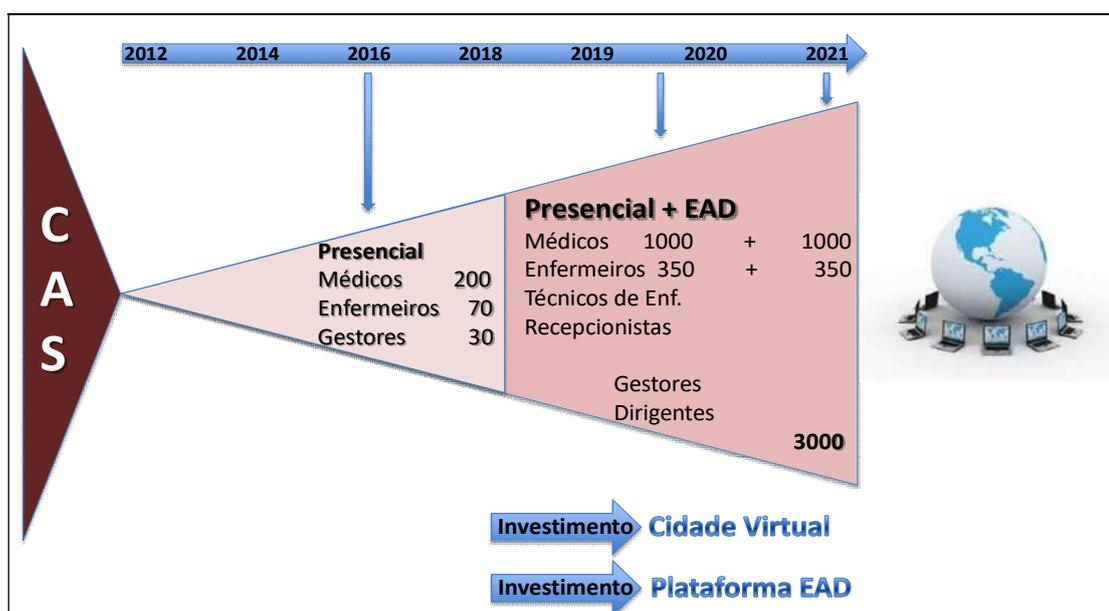
portanto, sujeita a variações de acordo com o estágio de desenvolvimento do projeto em cada operadora, cujo panorama político local possui especificidades a serem observadas oportunamente.

Desse modo, a título de exemplificação, se forem considerados 4.000.000 de beneficiários (vidas) a serem vinculados aos profissionais, sob a ótica da APS na porta de entrada, poder-se-ia referir que cerca de 2.000 médicos seriam minimamente necessários, com variações para mais ou para menos em função dos escores (pontos). Portanto, não se trata de um número fechado, por conta das variáveis que podem interferir significativamente no resultado do cálculo (jornada de trabalho, capitação, remuneração, multidisciplinaridade, tipo de porta, percurso assistencial, qualificação profissional, resolução da equipe, rede, meta, dentre outros).

Tal concretização depende de muitos fatores e também de uma análise multivariável como oportunidade de aprimoramento do método para que aconteça a almejada expansão, à medida que as ações de Educação Continuada e Permanente forem desdobradas de modo vinculado às variáveis intrínsecas.

Os quantitativos dos demais profissionais que fazem parte da assistência às carteiras são definidos em função dos perfis de cada carteira e pacotes de serviços, sob a ótica multidisciplinar para gerenciamento do cuidado, gerenciamento de condições crônicas e atenção domiciliar integrada, o que leva à alteração na proporção dos profissionais envolvidos na estruturação da AIS (Figura 3).

Figura 3: Diagrama direcionador do Plano Diretor de Educação da Unimed do Brasil



Fonte: Unimed do Brasil, 2018.



Nesse sentido, a Faculdade Unimed apresenta-se como parceira estratégica da Unimed do Brasil para inserção e expansão da Estratégia AIS, como ente institucional voltado à Educação e capaz de operacionalizar as necessárias e adequadas soluções.

3 VISÃO OPERACIONAL: DESAFIOS À IMPLANTAÇÃO E RESULTADOS

O sistema suplementar de saúde vem historicamente de uma construção baseada em especialidades e alta complexidade em rede ampla. Por muitos anos o sistema vendeu aos seus clientes produtos com este foco, a fim de captar carteiras e gerar valor. Entretanto sabe-se que a sustentabilidade está comprometida neste formato. A rede de Atenção Primária no sistema Unimed tem se tornado um desafio relevante nos últimos anos desde sua implantação passando pela operação e gestão dos serviços. Nesse sentido, afirma-se o modelo de AIS calcado na Atenção Primária à Saúde ampliado a nível mundial na segunda metade do século XX, com objetivo de melhorar a resolutividade dos sistemas com melhor gestão de recursos (STARFILED, 2002).

3.1 Principais conceitos e princípios

O conceito de Atenção Primária origina-se no Relatório Dawson, documento do governo Inglês que visava de um lado, contrapor-se ao modelo americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade. O referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação em clínica geral.

Segundo Dawson, os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária com especialistas das mais diversas áreas, ou então, para os hospitais, quando existisse indicação de internação, hierarquizando o sistema de saúde. De acordo com Castro (2015), no que concerne à APS, nas últimas décadas tem ocorrido mudanças na definição do seu espaço e papel em diferentes sistemas, incluindo sistemas nacionais de saúde, que



expressam também alterações nas relações público-privadas. Embora os interesses do setor privado sejam mais evidentes nos serviços de média e alta complexidade, tem-se observado o aumento crescente de sua participação na prestação de serviços de APS. Nos últimos anos, observou-se uma tendência de reorientar a assistência à saúde a partir da ênfase nos cuidados primários, inclusive com apoio da OMS. Na opinião de Atun (2004), tal ênfase se assenta não só em argumentos de eficiência em termos de saúde, mas também econômicos. Neste aspecto envolve-se inclusive a forma de remuneração de equipe médica (Capitação + Performance) com indicadores de resultados e processos, além disso avaliar a eficiência do serviço e a profundidade dos pilares executados. Modelos novos de acesso, agenda devem ser considerados.

3.2 Definições voltadas à implantação

O processo de implantação do serviço de APS em singulares do sistema deve respeitar etapas relevantes para o sucesso como: definição de produto, Plano de Marketing, Prontuário Eletrônico aderente, processo seletivo de equipe assistencial adequado e robusto, forma de remuneração não atrelada a *fee for service* e, sim, baseada em valor; dimensionamento correto de equipes e carteiras e processos de gestão eficazes.

3.3 Formação do painel

A elaboração do Painel Médico de equipe deve respeitar a literatura com referências sólidas, o dimensionamento correto é condição que impactará diretamente na satisfação, acesso, capacidade de coordenação e manutenção do vínculo, ou seja, nos pilares da APS. O painel pode ser trabalhado por pontuação ou por vida (*Panel Size, Best Advices, College of family physicians of Canada, 2012*). Um tamanho de painel padrão para todos os médicos de família não existe, mas os médicos podem definir tamanho ideal do painel usando abordagens que levam em conta a oferta e a demanda de serviços. Deve-se notar que nenhum desses métodos mede qualidade ou eficiência. Existem várias maneiras de calcular um painel “ativo” virtual. Um médico pode contar um painel de pacientes nos últimos 12 meses levando em conta a utilização pregressa da carteira e seus comportamentos, mas pode estar faltando quem não fez consulta no último ano. Um médico pode contar com seu painel de pacientes nos últimos 36 meses, mas podem se arriscar a alguns pacientes não estarem mais ativos ou terem mudado de médico. O número mais importante é a taxa de consulta. A melhor maneira de descobrir um



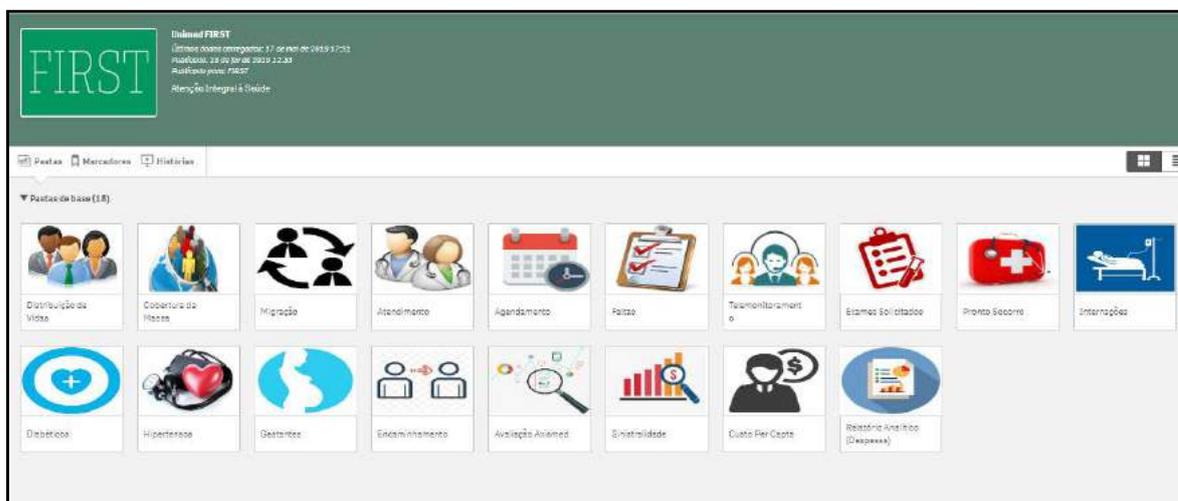
painel "ativo" de pacientes seria descobrir sua taxa de consulta de doze meses no cálculo do painel.

3.4 Modelo de gestão

A gestão da operação envolve gerir o acesso (agendas) de forma assertiva e resolutiva. O acesso avançado pode prover as carteiras acesso ao serviço nos momentos de maior necessidade e impactar na resolutividade do serviço, que pode ser aferida pelo volume de uso de Pronto-Atendimento.

Ressalta-se que atender a demanda do dia no mesmo dia é um grande diferencial competitivo e gera valor ao cliente, além de referenciar a porta-de-entrada no sistema. Desta forma o paciente sabe que pode contar com a APS (AIS) nos momentos de necessidades imprevistas. Pode-se trabalhar inúmeros formatos de acesso avançado conforme bibliografia citada, 50%/50%, 60%/40%, 70%/30%, 80%/20%. De forma geral, garantir o acesso em até 48h e, sobretudo, no mesmo dia pode contribuir na consolidação do modelo e na melhora de indicadores, além de outras ferramentas. Por fim, para gestão global e estratégica do serviço, ferramentas de tecnologia e apoio de setor de Tecnologia de Informação são fundamentais. Sugere-se, por exemplo, a construção de ferramenta BI (*Bussiness Intelligence*) para gestão clínica e administrativa do serviço sendo elencados indicadores principais para monitorar (Figura 4).

Figura 4: Modelo de ferramenta de BI.



Fonte: Unimed São José do Rio Preto, 2019.



Estas ferramentas permitem direcionar planos de ação eficazes e rápidos para atingir melhores resultados e garantir a experiência do cliente dentro da APS (AIS). Além disso, permitem monitorar as carteiras e garantir distribuição adequada de vidas entre as equipes, além de monitorar a capacidade e definir o momento adequado de expansão mantendo produtividade. Quanto às questões clínicas, um arcabouço de dados são importantes na coordenação do cuidado, como por exemplo: e-mails, ou mensagem através de aplicativos de conversa, sentinelas cada vez que o paciente passa em serviços fora da APS como internações, emergências e outras consultas permitem o telemonitoramento e orientações de cuidado pela APS em tempo hábil para evitar desperdícios em saúde ou agravos de doenças e quadros agudos, colocando o paciente no melhor percurso assistencial possível.

4 TENDÊNCIAS - A TECNOLOGIA COMO FERRAMENTA PARA A SUSTENTABILIDADE DA AIS E DO SISTEMA DE SAÚDE

Nas últimas décadas, a tecnologia transformou significativamente a forma como vários setores da sociedade, organizações e indivíduos manejam suas informações. Em um processo irreversível, os registros em papel estão sendo substituídos por registros eletrônicos, possibilitando inúmeros benefícios proporcionados por este meio. O mesmo vem ocorrendo na área da saúde, onde profissionais e instituições, vêm adotando cada vez mais os prontuários eletrônicos, e suas vantagens tecnológicas, em suas atividades.

Neste contexto de inovação tecnológica, a atenção primária tem por característica utilização de prontuário eletrônico, o qual representa enorme impacto na atividade médica, na interação com o paciente, nas formas de remuneração e nos resultados em saúde.

Este processo de mudança em busca da sustentabilidade, decorrente dos determinantes sociais e epidemiológicos (adensamento tecnológico, envelhecimento da população, mudança de carga de doenças de agudas para crônicas - cronificação das enfermidades, multimorbidade, judicialização da saúde) já detalhados acima, recentemente conta com o impulso de uma nova forma de produção, a chamada indústria 4.0. Com isso o processo de fornecimento de atenção à saúde vem cada vez mais se aproximando de ferramentas tecnológicas como prontuários eletrônicos, plataformas de análise de riscos e aplicativos educacionais.

A indústria 4.0, que tem como fundamento básico que conectando máquinas, sistemas e ativos, as empresas poderão criar redes inteligentes ao longo de toda a cadeia de valor que podem controlar os módulos da produção de forma autônoma. Ou seja, as fábricas inteligentes terão a capacidade e autonomia para agendar manutenções, prever falhas nos processos e se

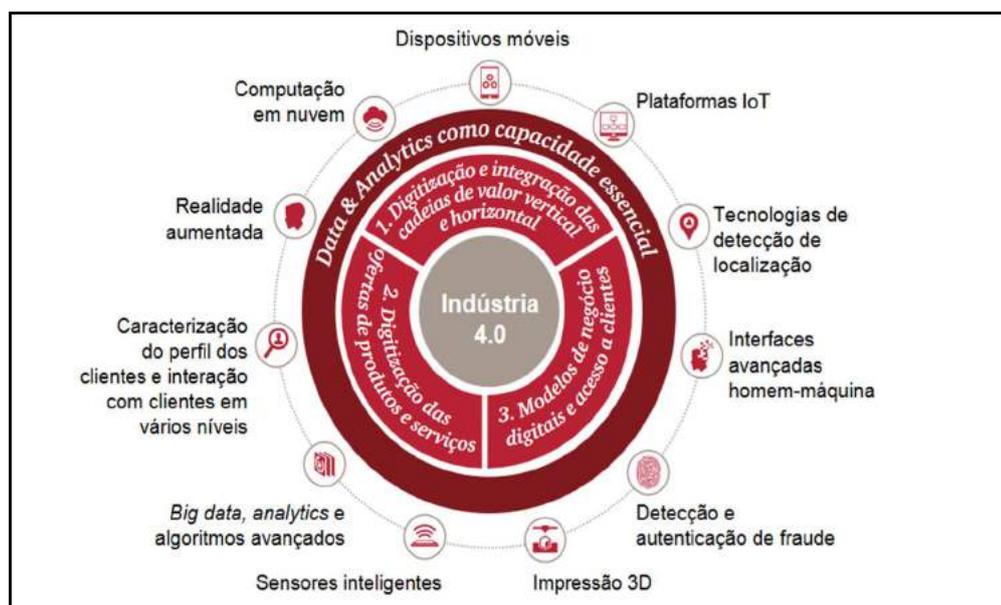


adaptar aos requisitos e mudanças não planejadas na produção. A tradução desta realidade para a saúde significa dizer que teremos sistemas ativos cuidando das pessoas, identificando riscos e programando a “manutenção” com planos de cuidados individualizados e sistematizados pelos sistemas de informação.

A quarta geração industrial permitirá que sensores, máquinas, processos e pessoas se conectem como uma comunidade colaborativa. Com o sistema cibernético-físico, cria-se uma plataforma que possibilita a interação entre sistemas de diferentes naturezas (Figura 5).

A internet das coisas conecta o mundo físico das máquinas com o mundo cibernético da internet. A big data é a aliada das tecnologias citadas para a manipulação e análise dos dados gerados pela conexão de diferentes sistemas.

Figura 5: Princípios da Indústria 4.0.



Fonte: Estrela *et al*, 2018.

Existem seis princípios da indústria 4.0, que definem os sistemas de produção inteligentes que tendem a influenciar os sistemas de saúde:

- Capacidade de operação em tempo real: consiste na aquisição e tratamento de dados de forma praticamente instantânea, permitindo a tomada de decisões em tempo real.
- Virtualização: sistemas supervisórios permitem a rastreabilidade e monitoramento remoto de todos os processos.
- Descentralização: a tomada de decisões poderá ser feita pelo sistema cyber-físico de acordo com as necessidades da produção em tempo real.



- Orientação a serviços: utilização de arquiteturas de software orientadas a serviços aliado ao conceito de Internet dos serviços.
- Modularidade: Produção de acordo com a demanda, acoplamento e desacoplamento de módulos na produção.

Estes princípios aplicados na indústria 4.0 estão sendo incorporados cada vez mais pelos sistemas de saúde, onde as pessoas passam a ser monitoradas em seu “funcionamento” e rastreadas através de indicadores de saúde.

4.1 Necessidade de interoperabilidade e interconectividade

Nesta realidade, a disponibilidade de informações em saúde por meio de sistemas de informação só pode ser proporcionada com a utilização de sistemas que sejam capazes de trocar dados de forma segura e consistente. Para isso, estes sistemas necessitam ser interoperáveis, capazes de trocar informações.

Uma das características mais importantes de tais sistemas é a utilização de terminologias em saúde, permitindo a codificação dos termos clínicos de maneira robusta e consistente. Uso de tabelas e padrões de interoperabilidade permitem a transição de dados e criação de um repositório de informações de saúde, onde todos os pontos de tecnologia podem convergir as informações de determinada pessoa, criando um robusto banco de dados, útil para dirimir duplicidade de esforços, diminuir risco de erro e estratificar subpopulações de maior risco para receberem maior cuidado, através de processo de análise epidemiológica clássica e também por análises automatizadas dos dados, chamada *machine learning*. Este repositório tem sido comumente chamado de Registros Eletrônicos em Saúde.

4.2 Melhor comunicação entre profissionais, pessoas e melhores planos de cuidados

Os desafios de atendimento de pessoas cada vez mais multimórbidas, traz a necessidade de planos de cuidados que não podem ser excessivamente complexos, não devem ter conflitos como medicamentos com interação, necessitam de comunicação entre os diversos profissionais e serem gerenciados através de um painel de controle. A tecnologia em saúde, prontuários e aplicativos têm apresentado melhor personalização dos planos de cuidado e vem trazendo informações facilmente compreensíveis para a pessoa leiga, isto é melhor *health literacy*, termo definido como o grau em que os indivíduos podem obter, processar e compreender as



informações básicas de saúde e os serviços de que precisam para tomar decisões de saúde adequadas.

4.3 Segurança do Paciente

Outro aspecto que a tecnologia em saúde tem trazido é a segurança do paciente. Ausência de danos evitáveis ao paciente durante o processo de assistência médica e a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável. Para esse mínimo aceitável necessita-se de mensurações constantes e sistematizadas, noções coletivas do conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto no qual foi dado cuidado contra o risco de não tratamento ou outro tratamento.

Para isso, os sistemas de informação estão cada vez mais habilitados em apoiar o médico e as pessoas em suas escolhas.

4.4 A interface do encontro do médico e a pessoa

O encontro do médico e a pessoa devem ser customizados e individualizados, e isso, transparecerá na interface eletrônica, onde o médico traz sua vivência, padrões e preferências, chamada de padronização eletrônica da semiologia, e a pessoa traz suas características de necessidade de cuidado próprias da sua condição, sua história médica, alergias e plano de cuidado, incluindo realizados e programados.

4.5 Formas de remuneração por valor

Neste novo contexto os sistemas tecnológicos permitem melhores formas de remuneração. Com a tendência de uma remuneração com base no valor, aumentando o foco em qualidade e melhores entrega e diminuindo incentivos danosos às pessoas, como excesso de exames e procedimentos.

Na atenção primária, as melhores formas de remuneração tem se mostrado ser um misto da composição de pagamento por capitação (onde o médico recebe um dado valor mensal por cada paciente de sua carteira, ajustado por sua faixa etária e sexo) com um componente de indicadores de qualidade, como índice de internamentos desnecessários, procura por pronto socorro e controle de enfermidades crônicas.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento de inserção da Estratégia da Atenção Integral à Saúde chegou à Saúde Suplementar no Brasil e vem provocando grandes transformações, tendo no Sistema Unimed um de seus maiores protagonistas.

As iniciativas de Operadoras de Planos de Saúde no âmbito das Cooperativas Médicas já ultrapassaram sessenta projetos implantados, sob diferentes modalidades, mas mantendo a mesma vertente do foco na APS, sendo a porta de entrada e elemento central da Rede de Atenção à Saúde.

Reafirma-se o compromisso com a mudança sistêmica, alavancada principalmente pelo protagonismo das ações da Unimed do Brasil em sinergia com as Federações, Singulares e Operadoras Unimed, a partir do norteamento técnico-científico proposto pelo Comitê de Atenção Integral à Saúde. Reforçam-se a necessidade e o compromisso com a constante renovação das práticas adotadas, especialmente com base na geração de oportunidades que vêm permitindo o compartilhamento de experiências e resultados obtidos por meio das diversas iniciativas em avanço em diferentes regiões do país.

O Registro Eletrônico de Saúde passou a ser um dos projetos prioritários para alicerce do processo de transformação e de inserção do novo modelo, cuja pesquisa e busca por inovação em saúde vêm sendo decisivos e passaram a abrir novos caminhos, para que as melhores referências e as mais fortes evidências possam ser debatidas e exploradas de modo construtivo.

Na base do movimento em prol da Estratégia AIS na Unimed encontram-se as iniciativas voltadas à Educação Continuada e Permanente, sendo a Faculdade Unimed a multiplicadora dessas ações. Em reforço, a Unimed do Brasil vem realizando reuniões plenárias, congressos e, sobretudo, incentivando que haja produção de trabalhos científicos pelas equipes dos serviços na ponta para adequada divulgação, no sentido de difundir a informação e possibilitar que esta se transforme em conhecimento à disposição do sistema, de modo a alcançar a sua ampla capilaridade.

Os resultados positivos já começaram a ser colhidos nas OPS Unimed. Há um longo caminho a ser percorrido no tocante ao adequado controle da sinistralidade, em prol da sustentabilidade, frente a um cenário desafiador.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. 3. ed. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. CFM. SBIS. Editores: da Silva ML, Virginio Junior LA. *Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde*, Versão 4.2. Mimeo 2016.

CANADÁ. O Colégio de Médicos de Família. *Tamanho do Painel Médico*. Melhores Recomendações, 2012.

DAWSON, Berthran Edward. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica n° 93, 1964.

DIAS, T.F.F. *Método para mapeamento entre terminologias em saúde, visando a interoperabilidade entre sistemas de informação*. 2014, 86f, Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação Interunidades Bioengenharia, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2014.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Institute of Medicine. *Health literacy: A prescription to end confusion*. 2004. Disponível em: <https://bit.ly/2ji4gg3>. Acessado em 18 set 2014.

ESTRELA, V.; MONTEIRO, A.; FRANÇA, R.; ABDELJALIL, K.; RAZMJOOY, N.; IANO, Y. Health 4.0 as an Application of Industry 4.0 in Healthcare Services and Management. 4. *Medical Technologies Journal*, v. 2: 4, jan/mar, 2018.

GOULART DA SILVA, D. *Indústria 4.0: Conceitos, tendências e desafios*. 2017. 35 f. (Trabalho de Conclusão de Curso em Tecnologia) Automação Industrial - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Ponta Grossa, 2017.

GREG IRVING, A.L.N.; DAMBHA-MILLER, H.; OISHI, A.; TAGASHIRA, H.; VERHO A.; HOLDEN, J. *Variações internacionais na atenção primária do tempo de consulta do médico: uma revisão sistemática de 67 países*. BMJ Open, 2017.

GUSSO, G.; CASSIAS, A.L. Capítulo 50: Seleção do Prontuário Eletrônico para Atenção Primária à Saúde, in: Gusso, G., *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*, Artmed, 2 ed. 2018;

JENKINS, C. David. *Construindo uma saúde melhor*. Organização Pan-Americana da Saúde. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, 2002.



UNIMED do Brasil. *Manual de Atenção Integral à Saúde*, Volume 1, São Paulo, 2013.

UNIMED do Brasil. *Manual de Atenção Integral à Saúde*, Volume 2, São Paulo, 2014.

UNIMED do Brasil. *Unimed Ciência*, nº 1, vol. 1 p. 1-188, São Paulo, 2016.

UNIMED do Brasil. *Unimed Ciência*, nº 2, vol. 1 p.189-304, São Paulo, 2017.

WOLLMANN, A.; DA ROS, C.; VOTH LOWEN, I.M.; REIKDAL MOREIRA, L.; TERUMI KAMI, M.; GORI GOMES, M.A.; POLI NETO, P. *Novas possibilidades de organizar o Acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde*. Curitiba 2014



**ALTA PERFORMANCE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA CONTRIBUINDO PARA O
QUÁDRUPLO OBJETIVO NOS SISTEMAS DE SAÚDE**

**HIGH PERFORMANCE IN PRIMARY CARE CONTRIBUTING TO THE
QUADRUPLE OBJECTIVE IN HEALTHCARE SYSTEMS**

📍 Fernando Faraco

É médico de família e comunidade com graduação e residência médica pela Escola Paulista de Medicina/UNIFESP. Atuou como supervisor do PROVAB (Programa de Valorização da Atenção Básica) pelo Ministério da Saúde. É preceptor da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade pela EPM/UNIFESP. Atuou por 10 anos na Atenção Primária do SUS de São Paulo. Atuou como coordenador do Núcleo de Atenção Primária a Saúde (NAPS) da Unimed Guarulhos entre 2014 e 2018, trabalhando com equipes de APS na aplicação do modelo de Serviço Centrado na Pessoa (Patient Centered Medical Home) e utilizou a metodologia Ciência da Melhoria. Graduado e Especialista em Ciência da Melhoria pelo IHI (Institute for Healthcare Improvement). Foi docente dos Cursos de Pós-Graduação e Aperfeiçoamento em Atenção Primária da Fundação Unimed desde 2014, colaborando com a formação teórico-prática em APS de médicos e enfermeiros do Sistema Unimed. Atuou entre 2016-2017 nas Oficinas de Sensibilização em APS pela FESP/Sescoop. Atuou como docente (faculty) na Iniciativa de Disseminação de APS no Estado de SP da FESP em parceria com IHI/Cambridge Health Alliance/Sescoop em 2017. É faculty do IHI para projetos de APS na América Latina. Atuou em 2018 como consultor estratégico da Unimed do Brasil. Atualmente é consultor de projetos do HCOR para projetos do PROADI/SUS.

📍 Kirsten Meisinger

Especialista internacional em transformação do sistema de saúde. Graduação em Medicina pela Case Western Reserve University, com residência médica em Saúde da Família pela Greater Lawrence Family Health Center. É presidente da Equipe Médica da Cambridge Health Alliance e antiga Secretária do Tesouro e Diretora Médica Regional de Cambridge e Somerville. É parte do quadro docente da Tufts University, da Escola de Medicina de Harvard, do Instituto de Profissionais Médicos do Massachusetts General Hospital, da FELUMA e da Faculdade Unimed. Docente especial no projeto nacional "Transforming Clinical Practice Initiative", nos EUA, e no projeto nacional do "Health Care Homes", na Austrália, ambos com foco na transformação do sistema de Atenção Primária.



RESUMO

A Atenção Primária é a base e o centro de sistemas de saúde bem-sucedidos. Para garantir o desejável primeiro contato dos pacientes, Acesso é um atributo essencial desafiador, ainda que a maioria dos serviços de atenção primária se esforce para atender às necessidades e demandas por consultas do paciente em tempo hábil. O atendimento em equipe fornece algum alívio do inevitável gargalo de acesso experimentado pelos provedores de cuidados primários. Acesso sem continuidade leva a cuidados fragmentados e custos mais altos por meio de exames duplicados e desnecessários. A continuidade do cuidado realizada pelas equipes é uma estratégia bem-sucedida para orientar e tranquilizar os pacientes quando eles exigem uma interação de cuidado e podem diminuir os cuidados inadequados pelos serviços de urgência. Tecnologias novas estão facilitando essas novas relações e ampliando acesso para além do presencial, incluindo interações virtuais ou assíncronas. O relacionamento continua sendo a base da atenção primária. Projetar sistemas dentro dos cuidados primários que melhoram o acesso, o relacionamento e a continuidade promovem maior satisfação nos serviços tanto para pacientes quanto para profissionais de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária. Acesso à Saúde. Sistema Unimed.

ABSTRACT

Primary Care is both base and center of successful healthcare systems. As the ideal first contact for patients, accessibility is an essential attribute yet most primary care struggles to meet patient needs and inquiries in a timely manner. Team based care provides some relief from the inevitable access bottleneck experienced by primary care providers. Access without continuity leads to fragmented care and higher costs through duplication and unnecessary testing. Continuity of teams is a successful strategy to guide and reassure patients when they require a care interaction and can decrease inappropriate care by Emergency Departments. New technologies are facilitating these new relationships and moving care from face to face to more virtual or asynchronous interactions. Relationship remains the cornerstone of primary care. Designing systems within primary care which enhance access, relationship and continuity promote higher workplace satisfaction for all participants.

Keywords: Primary Care. Health Accessibility. Unimed System.



1 INTRODUÇÃO

O papel da Atenção Primária nos sistemas de saúde há muito tempo tem sido motivo de discussão no mundo inteiro. Essa confusão é compreensível, pois as origens da atenção primária estão nas origens da própria saúde. A evolução orgânica dos cuidados em saúde nas comunidades envolve curandeiros, líderes políticos, professores e ativistas comunitários. No entanto, à medida que a prestação de cuidados de saúde se profissionalizou e corporativizou, o saber e as estruturas locais foram cada vez mais substituídos, primeiro por grandes hospitais e agora por ambulatorios cuja missão é orientar os pacientes aos especialistas. A perda de relacionamento com alguém de sua própria comunidade é a principal desordem para os pacientes, e essa perda de confiança é manifesta no aumento do litígio e do excesso de exames.¹

Modernas estruturas de atenção primária podem ser reaproveitadas para compensar a perda de confiança entre o paciente e o sistema de prestação de cuidados em saúde. O novo movimento nos sistemas de saúde para reestruturar os cuidados primários e aumentar o acesso por meio do desenvolvimento de equipes que envolvem os pacientes nos serviços foi amplamente bem-sucedido nos Estados Unidos e em outros países. Menos tem sido escrito e estudado sobre a continuidade do cuidado, mas o mesmo movimento de reforma está cada vez mais voltado para reforçar as relações da equipe de saúde com os pacientes para dobrar a curva de custo, alavancando a confiança.²

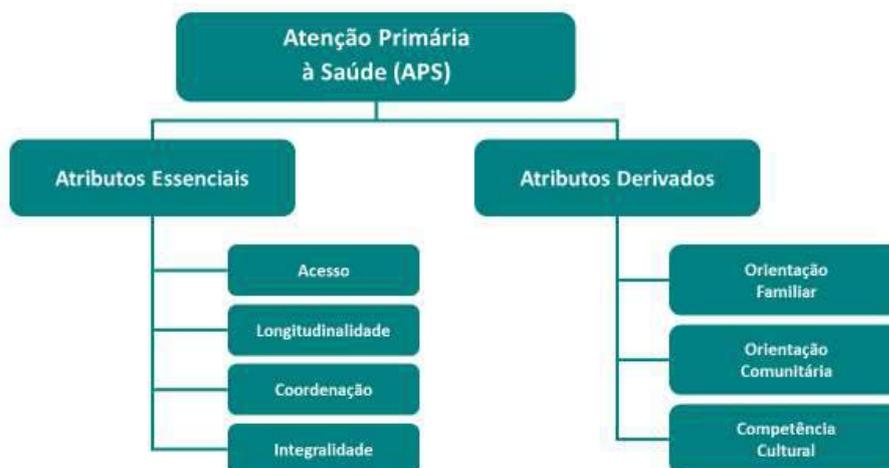
Esses três fatores têm sido o centro da reforma da saúde em dois ambientes clínicos díspares nos EUA e no Brasil. Nos dois artigos seguintes, delineamos as estruturas necessárias para formar equipes de sucesso na atenção primária, a fim de aumentar o acesso dos pacientes e restabelecer a confiança entre equipes e pacientes com relacionamentos de continuidade.

2 ESTRUTURA

Quando falamos de APS sempre é desejado que os Atributos Essenciais e Derivados definidos pelo trabalho de Barbara Starfield estejam presentes na prática diária.

¹ World J Clin Cases. 2018 Oct 6;6(11):406-409. doi: 10.12998/wjcc.v 6.i11.406. *Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic.*

² Bazemore A, et al. *Ann Fam Med.* 2018; doi:10.1370/afm.2308.



Todos esses atributos se mostram difíceis de operacionalizar, já que o paciente pode ter necessidades de saúde 24 horas por dia, 7 dias por semana. Especialmente nas áreas rurais, onde a densidade de profissionais de saúde é menor, a falta de acesso é mais sentida. A Medicina de Urgência tornou-se uma especialidade que surgiu a partir desta realidade, mas sem continuidade, desconectada dos outros atributos e com uma atitude defensiva em relação ao risco legal médico. Os custos são maiores quando os pacientes usam cuidados de urgência, em vez de cuidados primários.³ Como a Atenção Primária pode capturar a atenção de seus pacientes para evitar o uso desnecessário de Cuidados de Urgência?

3 CONTEXTO EUA

3.1 Acesso

O acesso aos cuidados é definido como consultas presenciais, consultas virtuais, por teleconferência ou interações de mensagens assíncronas, e é exigido continuamente pelos pacientes. Fora do horário comercial a cobertura de plantão é necessária, geralmente com várias clínicas de APS se unindo para dividir essa tarefa. A telemedicina, o uso de métodos de

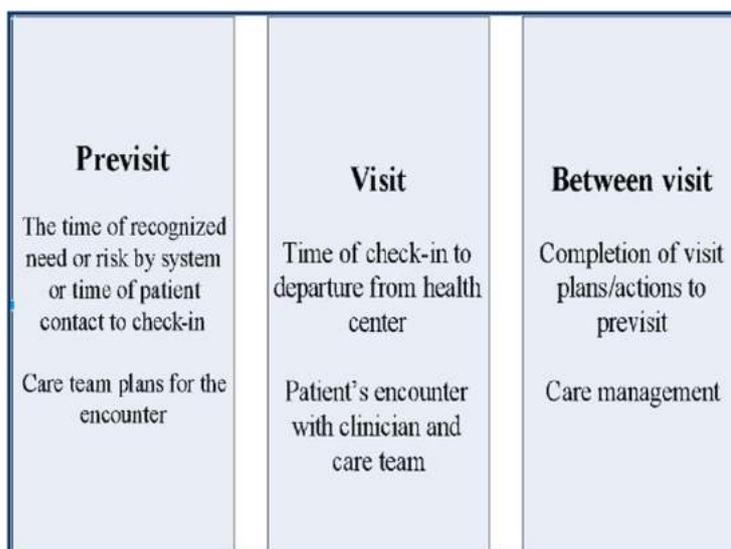
³N C Med J. 2011 Jul-Aug;72(4):265-71. *Cost analysis of the use of emergency departments for primary care services in Charlotte, North Carolina.* McWilliams A¹, Tapp H, Barker J, Dulin M; Eur J Health Econ. 2019 Apr 5. doi: 10.1007/s10198-019-01051-4. [Epub ahead of print] *Determining preventable acute care spending among high-cost patients in a single-payer public health care system.* de Oliveira C^{1,2,3}, Cheng J^{4,5}, Kurdyak P^{4,6,7}



comunicação virtual, é um excelente canal para tranquilizar e orientar os pacientes remotamente e é cada vez mais usada em todo o mundo.⁴

Portais online seguros para os pacientes ou mensagens SMS confiáveis também são cada vez mais usados entre o paciente e o provedor para acesso a orientações e são mutuamente convenientes devido à sua natureza assíncrona. Curiosamente, esses mesmos princípios são necessários durante o tempo em que os locais clínicos estão abertos ao atendimento, uma vez que os pacientes não podem e não devem ser obrigados a fazer uma consulta presencial toda vez que tiverem alguma dúvida ou necessidade. Então, é necessária uma solução além do provedor individual.

Os cuidados podem ser organizados em três períodos de tempo básicos: antes de uma consulta, durante uma consulta presencial e entre consultas. Dividir os cuidados dessa maneira nos permite mapear as etapas que os pacientes realizam em cada período para otimizar a experiência de todos os envolvidos.



Ele também move o foco do trabalho de volta para os pacientes ao invés de estar centrado no provedor (profissional de saúde).

⁴Teled J E Health. 2016 May;22(5):342-75. doi: 10.1089/tmj.2016.0045. The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care.



Figura

médico

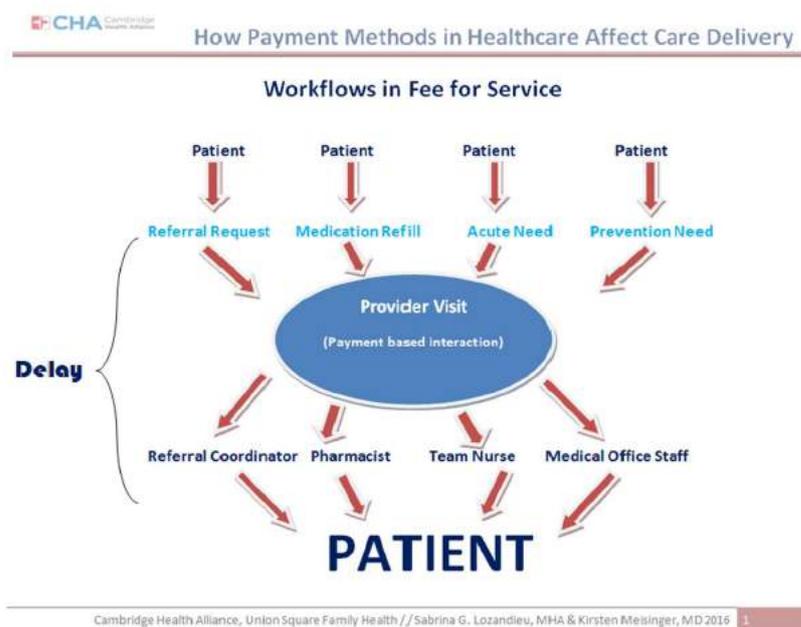
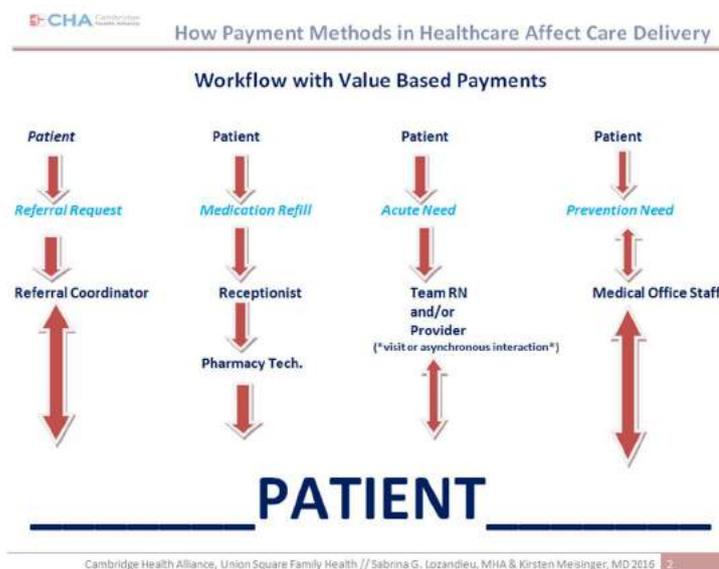


Figura 2 - Sistema de pagamento baseado em valor e fluxo de atendimento suportado pela equipe



Espera-se que cada membro da equipe se prepare para a consulta com antecedência, e o próprio atendimento envolve cada profissional desempenhando seu papel, centrado nas



necessidades imediatas e populacionais do paciente. Quando a dança complexa do paciente e da equipe vão bem, todos sentem uma alegria maior no ambiente de trabalho.⁵

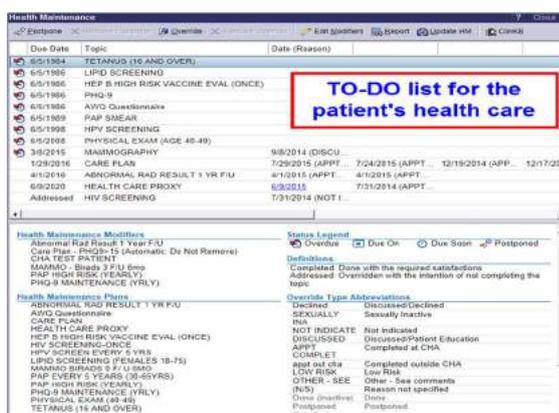
4 CUIDADO BASEADO NO TIME

O atendimento em equipe alavanca o protagonismo do médico de atenção primária como referência de confiança para o paciente e a família e estende esse relacionamento a um grupo treinado de profissionais de saúde, criando equipes de APS. Os pacientes desenvolvem um relacionamento com uma enfermeira, técnico de enfermagem e recepcionista. Muitas vezes nos EUA, dois provedores compartilham uma única lista de pacientes para garantir a continuidade do cuidado. Os pacientes são direcionados para essas relações com a equipe em qualquer oportunidade de interação, e os profissionais de saúde, a equipe, maximizam a eficiência trabalhando apenas com pacientes que conhecem bem.

4.1 A Equipe

Recepcionista: As primeiras pessoas a darem o tom para a interação, os recepcionistas são muitas vezes negligenciados como membros habilidosos da equipe. Recepcionistas são cruciais para a continuidade no agendamento de consultas, eles gerenciam os pacientes após e entre as consultas. Eles têm um papel crucial na organização prévia dos atendimentos de pacientes, revendo seus prontuários e preparando as avaliações necessárias no dia anterior a uma consulta ou no momento de uma ligação telefônica ou mensagem para a clínica (figura 3).

Figura 3



⁵ Perlo J, Balik B, Swensen S, Kabcenell A, Landsman J, Feeley D. *IHI Framework for Improving Joy in Work*. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2017.



Técnica de Enfermagem: Este papel relativamente novo nos EUA é essencial para maximizar a oportunidade do tempo do paciente em uma consulta, em que múltiplas triagens podem ser reservadas ou realizadas antes e depois do atendimento médico ou de enfermagem. Normalmente, esse profissional leva o paciente da sala de espera, faz sinais vitais padronizados e executa uma série de tarefas a partir de uma lista de verificação antes que o paciente veja seu médico ou sua enfermeira. Esta é a maneira mais eficaz de integrar o gerenciamento da saúde da população ao ambiente clínico e reduz drasticamente o ônus sobre os profissionais mais demandados (médicos em geral).

Provedor de Atenção Primária: Nos Estados Unidos, isso pode ser um médico, enfermeiro ou médico assistente, mas ainda é mais frequente um médico. Livre do fardo das tarefas executadas pela equipe, o provedor revisa as triagens realizadas pela equipe antes da chegada do paciente ao consultório (pressão arterial, rastreio de depressão, etc.) e pode prestar mais atenção direta às preocupações do paciente. Além disso, a revisão do prontuário do paciente antes da própria consulta significa que o provedor está atualizado sobre qualquer informação sobre a experiência do paciente entre as consultas (especialista ou atendimentos de emergência, estudos radiológicos ou laboratoriais etc.)

Paciente: O paciente é o membro mais importante da equipe de atendimento! Quaisquer planos de cuidados ou intervenções são feitos diretamente com o paciente, e os pacientes sempre têm a opção de recusar qualquer serviço. Sua ficha médica está disponível no serviço de forma transparente a qualquer momento, embora o portal seguro do paciente e todas as anotações como estudos de laboratório, resultados radiológicos etc. estejam sempre visíveis para eles. Dois pacientes são selecionados por clínica de APS para trabalhar com a liderança local e orientar quaisquer mudanças ou novos serviços, para que sua voz coletiva seja ouvida pelo serviço de APS.

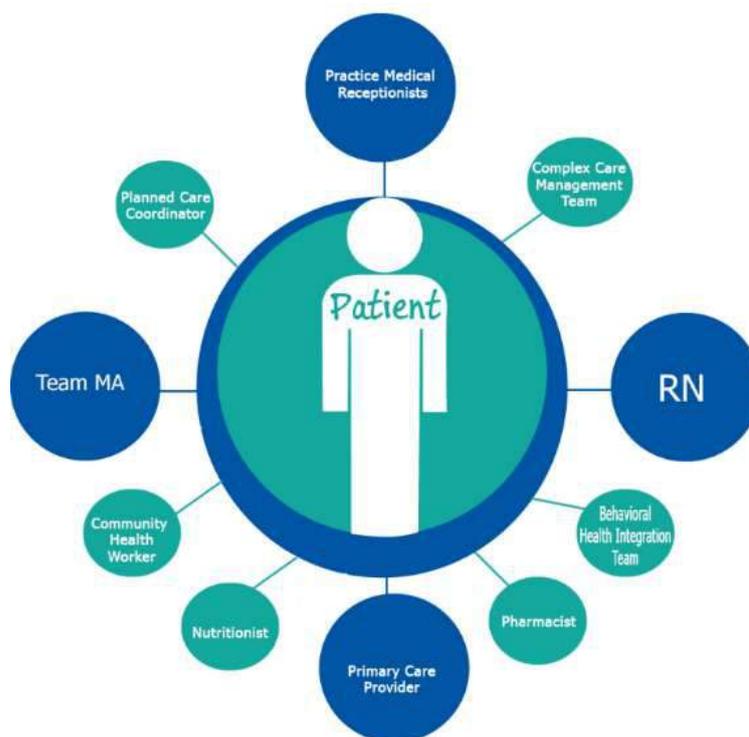
4.2 Coordenação de Cuidados e a Equipe Estendida

Esta equipe de cuidados primários pode coordenar múltiplas interações complexas com prestadores de cuidados especializados, cuidados hospitalares e o que estamos pensando cada vez mais como a equipe ampliada. A “Casa Médica Centrada no Paciente” (tradução literal da denominação americana de *Patient Centered Medical Home*), um termo para as estruturas e princípios delineados neste artigo até agora, é reconhecido como parte do Sistema de Saúde Centrado no Paciente, que envolve todos os locais de atendimento que um paciente percorre.



Os papéis básicos de cada membro da equipe são mantidos, mas todos participam da coordenação do cuidado. A continuidade é mantida com maior integração com as redes de referência, trazendo parte dos cuidados especializados para serem realizados na atenção primária, como por exemplo os serviços integrados de saúde mental. Os pacientes começam a ver a clínica de cuidados primários como *one stop shopping* e recorrem a todas as necessidades. Este nível de mudança de comportamento é o que é necessário para reduzir os custos com cuidados de saúde desnecessários - seja especialidade, serviços de emergência inadequados ou exames duplicados. (figura 4)

Figura 4



5 RESULTADOS

A implementação de cuidados de equipe para aumentar o acesso e maximizar a continuidade tem amplos benefícios para os pacientes, qualidade de atendimento e satisfação do provedor. A satisfação da equipe e do provedor é diretamente proporcional ao aumento das funções da equipe. Abaixo estão os resultados de nosso estudo comparando os locais de trabalho da equipe de alto desempenho com os menos orientados para a equipe.



Workforce Perception	Total N	% Frequent Huddlers who strongly agree/agree	P-Value
Overall, I am satisfied with my current job	351	62%	0.0087
I would recommend this practice as a great place to work	277	64%	0.0023
People in my care team operate as a real team	354	63%	<0.0001

No cenário brasileiro temos peculiaridades na evolução do nosso sistema de saúde que acabou por culminar em dois sistemas com características muito marcadas que os tem distanciados fortemente, e com eles também os recursos, profissionais da saúde, estrutura instalada. Como resultado final quem arca com o prejuízo dessa disparidade é sempre o paciente.

O Sistema de Saúde brasileiro se organiza inicialmente na lógica Bismarckiana com contratação de serviços por caixas de assistências (CAP, IAP, INPS, etc.) para prover cuidados em saúde restritos a trabalhadores registrados. Com clara influência da Conferência de Alma Ata que propagou a importância de sistemas de saúde universais baseados em Atenção Primária a Saúde, seguimos os passos para a criação do SUS que se propunha a enfrentar esse desafio. O fato da Saúde Suplementar estar prevista no SUS manteve a possibilidade do desenho bismarckiano ser mantido naquela parte não coberta pelo SUS que foi desenhado na lógica Beveridgiana. O SUS se desenvolveu baseado em APS, regulação dos serviços prestados, regionalização, tentando alcançar a universalização, mas ainda enfrentando dificuldades como o subfinanciamento e a imensa escala de implementação de um país da nossa dimensão, resultando na entrega de cuidados preconizados aquém do desejável em boa parte dos seus serviços. A Saúde Suplementar se desenvolveu na lógica de mercado, com fraca visão populacional, baseada em fee for service, sem Atenção Primária como base do Sistema e inicialmente sem regulação mínima, se traduzindo em percurso assistencial desordenado, excesso de intervenção, desperdício de recursos, iatrogenia, e como resultado também não entrega os cuidados adequados aos pacientes.

Se entendermos Qualidade em Saúde como atender de maneira efetiva as necessidades das pessoas, perceberemos que ambos os Sistemas têm falha de qualidade. Mais do que ter APS na base do sistema (condição primordial para um sistema de saúde custo efetivo) pensar em



Qualidade pode ser a pauta que aproximaria de maneira mais salutar ambos os Sistemas que deveriam ter a mesma função: prover cuidados custo-efetivos em saúde a população brasileira.

O movimento de implantação de Atenção Primária a Saúde na Saúde Suplementar vem no sentido de buscar melhorias que colaborem para sua sustentabilidade. De maneira pioneira o Sistema Unimed já colecionou vários pilotos de implantação de APS, e hoje já pode considerar que tem em curso um movimento de transformação do seu modelo assistencial. O tema APS já extrapola a Unimed e é pauta da Saúde Suplementar. Muitos desses pilotos seguiram o desenho do Serviço Centrado na Pessoa (*Patient Centered Medical Home*) que se mostrou um modelo de serviço de Atenção Primária de alta efetividade centrado na pessoa assistida, com maior vocação para o enfrentamento da cronicidade e da complexidade de cuidados simultâneos que devemos entregar aos nossos pacientes nos dias de hoje.

5.2 A Jornada de implantação de APS na Saúde Suplementar

Quando falamos de APS voltamos ao trabalho de Barbara Starfield. Entretanto por mais que pensar na prática diária com base nos Atributos já nos tencione a pensar em processos de trabalho, ainda assim vemos diversas estratégias e modelos de organização para performar cada Atributo e muitos serviços se perdem no meio do caminho. Dessa forma a jornada de implantação de Atenção Primária deve se nortear por direcionadores a serem trabalhados com muita atenção para que consigamos atingir performance nos Atributos de APS. Deve-se ter bem claro que a estratégia proposta é que a Gestão de Saúde Populacional está baseada na alta performance de unidades e times de APS que localmente realizarão os cuidados e farão os inputs de dados que subsidiam o olhar populacional. Então a gestão central terá os dados acumulados de várias unidades de APS para pensar nas estratégias de enfrentamento das condições mais prevalentes, e proverá os times com essas informações pois a execução dessas estratégias terá que se dar de maneira uniforme nas diversas equipes da ponta. Essa relação entre a gestão central e os serviços da ponta, bem como a descentralização do cuidado e da Gestão de Saúde Populacional garantem maior performance do sistema de saúde como um todo. Não é difícil prever que nessa estratégia o papel das equipes será muito mais relevante, os róis de habilidades dos profissionais deverá ser mais amplo e os processos de trabalho construídos terão de ser bastante robustos. Muitos sistemas tendem a ter gestão excessivamente centralizada, o que gera um abismo entre as ideias pensadas no nível central e o que realmente ocorre no nível



assistencial, resultando sempre em resultados frustrantes para ambos os lados (gestores e profissionais de saúde).

5.3 Liderança

Qualquer sistema precisa de liderança coerente com os propósitos da sua organização para que todos os profissionais tenham segurança e rumo definido para trabalhar. Quando tratamos de mudanças estruturais e culturais dentro de uma organização, o papel dos seus líderes se torna mais expressivo ainda pois terão de guiar os times em cada passo da jornada e terão que ser muito coerentes com o propósito transformação pois receberão pressões diversas para que o sistema mantenha seu “*status quo*”. Para tanto a organização deverá ter líderes imbuídos de habilidades específicas.

Habilidades necessárias as lideranças

- Visão sistêmica – entendimento do desenho do sistema e dos seus múltiplos processos, bem como os resultados que produz;
- Visão clara da mudança – entendimento do que existe hoje e a distância a ser percorrido até o padrão ideal
- Habilidades em comandar mudanças: manejo da mudança utilizando-se de estratégias/metodologias comprovadas de melhora da qualidade dos processos e capacidade de engajar equipes para a mudança.

6 METODOLOGIA DE DESENVOLVIMENTO DE PROCESSOS DE TRABALHO

Como já citado, a estratégia de Gestão Populacional descentralizada nas equipes de APS exige maior desempenho e responsabilidade dos profissionais da ponta. Bons líderes não exigem de seus liderados aquilo que eles não sabem executar, portanto se torna fundamental que as equipes tenham ferramentas adequadas para desenvolver e executar processos de trabalho robustos com menor índice de falhas. Investimento em metodologia de desenvolvimento de processos de trabalho não deve ser algo restrito a gestão central de um sistema de saúde, mas sim subsidiar o trabalho diário das equipes assistenciais. Elas deverão buscar melhorias diárias para atender as necessidades dos pacientes e colaborar para a padronização das linhas de cuidado que sejam comuns a todos os serviços. Valendo-se de metodologia adequada os profissionais entenderão melhor seus processos de trabalho, serão mais proativos, solucionadores de problemas e verão melhor os resultados do seu próprio



trabalho. Essa estrutura de melhoria contínua colabora imensamente para a Felicidade no Trabalho, reduzindo a rotatividade de profissionais e aumentando o seu engajamento.

6.1 Acesso

Acesso é o atributo de APS dos mais vitais, pois sem ele nada vai acontecer. Se não temos contato de alguma forma com os pacientes, não saberemos das suas necessidades e, portanto, nada acontecerá. Todos os demais atributos de APS serão anulados se não oferecermos Acesso. Na Saúde Suplementar Acesso é uma questão muito frágil e deficitária. O sistema ainda é hospitalocêntrico e o nível ambulatorial baseado em especialidades não garante acesso em tempo oportuno, a porta de entrada acaba por ser o Pronto Socorro. É preciso entender qual conceito de acesso atenderá realmente as necessidades dos pacientes. Tradicionalmente entendia-se Acesso como tempo de espera por uma consulta em um serviço de saúde, e os sistemas de agendamento de consultas foram matéria de estudo por vários anos, com o desenvolvimento de sistemas de agendamento. O sistema de agendamento mais inovador, que trouxe melhores resultados e maior satisfação para ambos os lados – pacientes e profissionais de APS, foi denominado de Acesso Avançado, e é desconhecido por diversos sistemas de saúde, mesmo sendo considerado o padrão-ouro. Acesso Avançado é um sistema de agendamento em que o serviço garante consultas para o mesmo dia ou em até 48h. Os estudos mostram que esse é o prazo para que a satisfação com acesso aumente.

No entanto além de discutir a oferta de consultas é importante entender Acesso em um sentido mais amplo. Seria o acesso que o paciente tem para entrar em contato com sua equipe e pedir auxílio na resolução dos seus problemas e nesse sentido teremos uma gama bem mais ampla de ações e serviços do que ofertar uma consulta médica, fazendo interface com a Territorialidade, horário de funcionamento presencial/não presencial, trabalho em equipe multidisciplinar, telemedicina (tema que ainda estamos mais atrasados que outros países), etc. Ampliar as interações dos pacientes com a mesma equipe de saúde é a primeira etapa para criar o vínculo do paciente com o serviço de APS e ter o terreno preparado para desenvolver os demais Atributos. Quando os outros atributos forem bem desempenhados o Acesso garantido fará mais sentido ao paciente, pois foi efetivo buscar o cuidado naquele serviço e aí sim teremos a clínica de APS como porta de entrada preferencial do paciente. O desafio sempre passa pela qualidade, pois parcela cada vez maior da população fará um percurso assistencial ordenado pelo serviço que preferiram se vincular pela alta Experiência do Cuidado.



6.2 Cuidado Longitudinal Proativo e Baseado em equipe

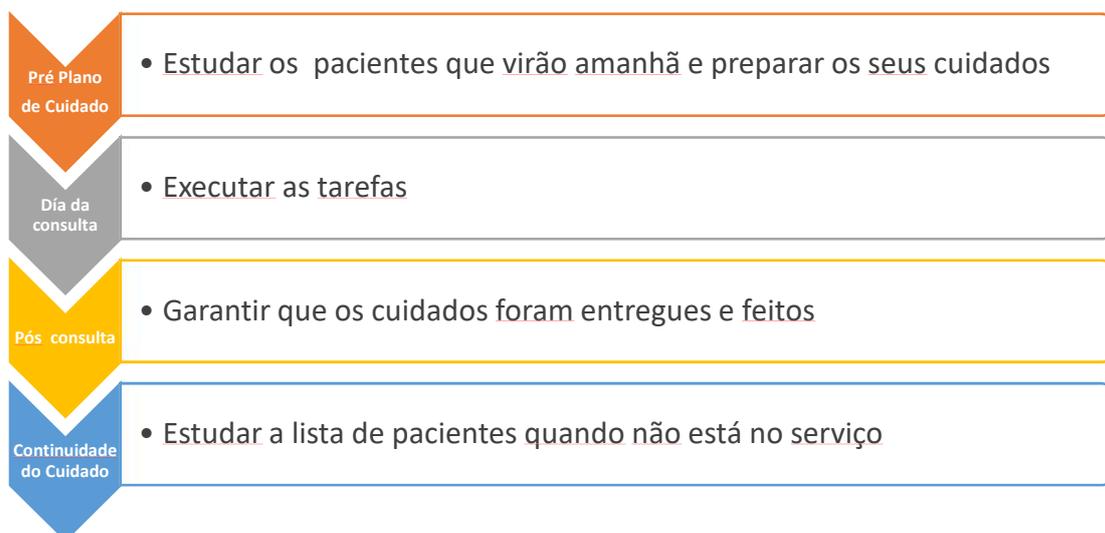
Numa equipe de alta performance, todos os membros devem estar alinhados com o conceito de Cuidados Centrados na Pessoa, e devem assumir um rol amplo de atribuições, de forma a evitar centralização excessiva no médico. Todos os membros da equipe precisam partir do princípio que têm responsabilidades na entrega dos cuidados ao paciente. Muitas coisas boas acontecem depois disso: o médico pode otimizar seu tempo de consulta, a satisfação do paciente com a consulta aumenta pois o médico lhe dá mais atenção no mesmo tempo de consulta, o índice de falhas na entrega dos cuidados tende a cair, já que não estará tão centralizado em um único profissional, os demais profissionais passam a ter mais papel assistencial assumindo parte do cuidado do paciente, com isso tem mais satisfação com seu trabalho, o engajamento da equipe aumenta.

A organização do trabalho em uma unidade de APS com modelo centrado na pessoa (figura 5) deve garantir que o atendimento que será prestado não seja pensado após o paciente chegar ao serviço, e sim antes da chegada do paciente, com estratégia antecipatória e processos de trabalhos que abarquem o maior número de situações possíveis. Cada episódio de cuidado do paciente deverá ser o mais efetivo possível tentando contemplar tanto os cuidados previamente planejados pela equipe quanto a demanda trazida pelo paciente. Os episódios de cuidado anteriores não devem ser esquecidos e devem sempre estar conectados com os próximos, de forma a permitir que a equipe de saúde tenha clara visão da jornada do paciente ao longo do tempo. Estruturas de continuidade farão parte desse entendimento da jornada do paciente.

A comunicação entre os profissionais de saúde e seus pacientes é de suma importância na condução clínica dos planos de cuidados dos pacientes. Tanto no entendimento do paciente sobre as orientações prestadas pelos profissionais quanto no entendimento dos profissionais sobre as necessidades de seus pacientes. Boa performance em Habilidades de Comunicação impactará fortemente na Experiência do Cuidado e no Atributo Essencial de APS – Longitudinalidade/Vínculo.



Figura 5 - Estrutura de trabalho de uma equipe de alta performance



6.3 Interações Centradas nos pacientes

Colocar o paciente no centro do cuidado tem sido recomendação das mais relevantes e recorrentes nos sistemas de saúde mais maduros (em diversos países além da OMS). Isso significa aumentar a participação do paciente na tomada de decisão sobre seus cuidados e colocar o paciente dentro do serviço de saúde estudando as doenças e atuando junto aos profissionais de saúde nas melhorias das linhas de cuidado. Essa ideia conflita com a cultura que ainda predomina em muitos serviços brasileiros de acreditar que nós, os profissionais de saúde, sabemos o que é melhor para o paciente. Os pacientes já buscam por autonomia nas suas próprias pesquisas em internet, blog, redes sociais, etc. A inteligência artificial com algoritmos cada vez mais precisos aumentará ainda mais esse movimento do paciente autônomo, o que pode distanciá-lo de um provedor de saúde excessivamente tecnicista. De qualquer forma as pessoas sempre desejarão manter relações humanas e precisarão do seu provedor de saúde para ser o seu orientador nas tomadas de decisões. Trazê-los para parcerias com a equipe é uma estratégia mais segura e eficaz de empoderar o paciente e ao mesmo tempo aumentar sua responsabilidade sobre seus cuidados (pacientes responsáveis e engajados tem melhores resultados em saúde). Incorporar tecnologia e inovação deverá estar no radar de todo serviço de saúde contemporâneo. Transformar isso em ações práticas sem dúvida é um desafio, mas não ocorrerá se não passar pela reflexão prévia de que devemos ser menos centralizadores e tivermos a iniciativa de testar na prática junto aos pacientes e obter o aprendizado desses testes. O Brasil performa muito abaixo de países mais desenvolvidos nesse quesito, mas devemos estar abertos e trabalhar para termos pacientes que participam do desenvolvimento de soluções para



o serviço de APS, pacientes que estudam suas próprias doenças junto com seu time de saúde e passam a desenvolver materiais educativos com sua visão e linguagem, que se tornam educadores de outros pacientes com discurso mais ressonante do que um técnico em saúde que não passa pelas mesmas situações do paciente.

6.4 Coordenação do Cuidado suportada por sistema de informações

Coordenação do Cuidado é o atributo essencial de APS que exige maior performance da equipe e do sistema de saúde. Após a equipe garantir acesso, fidelizar o paciente ao longo do tempo (Longitudinalidade) e garantir um rol amplo de serviços in loco aumentando sua resolutividade (Integralidade), sem dúvida surgirá a fase de olhar para fora do serviço, pois o paciente fará percursos assistenciais e esses devem ser “guiados” a partir da APS. Esse atributo também será chave para a melhoria da qualidade assistencial do sistema de saúde, pois seria uma falácia pensar que tudo será resolvido na APS, e que todos os demais níveis de atenção serão obsoletos. Pelo contrário, é no momento do percurso assistencial que o sistema de saúde poderá detectar a qualidade de todos os demais níveis, com todos os defeitos a serem corrigidos, e não apenas enxergar que algo não vai bem quando o alto custo aparece no radar. Nesse momento a equipe passa a precisar de recursos para integração com a rede assistencial e de suporte da gestão central, além da colaboração ativa das equipes dos demais níveis de atenção (os especialistas focais e as equipes hospitalares, oncologia, *home care* etc.). Processos de trabalho que coloquem em contato regular as equipes dos vários níveis de atenção, revisando as linhas de cuidado e realizando ajustes necessários com melhoria contínua. Líderes locais supervisionando a performance de cada serviço e a efetividade do percurso assistencial. Além dos processos de trabalhos de integração, todas as equipes precisarão de informações sobre o paciente para exercer adequadamente a Coordenação do Cuidado. Sistemas de informações eficientes devem permitir as equipes dos diversos níveis acessar informações sobre os cuidados até então prestados aos pacientes, monitorar o seu percurso assistencial, facilitar a comunicação entre os profissionais e disponibilizar informações agregadas sobre a população assistida pelas equipes. No Brasil a performance dos sistemas de informações é baixa; as equipes ainda trabalham para gerar os dados mínimos sobre a população que está sob seus cuidados, enquanto o sistema de informações deveria gerar os dados para as equipes planejarem, trabalharem e coordenarem o cuidado. Sistemas de informações diversos que “não conversam” entre si



deveriam ser aprimorados, pois devemos partir do princípio de que a informação pertence ao paciente e não a um sistema X ou Y.

7 CONCLUSÃO

Sustentabilidade no setor de saúde não é tema novo, mas cada vez mais desafiador considerando-se que, em todos os países, é o setor da sociedade mais difícil de se conter a escalada dos custos, mesmo em tempos de crise e contingenciamento. Tampouco Atenção Primária é tema novo, porém se mantém em constante evolução com soluções cada vez mais inovadoras e assumindo papel cada vez maior na sua contribuição para a custo-efetividade dos cuidados em saúde. Os sistemas de saúde que ainda não performam tão bem em APS não terão tempo de evoluir gradativamente, sob pena da sociedade se tornar incapaz de financiá-los. Deverão sim investir em um salto de qualidade buscando modelos de cuidado mais contemporâneos, de alta performance e custo-efetivos, trazendo o resto da sociedade para o centro desse debate e o paciente para o centro do cuidado.

O Serviço Centrado na Pessoa tem se mostrado o modelo de APS mais promissor, baseado em tecnologias leves, com processos de trabalho de alta performance e alto engajamento dos seus profissionais, vocacionado para o enfrentamento da Cronicidade. Tanto a Saúde Suplementar quanto o SUS serão territórios férteis para aprofundar o aprendizado nos direcionadores principais desse modelo na realidade brasileira, trilhando seu caminho na busca pelo Quádruplo Objetivo.

REFERÊNCIAS

- BASHSHUR, R.L.*et al.* The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. *Telemed J E Health*. 2016 May;22(5):342-75.
- BAZEMORE, A. et al *Ann Fam Med*. 2018: doi 10.1370/afm 2308
- BODENHEIMER, T; SINSKY, C; From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Ann Fam Med*. *November/December 2014* vol. 12 no. 6 **573-576**
- COLEMAN, K.; et al. The Changes Involved in Patient Centered Medical Home Transformation, 2012 (*Prim Care*. 2012 Jun;39(2):241-59. doi: 10.1016/j.pop.2012.03.002. Epub 2012 Apr 24)
- JAIN, N. MD, M.B.A.; OKANLAWON, T. MD, M.P.H.; MEISINGER, K. MD, MHCDS; FEELEY, T.W. MD; Leveraging IPU Principles in Primary Care: Case Study · June 27, 2018 Brigham and Women's Hospital, Harvard Business School, Cambridge Health Alliance



MC WILLIAMS, A. et al. *Cost analysis of the use of emergency departments for primary care services in Charlotte, North Carolina.* (N C Med J. 2011 Jul-Aug;72(4):265-71).

OLIVEIRA, C.; CHENG, J.; KURDYAK, P. *Determining preventable acute care spending among high-cost patients in a single-payer public health care system* (Eur J Health Econ. 2019 Apr 5. doi: 10.1007/s10198-019-01051-4)

STARFIELD, B. *Primary care: balancing health needs, services and technology.* UK: Oxford University Press, 1998.

The TCPI Change Package, última atualização em 2016. Disponível em:
<https://www.pcpcc.org/resource/tcpi-change-package-transforming-clinical-practice>.

VENTO, S.; CAINELLI, F.; VALLONE, A. *Defensive Medicine: It is time do finally slow down an epidemic.* (World J Clin Cases. 2018 Oct 6;6(11):406-409. doi: 10.12998/wjcc.v6.i11.406.)



EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: diretrizes para a prática docente

SCIENCE OUTREACH: guidelines for teaching practice

📍 **Carolina Costa Resende**

Doutora em Psicologia pela Universidade Católica de Minas Gerais (2014), com doutorado sanduíche na Université Paris Descartes (Paris V). Mestrado em Psicologia (2007) e graduação em Psicologia pela PUC Minas (2003); especialização em Abordagem Direta do Inconsciente pela TIP Clínica (FELUMA, 2016) e Análise Institucional e Esquisoanálise pelo Instituto Félix Gattari (2004). É coordenadora de pesquisa e extensão da Faculdade Unimed. É professora (Prof. Adjunto IV) da PUC Minas desde fevereiro de 2009. Tem experiência na área de Psicologia Educacional, Comportamento Organizacional, Psicologia do Trabalho, Projetos Sociais e de Inclusão Social de Pessoas com Deficiência.

Contato: nupex@faculdadeunimed.edu.br

📍 **Anna Gabriela Teixeira**

Graduanda em Letras pela UFMG, estagiária do Núcleo de Pesquisa e Extensão da Faculdade Unimed. É integrante do Núcleo de Estudos de Utopismos e Ficção Científica da UFMG, foi bolsista de iniciação científica pela FAPEMIG no projeto "*Lybro de magyka* (Ms. 5-2-32, Biblioteca Colombina): edição semidiplomática e estudo lexicológico" no ano de 2018 e integrou o Acervo de Escritores Mineiros da UFMG como bolsista de extensão no projeto: "Arquivos literários: conservar, organizar, disponibilizar" entre 2017 e 2018.

Contato: nupex@faculdadeunimed.edu.br

📍 **Marina Moreira De Souza**

Graduanda em Processos Gerenciais pela Newton Paiva, Assistente do Núcleo de Pesquisa e Extensão da Faculdade Unimed. Atuou nas áreas de Administração de Projetos na FUNDEP; Gestão de *Campus*, Infraestrutura e Obras e Supervisão de Operação de Contratos no Centro Universitário Newton Paiva.

Participou de workshops na área de Gestão na Newton Paiva; Palestras Organizacionais na FAFICH-UFMG e tem cursos de extensão em Desenvolvimento Pessoal e Profissional, Assistente Administrativo, Finanças Familiares e Relacionamento Interpessoal.

Contato: nupex@faculdadeunimed.edu.br



RESUMO

O presente ensaio é fruto do recente trabalho de implantação do Núcleo de Pesquisa e Extensão (NUPEX) na Faculdade Unimed. Tal percurso envolveu um esforço coletivo e colaborativo, por parte da equipe técnica do NUPEX/Faculdade Unimed, para sistematizar as diretrizes e normas voltadas às atividades de extensão no atual contexto do ensino superior brasileiro. A proposta central deste trabalho é refletir sobre o papel da Extensão Universitária na formação do aluno de graduação, considerando, em especial, a portaria nº 1.350 de 17/12/2018 a qual declara homologado o Parecer CNE/CES nº 608/2018, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação e institui as diretrizes para as Políticas de Extensão da Educação Superior Brasileira. Esse importante marco legal para o campo da extensão universitária sintetiza o trabalho realizado na última década no sentido de conceituar a extensão universitária de forma indissociável ao ensino e à pesquisa e ainda integrar os diferentes segmentos de entidades de educação superior que compõem o Sistema Federal de Educação, contemplando as dimensões avaliativas e regulatórias já em vigência no contexto do ensino superior. O presente trabalho pode ser útil a gestores e agentes mantenedores de Instituição de Ensino Superior (IES), pró-reitores, coordenadores, professores e estudantes interessados em implementar as ações de extensão no âmbito da sua IES. Acrescenta ainda uma reflexão crítica da *práxis* sócio-histórica da extensão universitária no país.

Palavras-chave: Ensino Superior. Extensão Universitária. Marco Regulatório da Educação Superior. Formação do Aluno de Graduação.

ABSTRACT

This essay is the result of the recent implantation of a Research and Science Outreach Center (Núcleo de Pesquisa e Extensão – NUPEX) at Faculdade Unimed. The development of this Center required a collective and collaborative effort from NUPEX/Faculdade Unimed’s technical staff in order to systematize the guidelines and norms related to the activities of university extension in the actual context of college education in Brazil. The main objective of this work is to meditate about the role of Science Outreach on the education of undergraduate students, considering, specially, the ordinance No 1.350 from 12/17/2018 where is homologated the draft CNE/CES No 608/2018, from the Higher Education Chamber of the National Education Council, and is instituted the guidelines for the Policies for Science Outreach in



Brazil. This important legal device for the field of Science Outreach synthesizes the work done on the last decade to conceptualize it inseparably from education and research and also integrates the different segments of higher education entities that are part of the Federal System of Education, including evaluative and regulative dimensions already valid. This work can be useful to managers and agents who are maintainers of Higher Education Institutions, deans, coordinators, professors and students interested in implementing Science Outreach activities on their IES. It also adds a critical reflection about the socio-historical *práxis* regarding university extension in the country.

Keywords: College Education. Science Outreach. Higher Education Regulatory Framework. Undergraduate Student Formation.



1 INTRODUÇÃO

Educar “*é sempre uma atividade intencional*” e “*a tarefa da educação sempre foi forjada em debates*” (CUNHA, 2005, p.17), expressando a intencionalidade de uma determinada época. Tal tarefa tem a ver com o projeto de homem: “*o que seria bom acontecer com ele em seus diferentes ciclos de vida, infância, adolescência e diferentes fases da vida adulta*” (CUNHA, 2005, p.23). No entanto, os interesses políticos são, muitas vezes, implícitos no campo da educação, especialmente por meio de discursos naturalizantes expressos nos projetos pedagógicos.

Todo projeto pedagógico tem um sentido em seu discurso, uma ideologia que o alimenta. Portanto, uma política nacional de educação jamais é neutra, ela traz consigo a ‘vontade do legislador’, que, por sua vez contém um projeto de civilização forjado no debate com a sociedade e os seus respectivos órgãos representativos. De tal forma que o processo de formação humana é atravessado por muitas inscrições, por meio das quais as informações se tornam habitantes das mentes, das subjetividades, dos jeitos de ver e levar a vida.

No entanto, a tarefa de educar transborda os muros escolares/acadêmicos e envolve toda uma comunidade. Motivo pelo qual é de fundamental importância pensar crítica e estrategicamente a respeito da relação de uma instituição de ensino com a comunidade do seu entorno e ainda estabelecer diretrizes para o posicionamento ético da comunidade acadêmica/escolar diante dos problemas e injustiças sociais. No contexto da educação superior, é preciso ter clareza de que a extensão é um processo acadêmico próprio e inerente à sua atividade-fim. Deve, portanto, estar contemplada na matriz curricular de todo curso de graduação, articulando-se complementar e indissociadamente ao ensino e à pesquisa.

O presente trabalho visa discutir o mais recente marco regulatório da extensão universitária do país, a Portaria nº 1.350 MEC/CNE de 17/12/2018 (BRASIL, 2018), à luz de um referencial teórico voltado para a elucidação de discursos que apontam para o papel da universidade em uma educação cidadã, emancipatória e comprometida com a transformação social.

A preocupação da educação superior diante de questões sociais graves não é recente. No entanto, na última década, a definição conceitual de extensão universitária tem sido alvo de debates e reflexões acerca do seu papel na formação do aluno, bem como das suas responsabilidades no que se refere ao impacto e à transformação social. Mendonça & Silva (2002) afirmam que quanto mais a sociedade mergulha em problemas, muito mais é exigido



dos intelectuais, dos cientistas e das instituições educativas para que forneçam referências potenciais para soluções. Há autores mais enfáticos ainda, como Fernandes (1984), que defendem que em uma sociedade como a brasileira, os imensos problemas sociais afetam inclusive a universidade, e ela, por sua vez, não pode ficar alheia a eles.

Assim como o ensino e a pesquisa, a extensão é influenciada pelos valores contemporâneos, cercados por interesses imediatos e de longo prazo. Dentre os muitos desafios que existem, o presente estudo interroga a condição da extensão universitária no que se refere à formação discente, à responsabilidade social e à produção de conhecimentos.

Ao final, é apresentado o perfil extensionista da Faculdade Unimed o qual se encontra sistematizado em seu Regulamento de Extensão (Faculdade Unimed, 2018) e está em fase de implementação no âmbito do NUPEX - Núcleo de Pesquisa e Extensão, por meio do financiamento próprio e da captação de recursos via editais internos ou externos.

2 O PAPEL DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: o desafio da formação dialógica

A Portaria 1.350 MEC/CNE de 17/12/2018 reitera o compromisso sócio-histórico das IES em promover a participação do corpo docente e discente em ações de melhoria das condições de vida da comunidade e de promoção do desenvolvimento social (BRASIL, 2018).

Tal parecer explica que as relações entre ensino, pesquisa e extensão decorrem dos conflitos em torno da definição da identidade e do papel da Universidade ao longo da história, conforme corrobora o entendimento de Cesar (2013):

A compreensão sobre a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, não se restringe a uma questão conceitual ou legislativa, mas fundamentalmente, paradigmática, epistemológica e político-pedagógica, pois está relacionada às funções e à razão de ser das universidades, que se constituíram, historicamente, vinculadas às aspirações e aos projetos nacionais de educação (CESAR, 2013, p. 19).

Ao definir a extensão universitária enquanto um ‘processo acadêmico’ inerente à formação em nível superior, a portaria também reafirma a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, conforme defendido por vários autores do campo extensionista desde a primeira década dos anos 2.000.

Dessa forma, ensino, pesquisa e extensão, enquanto funções básicas da Universidade, devem ser equivalentes e merecer igualdade em tratamento por parte das instituições de ensino superior, pois, ao contrário, estarão violando esse preceito constitucional (ANDRADE; MOITA, p.78. 2005).



Este novo paradigma de universidade identifica e contribui para maior autonomia do aluno, ao colocá-lo como protagonista do seu processo de formação.

[...] o estudante como protagonista de sua formação técnica – processo de obtenção de competências necessárias à atuação profissional e à formação cidadã o qual lhe permite reconhecer como agente de garantia de direitos, deveres e transformação social (BRASIL, 2018, p.9).

A transformação da sociedade, considerando o empoderamento social, por sua vez, se dá por meio da relação dialógica entre IES-professor-aluno-comunidade.

2.1 Compromisso social e formação dialógica no âmbito da extensão universitária

A discussão elucidada na portaria atualiza questões relativas ao papel da universidade na sociedade. É papel da universidade a transformação da sociedade? A atuação do aluno é suficiente para transformar a realidade? Qual é a relevância do trabalho do aluno para a transformação do público-alvo?

A partir desses questionamentos, a equipe do NUPEX/Faculdade Unimed chegou à conclusão de que a extensão universitária é um dos pilares da formação acadêmica que se concretiza na relação dialógica com a sociedade, especialmente, em função da transformação mútua, tanto dos universitários quanto da comunidade ‘atendida’, especialmente no que diz respeito à leitura e interpretação da realidade.

A base do conhecimento dialógico parte da noção de reconhecimento de alteridade. O ‘eu-aluno’ não pode considerar o outro como um outro-comunidade (ou público atendido) ‘vazio’, o ‘eu’ precisa aceitar que algo seja acrescentado à ‘minha (do aluno) leitura de mundo’ e é bom que isso seja germinado para coprodução de um novo conhecimento. Significa dizer que, em uma prática extensionista, as relações de ensino, assim como a produção de novos conhecimentos, trazem consigo uma dimensão de materialidade social e histórica, cujas contradições e tensões se enfrentam dialeticamente, em um território ocupado simultaneamente por diversas perspectivas, seja do aluno, do professor e também da comunidade atendida.

Na extensão, o indivíduo-aluno não tem como continuar sendo apenas um. Ele transborda o limite do individualismo e se lança em um projeto coletivo, feito a várias mãos, cujo equilíbrio é instável e requer o desenvolvimento de múltiplas competências em um contexto real e contingente, tais como: empatia; liderança; senso de responsabilidade; adaptação aos cenários adversos; postura crítica e problematizadora da realidade, assim como competências colaborativas aplicadas ao trabalho em equipe.



O diferencial da extensão universitária é oportunizar aos alunos e professores um espaço para a construção dialógica de reflexões e conhecimentos interdisciplinares capazes de transformar visões de mundo e realidades profissionais nas diversas áreas do conhecimento. Portanto, a extensão visa uma transformação tanto na formação técnico-profissional quanto humana, na medida em que amplia os canais de interlocução da Universidade com os segmentos externos da sociedade, articulando os diversos campos do saber com espaço para intervenções, produção de conhecimentos e reflexões. Segundo Thiollent (2003):

[A] extensão torna-se uma importante fonte de informação para o mundo acadêmico, difícil de obter por outros meios. Com ela, estabelece-se uma riqueza de contatos, com grande variedade de interlocutores. Anima-se a vida cultural dos campi e de seu entorno; e potencializam-se ações transformadoras na sociedade.

Para que isso aconteça, qualquer ação de extensão, seja numa prática curricular, em um projeto ou em um evento de extensão, devem estar reunidas algumas condições, tais como: favorecer a interação do aluno com a sociedade; conferir ao aluno autonomia para agir: planejar, realizar tarefas e avaliar os resultados de tais atos; promover momentos coletivos de discussão (conversa) sobre questões éticas, convocando o aluno para se posicionar diante dos fatos e dos problemas que vos apresentam.

A universidade, nos moldes contemporâneos, se vê diante de um mundo globalizado marcado por transformações tecnológicas, cada vez mais acessíveis, com uma tecnologia de informação onipresente. Nesse contexto, o acesso ampliado ao ensino superior é marcado por um perfil mais executivo das ações, cujo intelectual trabalha de forma ‘consorciada’ para potencializar respostas imediatistas de ‘clientes’ externos em detrimento daquele perfil clássico do intelectual pensador e desinteressado (THIOLLENT, 2003).

A atual tendência dos editais e indicadores de extensão aponta para uma extensão que, a serviço da sociedade, utiliza metodologias participativas concretizadas por meio de iniciativas sociais e solidárias. Por outro lado, quanto mais imediatista for a prática, menos impulsionadora será a mola da espiral formadora do aluno. O propósito da extensão não deve ser centrar sua ação na solução de problemas, enquanto uma equação que tem início, meio e fim. A sua finalidade consiste na problematização (cada vez mais ampla e profunda) das questões estruturais dos diversos campos: econômicos, sociais, ambientais etc. Parece ser este o caminho que o extensionista deve fazer para adquirir novas significações na atual sociedade.

A grandeza do processo de aprendizagem na modalidade de extensão universitária está exponencialmente relacionada com o tipo e intensidade da participação do aluno e não tanto com seu perfil. Significa dizer que o perfil do aluno não é tão determinante da fecundidade da



ação de extensão quanto a sua *práxis*. Seria até arriscado qualquer pretensão de se estabelecer critérios para selecionar o aluno extensionista conforme o seu perfil. Mais arriscado ainda seria perseguir um modelo idealizado de curso, aluno ou professor extensionista.

O efeito transbordante na formação do aluno é favorecido por meio da problematização da realidade, uma forma de elevação da prática ao nível da teoria e da elaboração analítico-crítica. Segundo Heller (1970), a vida cotidiana abriga o homem integral que traz consigo a particularidade e a genericidade da história. Por essa razão, o cotidiano em si não pode ser integralmente absorvido ou conhecido. Nessa perspectiva, se não podem ser conscientes ou transformados em palavras, os pensamentos e ações cotidianos não se elevam ao nível da teoria e da *práxis*. Disso decorre, na concepção de Heller (1970), a importância da arte e da ciência como formas de elevação, ou seja, de conhecimento da cotidianidade. Portanto, a ação de extensão é transbordante quando a *práxis* efetivamente acontece.

Segundo Thiollent (2003), alguns elementos podem determinar esse grau de envolvimento. O autor cita três modalidades de participação dos atores sociais na extensão universitária: *Adesão contratual* - corre o risco de ser limitada à composição de interesses particulares, como no caso de parcerias. Quando há o interesse coletivo/objetivo comum, o bem-comum aparece; *Adesão por envolvimento emocional* - O envolvimento emocional é inegável e indispensável. Porém, é prejudicial quando a adesão estiver intensamente ligada ao vínculo emocional que comprometa o consenso das partes; *Adesão política* - é necessário um diálogo permanente e a necessidade de negociar as escolhas. Portanto, depende da capacidade de posicionamento e argumentação das partes.

Quanto à intensidade da ação, Desroche (apud Thiollent, 2003), ao apresentar uma escala de participação do pesquisador em processo de pesquisa, classifica a participação em etapas de desenvolvimento do perfil de participação no sentido do papel ativo do pesquisador em seu trabalho de campo.

Quadro 1: Perfil do aluno extensionista

Perfil	Característica
Militante	Expectativa direcionada a um movimento maior (causa). Professa um discurso idealizado. “O mundo precisa é disso.”
Usuário	Apenas usufruir dos benefícios garantidos pela sua participação. “O que tenho que fazer? Quantas páginas têm que ter?”



Espontâneo	Expectativa intuitiva; perfil do tipo “gostei desse negócio. Como eu faço para participar?”.
Informativo	Expectativa de conhecer, de aprender como funciona, de se informar para alimentar seu pretendido perfil polivalente. “Inclusive, estou pensando em um projeto de pesquisa para o próximo edital”.
Distanciado	Expectativa centrada na execução de tarefas operacionais, porém sem envolvimento. Cria blog, formata texto, edita vídeo. Porém, não cria vínculos, não se implica com as normas. “Isso, pode deixar que eu faço”.
Aplicado	Facilita o papel ativo na conduta do processo. Compartilha informações, planeja com os interessados; organiza as ações em direção a alguma forma de empoderamento. “Então, venha aqui! Vamos decidir como a gente vai fazer?”

Fonte: THIOLENT, 2003.

É importante destacar que todos esses perfis interagem ao mesmo tempo com os demais.

Uma das condições para este fluxo consiste em se construir o conhecimento de forma dialógica. Para que isso aconteça, é necessário que a ação possua algum sentido prático para os grupos implicados. Além disso, há uma construção de conhecimento a respeito dos efeitos práticos dos dados e experiências adquiridos com a prática de extensão.

De acordo com Síveres (2013), a atividade extensionista reforça o percurso da aprendizagem, qualificando o valor da instituição e que deve ser vivenciado pelos universitários e pelos atores sociais. Para compreendê-la “é adequado dizer que a extensão é um jeito de ser, uma maneira de dialogar e uma possibilidade de aprender” (p.20), ou seja, seu sentido é associado a realização de atividades que gerem reflexões transformadoras, contribuindo para a igualdade social. Trata-se de uma conjugação de saberes cujo eixo norteador é a promoção da cidadania.

Nessa perspectiva, é imprescindível o conhecimento dos problemas do mundo e o desenvolvimento de habilidades e competências que viabilizem a produção de conhecimento e de tecnologias inovadoras, eficazes e replicáveis. Nesse contexto, o caráter extensionista da ação acadêmico-assistencial se distingue de outras ações promovidas pelos demais agentes sociais como ONGs, Estado ou outras instituições. Seu diferencial consiste no fato de orientar, promover, avaliar e implantar reflexões críticas tanto por parte dos professores, como dos alunos e da comunidade envolvidos nas ações. É esperado, portanto, que a extensão universitária produza impactos no perfil do egresso que uma IES (Instituição de Ensino Superior) está formando, gerando não só nos alunos, mas também no corpo docente, um olhar



inovador, reafirmando o verdadeiro papel de uma IES que, enquanto uma instituição social, deve promover diversos saberes para além da grade curricular e da formação meramente técnica.

É preciso então pensar uma atuação que seja transformadora, que se proponha combater os excessos da desigualdade e que possa produzir fissuras nas iniquidades reforçadas pela lógica social que gerou tais problemas sociais. Esse propósito vai ao encontro à proposta de SUGAHARA que define o trabalho cooperativo enquanto dispositivo de desenvolvimento de crenças e valores comuns em torno da igualdade e da pluralidade, com novas formas de expressão da liberdade e da autonomia, contribuindo para a melhoria da gestão do espaço solidário e da qualidade de vida de todos os envolvidos.

Castel (1998) postula que o social ocupa o lugar do hiato existente entre a organização política e o sistema econômico. Tem a função de “restaurar ou estabelecer laços que não obedecem nem à lógica estritamente econômica nem a uma jurisdição estritamente política. O social consiste em sistemas de regulações não mercantis, instituídas para tentar preencher esse espaço” (CASTEL, 1998, p.31). Por sua vez, Baremlitt (2002) define que a sociedade é o espaço da interpenetração de forças reprodutivas e antiprodutivas:

(...)cujas funções estão a serviço da exploração, dominação e mistificação (atravessamentos), assim como também está constituída [a sociedade] pela interpenetração das forças e entidades que estão a serviço da cooperação, da liberdade, da plena informação (transversalidade) (BAREMBLITT, 2002, p.35).

Portanto, estudos que abordem fenômenos sociais dizem respeito a uma complexidade e devem se valer de dispositivos que afirmem a inclusão e transversalidade do campo pesquisado.

Chanlat (2000), por sua vez, destaca que o conjunto interdisciplinar de abordagens pode contribuir para a construção de uma imagem menos parcelada do indivíduo na organização. Nessa perspectiva, buscamos cruzar dados, correlacionar abordagens e teorias, multiplicando os diferentes níveis de análise e interpretação da realidade observada, buscando, ainda que ciente de sua impossibilidade, reconstruí-la em sua integralidade.

Le Blanc (2011) ressalta que os marginalizados, ao se tornarem objeto de estudo, permanecem como ‘sujeitos irrepresentáveis’. Portanto, não é possível falar por eles. Isto porque “falar em nome dos outros ou agir em nome dos outros supõe que os outros não podem



nem falar, nem agir por si próprios” (LE BLANC, 2011, p.88, tradução nossa).¹ Nesse contexto, falar em seu lugar significa se recusar a emprestar ouvido à palavra do outro. Da mesma forma, querer agir no lugar desse outro é decidir que essa vida não é agente ou que seu regime de ação não é autêntico. Há que ter cuidado com esse ideal de *práxis* transformadora, uma vez que há o risco de se falar em nome de outros, muitas vezes, retirando deles a sua capacidade de falar, silenciando, portanto, a dimensão de sujeito político (RESENDE, 2014).

Diante de tais aspectos e reflexões, a proposta da Faculdade Unimed é convidar alunos e professores a trabalharem juntos no enfrentamento de problemas sociais concretos. Nesse contexto, alunos e professores são estimulados a socializarem seus conceitos e descobertas, num contínuo processo de reconstrução da concepção profissional, bem como de sua postura ética, promovendo o enriquecimento de ideias seja por meio de debates e estudos ou através da elaboração de artigos científicos e participação em eventos acadêmicos.

3 A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA FACULDADE UNIMED

O NUPEX, responsável pela gestão da Extensão Universitária enquanto atividade-fim integrada ao Ensino e à Pesquisa, é um dos lugares de exercício da função social da Faculdade Unimed. Ao possibilitar a articulação da academia com a sociedade, trabalha em prol da promoção da cidadania, da inclusão e do desenvolvimento social. Isso se reflete na formação cidadã e humanista discente e docente, na perspectiva de desenvolvimento integral do ser humano, missão primeira da Universidade.

O NUPEX pretende gerar referências conceituais e operacionais que despertem interesse da comunidade acadêmica em adotar uma metodologia de resultados para gestão cidadã, concomitante ao fortalecimento da formação integral do aluno, por meio do empoderamento.

Outro objetivo relevante é o fortalecimento institucional das entidades parceiras, como o Instituto Rondon Minas, o Centro Mineiro de Alianças Intersetoriais (CeMAIS), escolas públicas e demais instituições que integram a Rede Social da Faculdade Unimed, oferecendo assessoria técnica para melhor gestão e desenvolvimento de lideranças necessários ao bom funcionamento das instituições parceiras, capacitando sua equipe profissional em temáticas úteis à melhoria da gestão e da qualidade dos serviços prestados à comunidade e ainda complementando e enriquecendo as ações voltadas para a comunidade local no que se refere à promoção da saúde e qualidade de vida, da geração de emprego e renda e da cidadania. Os

¹ [...] *parler au nom des autres, agir au nom des autres supposent que les autres ne peuvent ni parler ni agir en leur nom.*



alunos e professores da Faculdade Unimed serão estimulados a socializarem seus conceitos e descobertas, num contínuo processo de reconstrução da concepção profissional, bem como de sua postura ética, promovendo o enriquecimento de ideias seja por meio de debates e estudos ou através da elaboração de artigos científicos.

A realização da extensão universitária da Faculdade Unimed está baseada na Metodologia de Resultados para Gestão Cidadã elaborada por Romano Filho (2002) cujo processo de intervenção é sempre voltado para provocar interações onde retroalimentem valores essenciais como autoestima, autonomia, sucesso, liberdade, complementaridade, democracia, justiça, protagonismo, participação, empreendedorismo, cooperação, cidadania, civismo, transformação, mudança, fraternidade, transcendência, solidariedade, humanismo e ética.

A situação desejada é, então, formar mais pessoas, especialmente aquelas que atuam em entidades filantrópicas e/ou comunitárias, para a realização de suas potencialidades e que as legitimem nos seus direitos como cidadãos, contribuintes e eleitores. Outro resultado desejado é a capacitação de mais pessoas em conceitos e práticas de autogestão e auto-sustentabilidade. Nessa perspectiva, uma forte característica da Metodologia de Resultados é a complementaridade. Significa não se superpor a atividades de instituições governamentais e de organizações não governamentais. Assim, Escola, Família, Polícia, dentre outros não podem ser substituídas em seus papéis indelegáveis, mas precisam ser complementadas no espaço de cidadania que transcenda suas capacidades de ação. Neste contexto, uma das principais e mais cotidianas rotinas deste projeto é articular atores sociais para a co-construção de objetivos comuns que resultem em parcerias para enfrentamento dos problemas sociais.

Trata-se, portanto, de 'um jeito de fazer' onde o mais importante é cuidar do ingresso, da permanência e do sucesso de cada ator social nesta rede de cidadania, de fraternidade e de solidariedade pela co-construção e auto-sustentabilidade de uma Cultura de Paz, com resultados concretos, assegurando a transformação social. Nesse contexto, o papel fundamental da Faculdade Unimed é ser articuladora das soluções e se fazer aceita, acreditada e respeitada por suas referências de metodologias em gestão cooperativista, colaborativa e de instituições de saúde.

Na proposta dessa metodologia, o 'Empowerment' (ou empoderamento) de pessoas e entidades sociais atua como fator de construção de uma "Cultura de Paz", cooperativa e colaborativa, cujo principal desafio consiste em conseguir resultados efetivos, partindo de uma visão estratégica, corroborada por metodologias transformadoras, simples, universais, de baixo custo e de fácil operacionalidade.



Por suas características de simplicidade, universalidade, adequabilidade e informalidade, a metodologia de trabalho do NUPEX/Faculdade Unimed não tem a rigidez de modelo, nem pretende se ater às especificações de receita ou às exigências de normativos, mas tem referências claras sobre fatores de sucesso e resultados transformadores.

As ações desenvolvidas são nucleadas em 03 eixos temáticos, a saber: Evolução Social (Informática, Idiomas, ferramentas de gestão etc.); Ação Cultural e Desenvolvimento Humano e Societário; Apoio ao Estudante (reforço escolar, monitoria, orientação de carreira, coaching etc.).

Ao longo da realização de todas as ações dos programas e projetos de extensão, seja nas assessorias técnicas, cursos, capacitações ou oficinas, são analisados aspectos relacionados ao desenvolvimento de capacidades de: ter indignação pelas ruindades sociais e encantamento pelas soluções cidadãs; circular informações para o melhor posicionamento do receptor e não para promoção do emissor; promover a individualidade e autonomia com interdependência; ser reedidor e não apenas multiplicador; buscar e assegurar resultados como compromisso ético; pensar universalmente e atuar localizadamente; ser pluralista e universal para não excluir; evitar megalomania, autoritarismo e isolacionismo ao considerar sempre que o nosso trabalho é apenas complementar ao trabalho de outros; adotar organização informal ou informalidade organizada como um dos jeitos de não se enveredar pela tentação de estruturas piramidais, que consomem boa parte de sua energia no mando de uns e na passividade de outros; dar a esta iniciativa uma visibilidade de mutirão e uma operacionalidade de ação simples para que outros empreendedores se sintam interessados e capacitados a reeditar trabalho semelhante em outras áreas .

O Regulamento da Extensão Universitária, por sua vez, ao dispor sobre a organização e o funcionamento do NUPEX, além de corroborar as diretrizes de dissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, enfatizou a participação da extensão na formação humanística, acadêmica e profissional do estudante. Nessa perspectiva, é imprescindível o conhecimento dos problemas do mundo e o desenvolvimento de habilidades e competências que viabilizem a produção de conhecimento e com potencial inovador, eficazes e replicáveis.

Diante de tal cenário, a Faculdade Unimed além de trabalhar efetivamente a dimensão pedagógica, propugnando a inclusão da dimensão da extensão universitária em todos os projetos pedagógicos de cursos oferecidos pela IES, tem convocado a comunidade acadêmica a planejar estrategicamente suas ações de extensão e a manter o foco nas diretrizes da Política Nacional de Extensão (FORPROEX, 2012), por meio, inclusive, da elaboração de planos de



ação integrados e sistemático monitoramento dos resultados junto ao setor de gestão da qualidade desta IES.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da elaboração do presente ensaio, foi possível perceber que a Portaria nº 1.350 MEC/CNE de 17/12/2018 atualizou, sintetizou e tornou legítimas as principais referências históricas e conceituais da extensão universitária no país. No entanto, ainda há um longo caminho pela frente no que se refere à efetividade da extensão universitária na formação do aluno de graduação brasileiro.

A Faculdade Unimed pretende se manter atuante no cenário de co-construção do futuro da educação superior no país. O NUPEX atualmente conta com três linhas de atuação em extensão universitária ligadas às seguintes áreas de concentração:

1) Gestão em saúde, focada na Atenção Integral à Saúde aplicada à Gestão de Organização de Saúde e Gestão de Risco e Segurança do Paciente. No âmbito dessa linha, são desenvolvidos projetos e práticas de extensão voltados a estabelecimentos de saúde e demais organizações regulamentadas pela ANVISA, tais como: salão de beleza, spa, ILPI (Instituição de Longa Permanência), dentre outros.

2) Cooperativismo, com foco em Empreendedorismo Social e Educação Cooperativista: dentro desta linha, foi estabelecida uma parceria com o Projeto Rondon, no qual alunos se conectam com comunidades socialmente vulneráveis e com baixo IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) para efetuar diagnósticos socioespaciais e planos técnicos de diversas áreas de conhecimento em prol do desenvolvimento integrado e sustentável das comunidades. A equipe é formada por alunos e professores voluntários, cuja orientação se dá pela ótica dos direitos humanos, empreendedorismo social e sustentabilidade. O objeto maior é o fortalecimento de vínculos para a transformação e melhoria da qualidade de vida das populações e garantia de direitos sociais.

3) Programa Aprender de Verdade, voltado para o nivelamento e fortalecimento da educação básica. O objetivo do projeto é:

fomentar, apoiar e disseminar investigações que estejam comprometidas com a construção de soluções para os desafios e obstáculos à melhoria da qualidade das políticas educacionais e ao funcionamento cotidiano das escolas, com foco na ampliação das oportunidades de aprendizagem de todos os estudantes e na mitigação e superação de desigualdades educacionais dos anos finais do ensino fundamental (FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS; ITAÚ SOCIAL, 2018, p. 3).



Além dos projetos já em andamento, o NUPEX/Faculdade Unimed lança anualmente editais abertos à comunidade acadêmica interna para a submissão de projetos de Monitoria e Extensão a serem desenvolvidos por meio da parceria entre professores e alunos, cujo objetivo é propiciar aos estudantes de graduação uma formação integral e cidadã.

Entre as principais atribuições do NUPEX, estão: suporte ao aluno e professor para iniciação científica, editais, monitoria, estágios, atividade complementar da graduação, visitas técnicas, eventos acadêmicos, relações internacionais, relações institucionais e multicêntricas, editora universitária, responsabilidade socioambiental e pós-graduação stricto sensu.

Essas ações são financiadas por meio de fomento próprio e através de parcerias com outras instituições públicas e privadas e também via submissão de projetos em editais externos dos vários órgãos de fomento, tais como FAPEMIG, Itaú Social, Fundação Carlos Chagas, CNPq e outros.

Por fim e em síntese, o NUPEX/Faculdade Unimed atua para o fortalecimento da política de extensão universitária e desenvolve estratégias e métodos de promoção da extensão dentro da Faculdade Unimed.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Fernando Cezar Bezerra; MOITA, Filomena Maria Gonçalves da Silva Cordeiro. A indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão: o caso do estágio de docência na pós-graduação. *Revista Olhar do Professor*. Pag. 77-92. Ponta Grossa. 2005.

ARATO, Andrew. A antinomia do marxismo clássico. In: HOBBSAWN, Eric. (Org.) *História do marxismo*. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. Cap. 3, p. 85-148.

BAREMBLITT, Gregório. *Compêndio de análise institucional: e outras correntes - teoria e prática*. 5.ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002, 214p.

BRASIL. *Código civil*. 2.ed. Brasília: Senado, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação, ABMES. Portaria normativa nº 1350, de 14 de dezembro de 2018. *Diretrizes para as Políticas de Extensão da Educação Superior Brasileira*. Disponível em: <https://bit.ly/2VKSGZP>. Acesso em: 12 jan 2019

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CESAR, Sandro Bimbato. *A indissociabilidade ensino, pesquisa, extensão e a gestão do conhecimento: estudo em universidade brasileira*. 2013. 131f. Dissertação (Mestrado em Sistemas de Informação e Gestão do Conhecimento) - FUMEC. Belo Horizonte, 2013



CHANLAT, Jean-François. *Ciências sociais e management: reconciliando o econômico e o social*. São Paulo: Atlas, 2000.

FERNANDES, F. *A questão da USP*. São Paulo: Brasiliense, 1984

FORPROEX. *Política Nacional de Extensão Universitária*. Manaus, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/1snCH5J>. Acesso em: 12 jan 2019.

FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS; ITAÚ SOCIAL. *Editais de pesquisa: anos finais do Ensino Fundamental*. São Paulo, 2018, p. 15. Disponível em: <https://bit.ly/2EoUfa6>. Acesso em: 10 jan 2019.

HELLER, Agnes. *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra, 1970. 121p

LE BLANC, Guillaume. *Que faire de notre vulnérabilité? Le temps d'une question*. Montrouge: bayard, 2011. 213p.

MARQUES, Ana Karenina Berutti. *Canta uma esperança: a máscara como resistência na poética de Chico Buarque*. 2005. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Letras, Belo Horizonte, 2005.

MARQUES, Benjamim Campolina. Legislação e movimentos pendulares ambientais. *Revista Mineira de Engenharia*, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 811, out. 1989.

MASCARENHAS, Maria das Graças. Sua safra, seu dinheiro. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 17 set. 1986. Suplemento agrícola, p. 1416.

MENDONÇA, S. G. L.; SILVA, P.S. Extensão Universitária: Uma nova relação com a administração pública. *Extensão Universitária: ação comunitária em universidades brasileiras*. São Paulo, v. 3, p. 29-44, 2002.

REIS, Nestor Goulart. *Imagens de vilas e cidades do Brasil colonial*. São Paulo: Edusp, 2000.

RESENDE, Carolina Costa. *O trabalho do corte manual de cana-de-açúcar: sofrimento e vulnerabilidade*. 2014. 214 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.

ROMANO FILHO, Demóstenes; SARTINI, Patrícia; FERREIRA, Margarida M. *Gente cuidando das águas: meia dúzia de toques e uma dúvida de idéias para um jeito diferente de ver, sentir e cuidar de água*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2002.

SÍVERES, Luiz. O Princípio Da Aprendizagem Na Extensão Universitária. In: SÍVERES, Luiz (Org.) *A extensão universitária como princípio de aprendizagem*. Brasília: Liber, 2013.

THIOLLENT. Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. 12ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.



**METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DE DANOS CORPORAIS EM PERÍCIAS
MÉDICAS**

**METHODOLOGY FOR THE EVALUATION OF BODILY HARM BY MEDICAL
EXPERT WITNESSES**

📍 Weliton Barbosa Santos

Especialista em Medicina Legal e Perícias Médicas, Faculdade UNIMED (Brasil). Possui máster em Medicina Forense pela Universidade de Valencia (2005), é especialista em Medicina Legal e Perícias Médicas (2007). É médico perito e assistente técnico nos âmbitos do Direito Civil, Direito do Trabalho e Direito Penal e médico endoscopista. Professor na Fundação UNIMED nos cursos de Perícias Médicas - Avaliação do Dano Corporal e Perícias Securitárias e de Medicina Lega. Professor de Medicina Legal no Curso de Direito da Faculdade Promove. Contato: welitonbs@gmail.com.

📍 Wagner Fonseca Moreira da Silva

Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1993), Máster em Medicina Forense - Universitat de Valencia (2005), pós-graduação em Avaliação do Dano Corporal em Direito Civil (2007), Mestrado em Ciências Forenses (2009/2012). Mestre em Ciências Forenses e Médico Legista da Secretaria de Defesa Social/MG. Coordenador e professor do curso de pós-graduação em Perícia Medica da Faculdade Unimed, exerce atualmente suas atividades como Coordenador de Perícias Médicas do Hospital da Polícia Civil/MG e coordenador do Núcleo de Educação Permanente da Superintendência de Pericia Medica e Saúde Ocupacional da SEPLAG/MG..

📍 Duarte Nuno Vieira

Professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
É Presidente do Conselho Europeu de Medicina Legal, Presidente do Conselho Forense Consultivo do Procurador do Tribunal Penal Internacional, Presidente da Rede Ibero-Americana de Instituições de Medicina Legal e Ciências Forenses, Presidente da Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal, Presidente da Thematic Federation on Legal and Forensic Medicine da União Europeia de Médicos Especialistas e Vice-Presidente da Confederação Europeia de Especialistas em Avaliação e Reparação do Dano Corporal.



RESUMO

As perícias médicas de Avaliação de Danos Corporais no Brasil, para efeito de indenizações, necessitam de uma harmonização de conceitos e metodologia. O artigo apresenta a metodologia e conceitos utilizados nos países da comunidade europeia que seguem as indicações da Confederação Europeia de Especialistas em Avaliação e Reparação do Dano Corporal (CEREDOC), particularmente em Portugal. São descritos e analisados os clássicos critérios denexo de causalidade ou imputabilidade médica, assim como os elementos do dano suscetíveis de serem objeto de indenização, designados como parâmetros de danos temporários e permanentes. Na sequência são realizadas reflexões a respeito da necessária harmonização destas avaliações, que devem conter descrições de forma clara, objetiva e pormenorizada do dano corporal, identificar os conceitos e instrumentos usados na avaliação, fundamentando-a, sempre que possível, na consulta de documentos clínicos. Deve, ainda, conter a análise e interpretação do dano corporal sofrido pela pessoa, de modo a permitir a sua compreensão por todas as partes envolvidas. Ao final ressalta-se a importância de cursos de formação para Médicos Peritos e demais especialistas clínicos que tenham interesse nesta matéria, expectativa que vem sendo concretizada pelos esforços, dedicação e solicitude de diversos profissionais de ambos os países e graças ao apoio científico de diversas entidades portuguesas, nomeadamente a Área de Ciências Médico-Legais da Universidade de Coimbra, o Instituto Nacional de Medicina Legal de Portugal, a Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal e o Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, concretizados em parceria com diversas instituições acadêmicas brasileiras.

Palavras-chave: Dano Corporal. Perícia Médica. Nexo de causalidade. Avaliação médico-legal. Indenização.

ABSTRACT

Medical and forensic evaluations performed in Brazil for indemnity purposes need a necessary harmonization of concepts and methodology. This article presents the methodology and concepts used by the European community which follows the indications of the European Confederation of Specialists in Assessment and Repair of Bodily Injury (CEREDOC), particularly in Portugal. The classic criteria of causality or medical imputability is described



and analyzed, as well as the elements of damage that may be subject to compensation, designated as temporary and permanent damage parameters. Following are reflections on the necessary harmonization of these assessments, which should contain clear, objective and detailed descriptions of the body damage, identify the concepts and instruments used in the assessment, based, whenever possible, on the consultation of clinical documents. It must also contain the analysis and interpretation of the bodily harm suffered by the person, in order to allow its understanding by all the parties involved. Finally, the importance of training courses for Medical Expert Witness and other clinical specialists who have an interest in this matter is emphasized. It is an expectation that has been achieved through the efforts, dedication and solicitude of professional from both countries and thanks to the partnerships established between Portuguese and Brazilian institutions.

Keyword: Bodily harm. Medical expertise. Causality nexus. Forensic evaluation. Reparation.



1 INTRODUÇÃO

No desenvolvimento da sua atividade, o médico perito brasileiro depara-se com uma quase ausência de normas quanto à realização de perícias, no âmbito do Direito Civil e do Direito do Trabalho, para efeito de atribuição de indenização. E, quando essas normas existem, verifica-se o frequente não cumprimento das mesmas.

Trata-se de fato que pode ser gerador de prejuízos para a boa administração da Justiça e para a devida satisfação dos direitos e necessidades das vítimas. Por isso muito médicos peritos decidiram investir na sua formação nesta área em Portugal. Escolheram este país não só pelo fato da língua ser a mesma, mas porque, para além de muitas similitudes ao nível das questões legais nesta matéria, existe uma reconhecida experiência na avaliação do dano corporal, que passa pela existência de normas e modelos de avaliação médico-legal bem desenvolvidos e implementados (SILVA, 2012).

O contato com a realidade médico-legal portuguesa tem proporcionado a estes médicos novas perspectivas relativamente ao que desejavam fosse a atividade de avaliação do dano corporal no Brasil. É nessa sequência que surge esse artigo, o qual pretende apresentar uma análise e reflexão sobre a importância da harmonização das avaliações do dano corporal em Direito Civil e do Trabalho.

Nas últimas décadas do século XX, a entrada dos chamados “países em desenvolvimento” no processo de motorização maciça fez disparar os números de sinistralidade rodoviária. A combinação de um aumento rápido da frota de veículos, os recursos limitados para a segurança, bem como a manutenção das estradas, tem produzido consequências dramáticas em termos de sinistralidade, sobretudo em regiões como a África, Ásia e América Latina. Efetivamente, a redução das taxas de sinistralidade observadas nos anos oitenta, em alguns países desenvolvidos, foi insignificante face ao aumento desta sinistralidade nos países em desenvolvimento (ESTEVAN, 2001), e o número de indivíduos com sequelas por acidente de trânsito tem aumentado significativamente (MARIN & QUEIROZ, 2000).

O panorama dos acidentes de trânsito em 2005, segundo Jorge e Koizumi (2007), reflete uma taxa de 228 veículos/100 mil habitantes, uma taxa de 208,1 acidentes com vítimas/100 mil habitantes, uma taxa de 19,4 óbitos/100 mil habitantes e uma taxa de internamento hospitalar de 64,1 pacientes/mil habitantes. Os registos hospitalares totalizaram cerca de 160.000 internamentos por ano decorrentes de acidentes de viação (JORGE & KOIZUMI, 2007).



Os acidentes de trânsito surgiram, assim, como uma verdadeira epidemia, que produz muitas mortes, ferimentos e sequelas, gerando custos financeiros e sociais enormes (MARIN & QUEIROZ, 2000), e tendo significativas implicações médico-legais e forenses, dada a importância do estudo das lesões e sequelas, bem como do estabelecimento do nexo de causalidade entre o traumatismo e aquelas, seja para efeito de atribuição de sanção penal, seja para efeito de indenização pelo dano corporal resultante (SILVA & MAGALHÃES, 2011).

Com relação aos acidentes de trabalho a situação não é muito diferente. No Brasil, agravos relacionados ao trabalho correspondem aproximadamente a 25% das lesões por causas externas atendidas em serviços de emergência e há mais de 70% dos benefícios acidentários da Previdência Social (CARDOSO et al, 2016).

Silva e Magalhães, 2011, observaram que os os relatórios médico-legais elaborado no IML de Belo Horizonte por motivo de acidente de trânsito, e tendo como objetivo a reparação do dano corporal, são omissos relativamente a aspetos fundamentais que importa que constem, exigindo uma reflexão no sentido de se encontrar um caminho para mudar os procedimentos das avaliações periciais (SILVA & MAGALHÃES, 2011).

A inexistência de normas específicas para avaliação destes danos corporais, com parâmetros de dano definidos, seguindo-se antes em cada região modelos e metodologias diversas, tende, naturalmente, a conclusões periciais díspares, algumas vezes omissas e outras equivocadas. Sem a necessária harmonização doutrinária nesta questão, vítimas e demais integrantes de uma demanda reparatória pecuniária ficarão sujeitos a deliberações administrativas e decisões judiciais conflitantes. Em outras palavras, não havendo conformidade metodológica nas avaliações periciais, danos corporais similares poderão receber reparação discrepante.

Mas a necessária harmonização das avaliações periciais dos danos corporais não atinge apenas os acidentes de trânsito. A avaliação dos danos corporais é demandada nas mais variadas situações jurídicas, como agressões, reclamações de erro profissional, seguros, previdência, acidentes de trabalho e outras, suscetíveis de uma responsabilização.

Portanto, um exame pericial e seu respectivo relatório elaborados em termos e metodologia adequados poderão contribuir, desde logo, para uma melhor intervenção do perito médico, para um melhor serviço à Justiça e para uma melhor e mais justa satisfação da vítima, visando não só promover a sua saúde, reabilitação, reintegração familiar, social e profissional, mas também a sua dignidade e qualidade de vida e, ainda, minorar na medida do possível os



danos colaterais que nestes casos afetam sempre as famílias e a comunidade em geral (SILVA & MAGALHÃES, 2011).

Pertence cada vez mais ao passado a época dos “exames de quesitos”, em que as perícias médicas de avaliação dos danos corporais se limitavam a simples respostas a questionamentos mais ou menos numerosos (VIEIRA, 2000).

A especialização em determinada área da medicina não confere, por si só, ao seu titular preparação para atuar como perito. Avaliação de danos corporais exige, necessariamente, preparação médico-legal neste domínio, mais que a simples formação em qualquer especialidade clínica, por melhor que tenha sido, não confere. É provável que alguns médicos que atuam como peritos considerem eventualmente não precisar de tal formação e que rejeitem até a idéia de que quando avaliam danos corporais estão a executar uma peritagem médico-legal. Desconhecem por completo as metodologias e especialidades da peritagem da avaliação do dano corporal e esquecem (ignoram) que acontece medicina legal sempre que um ato médico tem (ou é suscetível de vir a ter) implicações legais, sendo avaliação dos danos corporais um ato médico-legal por excelência. Um ato que, por razões óbvias, não é competência exclusiva do especialista em Medicina Legal, mas que pode ser executado por muitos outros especialistas, de várias áreas clínicas, desde que detentores de preparação adequada (de uma competência) neste domínio (VIEIRA, 2000).

Este artigo, de revisão, se propõe a descrever, analisar e discutir uma metodologia de Avaliação de Danos Corporais bem desenvolvida na sequência das reflexões concretizadas pela CEREDOC e implementada em diversos países da comunidade europeia, nomeadamente em Portugal.

Desejamos que este artigo possa se constituir em mais uma pequena semente para promover a mudança necessária.

2 AVALIAÇÃO DO DANO À PESSOA

Avaliar um dano à pessoa é

definir e valorar em termos técnicos e num quadro jurídico determinado as lesões e os elementos do dano susceptíveis de serem objeto de sanção penal e/ou indenização, benefícios fiscais, benefícios sociais etc. (VIEIRA, 2008).

Segundo Geerts (1962, *apud* Oliveira Sá, 1992, p.17), a indenização de lesões corporais pode ser vista através dos séculos e o código de Hamurabi já tratava desta matéria em alguns artigos.

Historicamente, os danos corporais provocados por terceiros deveriam ser indenizados, uma vez que qualquer perturbação da integridade psicofísica constitui um dano supremo. O antigo “direito” de vingança, conhecido como Lei de Talião, foi sendo substituído gradualmente até alcançar a reparação integral do dano (MAGALHÃES, 1998).



A integridade psicofísica da pessoa humana é um valor universalmente reconhecido. Ainda no século XXI a integridade das pessoas continua sendo ameaçada pelos mais variados avanços científicos e tecnológicos criados pelos próprios indivíduos. Visto pela óptica de uma reparação, surge uma disciplina referente ao estudo dos danos corporais com necessidade de adotar uma metodologia que reconheça o status particular do corpo humano e o direito à proteção da integridade psicofísica. Atualmente a compensação financeira dos danos à pessoa parece ser o objetivo de todo procedimento de indenização (LAMBERT-FAIVRE, 2011).

A partir de meados do século XX a avaliação do dano corporal torna-se uma área de intervenção pericial cada vez mais relevante no âmbito da clínica forense. Exames periciais que se limitam à simples respostas de quesitos são cada vez mais vistos como um passado e são substituídas por perícias que adotam uma metodologia e uma filosofia consentânea com o atual estado da arte no domínio da avaliação dos danos corporais dando resposta ao princípio da reparação integral destes danos. A reparação integral do dano, que é um objetivo utópico na maioria dos casos, procura restabelecer tão exatamente quanto possível o equilíbrio destruído pelo dano e recolocar a vítima, às expensas do responsável pela produção do dano, na situação em que esta se encontraria se o fato produtor das lesões não tivesse ocorrido. Deve-se ter em mente que a avaliação de danos à pessoa não é uma tarefa fácil (VIEIRA & QUINTERO, 2008):

Peritar é estudar, entender, depois descrever para fazer compreender. Assim a perícia preserva toda a nobreza e permanece como os demais campos da medicina, não apenas uma técnica, mas especialmente uma arte (LUCAS, 2009).

Para proceder a um exame pericial que permita a avaliação do dano à pessoa os médicos peritos devem pronunciar sobre o nexo de causalidade, estimar a data de consolidação médico-legal e definir os parâmetros do dano constando as incapacidades temporárias e permanentes; elaborando um relatório circunstanciado e justificado de suas conclusões médico-legais (VIEIRA & QUINTERO, 2008).

A essência da avaliação do dano à pessoa é o estudo do nexo de causalidade. Trata-se do estudo da relação de causa e efeito que deve existir entre o dano medicamente constatado e o evento alegado como causador do dano. Há que considerar o estado anterior, “entendido como o estado patológico existente no momento da ocorrência do traumatismo e o resultado que este pode ter no resultado da avaliação perícia.” Estas situações entendidas como concausas, podem aumentar a complexidade do estudo do caso. A falta de homogeneidade na maneira de avaliação dos diversos peritos pode induzir a dificuldades interpretativas e impedir uma correta avaliação do dano (OLIVEIRA; VIEIRA & CORTE-REAL, 2017).



No estudo do nexo de causalidade, visto como momento decisivo para toda perícia, compete ao médico perito informar se as lesões observadas são consequência de um determinado evento e se as sequelas que a vítima alega e cuja realidade se constatou estão vinculadas a tais lesões. Os principais equívocos de uma perícia estão relacionados com o estudo do nexo de causalidade. Nesta abordagem é fundamental dissociar o procedimento médico do procedimento jurídico. O procedimento jurídico atribui as consequências do dano constatado ao responsável pelo evento, sendo da competência dos operadores do direito. A causalidade médica é a relação entre a alteração psicofísica diagnosticada em um indivíduo e um determinado fato, ou seja, é o elemento que permite admitir cientificamente a existência de uma ligação entre um evento alegado e um estado patológico diagnosticado (VIEIRA & QUINTERO, 2008).

Esta tarefa é do médico perito. O estudo do nexo de causalidade é a explicação que pode ser simples ou bastante complexa dos mecanismos fisiopatológicos que permitem as lesões iniciais gerarem alterações temporárias ou permanentes, apesar dos tratamentos realizados (VIEIRA & QUINTERO, 2008). Os critérios inicialmente propostos e definidos por Muller e Cordonier (1925), foram reagrupados de maneira mais didática por Camille Simonin.

Os critérios para o estudo do nexo de causalidade ou imputabilidade médica são a expressão médico-legal indispensável de causa e efeito que deve existir entre o dano e o traumatismo. Para admitir que um traumatismo seja a causa geradora de uma alteração de integridade psicofísica sete condições devem ser analisadas:

1. Natureza adequada do traumatismo
2. Natureza adequada da afecção traumática
3. Adequação entre a sede do traumatismo e a sede da lesão
4. Encadeamento anatomoclínico
5. Adequação temporal
6. Exclusão da preexistência do dano
7. Exclusão de uma causa estranha ao traumatismo.

A análise destas sete condições é necessária e suficiente para estabelecer o estudo do nexo de causalidade médico-legal (SIMONIN, 1947).

O nexo de causalidade pode ser certo ou hipotético, direto ou indireto, total ou parcial. O nexo é certo quando o evento foi seguramente a causa das lesões e/ou sequelas observadas. Na eventualidade de dúvida no estabelecimento do nexo de causalidade, esta deve ser explicitada através do nexo de causalidade hipotético, quando na análise não é possível definir



com segurança, mas ao mesmo tempo não é possível afastar formalmente. O nexo é direto quando as lesões e/ou sequelas, resultam diretamente do evento. O nexo é indireto quando a relação entre o dano observado e o evento informado mostra uma ligação indireta, por exemplo, uma soropositividade para HIV, na sequência de uma laparotomia para realizar uma esplenectomia e necessidade de uma transfusão sanguínea. O nexo total quando nenhuma outra causa além do evento informado interferiu na alteração de integridade psicofísica analisada. A situação é clara. O nexo de causalidade é parcial, quando existem outras situações ou causas susceptíveis de contribuir para a alteração que foi observada. Existem outras causas que concorrem na evolução. Podem ser analisadas como concausas que podem existir antes do evento, surgir simultaneamente ou manifestarem posteriormente ao evento ocorrido (VIEIRA & QUINTERO, 2008).

Assim, em alguns casos o dano pode ser entendido como resultado de múltiplas causas entre as quais o traumatismo. Estas situações se definem com nexo parcial, são denominadas de situações de concausalidade ou de causalidade múltipla em que o dano é imputável parcialmente ao traumatismo (SÁ, 1992).

No nexo causal indireto os eventos são supervenientes, surgem posteriormente a ação traumática, geralmente advém de complicações susceptíveis de alterarem o encadeamento anatomoclínico. As situações de concausalidade devem ser discutidas no nexo de causalidade parcial; apesar de considerar o traumatismo a causa imediata da lesão o traumatismo não será o único fator, para alcançar o resultado final. Deve-se tentar esclarecer o estado do indivíduo quando este é vítima de um traumatismo e esta condição representa um desafio para a prática pericial (OLIVEIRA, 2017).

Um tríptico clássico para análise do estado anterior é considerar as seguintes questões:

1. Qual seria a evolução do estado anterior sem o traumatismo?
2. Qual seria a evolução do traumatismo sem o estado anterior?
3. Qual seria a consequência do estado anterior com o traumatismo? (ROUSSEAU, 1983)

Entretanto os conhecimentos clínicos atuais frequentemente não permitem prognosticar estes quadros evolutivos, gerando sempre uma dúvida, principalmente em condições de fragilidades naturais relacionadas com a idade, estado gestacional e outros, ou até mesmo em estados patológicos. Indenizar pela metade é responsabilizar a vítima pelo restante. Compete ao perito médico determinar o déficit funcional atual e analisar de que maneira o estado anterior pode concorrer para o dano final (OLIVEIRA; VIEIRA & CORTE-REAL, 2017).



Em uma avaliação pericial, ainda referente a situações que envolvem o estado anterior, merecem uma reflexão três questionamentos:

1. O evento traumático não agravou o estado anterior, nem este teve influência negativa sobre as consequências daquele.
2. O estado anterior teve uma influência negativa sobre as consequências do evento traumático.
3. O evento traumático agravou o estado anterior ou exteriorizou uma patologia latente.

Nas situações em que o estado anterior interfere e prejudica a evolução de uma lesão traumática as sequelas serão mais graves (VIEIRA & QUINTERO, 2008).

O evento traumático pode agravar um estado anterior ou exteriorizar uma patologia latente ou lesões assintomáticas. Um traumatismo pode desencadear sintomas de uma artrose cervical ou lombar, totalmente ignorada ou assintomática, em indivíduo com mais de 50 anos. Outra possibilidade é o traumatismo acelerar ou agravar uma patologia com evolução inevitável e previsível, para uma situação de maior gravidade. São comuns situações que surgem um agravamento definitivo do estado anterior na sequência do traumatismo. O perito deve estar atento para o agravamento de danos sinérgicos, ou seja, quando o dano atinge a mesma estrutura, que são envolvidas na mesma função afetadas por um estado anterior, considerado principalmente sinergias não usuais (perda da mão dominante em um cego, por exemplo) (OLIVEIRA, VIEIRA & CORTE-REAL, 2017).

Definido onexo de causalidade o próximo passo na elaboração do relatório pericial é definir a data de cura e consolidação. Após uma sequência de tratamentos, que podem evoluir ao longo de um período de tempo variável, as lesões consequentes de um traumatismo podem evoluir no sentido de cura ou de consolidação. Do ponto de vista médico-legal fala-se em cura quando há uma recuperação total, a vítima não apresenta nenhuma alteração permanente de sua integridade psicofísica. A evolução, no entanto, nem sempre é no sentido da cura, restando alguma afetação permanente anátomo-funcional, psicossensorial ou intelectual. Neste caso fala-se em consolidação, entendida como um momento em que as lesões deixam de sofrer alterações apreciáveis, se fixam ou estabilizam, sem que a vítima volte a ficar como era antes do evento traumático. Apresentam uma alteração na sua integridade psicofísica de maneira definitiva. Estabelecer a data de cura ou consolidação não é uma tarefa fácil, pois estas datas não são precisas, decorrendo a possibilidade da sua aferição de um acompanhamento clínico regular. Estas datas podem ser estimadas (VIEIRA & QUINTERO, 2008).



Fixar a data de consolidação constitui o primeiro objetivo no que se refere a definição de parâmetros periciais. Trata-se de estabelecer um marco que ‘demarca’ dois terrenos de análise na definição do dano – dano temporário e dano permanente (SÁ, 1992).

Estabelecida a data de cura ou de consolidação, o médico perito define os dois grandes períodos do dano: o período de *danos temporários* e o período de *danos permanentes*.

O período de danos temporários é aquele que situa entre a data de produção das lesões e a data da cura ou consolidação dessas lesões. Centrando agora a nossa atenção na avaliação do dano em Direito Civil, um dos parâmetros de dano temporário, praticamente sempre presente é o *déficit funcional temporário*, entendido como limitações no desempenho de suas atividades da vida diária, familiar e social, independentemente de exercer uma atividade profissional.

Para vítimas que exercem uma atividade profissional deve-se informar a *repercussão temporária na atividade profissional*. Nestes danos temporários pode-se admitir um déficit total e parcial, descrito habitualmente em número de dias.

Outro parâmetro de dano temporário é o *quantum doloris*. Refere-se ao sofrimento físico e psíquico do período de dano temporário. Sua avaliação apresenta algumas dificuldades e complexidade, considerando um componente duplamente subjetivo. Habitualmente descrito em uma escala de 7 graus de gravidade crescente (1/7 a 7/7), que evita melindres compreensíveis das vítimas já fragilizadas pela situação que se encontram.

Avaliados os danos temporários, caso tenha havido consolidação, quando a vítima apresenta algum prejuízo definitivo devem-se analisar os danos permanentes.

O déficit funcional permanente (antigamente designado por incapacidade permanente) é um estado deficitário que restou apesar dos cuidados e dos tratamentos realizados, de natureza anátomo-funcional, psicosensorial ou intelectual. Estas alterações da integridade psicofísica são traduzidas em pontos de déficit funcional (antigamente em taxas de incapacidade). Estes pontos são convenções e seus valores resultantes de consensos, muitas vezes resultantes de fatores socioculturais. São valores que tem muito de aleatório e são bastante inadequadas à realidade sequelar de grandes incapacidades. Por isso não basta citar um valor numérico, sendo necessário explicar o significado da pontuação.

Avaliada a alteração da integridade psicofísica, o parâmetro seguinte é definir a *repercussão permanente na atividade profissional*, descrevendo se as alterações restantes como sequelas do acidente sofrido são compatíveis com o exercício da mesma profissão; se demanda algum esforço acrescido para realizar uma mesma função que exercia antes do evento traumático, se as sequelas são impeditivas do exercício da profissão, sendo compatíveis com



outras profissões da mesma preparação técnico-profissional ou se a seqüela é impeditiva de toda e qualquer profissão.

O *dano estético* é outro parâmetro do dano, que ainda suscita alguma discussão doutrinária; se sua avaliação deve ser personalizada ou não. Na tentativa de objetivar esta quantificação do dano sugerem sua avaliação de acordo com sua visibilidade. Para traduzir esta avaliação o perito pode recorrer uma escala quantitativa, descrevendo as alterações em uma escala de 7 graus e em gravidade crescente.

A *repercussão nas atividades desportivas e lazer* (anteriormente designada por prejuízo de afirmação pessoal), reflete como as seqüelas vão interferir nas capacidades de ações ligadas às atividades lúdicas e de lazer. A avaliação é semelhante ao dano estético e *quantum doloris*, utilizando uma escala de 7 graus e em gravidade crescente.

A *repercussão nas atividades sexuais* é um parâmetro de dano permanente que envolve a limitação total ou parcial do nível de desempenho/gratificação de natureza sexual. Não se contempla aqui a incapacidade de procriar, que é analisada no parâmetro de alteração da integridade psicofísica. Frequentemente subavaliado ou não avaliado. Descrito na mesma escala quantitativa de sete graus de gravidade crescente (VIEIRA & QUINTERO, 2008).

A concretização desta missão pericial pressupõe uma anamnese precisa e bem realizada, ouvindo atentamente as queixas atribuídas pela vítima às seqüelas traumáticas, analisando as circunstâncias do acidente e de seu mecanismo, buscando os elementos probatórios em questões médicas, realizando um exame clínico pericial exaustivo da região corporal traumatizada. O perito deve realizar uma reflexão crítica cuidadosa e imparcial quanto ao nexo de causalidade entre o evento informado e as seqüelas constatadas e em seguida estimar a data de cura ou consolidação que demarcará os danos temporários e permanentes com seus diversos parâmetros. A missão será concluída com a elaboração do laudo pericial onde deve constar um capítulo de discussão destinado a explicar ao destinatário do processo a opinião do médico de forma a fundamentar claramente a síntese final representada pelas conclusões (VIEIRA & QUINTERO, 2008).

Nota-se claramente que a metodologia proposta, com seus conceitos bem delimitados e definidos permite sua universalização, tendo em conta sua consonância com os conceitos e preceitos da Classificação Internacional de Funcionalidades Incapacidade e Saúde (CIF), que pertence à “família” das classificações internacionais desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para aplicação em vários aspectos da saúde, como por exemplo, proporcionar



uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde, objetivo geral da CIF (OMS / CIF, 2003).

Esta realidade médico-legal portuguesa, que apresenta uma metodologia estruturada para a elaboração de um laudo pericial e que tem sintonia com a avaliação do dano à pessoa proposta para a União Europeia pela CEREDOC, nos traz novas perspectivas quanto ao que desejamos que seja a avaliação destes danos no Brasil.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar um dano corporal exige uma preparação médico-legal neste domínio, que a simples formação em qualquer especialidade clínica, por melhor que tenha sido não confere. Apresentamos uma metodologia para avaliação de um dano à pessoa, uma vez que no Brasil deparamo-nos com uma quase ausência de normas quanto à realização de perícias no âmbito do Direito Civil e do Direito do Trabalho, o que pode causar discrepâncias na atribuição de indenização.

Ainda nos deparamos com laudos que contêm somente resposta de quesitos em perícias médicas de avaliação dos danos corporais. Existem médicos que desconhecem por completo as metodologias e especialidades da peritagem da avaliação do dano à pessoa. Este ato não é competência exclusiva do especialista em Medicina Legal, pode ser executado por muitos outros especialistas, de varias áreas clínicas, desde que detentores de preparação adequada neste dominio. Esta realidade médico-legal portuguesa apresenta novas perspectivas quanto ao que desejamos que seja a avaliação destes danos no Brasil.

Parece-nos que os modelos seguidos em Portugal, com as devidas adaptações à realidade brasileira, sobretudo aos aspectos legais, poderiam constituir um importante contributo à promoção da qualidade das perícias efetuadas no Brasil, orientando-as melhor para o objetivo que se propõem servir (SILVA & MAGALHÃES, 2011).

Fica agora a faltar outros cursos de aperfeiçoamento para médicos peritos e demais especialistas clínicos que tenham interesse nesta matéria, expectativa que vem sendo concretizada pelos esforços já mencionados acima e graças a parcerias realizadas entre instituições de ambos os países.



REFERÊNCIAS

- ESTEVAN, A. *Los accidentes de automóvil: una matanza calculada*. Madrid: Instituto Juan de Herrera, 2001. Disponível em: <https://bit.ly/2Er4Xgt>. Acesso em: 19 dez 2018.
- GUIMARÃES CARDOSO, Mariana *et al.* Caracterização das ocorrências de acidentes de trabalho graves. *Arquivos de Ciências da Saúde*, São José do Rio Preto – SP, v. 23, n. 4, p. 83-88, dez. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2VHcspd>. Acesso em: 10 jan 2019.
- JORGE M.H.P.M.; KOIZUMI M.S. Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição. *Associação Brasileira de Medicina de Tráfego*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 52-58, 2008.
- LAMBERT-FAIVRE, Y; PORCHY-SIMON, S. *Droit du dommagecorporel: Systèmes d'indemnisation*. Paris: Dalloz, 2011.
- LUCAS, P. *Le Dommage Corporel et l'Expertise*. Bruxelas: Anthemis, 2009.
- MAGALHÃES, T.M.S. *Estudo tridimensional do dano corporal: Lesão, função e situação (sua aplicação médico-legal)*. Coimbra: Almedina, 1998.
- MAGALHÃES T.; VIEIRA D.N. Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do direito civil. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, v.20, p.70-90, 2010.
- MARÍN L.; QUEIROZ M. S. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro v.16, p. 7-21, 2000.
- OLIVEIRA, C.; VIEIRA, D.N.; CORTE-REAL, F. *Nexo de causalidade e estado anterior na avaliação médico-legal do dano corporal*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2017.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Trad. do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2003.
- SÁ, O. *Clínica Médico-Legal da Reparação do Dano Corporal em Direito Civil*. Coimbra: APADAC, 1992.
- SILVA, W.F.M. *Avaliação do dano corporal no Brasil: O caso dos acidentes de viação*. 06/03/2012. 58 fls. Dissertação (Mestrado em Ciências Forenses). Universidade do Porto. Cidade do Porto, 06/03/2012.
- SILVA, W.F.M.; MAGALHÃES, T.M.S. Avaliação do dano corporal no Brasil: O caso dos acidentes de viação. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, Coimbra, v.22, p.99-132, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/2Jw1yRL>. Acesso em: 10 dez 2018.
- SIMONIN, C. *Médecine Légale Judiciaire*. 2 ed. Paris: Librairie Maloine, 1947.
- ROUSSEAU, C. L'evolution de la doctrine em matière d'evaluation du dommage corporel en droit commun. *Revue Française du dommage corporel*, Paris, v.9, n.3, p. 237-248. 1983.



VIEIRA D.N. A “missão” de avaliação do dano corporal em direito civil. *Sub Judice*, v.17, n.1, p.23-30, 2000.

VIEIRA, D.N.; QUINTERO, J.A. *Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil*. Coimbra:Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.



COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DE UM GESTOR HOSPITALAR: um estudo comparativo entre a percepção do profissional, a percepção do estudante e o currículo

THE PROFESSIONAL SKILLS OF A HOSPITAL MANAGER: a comparative study about the professional's perceptions, the student's perception and universities' courses

📍 **Sara Rios Bambirra Santos**

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (2005), pós-graduação em Gestão e Tecnologia da Qualidade pelo Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (2006) e mestrado em Educação Tecnológica pelo Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (2009). É professora da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e Faculdade Unimed. Contato: sarabambirra@yahoo.com.br.

📍 **Catulo Soares Miranda**

Graduado em Marketing e pós-graduado em Gestão Empresarial, atualmente cursando graduação em Gestão Hospitalar. Atua como Analista Comercial com experiência de 14 anos na área de relacionamento com clientes individuais e corporativos, atuando na gestão, negociação para renovação e venda de contratos empresariais no segmento de saúde suplementar. É responsável pela gestão e atendimento a uma carteira de clientes corporativos composta por 52 (cinquenta e dois) grupos empresariais de diversos segmentos, dentre estes o Laboratório São Marcos, Sicoob Credicom e Milplan Engenharia. Contato: catulomiranda@hotmail.com.

📍 **Roberta Mayrink**

Técnica em Enfermagem e Discente do CST Gestão Hospitalar pela Faculdade Unimed. E bolsista de extensão no projeto "Liderança Transformadora" pela Faculdade Unimed desde 2019. Discente do Curso de Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas. Contato: roberta.puc@hotmail.com



RESUMO

O objetivo da pesquisa é identificar as competências necessárias a um gestor hospitalar. Utilizou-se a metodologia de pesquisa exploratória, que permitiu a triangulação de três fontes de dados: a percepção dos profissionais que atuam como gestores em organizações de saúde, a percepção dos estudantes do Curso Superior de Tecnologia (CST) Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed e o perfil do egresso do CST Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed. O artigo conclui que um gestor competente precisa de competências técnicas alinhadas a comportamentais, que podem ser adquiridas por meio da formação acadêmica e/ou experiência profissional. Constatou que ser competente é contingencial, cada contexto demanda uma competência específica.

Palavras-chave: Gestor Hospitalar. Competência. Currículo.

ABSTRACT

The objective of the research is to identify the necessary skills for a hospital manager. The exploratory research methodology was used, which allowed the triangulation of three data sources: the perception of the professionals who act as managers in health organizations, the perception of the students of the Superior Course of Technology (CST) Hospital Management of Faculdade Unimed and the egress profile of CST Hospital Management of Faculdade Unimed. The article concludes that a competent manager needs technical skills aligned with behavioral ones, which can be acquired through academic training and / or professional experience. It found that being competent is contingent, each context demands specific competence.

Keywords: Hospital Manager. Competence. Curriculum.



1 INTRODUÇÃO

As transformações, cada dia mais aceleradas, são uma constante na contemporaneidade. Os avanços tecnológicos, as transformações econômicas e sociais, a quantidade e velocidade das informações, o conhecimento globalizado demandam o desenvolvimento de novas competências profissionais, visando a tomada de decisões acertadas e ágeis diante de situações corriqueiras.

As mudanças nas instituições de saúde seguem o mesmo ritmo, portanto a formação dos gestores hospitalares precisa se ancorar em competências para apreensão, compreensão, análise e transformação da realidade, tanto no campo tecnológico como nos campos político, social, ético e humano. É responsabilidade do gestor hospitalar orientar, planejar, coordenar e liderar sua equipe multidisciplinar em prol de um objetivo comum com o foco na gestão do desempenho organizacional (PICCHIAI, 2008). Mediante a complexidade existente no ambiente hospitalar e do elevado número de informações que transitam nestas organizações, o mercado exige gestores profissionalizados, com competências compatíveis a sua necessidade.

No Brasil, a maioria dos cargos de gestão nos serviços de saúde são ocupados por profissionais que não apresentam uma formação em Gestão Hospitalar, e sim apresentam formação na área da saúde, em especial medicina e enfermagem, que aprenderam a coordenar os serviços de maneira empírica, no seu dia-a-dia, não tendo uma formação profissional específica para exercer esta função (VIEIRA; SILVA; ITUASSU; MONTEIRO; ROQUET, 2015).

Um gestor hospitalar qualificado é necessário, para que o profissional consiga corresponder às expectativas e suprir as necessidades das instituições de saúde. Atualmente, em Belo Horizonte / MG, há 284 organizações de saúde privadas e 44 públicas (BRASIL, 2019). Seguramente, essas instituições demandam gestores competentes que conheçam as particularidades do seu mercado de atuação. Diante deste contexto emergiu o interesse em pesquisar as competências necessárias a um gestor hospitalar. Portanto a pergunta-problema do artigo é: “quais as competências necessárias a um gestor hospitalar?”

Para responder a esta pergunta, utilizamos a pesquisa exploratória. Levantamos a percepção dos profissionais que atuam como gestores em organizações de saúde, a percepção dos estudantes do Curso Superior de Tecnologia (CST) Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed e o perfil do egresso do CST Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed. O artigo é composto por uma análise triangular, 3 fontes distintas de dados que pediram a combinação de



três métodos de pesquisa: revisão bibliográfica, aplicação de questionário e análise de exemplo, respectivamente.

Esperamos que os resultados tragam contribuições referente ao desenvolvimento de competências na formação profissional de nível superior dos cursos de Gestão Hospitalar, a fim de ajudar os profissionais e as instituições de ensino a empreenderem ações coerentes as demandas do mercado de trabalho, garantindo melhor qualificação e desempenho organizacional.

2 COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS A UM GESTOR HOSPITALAR

O conceito de competência articula dois campos complementares: educacional e organizacional. A formação educacional irá oferecer qualificação, conhecimento, enquanto o campo organizacional possibilitará a experiência, o agir do profissional mediante determinado contexto (FLEURY; FLEURY, 2001). Portanto, a competência não está associada somente a um conjunto de qualificações do indivíduo, mas sim, às suas realizações em determinado contexto, ou seja, àquilo que ele produz ou realiza no trabalho (ZARIFIAN, 2001).

Durand (2000) apresenta o conceito de competência baseado nas três dimensões: o conhecimento (informação, saber o quê, saber o porquê), habilidade (técnica, capacidade, saber como) e atitude (querer fazer, identidade, determinação). A dimensão conhecimento advém da formação profissional. A habilidade pode ser adquirida por meio da formação profissional ou da experiência. Ter atitude, “é “o tomar iniciativa” e “o assumir responsabilidade” do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara.” (ZARIFIAN, p. 68, 2001)

Araujo (2012) considera essencial para o gestor executar suas atividades com excelência, possuir uma formação especializada, alinhada a experiência de mercado, ou seja, combinar teoria e prática. Segundo a autora, um gestor requer competências organizacionais, profissionais / individuais e coletivas. As competências organizacionais se relacionam às capacidades específicas da organização, vitais para sua existência e competitividade, subentendidas como “competências essenciais do negócio”. São as competências organizacionais que agregam valor junto aos clientes, e que dificilmente serão copiadas por outras organizações, tornando-se fonte de vantagem competitiva da empresa. As competências profissionais / individuais estão aderente ao agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor para a organização e para o indivíduo. “A competência profissional é uma combinação de conhecimento, de saber-fazer, de experiências e comportamentos que se exerce em um contexto



preciso” (ZARIFIAN, p.66, 2001). Já as competências coletivas são estratégias utilizadas para alcançar resultados organizacionais, os quais só são possíveis por meio do trabalho em equipe.

O objetivo deste artigo se restringe ao estudo das competências individuais / profissionais do gestor hospitalar. Para facilitar a análise dos dados subdividimos as competências individuais / profissionais em técnicas e comportamentais. As competências técnicas têm como base o conhecimento específico sobre o que deve ser executado (ZARIFIAN, 2001), que direcionam o profissional à aplicação dos conhecimentos e habilidades necessários para atingir os objetivos e especificidade da função ou do processo (WOOD JR e PICARELLI FILHO, 2004). Já as competências comportamentais é o saber ser, incluindo as atitudes que sustentam o comportamento do indivíduo, com base na autonomia, responsabilização e comunicação (ZARIFIAN, 2001).

2.1 Metodologia de Pesquisa

Para responder à pergunta problema do artigo “quais as competências necessárias a um gestor hospitalar?”, utilizamos a pesquisa exploratória para que pudéssemos proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Optamos pela pesquisa exploratória, devido a existência de poucos estudos relevantes sobre o tema “as competências do gestor hospitalar”.

Estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que essas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento e ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e (c) análise de exemplos que “estimulem a compreensão. (GIL, p.41, 2002)

O artigo é composto por uma análise triangular, portanto 3 fontes de dados distintas: revisão bibliográfica, aplicação de questionário e análise de exemplo.

Primeiramente, realizamos uma revisão da bibliografia existente sobre o tema, nos periódicos disponíveis na SCIELO – *Scientific Eletronic Library Online*. Encontramos três artigos que tinham como objetivo identificar as competências necessárias aos gestores da área da saúde, sendo o público-alvo os profissionais que atuam em cargos de gestão em instituições de saúde: (i) Grohmann, M. Z.; Battistella L. F.; Baratto J. S. (2012); (ii) Araujo, Ana Cláudia Coutinho (2012); (iii) Vieira; Silva; Ituassu; Monteiro; Roquete (2015). O terceiro artigo, foi realizado com gestores da Região Metropolitana de Belo Horizonte, portanto o escolhemos



como nossa principal referência para um dos lados da triangulação. Esta escolha se justifica pela congruência geográfica às demais fontes de dados utilizadas.

A segunda fonte de dados utilizada na pesquisa foi a percepção dos discentes do CST em Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed – MG. Para levantarmos essa informação optamos pela aplicação de um questionário composto com uma pergunta aberta: “Cite as 5 principais competências de um gestor hospitalar. Justifique sua resposta”. Esse questionário foi aplicado a 32 alunos do CST em Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed - MG. Os dados foram tabulados e analisados. Com base nas competências que foram levantadas, estabelecemos categorias de análise, similar as já existentes na pesquisa realizada por Vieira; Silva; Ituassu; Monteiro; Roquete (2015) para que pudéssemos comparar e analisar as respostas das duas fontes de pesquisa.

Para finalizar, escolhemos analisar um exemplo de currículo, com o intuito de verificar se as competências que serão formadas ao longo de um curso superior estão congruentes com as demandas dos profissionais e percepção dos estudantes. O exemplo escolhido foi o Projeto Político do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed, identificamos as competências necessárias ao gestor hospitalar com base no perfil do egresso e na grade curricular.

A pesquisa exploratória tem como principal objetivo desenvolver conceitos e ideias (GIL, 2008), as competências do gestor hospitalar ainda é um tema pouco estudado, acreditamos que a diversidade de fontes de dados nos ajudará a responder a nossa pergunta-problema: “quais as competências necessárias a um gestor hospitalar?”

2.2 Análise dos Resultados

2.2.1 Competências Técnicas

A primeira fonte de dados que analisamos foi o artigo escrito por Vieira; Silva; Ituassu; Monteiro; Roquete (2015) que pesquisou sobre as competências do gestor hospitalar na Região Metropolitana de Belo Horizonte. A pesquisa foi realizada com 102 profissionais,

97% da amostra possuem nível superior, sendo que 59% possuem título de mestre e 3% de doutor. Do restante da amostra, 1% possui nível técnico e 2% ensino médio completo. Dentre os profissionais de nível superior, 27% são graduados em enfermagem, 18% em gestão de serviços de saúde, 17% em administração, 14% em medicina, 6% em psicologia, 1% em fisioterapia, e 17% em outros cursos. (VIEIRA, SILVA; ITUASSU; MONTEIRO; ROQUETE, p. 4, 2015)



Talvez, entre os “17% em outros cursos”, referido acima, possa existir algum profissional graduado Gestão Hospitalar. Esta pesquisa foi realizada por meio de questionário fechado, em que os gestores atribuíam graus de importância as competências já presentes no questionário.

Estabelecemos uma correlação entre as competências técnicas presente no artigo de referência e as disciplinas presentes na Grade Curricular do CST Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed (2018). Elaboramos a Tabela I com esta análise comparativa.

Tabela 1 – Análise comparativa entre as Competência Técnicas necessárias a um Gestor Hospitalar - percepções dos profissionais que ocupam cargo de gestão na área da saúde X Disciplinas presentes na Grade Curricular do CST Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed (2018)

Competência Técnica Citada	Disciplina Presente no PPC
Planejamento Estratégico	. Processos de Trabalho em Saúde . Planejamento Estratégico
Elaboração e Gestão de Projetos	. Práticas Integradas de Gestão na Saúde I
Visão Sistêmica	. Modelos de Gestão e Organização dos Serviços de Saúde
Análise Crítica	. Gestão e Gerência em Saúde . Competência adquirida de forma transversal
Otimização de Recursos	. Finanças e Orçamento . Gestão do faturamento . Projetos de Investimento
Planejamento em Saúde	. Processos de Trabalho em Saúde
Gestão do Trabalho	. Processos de Trabalho em Saúde
Conhecimento das Políticas em Saúde	. Políticas de Saúde no Brasil . Saúde e Sociedade . Formas de Financiamento (SUS ou Operadoras)
Raciocínio Lógico	. Competência adquirida de forma transversal
Gestão de Custo	. Contabilidade Introdutória . Custos Hospitalares
Gestão Financeira	. Contabilidade Introdutória . Finanças e Orçamento . Gestão do Faturamento . Projetos de Investimento . Formas de Financiamento (SUS ou Operadoras)
Sistemas de Informação	. Informática e Saúde . Sistemas de Informações em Saúde
Promoção da Saúde e Equidade	. Saúde e Sociedade . Política de Humanização em Saúde
Educação em Saúde	. Gestão de Pessoas
Elaboração de Políticas em Saúde	. Políticas de Saúde no Brasil

Fonte: VIEIRA; SILVA; ITUASSU; MONTEIRO; ROQUETE (2015) e FACULDADE UNIMED (2018)



A segunda fonte de dados da nossa pesquisa foram os discentes do CST Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed, esta pesquisa foi realizada de forma aberta, não havendo nenhuma sugestão e/ou opção de resposta. Ao lado de cada competência há a porcentagem relativa à sua frequência na pesquisa.

Tabela 2 – Competência Técnicas necessárias a um Gestor Hospitalar - Percepções dos discentes do CST Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed

Competência Técnica	Porcentagem relativa à frequência
Visão Sistêmica	47%
Conhecimento Técnico	22%
Análise Crítica	9%
Planejamento Estratégico	3,2%
Conhecimento das Normas Regulamentadoras do Setor	3,2%
Conhecimento de Mercado	3,2%

Fonte: Dados da pesquisa

Percebemos que referente as competências técnicas necessárias ao gestor hospitalar, os discentes não possuem um conhecimento adequado do campo de atuação e desconhecem as competências técnicas necessárias. No entanto, apareceram 2 informações novas que não estavam presentes na pesquisa realizada juntos aos profissionais: “Conhecimento das Normas Regulamentadoras do Setor” e “Conhecimento de Mercado”.

A terceira fonte de dados foi o PPC do CST Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed (2018). Analisamos as competências presentes no perfil do egresso.

Tabela 3 – Perfil do Egresso do CST Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed e respectivas competências

Perfil do Egresso do CST Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed	Competência Relacionada
Perceber e entender as demandas do segmento saúde, tanto no setor público quanto no privado – com e sem finalidade lucrativa, provendo o mercado e as instituições com soluções sustentáveis e adequadas a realidade.	Análise de Mercado
	Solução de Problemas
Estruturar áreas de apoio e logística hospitalar. Coordenar e executar o planejamento estratégico das instituições de saúde.	Logística Hospitalar
	Planejamento Estratégico
Atuar de forma crítica e propositiva nos processos de gestão, sempre em consonância com os princípios e	Análise Crítica
	Gestão de Processos de trabalho



diretrizes do Ministério da Saúde e da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.	Conhecimento das Diretrizes do Ministério da Saúde
	Conhecimento das Diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar
Supervisionar contratos e convênios.	Gestão de Contratos e Convênios
Gerenciar processos de trabalho, sistemas de informação, recursos humanos, recursos materiais e financeiros em saúde.	Gestão de Sistema de Informação
	Gestão de Recursos Humanos
	Gestão de Recursos Materiais
	Gestão Financeira
Assegurar que o hospital cumpra suas funções e responsabilidades enquanto parte integrante do sistema hierarquizado de saúde. Estruturar áreas de apoio e logística hospitalar.	Conhecimento das funções e responsabilidades de um hospital dentro do sistema de saúde
Conhecer e aplicar os procedimentos de controle interno no âmbito administrativo, financeiro e gerencial.	Gestão dos procedimentos de controle de processos internos administrativo, financeiro e gerencial.
Conhecer e assegurar a fiel observância da legislação vigente na prestação da assistência aos pacientes e as fontes pagadoras.	Conhecimento da legislação vigente na prestação de assistência aos pacientes e fontes pagadoras.
Compreender as políticas de RH, seus objetivos e abrangência, identificando os elementos que a compõem e aplicando-os na gestão das organizações de saúde.	Gestão de Recursos Humanos
Conhecer e utilizar instrumentos de gestão eficazes nos processos de trabalho no âmbito das organizações de saúde. Organizar fluxos de trabalho e informações. Estabelecer mecanismos de controle de compras e custos.	Gestão de Informações
	Gestão de Compras
	Gestão de Custos
Compreender e assegurar que a assistência prestada aos pacientes será sempre pautada em padrões rígidos e atualizados de biossegurança.	Foco no cliente
	Biossegurança
Utilizar sistemas de informação e tecnologias informacionais como ferramentas de apoio à gestão, devidamente adequadas ao perfil da organização de saúde. Desenvolver programas de ampliação e avaliação de tecnologias em saúde.	Gestão da Tecnologia da Informação
Gerenciar a qualidade dos serviços e os indicadores de desempenho na gestão de organizações de saúde.	Gestão do Desempenho Organizacional
Desenvolver, participar, incentivar e aplicar a investigação científica e pesquisa, melhorando a qualificação da equipe interdisciplinar das organizações de saúde.	Pesquisa Científica
	Melhoria Contínua



Empreender uma cultura de educação permanente na instituição.	Empreendedorismo
Entender a importância e o funcionamento dos serviços de guarda e manuseio de arquivos, assegurando o ensino e a pesquisa, bem como a segurança do paciente e dos profissionais de saúde.	Arquivamento de documentação
Trabalhar sempre pautado nos princípios da ética, bioética e democracia.	Ética
	Bioética
	Democracia
Difundir e fomentar uma cultura de qualidade dos serviços, sempre focado na segurança do paciente, na melhoria dos resultados assistenciais, administrativos e financeiros e na otimização dos recursos.	Cultura Organizacional
	Gestão da Qualidade
Difundir e fomentar a cultura de análise sistemática de resultados, sobretudo assistenciais, econômicos e financeiros, visando à segurança do paciente e a perenidade do negócio.	Gestão de Indicadores

Fonte: FACULDADE UNIMED (2018)

Nesta terceira fonte de dados, o PPC do CST Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed (2018), percebemos que as competências técnicas esperadas do egresso do curso superam as competências técnicas presentes na primeira fonte de dados, a percepção das competências técnicas do gestor hospitalar, segundo os profissionais em cargos de gestão na área da saúde.

Observamos que as competências correlacionadas não se restringem somente a competências técnicas, identificamos competências comportamentais, também. Nosso próximo tema.

2.2.2 Competências Comportamentais

Novamente, a primeira fonte de dados que analisamos foi o artigo escrito por Vieira; Silva; Ituassu; Monteiro; Roquete (2015) que pesquisou sobre as competências do gestor hospitalar na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Reforçamos, esta pesquisa foi realizada por meio de questionário fechado, em que os gestores atribuíam graus de importância a cada competência.



Tabela 4 – Competência Comportamentais necessárias a um Gestor Hospitalar - Percepções dos profissionais que ocupam cargo de gestão na área da saúde

Competência Comportamental
Ética
Trabalho em Equipe
Tomada de decisão
Manter-se atualizado
Relacionamento interpessoal
Comunicação
Proatividade
Disciplina
Motivação
Negociação
Flexibilidade
Autoconfiança
Resiliência
Criatividade
Inovação

Fonte: VIEIRA; SILVA; ITUASSU; MONTEIRO; ROQUETE (2015)

A segunda fonte de dados da nossa pesquisa foram os discentes do CST Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed. Relembrando, esta pesquisa foi realizada de forma aberta, não havendo nenhuma sugestão e/ou opção de resposta. Ao lado de cada competência há a porcentagem relativa a respectiva frequência.

Tabela 5 – Competência Comportamentais necessárias a um Gestor Hospitalar - Percepções dos discentes do CST Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed

Competência Comportamental	Porcentagem relativa à frequência
Tomada de decisão	50%
Liderança	47%
Comunicação	44%
Desenvolvimento de Equipes	31%
Gestão de Conflitos	28%
Trabalho em Equipe	25%
Empatia	22%
Foco no Cliente	22%
Foco no Resultado	22%
Motivador	19%
Ética	13%
Credibilidade	6%
Delegar	6%
Desenvolvimento contínuo	6%
Inovação	6%
Inteligência emocional	6%



Organização	6%
Relacionamento Interpessoal	6%
Credibilidade	3%
Integridade	3%
Proatividade	3%
Segurança	3%
Transparência	3%

Fonte: Dados da pesquisa

Notamos que os alunos apresentam uma melhor percepção das competências comportamentais do que das competências técnicas necessárias a um gestor hospitalar. Supomos que a maior enumeração de competências comportamentais deve ser consequência da influência das disciplinas “Gestão de Pessoas” e “Comportamento Organizacional” ministradas no decorrer do semestre da realização da pesquisa (2/2018). As competências comportamentais essenciais a um gestor hospitalar foram trabalhadas principalmente na disciplina “Comportamento Organizacional”.

Na próxima tabela, comparamos as competências comportamentais necessárias ao gestor hospitalar, segundo os Profissionais e os Estudantes.

Tabela 6 – Competência Comportamentais necessárias a um Gestor Hospitalar – Análise Comparativa: Percepções dos Profissionais X Percepções dos Discentes

Competência Comportamental	Profissional	Estudante
Ética	X	X
Trabalho em Equipe	X	X
Tomada de decisão	X	X
Manter-se atualizado	X	X
Relacionamento interpessoal	X	X
Comunicação	X	X
Proatividade	X	X
Disciplina	X	
Motivação	X	X
Negociação	X	
Flexibilidade	X	
Autoconfiança	X	
Resiliência	X	
Criatividade	X	
Inovação	X	X
Liderança		X
Desenvolvimento de Equipes		X
Gestão de Conflitos		X
Empatia		X
Foco no Cliente		X
Foco no Resultado		X



Credibilidade		X
Delegar		X
Inteligência emocional		X
Organização		X
Credibilidade		X
Integridade		X
Segurança		X
Transparência		X

Fonte: VIEIRA; SILVA; ITUASSU; MONTEIRO; ROQUETE (2015) e Dados da Pesquisa

Em relação as competências comportamentais, notamos que os discentes do CST Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed possuem uma percepção aderente aos profissionais que estão no mercado, inclusive extrapolam e acreditam que o mercado exige profissionais ainda mais competentes.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral da pesquisa foi identificar as competências necessárias a um gestor hospitalar. Utilizamos a pesquisa exploratória, que permitiu a triangulação de três fontes de dados: a percepção dos profissionais que atuam como gestores em organizações de saúde – revisão bibliográfica –, a percepção dos estudantes do Curso Superior de Tecnologia (CST) Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed – aplicação de questionário – e o perfil do egresso do CST Gestão Hospitalar da Faculdade Unimed – análise de exemplo.

A presente pesquisa permitiu identificarmos competências técnicas e comportamentais necessárias a atuação de um gestor hospitalar. Verificamos que um gestor para que possa ser classificado como “competente” precisa combinar competências técnicas e comportamentais. Precisa ter competências específicas da sua área de atuação, como conhecimento das diretrizes da ANS, contratos e convênios, gestão de custos, entre outras enumeradas, devidamente alinhadas com as competências do “saber ser”, como liderança, comunicação, ética, entre outras presentes na Tabela 6.

Conseguimos extrapolar o nosso objetivo e fazer algumas constatações complementares. Verificamos que os profissionais que adquiriram competências por meio da prática e os estudantes que estão se formando, ou seja, desenvolvendo competências por meio da formação acadêmica, terão competências profissionais similares para atuar na função de gestor de empresas da área da saúde. Constatamos que o conhecimento e a habilidade pode ser adquirida no ambiente de trabalho e /ou no meio no ambiente acadêmico, no entanto atitude – querer fazer, tomar iniciativa, assumir responsabilidade – não é possível ensinar, depende da



vontade do profissional diante das situações da sua rotina profissional, ou seja, para ser competente o profissional precisa querer. Por fim, confirmamos que ser competente é contingencial, profissionais e discentes consideraram relevantes competências diferentes, pois vivenciam contextos diferentes. Conforme vimos, a competência está relacionada às realizações do profissional em determinado contexto, ou seja, aquilo que produz ou realiza no trabalho.

Esperamos que este artigo auxilie os gestores e futuros gestores a assumirem a responsabilidade pelo desenvolvimento profissional e planejamento de carreira, identificando quais competências apresentam necessidade desenvolver e/ou aprimorar. Também, as instituições de ensino a promoverem ações alinhadas as demandas do mercado de trabalho, garantindo melhor qualificação dos discentes e consequente desempenho organizacional.

Para futuros estudos sugerimos a ampliação da amostra, comparando a percepção do discente ao ingressar no CST de Gestão Hospitalar e ao concluir. Também, utilizar o mesmo método para analisar a percepção dos discentes e dos profissionais. Por esta razão, recomendamos a continuação de estudos sobre o tema investigado.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Ana Cláudia Coutinho. *Análise das Competências dos Gestores Hospitalares de Campina Grande – Pb* (2012) 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Disponível em: <https://bit.ly/2JZSgg6>. Acesso em: 10 dez 2018.

BRASIL. *Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde*. Disponível em: <https://bit.ly/19ofDHq>. Acesso em: 2 jan 2019.

DURAND, T. *Forms of incompetence*. Fourth International Conference on Competence Based Management. Oslo: Norwegian School of Management, 1988.

DUTRA, Joel Souza. *Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna*. 12. Ed. São Paulo: Atlas, 2014.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 5, n. especial, p. 183-196, 2001. Disponível em: <https://bit.ly/2mfUvRE>. Acesso em: 4 maio 2014.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. *Métodos de Pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/11Y0IHZ>. Acesso em: 8 jan 2019

GESTÃO HOSPITALAR. *Guia do Estudante*, São Paulo: Editora Abril, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2Hrs8b>. Acesso em: 2 jan 2019.

GIL, A. C. *Como elaborar projeto de pesquisa*. 4. ed. – São Paulo: Atlas, 2002.



GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. – São Paulo: Atlas, 2008.

GROHMANN, M. Z.; BATTISTELLA L. F.; BARATTO J. S. Competências do gestor hospitalar: estudo em um hospital público brasileiro. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, abr. 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2Hyx3s4>. Acesso em 10 dez 2018.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v.41, n.3, p. 51-59, 2001.

PICCHIAI, Djair. Competências Gerenciais: Caso de um Hospital Público. *Revista do Centro de Estudos de Administração Pública e Governo*. São Paulo, v. 13. n 52. p. 19-41. ISSN 806-2261, 2008. Disponível em: <https://bit.ly/2JA3dpi>. Acesso em: 10 abr. 2012.

VERGARA, S. C.; BRANCO, P. D. Competências gerenciais requeridas em ambiente de mudança. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 19, set. 1995, João Pessoa/PB. *Anais...* [s.l.]: Rio de Janeiro: ANPAD, 1995.

FACULDADE UNIMED. *Projeto Pedagógico do Curso Superior de Tecnologia Gestão Hospitalar*. Belo Horizonte, 2018.

VIEIRA, Adriane; SILVA, Patrícia Lourdes; ITUASSU, Laura Trindade; MONTEIRO, Plínio Rafael Reis; ROQUETE, Fátima Ferreira Roquete. Competências Gerenciais na área da Saúde. XII SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2WN3iJ1>. Acesso em: 10 dez 2018

WOOD JR., PICARELLI FILHO, V. *Remuneração Estratégica: a nova vantagem competitiva*, 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2004.

ZARIFIAN, P. *Objetivo competência: por uma nova lógica*. 1. Ed. São Paulo: Atlas, 2001.



O CUSTEIO POR ABSORÇÃO E O CUSTEIO ABC: um comparativo em um setor hospitalar

ABSORPTION COSTING AND ABC COSTING: a comparison in a hospital sector

Willian Maciel Martinez

Graduação em Administração pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e pós-graduação em Administração Hospitalar. Atualmente é Analista de Custos e Orçamentos na Unimed Campo Grande. Experiência na área de Administração, atuando em Operadora de Plano de Saúde que possui recursos próprios (hospital, laboratório, serviço de imagem e home care), com ênfase em Gestão de Custos, Projetos de Viabilidade Econômico-Financeira, Gestão Orçamentária e Gestão Financeira.

Contato: willianmmartinez@hotmail.com

Marcelo Augusto Nascimento

Administrador hospitalar com significativo conhecimento na gestão de organizações de saúde, atuando no planejamento e reestruturação de processos em diversos setores de Hospitais e Clínicas, especialmente: Gestão Organizacional, Faturamento, Comercial/Convênios - Relacionamento com Operadoras de Planos de Saúde e Corpo Clínico. É coordenador e docente na Faculdade Unimed. Graduação em Serviço Social pela PUC Minas (1987), especialização em Administração Hospitalar pela São Camilo (1999) e MBA em Gestão de Negócios pela IBMEC (2003).

Contato: marcelo.coordendor@faculdadeunimed.edu.br



RESUMO

Diversos hospitais desconhecem seu próprio custo e uma parcela deles utiliza o custeio por absorção, porém esta metodologia pode distorcer o custo final dos serviços prestados devido aos rateios arbitrários. Para tanto, este artigo foi elaborado com o intuito de mensurar e quantificar a diferença real de custo entre duas metodologias de apuração: o custeio por absorção e o custeio baseado em atividades (ABC). O principal objetivo é analisar e demonstrar com riqueza de detalhes todo o processo de aplicação dos medicamentos imunobiológicos pelo custeio ABC. O tema foi abordado de forma qualitativa e seu procedimento técnico é o estudo de caso. No ABC os processos são mapeados de ponta a ponta e demonstram minuciosamente os detalhes e custos de cada atividade desenvolvida na instituição. O método de custeio baseado em atividades demonstrou ser mais eficaz no que tange ao grau de assertividade das informações.

Palavras-chave: Custos Hospitalares. Administração Hospitalar. Custeio Baseado em Atividades.

ABSTRACT

Several hospitals are unaware of their own cost and part of them use the absorption costing, however this methodology may distort the final cost of services rendered due to arbitrary allocations. Therefore, this article was elaborated with the intention of measuring and quantifying the real cost difference between two methodologies of calculation: absorption costing and activity-based costing (ABC). The objective is to analyze and demonstrate in detail the whole process of application of immunobiological drugs by ABC costing. The subject was approached in a qualitative way and its technical procedure was the case study. In the ABC the processes are fully mapped and demonstrate meticulously the details and costs of each activity developed. The ABC method has shown to be more effective regarding the degree of assertiveness of information..

Keywords: Hospital Costs. Hospital Administration. Activity Based Costing.



1 INTRODUÇÃO

Para Ching (1995) a metodologia de Custeio Baseado em Atividades (ABC), avalia o valor que cada atividade agrega para o desempenho do negócio ou departamento, enquanto Bornia (2002) define que o custeio ABC parte do pressuposto de que são as atividades que consomem os recursos disponíveis e geram os custos. Já Cogan (1994) defende que o custeio ABC é uma excelente ferramenta e que por meio dela é possível melhorar os processos, bem como apurar os custos de forma mais precisa. Kaplan e Cooper (1998) dizem que há quatro etapas para que seja possível calcular o custo de cada atividade e dos objetos de custeio no sistema ABC; são elas: identificar e mapear as atividades desenvolvidas, mensurar o quanto cada atividade está consumindo de recurso, identificar os produtos e serviços da organização e por fim selecionar os geradores de custos que associam os custos de cada atividade aos serviços prestados.

A metodologia ABC nos demonstra com riqueza de detalhes todas as atividades envolvidas no processo de prestação de serviço ao cliente, e tem como princípio de que são as atividades que consomem os recursos e agregam custo ao serviço, diferentemente do custeio por absorção que pode distorcer os custos, devido aos rateios arbitrários utilizados por essa metodologia (MATOS, 2002). Leoncine; Bornia e Abbas (2013) defendem o método ABC com a justificativa de que o mesmo proporciona informações mais precisas, porém a adoção do método para o hospital todo, devido às próprias características do setor hospitalar, envolveria muitos recursos. O tema é abordado de forma qualitativa e seu procedimento técnico é o estudo de caso. O objetivo deste artigo é analisar e comparar o método de custeio ABC com o método de custeio por absorção na utilização de medicamentos da classe dos imunobiológicos em um hospital na cidade de Campo Grande – MS.

2 CUSTOS

Pelo fato de o atual cenário empresarial mostrar-se competitivo, há a necessidade de os gestores utilizarem instrumentos gerenciais adequados à administração dos recursos empregados na execução das atividades operacionais (MATOS, 2002). Abbas; Lezana e Menezes (2002) afirmam que nos últimos 50 anos a tecnologia avançou brutalmente, surgindo novas técnicas de diagnósticos e cirurgias e novos tratamentos de cura e, por consequência, os profissionais de saúde se tornaram cada vez mais especializados.



Para Leoncine, Bornia e Abbas (2013), no Brasil os hospitais cobram suas taxas sem embasamento técnico, apesar dos grandes gastos com a saúde, tornando os custos dos procedimentos desconhecidos. Conforme Leone (2009), a contabilidade de custos é um ramo da contabilidade que classifica, registra, aloca, organiza e fornece informações gerenciais de custos correntes e futuros que auxilia no planejamento, controle das operações e de tomada de decisões.

Martins (2010) define que custo é um gasto relativo à produção de bens ou serviços e as despesas são gastos necessários para obtenção das receitas e uma consequência da venda dos bens ou serviços. Segundo Matos (2002) os custos diretos são aqueles incorridos no hospital e podem ser identificados e alocados a um setor específico, por exemplo, os medicamentos utilizados por um paciente que está na unidade de terapia intensiva (UTI). Já os custos indiretos precisam de algum critério de rateio para ser alocados em cada setor. Um exemplo seria a conta de energia, pois não se sabe exatamente quanto cada setor consumiu em KWH e no que tange ao comportamento, os custos fixos estão correlacionados com a infraestrutura e não se alteram com as variações no volume de produção, dentro de uma determinada capacidade instalada. Por fim, os custos variáveis estão diretamente ligados às oscilações na quantidade de atendimentos realizados nos mais variados setores hospitalares.

2.1 Metodologia

De acordo com Barros e Lehfeldd (2000) e Appolinário (2004), esta pesquisa pode ser considerada como aplicada, pois tem o intuito de resolver problemas ou necessidades concretas e imediatas. Foi realizado um comparativo entre o método de custeio por absorção e o custeio ABC. Este primeiro já é adotado pelo hospital e, por conseguinte, proposto para o setor de aplicação de injetáveis de um hospital privado na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. A escolha deu-se devido à necessidade do corpo gerencial em segregar e mensurar os custos para aplicação de medicamentos imunobiológicos, pois atualmente os relatórios gerenciais apenas fornecem informações genéricas, basais.

A fonte de informação para o estudo empírico ocorreu nos mais variados setores, tais como, controladoria, gestão de custos, farmácia, administração hospitalar, entre outros. Sempre buscando informações coesas e sendo validadas para que nenhum detalhe viesse a ser desconsiderado. É importante citar que foram realizados vários cruzamentos de dados dos mais variados relatórios gerenciais e contábeis, principalmente com o auxílio de planilhas eletrônicas.



2.2 Resultados e Discussão

O hospital em estudo possui atualmente um sistema de gestão de custos hospitalares implantado em 2007 e é integrado com vários outros módulos, tais como faturamento, estoque, etc. Esse sistema faz a apuração de custos pelo método de absorção, de acordo com os *inputs* manuais realizados pelo setor de gestão de custos e também com as integrações que possui com outros módulos. Há distorções no custo do serviço prestado devido aos rateios arbitrários dos custos indiretos, tais como água, luz, etc.

Ao verificar os relatórios obtidos e coletar informações *in loco* foi possível identificar que faltam direcionadores de custo para o setor de aplicação de injetáveis, pois parte do custo de outros setores que tem correlação com as aplicações das medicações, não está sendo computada. Embora haja um sistema de custeio implantado, o mesmo não demonstra com eficácia e realidade os custos das aplicações, pois apresenta os dados somente de uma forma genérica, não sendo possível que o gestor hospitalar tome uma decisão assertiva, quanto à precificação e custo de tal serviço prestado.

Segunda a farmacêutica do hospital são aplicados 11 tipos de imunobiológicos, sendo que alguns são oferecidos em dosagens e tipos diferentes e estes se subdividem em dois grupos; endovenosos, que são aqueles aplicados diretamente na corrente sanguínea do paciente e os subcutâneos que são aplicados logo abaixo da pele, conforme exemplificado na Tabela 1.

De acordo com o sistema gerencial, em dezembro de 2017 foram realizados 228 atendimentos para aplicação de medicação, sendo que 98 eram específicos para imunobiológicos e 1 desses 98, embora tenha registro de cadastro, não foi realizado. Logo, foram 97 atendimentos que foram distribuídos conforme o princípio ativo de cada medicamento, aplicado a cada paciente, como mostra a Tabela 2.

Tabela 1 - Relação dos medicamentos imunobiológicos aplicados no hospital e seus agrupamentos

Agrupamento	Descrição
Imunobiológicos – Manipulados	REMICADE (INFLIXIMABE) 100MG FA
	MABTHERA (RITUXIMABE) 500MG/50 ml AMP
	ACTEMRA 200MG/10 ML – AMP
	ORENCIA (ABATACEPT) 250MG EV FA
	BENLYSTA 400MG F/A
	BENLYSTA 120MG F/A
	ACTEMRA 80MG/4 ml– AMP
	CICLOFOSFAMIDA 1G FA
	CICLOFOSFAMIDA 200 MG FA
Imunobiológicos – Subcutâneos	ENBREL PFS 50 MG 1 ml CANETA



SIMPONI 50MG/0,5ML SUBCUT
HUMIRA 40MG CANETA
CIMZIA 200MG/ML 1 ml SUBCUT
ORENCIA 125MG SC (ABATACEPTE) F/A

Fonte: Farmacêutica e Relatórios – Hospital.

Os relatórios gerenciais nos fornecem apenas o custo médio por aplicação, não havendo distinção de qual medicamento foi utilizado. Este ponto é de suma importância, pois é unanimidade entre enfermeiros, farmacêuticos e gestores do hospital que os maiores custos são com os imunobiológicos. Esta afirmação pôde ser evidenciada ao analisar os dados referentes ao mês de dezembro 2017. De todo o custo gerado para atender os 228 pacientes, 83,49 % corresponde à aplicação do grupo analisado. O custo médio para aplicação desses imunobiológicos foi de R\$ 3.438,70, no custeio por absorção, método este atualmente adotado pelo hospital.

Tabela 2: Quantidade de aplicações de acordo com o princípio ativo do medicamento.

Agrupamento	Princípio Ativo	Qtd. Atendimentos
Imunobiológicos - Manipulados	ACTEMRA	8
	BENLYSTA	6
	CICLOSFOFAMIDA	4
	MABTHERA	3
	ORENCIA	6
	REMICADE	11
Imunobiológicos - Subcutâneos	CIMZIA	9
	ENBREL	20
	HUMIRA	13
	ORENCIA	5
	SIMPONI	12
Total Geral		97

Fonte: Relatórios Gerenciais – Hospital

Já no custeio ABC é possível mensurar o custo por tipo de medicamento, e não apenas exemplificá-lo de maneira simplória e que não fornece subsídios suficientes ao gestor para a tomada de decisão. Vale ressaltar também, que de acordo com entrevistas, o custo pode variar de acordo com a prescrição médica, e principalmente, conforme o peso do paciente, podendo assim, ora o paciente necessitar de uma dosagem maior e ora necessitar de uma dosagem menor. No que diz respeito apenas aos medicamentos utilizados, a diferença entre o método por absorção e o método baseado em atividade é bem clara, conforme demonstrado na Tabela 3.



Tabela 3 – Quantidade de pacientes de acordo com a dosagem para cada paciente e o custo para cada tipo de medicamento imunobiológico

Tipo	Princípio Ativo	Dosagem - em Miligramas	Qtd. Pacientes	Custo Medicamento	Custo por Paciente
Imunobiológicos - Manipulados	ACTEMRA	400	1	2.578,90	2.578,90
	ACTEMRA	480	1	3.092,29	3.092,29
	ACTEMRA	520	1	3.342,99	3.342,99
	ACTEMRA	560	1	3.605,67	3.605,67
	ACTEMRA	600	1	3.868,35	3.868,35
	ACTEMRA	760	2	9.790,25	4.895,12
	ACTEMRA	800	1	5.157,81	5.157,81
	BENLYSTA	520	2	4.699,80	2.349,90
	BENLYSTA	600	2	5.422,94	2.711,47
	BENLYSTA	800	1	3.615,21	3.615,21
	BENLYSTA	920	1	4.157,51	4.157,51
	CICLOSFOSFAMIDA	1.000	1	39,52	39,52
	CICLOSFOSFAMIDA	1.400	1	59,50	59,50
	CICLOSFOSFAMIDA	1.600	2	138,98	69,49
	MABTHERA	1.000	3	31.351,72	10.450,57
	ORENCIA	500	2	5.677,33	2.838,67
	ORENCIA	750	3	12.774,00	4.258,00
	ORENCIA	1.500	1	8.516,00	8.516,00
	REMICADE	200	4	24.785,53	6.196,38
	REMICADE	300	5	46.472,87	9.294,57
REMICADE	400	1	12.392,77	12.392,77	
REMICADE	500	1	15.490,96	15.490,96	
Imunobiológicos - Subcutâneos	CIMZIA	200	3	2.427,76	809,25
	CIMZIA	400	6	9.711,05	1.618,51
	ENBREL	50	18	22.808,69	1.267,15
	ENBREL	100	1	2.534,30	2.534,30
	ENBREL	200	1	5.068,60	5.068,60
	HUMIRA	40	13	39.094,65	3.007,28
	ORENCIA	125	5	5.578,93	1.115,79
	SIMPONI	50	12	37.651,25	3.137,60

Fonte: Relatórios Gerenciais – Hospital

Logo ao comparar o custo médio, obtido através dos relatórios gerenciais é notório que de acordo com a dosagem do medicamento e o tipo de medicamento o custo final pode variar muito. Associado ao insumo principal utilizado na aplicação é de suma importância identificar as atividades desenvolvidas demonstradas na Tabela 4. A partir de observações *in loco* e entrevista, foi possível identificar as atividades desenvolvidas em todo o processo, desde a admissão do paciente no ambiente hospitalar, bem como sua alta.



Tabela 4 - Atividades desenvolvidas em cada setor e suas respectivas descrições do custeio ABC

Setor	Atividade	Descrição
Recepção	Recepcionar	Recepcionar o cliente e acomodá-lo em uma cadeira para ser atendido.
	Atualizar ou realizar o cadastro	Logar no sistema e atualizar o cadastro, ou caso seja necessário, realizar todo o cadastro.
	Imprimir fichas	Imprimir as fichas e organizá-las em um prontuário.
	Avisar equipe de enfermagem	Telefonar à equipe de enfermagem e avisar que um paciente o aguarda
Setor de Aplicação de Injetáveis	Encaminhar paciente	Dirigir-se até a recepção e buscar o paciente para acompanhá-lo
	Acomodar paciente no leito	Dizer ao paciente em qual leito o mesmo irá acomodar-se e
	Aferir sinais vitais	Aferir temperatura, pressão arterial e demais sinais vitais.
	Entrevista	Realizar algumas perguntas de praxe para preenchimento de prontuário.
	Encaminhar receita médica até à Farmácia	Com o pedido médico em mãos deslocar-se até a farmácia para solicitar as medicações.
	Punção	Introduzir a agulha no paciente.
	Aplicar medicamentos de pré-infusão	Infundir os medicamentos que servem como antialérgicos para evitar possíveis reações adversas do corpo.
Central de Manipulação	Paramentação	Vestir as roupas adequadas para realizar a manipulação dos medicamentos.
	Higienização	Higienizar todo o ambiente onde será realizada a manipulação dos medicamentos.
	Manipulação	Preparar e medicamento que será aplicado no paciente.
Setor de Aplicação de Injetáveis	Aplicar medicamento principal	Realizar a infusão do medicamento principal no paciente.
	Observação de paciente	Observá-lo para tomar as devidas providências, caso ocorra reações adversas ao medicamento.
	Alta ao paciente	Dar alta ao paciente.
	Higienização do leito	Realizar a limpeza do leito onde o paciente ficou acomodado para um próximo paciente.

Fonte: Os Autores, 2018

Além de elencar todas as atividades foi possível também mensurar o tempo que é despendido em cada uma delas; quem foi o profissional que realizou tal atividade e o setor onde a mesma fora realizada, conforme mostra a Tabela 5.



Tabela 5 - Atividades desenvolvidas em cada setor e seus respectivos tempos médios de realização, conforme relatado e observado.

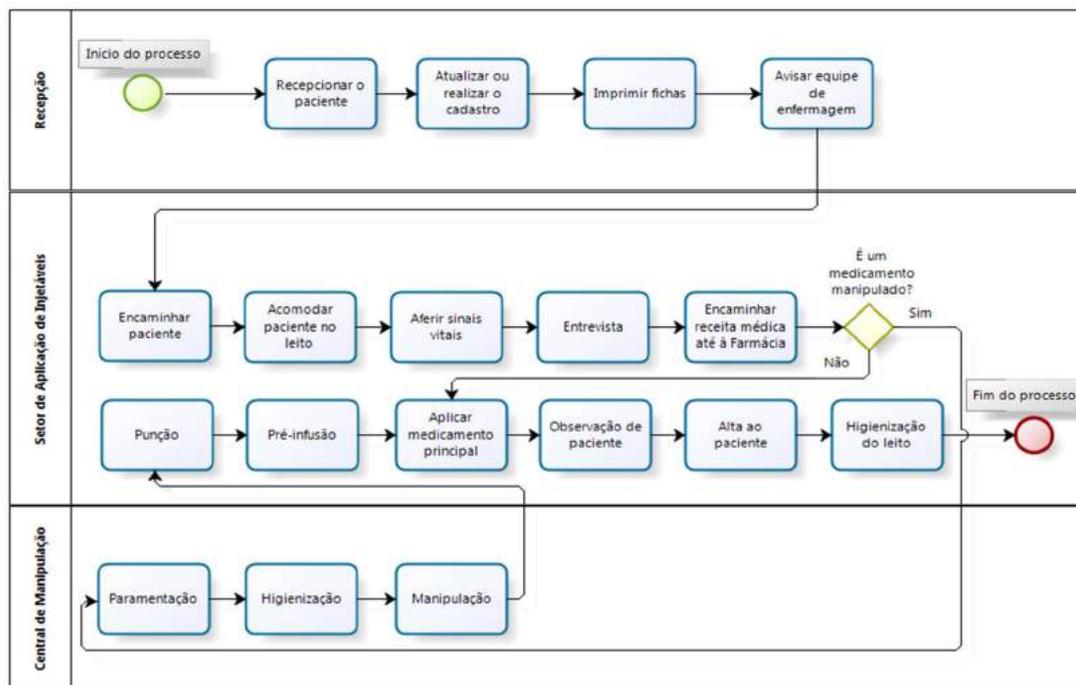
Setor	Atividade	Profissional	Tempo Médio (em minutos)
Recepção	Recepcionar	Recepcionista	2
	Atualizar ou realizar o cadastro	Recepcionista	12
	Imprimir fichas	Recepcionista	1
	Avisar equipe de enfermagem	Recepcionista	1
Setor de Aplicação de Injetáveis	Encaminhar paciente	Técnico Enfermagem	2
	Acomodar paciente no leito	Técnico Enfermagem	1
	Aferir sinais vitais	Técnico Enfermagem	2
	Entrevista	Técnico Enfermagem	3
	Encaminhar receita médica até à Farmácia	Técnico Enfermagem	5
	Punção	Técnico Enfermagem	1
Central de Manipulação	Aplicar medicamentos de pré-infusão	Técnico Enfermagem	2
	Paramentação	Farmacêutica	3
	Higienização	Farmacêutica	10
Setor de Aplicação de Injetáveis	Manipulação	Farmacêutica	27
	Aplicar medicamento principal	Técnico Enfermagem	5
	Observação de paciente	Enfermeiro	-
	Alta ao paciente	Enfermeiro	2
	Higienização do leito	Técnico Enfermagem	2

Fonte: Os Autores, 2018

A atividade de observação do paciente foi deixada sem preenchimento, pois a mesma pode variar de acordo com o peso do paciente, a receita médica, a dosagem e o tempo de infusão. Todo o processo é ilustrado na Figura 1.



Figura 1 – Fluxograma das atividades desenvolvidas para aplicação dos medicamentos imunobiológicos.



Fonte: Os Autores, 2018.

Após realizar as devidas anotações, observações e indagações, foi possível mensurar o custo de cada atividade considerando a mão de obra, levando em consideração o tempo gasto em cada atividade, bem como o custo dos insumos hospitalares utilizados, tais como, algodão, gaze, álcool, seringa, agulha, degermantes (material de limpeza), EPIs, soro fisiológico, etc. Conforme mostra a Tabela 6.

Segundo relatos e dados contábeis, com as despesas gerais, tais como, água, energia, telefone, manutenção, depreciação, material de expediente e os rateios absorvidos, o custo médio para cada manipulação é de R\$ 34,50. Este valor será considerado caso o medicamento seja manipulado. Já no setor de aplicação de injetáveis o custo médio, considerando as despesas gerais é de R\$ 47,44. Estes valores representam o custo total com as despesas gerais divididos pela produção média. Neste caso na central de manipulação são realizadas em média 50 manipulações mensais, pois para parte dos medicamentos não é necessária a manipulação e no setor de aplicação de injetáveis 256 atendimentos por mês. O serviço não funciona em regime de 24 horas; apenas em horário comercial.



Tabela 6 - Atividades desenvolvidas em cada setor; responsável pela atividade; tempo médio de realização, custo de cada atividade; custo dos insumos hospitalares de acordo com relatos e observações.

Setor	Atividade	Profissional	Tempo Médio (em minutos)	Salário Hora - com encargos	Custo da atividade com mão de obra	Insumos Hospitalares	Total
Recepção	Recepcionar	Recepcionista	2	13,6	0,5	0,0	0,5
	Atualizar ou realizar o cadastro	Recepcionista	12		2,7	0,0	2,7
	Imprimir fichas	Recepcionista	1		0,2	0,0	0,2
	Avisar equipe de enfermagem	Recepcionista	1		0,2	0,0	0,2
Setor de Aplicação de Injetáveis	Encaminhar paciente	Técnico Enfermagem	2	14,1	0,5	0,0	0,5
	Acomodar paciente no leito	Técnico Enfermagem	1		0,2	0,0	0,2
	Aferir sinais vitais	Técnico Enfermagem	2		0,5	0,0	0,5
	Entrevista	Técnico Enfermagem	3		0,7	0,0	0,7
	Encaminhar receita médica até à Farmácia	Técnico Enfermagem	5		1,2	0,0	1,2
	Punção	Técnico Enfermagem	1		0,2	1,6	1,9
	Aplicar medicamentos de pré-infusão	Técnico Enfermagem	2		0,5	18,8	19,2
Central de Manipulação	Paramentação	Farmacêutica	3	23,1	1,2	18,7	19,9
	Higienização	Farmacêutica	10		3,9	9,4	13,3
	Manipulação	Farmacêutica	27		10,4	1,4	11,8
Setor de Aplicação de Injetáveis	Aplicar medicamento principal	Técnico Enfermagem	5	14,1	1,2	-	1,2
	Observação de paciente	Enfermeiro	-	24,8	-	0,0	0,0
	Alta ao paciente	Enfermeiro	2	24,8	0,8	0,1	0,9
	Higienização do leito	Técnico Enfermagem	2	14,1	0,5	1,1	1,5

Fonte: Os Autores, 2018.

Em suma, como resultado do que foi analisado, foi possível mensurar o custo final de todo este processo, o custo de cada atividade, levando em consideração o tempo despendido em cada uma delas, bem como os insumos hospitalares utilizados para realizá-las. Como o custo da atividade ‘recepcionar’, até a atividade ‘encaminhar a receita médica até a farmácia’ se repetem para todos os medicamentos, perfazendo um total de R\$ 6,66 por paciente.

Vale lembrar que o custo para cada aplicação, baseado na metodologia por absorção, é de R\$ 3.438,70 para todos os tipos de medicamentos, ou seja, não reflete a realidade, pois a depender do princípio ativo e da dosagem, principalmente, os custos podem variar muito. Nesta proposta adotada, foi utilizado o custeio baseado nas atividades desenvolvidas em todo o processo de aplicação de medicamento da classe dos imunobiológicos. Embora o custeio por absorção seja mais fácil de ser utilizado, essa metodologia pode distorcer o valor final dos serviços prestados devido aos rateios arbitrários.

A partir da Figura 2 é possível notar que para cada tipo de medicamento imunobiológico e a depender de sua dosagem, o custo pode variar entre o mínimo de R\$ 196,59 para aplicar o medicamento CICLOFOSFAMIDA DE 1.000 miligramas, até o máximo de R\$ 15.648,03 para



cada sessão da terapia. Para aplicar o medicamento REMICADE 500 miligramas, diferentemente do que fora encontrado nos relatórios gerenciais em que, independente do medicamento, o custo médio representava um custo na ordem de R\$ 3.438,70.

Os imunobiológicos subcutâneos embora também sejam onerosos, são menos complexos que os manipulados, pois não passam pelo processo de manipulação. Ao analisar a aplicabilidade do sistema ABC em hospitais Raimundini et al. (2005) chegaram aos resultados de que os hospitais que utilizavam o sistema de custeio tradicional revelavam deficiência na geração de informações, demonstrando variação no custo dos procedimentos, pois o critério utilizado para alocar os custos era arbitrário, indireto e subjetivo. Os autores defendem que a aplicação do sistema ABC gera diversos benefícios, uma vez que as informações são precisas e confiáveis para a gestão e tomada de decisão, além de que a descrição do processo de prestação do serviço possibilita compreender como os custos ocorrem; exigindo um controle interno mais rígido.

Figura 2 - Custo total por cada tipo de medicamento, associado a sua dosagem.

Tipo	Princípio ativo	Dosagem em miligramas	Aplicar medicamento principal	Despesas gerais	Custo total
Imunobiológicos - Manipulados	ACTEMRA	400	2.578,90	81,94	2.735,97
	ACTEMRA	480	3.092,29	81,94	3.249,36
	ACTEMRA	520	3.342,99	81,94	3.500,06
	ACTEMRA	560	3.605,67	81,94	3.762,74
	ACTEMRA	600	3.868,35	81,94	4.025,42
	ACTEMRA	760	4.895,12	81,94	5.052,19
	ACTEMRA	800	5.157,81	81,94	5.314,88
	BENLYSTA	520	2.349,90	81,94	2.506,97
	BENLYSTA	600	2.711,47	81,94	2.868,54
	BENLYSTA	800	3.615,21	81,94	3.772,28
	BENLYSTA	920	4.157,51	81,94	4.314,58
	CICLOFOSFAMIDA	1000	39,52	81,94	196,59
	CICLOFOSFAMIDA	1400	59,50	81,94	216,57
	CICLOFOSFAMIDA	1600	69,49	81,94	226,56
	MABTHERA	1000	10.450,57	81,94	10.607,64
	ORENCIA	500	2.838,67	81,94	2.995,74
	ORENCIA	750	4.258,00	81,94	4.415,07
	ORENCIA	1500	8.516,00	81,94	8.673,07
	REMICADE	200	6.196,38	81,94	6.353,45
	REMICADE	300	9.294,57	81,94	9.451,64
REMICADE	400	12.392,77	81,94	12.549,84	
REMICADE	500	15.490,96	81,94	15.648,03	
Imunobiológicos - Subcutâneos	CIMZIA	200	809,25	34,5	852,87
	CIMZIA	400	1.618,51	34,5	1.662,13
	ENBREL	50	1.267,15	34,5	1.310,77
	ENBREL	100	2.534,30	34,5	2.577,92
	ENBREL	200	5.068,60	34,5	5.112,22
	HUMIRA	40	3.007,28	34,5	3.050,90
	ORENCIA	125	1.115,79	34,5	1.159,41
	SIMPONI	50	3.137,60	34,5	3.181,22

*Fonte: Elaborado pelos autores.



3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método de custeio baseado em atividades demonstrou ser mais eficaz no que tange ao grau de assertividade da informação, tendo em vista que no custeio por absorção os gestores tinham apenas a informação de custo médio, independente de qual medicamento fosse utilizado e qual a dosagem de cada paciente. Conforme notado no custeio ABC, foi possível chegar nesse nível de informação, bem como qual era a atividade mais onerosa em todo o processo de aplicação dos medicamentos, em razão de que cada uma delas possui uma especificidade e custos diferentes, uma vez que para aplicar o medicamento CICLOFOSFAMIDA de 1.000 miligramas custava apenas R\$ 196,59. Já a aplicação do medicamento REMICADE de 500 miligramas, o custo chegava à ordem de R\$ 15.648,03. Valores muito diferentes dos relatórios gerenciais que demonstravam apenas o custo médio de R\$ 3.438,70. Vale destacar que o custo pode variar em decorrência do princípio ativo, dosagem, prescrição médica e também se é manipulado ou não.

Este estudo demonstrou a real diferença entre dois métodos de custeios e que neste caso, para uma tomada de decisão assertiva, é preciso que o gestor tenha em mãos informações precisas, condizentes com a realidade. Caso contrário, ao definir o preço de venda é possível que haja perda de receita ou que o cliente pague um valor superior ao devido, o que não seria justo.

Entretanto, este artigo trata-se de uma análise preliminar. Fica a recomendação para que sejam realizados novos estudos, aprofundando no aspecto dos custos gerais, visto que para efeitos de contabilização e composição do custo final, não foi possível mensurar os gastos reais de cada aplicação com água, luz e despesas gerais. Logo os valores foram alocados aos serviços apenas por um critério de rateio. Ainda assim ficou evidente que o método de apuração ABC se revelou mais assertivo do que o método por absorção, oferecendo ao gestor a tomada de decisão baseada em informações mais precisas e condizentes com a realidade da instituição.

REFERÊNCIAS

ABBAS, K; LEZANA, A. G. R.; MENEZES, E. A. Apuração dos custos nas organizações hospitalares: o método ABC aplicado no serviço de processamento de roupas de um hospital. *Revista FAE*, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 77-97, mai./ago. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2VFTEM2>. Acesso em: 13 maio. 2018.

APPOLINÁRIO, F. *Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas, 2004.



BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. *Fundamentos de Metodologia: Um Guia para a Iniciação Científica*. 2 ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BORNIA, A. C. *Análise Gerencial de Custos: Aplicação em Empresas Modernas*. Porto Alegre: Bookman, 2002.

CHING, H. Y. *Gestão baseada em custeio por atividades: ABM - Activity Based Management*. São Paulo: Atlas, 1995.

COGAN, S. *Activity-based costing (abc): A poderosa estratégia empresarial*. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1994.

KAPLAN, R.; COOPER, R. *Custo e desempenho: administre seus custos para ser mais competitivo*. Trad. O.P. Traduções. São Paulo: Futura, 1998.

LEONCINE, M.; BORNIA, A. C.; ABBAS, K. Sistemática para apuração de custos por procedimento médico-hospitalar. *Produção*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 595-608, jul./set. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2XaMNqk>. Acesso em: 17 fev. 2018.

LEONE, G. S. G. *Custos: Planejamento, implantação e controle*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINS, E. *Contabilidade de custos*. 10 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATOS, Afonso José De. *Gestão de custos hospitalares: Técnicas, análises e tomada de decisão*. 3 ed. São Paulo: STS, 2002.

RAIMUNDINI, S. L. et al. Análise da aplicabilidade do sistema ABC em hospitais e congêneres. *Contabilidade Vista e Revista*, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 29-42, ago. 2005. Disponível em: <https://bit.ly/2VutTJq>. Acesso em 23 jul. 2018.



OUVIDORIA E SAÚDE: a transformação de mercadoria em direito social

OMBUDSMAN AND HEALTH: the transformation of a commodity in social rights

📍 Margareth Mauricio Monteiro

Instrutora de Treinamentos nas áreas de Marketing de Serviços, Ouvidoria e Gestão & Liderança. Graduação em Comunicação Social pela UNISUAM (1990), pós-graduação em Marketing pela ESPM (1992), especialização Administração Estratégica de Empresas pela UNESA (200) e Mestranda em História, Política e Bens Culturais pela FGV, com o projeto “Ouvidoria e Saúde Suplementar”.



RESUMO

O texto objetiva apresentar a Ouvidoria na Saúde como um caminho possível à vulnerabilidade do indivíduo na busca de um atendimento mais humanizado, garantindo direitos sociais e, principalmente a busca da cidadania. Sugere uma reflexão para a tendência mercadológica de transformar pessoas e a própria saúde em mercadoria. Neste caminho valores são ressignificados e o sujeito transformado em objeto de consumo. O referencial teórico adotado foi principalmente as análises do sociólogo e filósofo Zygmunt Bauman no livro Vida para Consumo.

Palavras-chave: Ouvidoria. Saúde. Mercadoria. Sociedade de consumo. Direitos Sociais.

ABSTRACT

The text aims to present the Ombudsman's Office in Health as a possible way to the vulnerability of the individual in the search for a more humanized service, guaranteeing social rights and, mainly, the search for citizenship. It suggests a reflection on the market trend of turning people and their own health into merchandise. In this way, values are redefined and the people transformed into consumption objects. The theoretical reference adopted was mainly the analyzes of the sociologist and philosopher Zygmunt Bauman in the book Consuming Life.

Keywords: Ombudsman. Health. Merchandise. Consumer Society. Social Rights.



1 INTRODUÇÃO

O tema Saúde vem sendo debatido em várias esferas de poder como governos e setores privados. Apesar da Constituição Federal brasileira de 1988 garantir o direito à saúde para todos, o tema ainda é bastante desafiador. Por outro lado, equilibrando-se entre o controle social e a garantia de informações e direitos de cidadãos, estão as Ouvidorias públicas e privadas que atendem ao setor de saúde, hoje estão regulamentadas e são indissociáveis do processo democrático e garantia de cidadania.

O contexto de análise deste artigo propõe pesquisar a relevância da prestação de serviços da Ouvidoria na Saúde como espaço dialógico para a promoção da cidadania, a ressignificação de valores hoje ditados pelo mercado de consumo e as dificuldades em se promover o estado de bem-estar social. A reforma sanitária entre as décadas de 70/80 teve como uma de suas bandeiras a participação da sociedade civil na política, criando oportunidades para a participação social segundo Machado e Borges (2017). As Ouvidorias, quando devidamente aparelhadas para exercerem suas atribuições de forma efetiva e autônoma, podem oferecer espaços mais isentos, onde o discurso pode acontecer numa relação de confiança e ajudar na garantia de direitos sociais.

Estas reflexões surgiram a partir da experiência teórica e prática de mais de dez anos de atuação na área de Ouvidoria da Saúde e treinamentos desenvolvidos na mesma área. Um posicionamento tipo *insider*,¹ principalmente nos treinamentos ministrados para Ouvidores, trouxe algumas inquietações e ajudou a observar comportamentos, desafios, perspectivas e limitações de Ouvidores que trabalham na área da Saúde. Para este artigo optou-se pela metodologia de pesquisa bibliográfica, documental e exploratória. O caráter exploratório da pesquisa deve-se ao fato do tema e problemática serem assuntos que podem suscitar um vasto campo de investigação futura por parte de pesquisadores, pois o tema ainda continua pouco explorado. Para Gil “as pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.” (GIL, 2008, p. 27).

O principal enquadramento teórico utilizado foi Zygmunt Bauman. No seu livro *Tempos Líquidos* (2007), o sociólogo polonês destaca como se processam as relações sociais

¹*Insider*: o pesquisador opera incógnito. Assume uma identidade no interior do grupo que estuda e age como se fosse um membro (ALONSO, A. Sesc, São Paulo, SP/CEBRAP, 2016, p. 11).



contemporâneas no que chamou de “modernidade líquida”,² onde o objeto central de análise foi a sociedade em que vivemos atualmente, em que as relações sociais se transformam de maneira muito rápida e imprevisível. Esse conceito ajudará a explorar melhor outra obra de Bauman, *Vida para Consumo: A Transformação das Pessoas em Mercadoria*, em que o autor apresenta sua visão da sutil e gradativa transformação dos consumidores em mercadoria. As pessoas são percebidas e se percebem elas próprias como um produto, uma mercadoria. Essa objetificação do sujeito se articula com o tema desta pesquisa, na medida em que as Ouvidorias pretendem ser um espaço onde a reclamação é um direito social e onde o espaço de fala e acolhimento é essencial num processo mais humanizado nas relações. Na área da saúde isso é ainda mais sensível para o indivíduo no enfrentamento do emaranhado de diagnósticos, regulamentações e profusões de termos técnicos ligados à medicina e à saúde, além das dificuldades de acesso ao serviço, principalmente no setor público. Dialogando com as reflexões de Bauman, complementaremos o conceito teórico com o conceito do “Mundo da Vida” do filósofo Jürgen Habermas, pensador da teoria crítica da Escola de Frankfurt trazendo seu conceito de racionalidade comunicativa para ajudar a estabelecer novas relações sociais.

O artigo seguirá a seguinte estrutura: A objetificação do indivíduo, onde tomaremos o conceito de Bauman sobre as peculiaridades da sociedade nos dias atuais e como isso afeta o indivíduo. A saúde: de direito social a objeto de consumo, que trata do ideal constitucional de garantir assistência à saúde para todos, mas que sucumbe à sociedade de consumo. A Ouvidoria transformando mercadoria em direito social, que aponta um caminho para o retorno da humanização do sujeito. Considerações finais.

2 A OBJETIFICAÇÃO DO INDIVÍDUO

Na sociedade a todo tempo precisamos reorganizar nossa escala de valores em função dos diversos estímulos. Honestidade, respeito, empatia, confiança, integridade, ética, transparência e liberdade são alguns exemplos. Para Bauman, a sociedade moderna busca de forma inequívoca por prazer, imediatismo, novas experiências e valores. (BAUMAN, 2007). No entanto, valores não são criados, mas são ressignificados, revisitados ou hierarquizados de

²“Fluidez” é a qualidade de líquidos e gases. (...) Os líquidos, diferentemente dos sólidos, não mantêm sua forma com facilidade. (...) Os fluidos se movem facilmente. Eles “fluem”, “escorrem”, “esvaem-se”, “respingam”, “transbordam”, “vazam”, “inundam” (...) Essas são razões para considerar “fluidez” ou “liquidez” como metáforas adequadas quando queremos captar a natureza da presente fase (...) na história da modernidade.” (BAUMAN, 2007, Prefácio. *Tempos Líquidos*). Segundo Bauman, na era sólida, até por volta da primeira metade do século XX, valores se transformavam de forma mais lenta e previsível. Após esse período, sai de cena o coletivo, o solidário e entra o individualismo.



acordo com as organizações sociais levando-se em conta o período histórico e conjuntural de uma sociedade. Existe hoje um temor por uma crise de valores, pois ela afeta a humanidade que passa a viver de forma mais violenta e individualista. Somos estimulados a pensar que desfrutamos do valor da liberdade convivendo com vasta tecnologia, globalização em franca ascensão, diversidade etc. Mas essa liberdade, tanto valorizada hoje, está ameaçada pelo excesso, onde os que não se integram e respondem rapidamente aos estímulos gerados por redes sociais, para ficar num só exemplo, correm o risco de sofrer “uma morte social” (BAUMAN, 2008, p. 9).³ Somos de fato livres para fazer escolhas ou apenas estamos respondendo a estímulos que nos bombardeiam diariamente? E, se não somos capazes ou não estamos dispostos a acompanhar tais estímulos, corremos o risco do ostracismo. O ser humano estudado nas ciências sociais se recusa a ser objeto, como identificamos vários deles nas ciências exatas. Máquinas e equações matemáticas dão geralmente resultados previsíveis, enquanto os seres humanos tomam decisões complexas, são capazes de analisar situações diferenciadas, negociar, desenvolver empatia ou compaixão para em seguida agir ou reagir conforme sua consciência, cultura e entendimento. Somente os seres humanos são capazes de negociar valores, para o bem ou para o mal. Nesse sentido, somos testemunhas do risco da legitimidade que está sendo alcançada quando alguns desses valores estão sendo postos à prova e ressignificados como na sociedade líquido-moderna identificada por Bauman. Estamos sendo estimulados a cada dia a fazer novos pactos sociais, mas isto tem um preço a ser pago.

Zygmunt Bauman (2008), alerta em seu livro *Vida para Consumo*, para um risco em curso, e que tem avançado com sucesso, arditamente pensado e planejado, que é uma tentativa de comoditização do indivíduo. Ou seja, sai de cena o sujeito e sua subjetividade e assume o consumidor. As relações sociais hoje, ao contrário da sociedade de produtores, que assegurava solidez, durabilidade e segurança, são baseadas no consumo. O consumo é o que vai ditar os novos arranjos sociais. É o que vai influenciar o que as pessoas pensam de si mesmas e como projetam esta imagem no outro. A avidez com que se busca a satisfação pessoal, sempre insaciável, está diretamente relacionada ao consumo crescente e não à satisfação de necessidades reais. O consumo muda a forma como clientes vão se relacionar com empresas. A ordem agora é consumir, usar, descartar e substituir rapidamente. Como afirmam economistas, o mais importante é fazer a “economia girar” e crescer o Produto Interno Bruto-PIB. Os clientes ou consumidores precisam ser hierarquizados de acordo com seu potencial de

³Bauman se refere a jovens da Coréia do Sul que tem a rotina cerceada pela vida eletrônica ou cibervida na companhia de computadores e celulares. Aqueles que não se integram a este modelo correm o risco de sofrer uma “morte social”.



consumo de forma a serem classificados como mais ou menos valiosos, de acordo com sua capacidade para o consumo relacionado à quantidade de dinheiro, crédito e sua avidez pelas compras. Desta forma, consumidores mais valiosos, segundo esses critérios, recebem promessas de um atendimento diferenciado e exclusivo nas organizações, em detrimento daqueles menos valiosos. Esta nova concepção de hierarquia para o consumo também é refletida na forma como o Estado vai se relacionar com seus cidadãos. Bauman cita, por exemplo, a política de imigração de um ministro britânico, onde haveria um “sistema de pontuações” destinado a atrair os melhores e mais inteligentes de acordo com as necessidades do país e repelir os indesejáveis. Estava criado, portanto, uma política de seleção de seres humanos de acordo com regras e demanda de mercado. O modelo da relação cliente-mercadoria se tornou o modelo da relação entre as pessoas e, igualmente o descarte delas em nossa sociedade.

“Consumir”, portanto, significa investir na afiliação social de si próprio, o que, numa sociedade de consumidores, traduz-se em “vendabilidade”: obter qualidades para as quais já existe uma demanda de mercado, ou reciclar as que já possuem, transformando-as em mercadorias para as quais a demanda pode continuar sendo criada. (BAUMAN, 2008, p. 75)

Toda essa malha interdependente de uma sociedade de consumo mascara um objetivo real e também perverso que é aliciar, estimular ou forçar as pessoas a promover uma mercadoria atraente e desejável. Fazem o possível e envidam todos os esforços para valorizar no mercado os produtos que estão vendendo. E esses produtos que estão expostos no mercado são elas mesmas. “O teste em que precisam passar para obter os prêmios sociais que ambicionam exige que remodelem a si mesmos como mercadorias” (BAUMAN, 2008, p. 13).

Portanto, a transformação das pessoas em mercadoria afeta diretamente sua identidade como cidadãos, como indivíduos, como humanos, parte de uma sociedade e carregados de subjetividade. Admite-se, portanto, uma nova releitura para valores morais e éticos. Este sistema voltado à produção, onde as ações individuais são estrategicamente pensadas em prol do sucesso individual, desconsidera o que o filósofo Habermas chamou de o “Mundo da Vida”,⁴ onde através da ação comunicativa entre grupos e indivíduos, haveria harmonia de interesses,

⁴Os componentes estruturais do mundo da vida são: a cultura (conhecimento), a sociedade (ordem legítima) e a personalidade (identidade individual). "Chamo cultura ao acervo de saber; em que os participantes na comunicação se abastecem de interpretações para entender-se sobre algo no mundo. Chamo sociedade as ordenações legítimas através das quais os participantes na interação regulam suas pertinências a grupos sociais, assegurando com isso a solidariedade. E por personalidade entendo as competências que permitem a um sujeito ser capaz de linguagem e de ação, isto é, que o capacitam a tomar parte no processo de entendimento e para afirmar neles sua própria identidade" (Habermas, 1987:196, v. 2).



consenso e resgate de valores. Hoje o “Mundo da Vida” está submetido ao “Sistema”, quando deveria ser o oposto, como defende Habermas (1987 apud TENÓRIO, 1998, p.11).

Bauman adverte que tentar encontrar mais afetuosidade e solidariedade na sociedade líquido-moderna não figura nos planos do que o sociólogo chamou de utopia consumista e que o consumidor acostumado a performances-solo, sempre precisa de mais e nunca tem o bastante.

O espaço de que os consumidores líquido-modernos necessitam, e que são aconselhados de todos os lados a obter lutando e a defender com unhas e dentes, só pode ser conquistado se expulsando outros seres humanos – em particular os tipos de indivíduos que se preocupam e/ou podem precisar da preocupação dos outros. (BAUMAN, 2008, p. 68)

É neste tipo de sociedade onde as interações sociais são revistas que surge a crença de que os avanços científicos e tecnológicos na saúde podem dar conta também de ansiedades e angústias humanas. Num cenário objetivo, lógico e modular não há muito espaço para a fragilidade, a subjetividade e a preocupação legítima com o outro, pior ainda, como afirma Bauman, o espaço só poderá ser conquistado expulsando outros seres humanos, em especial os tipos de pessoas que se preocupam e/ou podem precisar da preocupação ou do cuidado do outro. A empatia e compaixão são extintas e valores morais são desconsiderados em nome de causas bem articuladas e justificativas também, para o contexto social vigente. Não por coincidência é a exata condição de cidadãos em relação à área da saúde. Diferentemente de outros negócios e indústrias, todos os cidadãos, em alguma medida, são ou serão inevitavelmente consumidores dos serviços de saúde. Nessa linha de reflexão Oliveira, Collet e Vieira destacam a importância de se abrir um espaço dialógico para a humanização na saúde:

Nesse sentido, humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade. (OLIVEIRA; COLLET E VIEIRA, 2006, p. 9).

A centralidade no usuário, o vínculo e a integralidade na atenção à saúde mais do que nunca são relativizados na sociedade de consumidores. A solidariedade, que implica em cooperação e ajuda mútua entre as pessoas, assume contornos próprios numa perspectiva solitária em que cada um, individualmente se torna responsável por sua própria dor e sofrimento.



3 A SAÚDE: DE DIREITO SOCIAL A OBJETO DE CONSUMO

No século XIX, o Liberalismo retirou a participação do Estado na economia. No século XX este modelo entra em declínio, agravado pela crise de 1929, decorrente da superprodução que o mercado foi incapaz de absorver. A solução se deu em função da retomada do Estado, incluindo políticas sociais. A partir da década de 30, o Estado se torna responsável por promover a defesa social – Estado de bem-estar social. Países europeus foram os primeiros a incorporar o novo modelo para a social democracia. Até hoje países como Dinamarca, Noruega, Suécia e Finlândia tem os melhores Índices de Desenvolvimento Humano-IDH. Veio reforçar este conceito a ideia de cidadania, onde os indivíduos são dotados de direitos sociais. Na segunda metade do século XX nasceria o Estado neoliberal, onde os indivíduos perdem parte dos direitos sociais conquistados. Para Bauman (2008), o Estado reduz suas funções e muitas delas são delegadas à iniciativa privada e passam a ser responsabilidade dos indivíduos; aumentam as desigualdades sociais e as incertezas. Os indivíduos devem lutar para se inserir numa sociedade cada vez mais desigual econômica e socialmente. Os empregos estão mais voláteis e o futuro incerto. No Brasil nas décadas de 70 e 80 apostou-se no modelo de bem estar social, porém com um viés mais assistencialista, o que não resultou diretamente no aumento do IDH, nem na redução da pobreza. Governos recentes investiram no Estado como direcionador de bem-estar social, mas políticas públicas sociais ainda carecem de melhor administração no país.

A Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em Ottawa no Canadá em 1986, estabeleceu pré-requisitos para a promoção de saúde. Por promoção de saúde entende-se que seria capacitar a comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida. O objetivo é atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social dos indivíduos. As condições e recursos fundamentais para a saúde então, seriam: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Este último aponta para a distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. O Brasil é um dos países signatários da carta de Ottawa e que seus princípios serviram de base para estabelecer os marcos constitucionais para a saúde (CF/1988). Ao reconhecer a saúde como direito social fundamental, o Estado obrigou-se à formulação de políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde e, posteriormente a criação do Sistema Único de Saúde-SUS, o sistema público de saúde brasileiro.⁵

⁵A implantação do Sistema Único de Saúde-SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde); depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº



Entretanto, os anseios idealizados na carta de Ottawa ainda estão distantes da realidade em vários países e particularmente no Brasil no que diz respeito à saúde. O paciente/usuário transformou-se num ser incapaz, despercebido, ignorado no contexto das políticas de saúde, não raro excluído. É seu direito obter o máximo de informações do que acontece consigo e no que se refere a sua patologia e, quando isso é negado ao indivíduo, ele se fragiliza e é de certa forma, excluído do processo de restabelecimento de sua própria saúde. No campo social é preciso assegurar condições de moradia, amplo acesso à higiene e saneamento, vacinação, além de educação, informação e apoio através de políticas sociais que possam garantir estas condições. Isso é assegurar cidadania.

Nos serviços de saúde pública, a desigualdade social, a falta de infraestrutura, a falta de profissionais de saúde e equipamentos, torna o processo perverso em hospitais e atendimentos, principalmente para a população mais carente que depende exclusivamente do SUS num país de dimensões continentais. O grande desafio é manter o financiamento e a sustentabilidade do setor. Com a população envelhecendo e recursos cada vez mais limitados, não é difícil prever mais filas de espera, mais superlotação, mais falta de leitos, mais obsolescência de equipamentos. Portanto, o progresso científico da medicina não estará acessível a todos os indivíduos dependentes deste tipo de serviço. Na “sociedade de consumidores no Brasil, observa-se que o indivíduo recorre ao SUS enquanto ainda não possui recursos próprios, e assim que consegue uma inserção social como consumidor, migra para o mercado (...)”. (CARON et al, 2015, p.146).

Segundo divulgado pela Organização Pan Americana de Saúde/OMS, “o Relatório Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil, publicado pelo Banco Mundial no final de 2018, o gasto total em Saúde no Brasil é de cerca de 8% do PIB; 4,4% do PIB são de gastos privados (55% do total) e 3,8% PIB de gastos públicos (45% do total). O documento destaca que mesmo o país tendo um sistema de saúde público universal, o gasto privado em saúde no Brasil é superior ao gasto público, diferentemente do padrão de países desenvolvidos com sistemas parecidos, como o Reino Unido e a Suécia”.

Nos serviços privados, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS,⁶ o setor brasileiro de planos e seguros de saúde é um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo. Pesquisa realizada pelo Ibope para o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar-IESS,

99.060, de 7 de março de 1990); e, por fim, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS. História da criação do SUS. Disponível em: <https://bit.ly/2CkA11T>. Acesso em: 03 abr. 2019.

⁶Criada a partir de setor específico do Ministério da Saúde, coube à ANS cumprir a Lei nº 9.656, editada em junho de 1998. A Agência nasceu pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como instância reguladora dos planos e seguros privados de assistência à saúde.



publicada em reportagem pela Agência Brasil em 2017, concluiu que a aquisição de planos de saúde é a terceira “conquista mais desejada pelos brasileiros”, perdendo apenas para educação e casa própria. Como mercadorias, a saúde, a educação e o acesso à moradia viram “itens de desejo” como se bens materiais fossem e não direitos sociais salvaguardados pela Constituição Federal de 1988. O agravante é que na prática cotidiana esses “produtos” estão disponíveis a uns e não a outros pela lógica de mercado da sociedade líquido-moderna, consumista e imediatista, identificada por Bauman. (BAUMAN, 2008).

Hoje o modelo de saúde suplementar⁷ não consegue atender as lacunas e deficiências da saúde pública, no sentido de ser complementar a ela, nem tampouco contemplar de forma eficiente todas as necessidades da população de aproximadamente 47 milhões de usuários que ainda pode arcar com os custos de um atendimento intermediado por operadoras de planos de saúde privados.⁸ Clientes e/ou usuários também padecem da hierarquização na “sociedade de consumidores.” Aqueles que pagam mais são mais valiosos e podem usufruir de condições melhores de atendimento, rede de prestadores de serviços (hospitais, laboratórios etc) mais abrangente, enquanto os “menos valiosos”, que pagam menos, tem acesso bem mais restrito aos serviços, inclusive com restrições geográficas de atendimento dentro do país. Apesar desta população se encontrar em situação um pouco mais satisfatória do que àquela que depende de serviços públicos exclusivamente, considerando que os planos privados figuram como mercadoria de desejo por serem percebidos pelos consumidores como capazes de oferecer melhores serviços de saúde, o modelo de negócio estabelecido para a saúde privada parece dar sinais de esgotamento. O setor privado de assistência à saúde funciona com margens apertadas, evolução tecnológica crescente exigindo investimentos altos, boa parte de planos privados de saúde são contratados por empresas do mercado corporativo para atender a funcionários e seus dependentes, e ter mais de 13 milhões de desempregados hoje no Brasil, afeta diretamente o segmento. O alto volume de ações judiciais na saúde, também compromete diretamente o orçamento. Somente em 2017 o gasto das operadoras de saúde do setor privado com ações judiciais foi de R\$ 1,6 bilhão, segundo a Associação Brasileira de Planos de Saúde-Abramge.

Este cenário ajuda a revelar que a solução das mazelas sociais ligadas à saúde passa também por transformá-la em mercadoria, e não num objetivo sócio econômico a ser atingido por um país que deseja a integralidade de sua cidadania, através de um melhor IDH. Uma

⁷De acordo com a ANS, a saúde suplementar passou a conviver com o sistema público, consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nascido a partir da Constituição Federal de 1988. Com o SUS, a saúde foi legitimada como um direito da cidadania, assumindo status de bem público.

⁸Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS. Dados atualizados até 04/2019.



evidência exposta com interferência direta na qualidade de vida da população, minando seu desenvolvimento social e econômico. A desumanização do indivíduo, traduzida pela falta de acesso integral à saúde, tornam as pessoas impotentes e reféns de uma realidade distante do ideal de bem-estar social.

Mais uma vez é o “Mundo da Vida”, ou a vida e suas peculiaridades mais elementares, submetida ao “Sistema”, mais ligado ao poder e ao controle do que à sociabilidade. É o mercado ditando regras em detrimento da honestidade e intersubjetividade, implantada por procedimentos comunicativos, com base na razão dialógica, os quais validariam as ações sociais pelo critério democrático, segundo nos adverte o sociólogo e filósofo Habermas.⁹

4 A OUVIDORIA TRANSFORMANDO MERCADORIA EM DIREITO SOCIAL

A legitimação no “Mundo da Vida” dependeria de uma “situação ideal de discurso” pela qual “a tentativa racionalmente motivada de chegar a um acordo está protegida da repressão interna e externa, e todos têm a mesma possibilidade de apresentar argumentos e de rebatê-los” (INGRAM, 1987, p. 43 apud GOMES, 2016, p. 21). A situação ideal de discurso só é possível num espaço neutro, imparcial, transparente, que transmita confiança, que visem exclusivamente à prática democrática, onde cidadãos e consumidores possam ser capazes de exercer seus direitos subjetivos sejam eles na esfera pública ou privada. Nessas condições, aliada a uma responsabilidade que possibilite corrigir e evitar problemas e dotada de uma autonomia administrativa, funcional e financeira estariam as Ouvidorias.

A Ouvidoria tem como principal atribuição atuar em defesa dos direitos contratuais dos clientes ou consumidores na esfera privada e, na pública atua no diálogo entre cidadãos e a administração pública. Busca garantir soluções éticas e de qualidade, bem como evitar a ocorrência de ações judiciais e danos à imagem de uma organização. É também agente de controle social na prestação de serviços públicos. Atua como um porta-voz do cliente ou cidadão, além de funcionar como consultora interna, levando sugestões de mudanças, revisão e até a criação de novos processos ou políticas públicas, estabelecendo um ciclo de melhoria contínua. De acordo com a Associação Brasileira das Relações Empresa Cliente-ABRAREC a missão de uma Ouvidoria é assim descrita:

A Ouvidoria tem como missão promover, de forma permanente, o acolhimento ao cidadão, reconhecendo-o como pessoa, como sujeito pleno de direitos. Assim, deve

⁹“Chamo comunicativas às interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação, o acordo em cada caso medindo-se pelo reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade” (Habermas, 1989, p. 79).



ser percebida como agente de realização dos direitos do cidadão dentro da Instituição à qual pertence, atuando por meio da mediação e do diálogo aberto. Essa missão é determinante para que a Ouvidoria tenha seu foco no processo de interlocução entre o cidadão e a organização por ela representada, garantindo que as manifestações possam efetivamente contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, bem como o aperfeiçoamento de gestão. (ABRAREC, 2015, p. 14).

No começo do século XIX a Suécia instaura pela primeira vez o cargo de ombudsman que significa representante do povo. Esse funcionário era responsável por receber críticas e sugestões dos cidadãos sobre a administração pública. Na metade do século XX é que outros países seguiram o exemplo sueco, criando este tipo de função para zelar pelos interesses dos cidadãos. No Brasil, o surgimento da ouvidoria está relacionado à implantação da administração colonial. Em meados do século XVI, foi nomeado o primeiro Ouvidor-Geral, para figurar como os “ouvidos do rei” e para garantir, como órgão do sistema de justiça, a rigorosa aplicação das leis da metrópole. Com o processo de emancipação do país, esse instituto português acabou por ser extinto após a declaração de independência do Brasil, em 1822, segundo a Ouvidoria do Governo Federal. Na década de 80, no movimento de redemocratização do Brasil, as Ouvidorias iriam ressurgir mais aos moldes da Ouvidoria sueca. A Prefeitura de Curitiba, no Paraná foi a primeira a implantar uma Ouvidoria pública em 1986. Na saúde, especificamente, a Constituição Federal de 1988, traz a participação do cidadão nos Serviços de Saúde. Em 1999 em São Paulo, através da Lei 10.294 foram criadas as Ouvidorias da Saúde tendo o Decreto 60.399 de 2014 estabelecido diretrizes e competências. Na Saúde Suplementar ou privada a Resolução Normativa 323 de 2013 da ANS regulamenta a obrigatoriedade das Ouvidorias para Operadoras de planos privados de assistência à Saúde.

Quando se garante o acesso à informação, se assegura outros direitos como saúde, educação e assistência. O indivíduo se empodera, tem sua autoestima preservada e entende com mais clareza seu papel social com direitos, mas também, e não menos importante, seus deveres. A criação das Ouvidorias proporciona o direito ao acesso à informação, necessária ao processo democrático. A informação deve vir dos cidadãos ou consumidores de forma que possam exercer controle social e cobrar seus direitos em relação aos serviços prestados, bem como devem conhecer de igual forma motivações ou restrições institucionais a pleitos submetidos a uma análise mais isenta, que é um dos papéis das Ouvidorias. Como afirma Comparato:

À medida que as ouvidorias públicas são criadas e o direito ao acesso à informação é implementado, as informações chegam aos cidadãos e passam a fluir nos dois sentidos, que são necessários para a realização da democracia. A informação deve fluir de cima para baixo para que os governados possam conhecer, avaliar, supervisionar as ações dos funcionários e dos governantes; e de baixo para cima, na forma do controle social exercido pelos cidadãos sobre o governo. (COMPARATO, 2016, p. 49).



Neste espaço pensado para o acolhimento dos indivíduos encontra-se também o subjetivo, o que não é expresso em palavras, o emocional e, apresenta-se dessa forma um anseio humano fundamental que é o de ser ouvido, de ser considerado. Há um grande desequilíbrio de poder nas relações sociais no que se refere à saúde. O indivíduo visto como paciente tende a ser tratado como objeto, vulnerável, desprovido de interesses, desejos e subjetividade. No entanto, o ser humano se recusa à condição de objeto e é neste sentido que vai se desenrolar sua complexidade e evidenciar sua humanidade.

Existem diversos interesses envolvidos na prática da prestação de serviços de saúde tanto públicos, quanto privados. Mas por outro lado, a prática de ouvir o sujeito sem pré-julgamentos desencadeia um ciclo virtuoso no qual tolerância, respeito e honestidade estão presentes. O ato de ser ouvido devolve ao indivíduo o seu papel social, e o interlocutor precisa estar atento aos detalhes sem demonstração de qualquer tipo de poder sobre o outro que fala, abrindo espaço para as angústias que o afetam. A saúde certamente é uma das áreas mais sensíveis a este tipo de interferência onde o valor confiança é o sustentáculo desta relação.

A Organização Mundial da Saúde-OMS define saúde como "o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade". O processo de mercantilização da saúde no Brasil parece estar longe de uma solução de curto ou médio prazo. Além disso, precisam ser enfrentados os desafios inerentes ao século XXI com crescimento e envelhecimento populacional, por exemplo, o problema inquietante, em face da "angústia moral e do desassossego político" como disse Fernando Pessoa em Bernardo Soares. As Ouvidorias, portanto, com seu trabalho ainda muito restrito, mas devidamente apoiadas pelas estruturas de poder, podem ajudar a criar uma rede de sustentação para aqueles que a procuram e, se tornarem desta forma, um espaço de cidadania, salvaguardando direitos sociais, deixando de silenciar nos seres humanos aquela assustadora "responsabilidade pelo Outro" que nasce cada vez que a face desse Outro aparece. (BAUMAN, 2008. p.68-69).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transformação das pessoas em mercadoria é o segredo mais bem guardado da sociedade de consumo, como afirma o sociólogo Bauman. Existe hoje na sociedade moderna uma crise de valores éticos e morais que podem levar à solidão, crueldade e completa falta de reciprocidade e solidariedade, condição essencial para seres humanos. Valor nesta nova realidade significa "consumir e ser consumido". O problema atinge maior grau de criticidade quando serviços essenciais à manutenção da vida, como a saúde, também entram na categoria



de mercadoria. Acentua-se o abismo da desigualdade social e mesmo entre os que podem considerar-se não participantes desta estratificação social, não deixam de estar vulneráveis em suas necessidades e desejos.

Os princípios contidos no trabalho da Ouvidoria reconhece a forma de organização que pode contribuir para a participação social, evidencia este instrumento de amadurecimento democrático, na medida em que canaliza um diálogo entre governantes e governados, consumidores e organizações e, portanto, deve ser considerado em países como o Brasil em que a democracia ainda é jovem e imatura, como um extraordinário instrumento de educação no exercício do aprimoramento democrático.

A participação da sociedade civil na esfera pública ou privada diminui o distanciamento entre as esferas decisórias de poder e as necessidades de cidadãos. Objetiva lutar para que se cumpram deveres de propiciar assistência, educação, saúde e demais serviços sociais com qualidade, e para todos, em direção a um projeto que privilegie relações de harmonia de interesses. É importante que as Instituições de Saúde, sejam elas públicas ou privadas, reconheçam a contribuição que as Ouvidorias podem dar, não somente aos cidadãos e consumidores na solução de suas manifestações e/ou reclamações, mas também as próprias organizações na medida em que podem ajudar a estabelecer um processo de melhoria contínua, pesquisando as deficiências de processos e procedimentos, zelando pela reputação da instituição e até auxiliando na redução de custos quando evita um desgaste litigioso.

Certamente estas reflexões não terminam aqui. Há lacunas a serem exploradas nesta pesquisa que podem trazer novos elementos passíveis de uma análise mais criteriosa, que merece atenção e uma investigação mais detalhada e profunda sobre o tema. A literatura nos oferece trabalhos acadêmicos que exploram bem o tema da Saúde e do canal de fomento ao diálogo social que representam as Ouvidorias públicas. Mas ainda há incompletudes a serem pesquisadas no que se refere às Ouvidorias da Saúde Suplementar para planos privados de assistência, que podem ser mais bem explorados no campo da pesquisa científica. As unidades de Ouvidorias não devem ficar restritas aos esforços individuais de Ouvidores, na tentativa de levar informações corretas, corrigir desvios e resguardar direitos sociais, mas, acima de tudo, precisam ser reconhecidas pela alta gestão como áreas legitimadoras de cidadania e toda a complexidade e relevância que pode significar esta palavra neste país. Humanizar as relações sociais tão vulneráveis no modelo atual de sociedade contemporânea regida pelo avanço tecnológico, parece ser tão urgente quanto conter a tendência inibidora das relações interpessoais e preocupações com o bem-estar social.



REFERÊNCIAS

- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Portal ANS. Disponível em: <http://ans.gov.br/>. Acesso em: 05 jan 2019.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS RELAÇÕES EMPRESA CLIENTE - ABRAREC. *Manual de Boas Práticas Ouvidorias Brasil*. São Paulo, SP, 2015. 80 p. Disponível em: <https://bit.ly/2FLD0AL>. Acesso em: 12 jan 2019.
- BAUMAN, Zygmunt. *Vida para consumo: A transformação das pessoas em mercadorias*. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BAUMAN, Zygmunt. *Tempos Líquidos*. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).
- CARON, Eduardo, LEFÈVRE, Fernando, LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. Afinal, somos ou não somos uma sociedade de consumo? Consequências para a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20 (1) 145-153, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2XweBcb>. Acesso em: 19 jun 2019.
- CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <https://bit.ly/2bVDHbN>. Acesso em: 10 jun 2018.
- CRUZ, Fernanda. Plano de saúde é a terceira conquista mais desejada pelos brasileiros. *Agência Brasil*. Publicado em 26/06/2017 às 12:53h. São Paulo. Disponível em: <https://bit.ly/2s9ZmHj>. Acesso em: 10 maio 2019.
- GASPARETTO JUNIOR, Antônio. *Estado de bem-estar social*. Sociedade. InfoEscola. Disponível em: <https://bit.ly/2JTNz9f>. Acesso em: 05 jun 2018.
- GIL, Antônio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6ª Ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008.
- MACHADO, Felipe Rangel de Souza; BORGES, Camila Furlanetti. Análise do componente ouvidoria na implementação da política de participação no SUS no estado do Rio de Janeiro. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 19, n. 44, p. 360-389, jan. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2XtqtMj>. Acesso em: 09 jun 2019.
- MENEZES, Ronald do Amaral; CARDOSO, Antônio Semeraro Rito. *Ouvidoria pública brasileira: reflexões, avanços e desafios*. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-Ipea. Brasília, 2016, 231 p.
- OFICINA RESOLVE. *Filosofia - Jürgen Habermas - Oficina do estudante*. 2016. (7m33s) Disponível em: <https://bit.ly/2YfKmmW>. Acesso em: 20 jun 2018.



OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa; VIERA, Cláudia Silveira. A humanização na assistência à saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, abr. 2006. Disponível em: <https://bit.ly/2INqTVo>. Acesso em: 19 jun 2019.

RIO DE JANEIRO. Resolução Normativa 323 de 03 de abril de 2013. Dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <https://bit.ly/2xovwix>. Acesso em: 15 jun 2018.

SÃO PAULO. Lei 10.294 de 20 de abril de 1999. Dispõe sobre a proteção e defesa do usuário do serviço público do Estado. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://bit.ly/2up3f9U>. Acesso em: 15 jun 2018.

SÃO PAULO. Decreto 60.399 de 29 de abril de 2014. Dispõe sobre a atividade das Ouvidorias instituídas pela Lei nº 10.294, de 20 de abril de 1999. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://bit.ly/2Ft4Vp0>. Acesso em: 15 jun 2018.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. Gestão social, uma perspectiva conceitual. *Revista de Administração Pública-RAP*. Repositório FGV de Periódicos e Revistas. v. 32, n. 5, 1998.



GERENCIAMENTO DE RISCO E VISITAS DA QUALIDADE NO HOSPITAL

RISK MANAGEMENT AND QUALITY'S VISIT AT THE HOSPITAL

📍 **Diego Augusto Lopes Oliveira**

Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pelo programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem UPE/UEPB.
E-mail: diegoaugusto.enf@gmail.com.

📍 **Priscila Monteiro Tavares de Lavor**

Enfermeira de Gestão da Qualidade / Presidente do Núcleo de Segurança do Paciente. Hospital Unimed Caruaru.
E-mail: Priscila.lavor@hospitalunimedcaruaru.com.br

📍 **Filipe Albuquerque Bezerra**

Enfermeiro de Gestão da Qualidade. Hospital Unimed Caruaru. E-mail:
filipe.bezerra@hospitalunimedcaruaru.com.br



RESUMO

Estudo com objetivo de relatar a experiência de profissionais no gerenciamento de riscos. Utilizou-se metodologia qualitativa composta por momentos de avaliação da equipe e da experiência do paciente. Esta rotina obteve resultados positivos quanto a motivação do clima de segurança observados a partir da maior adesão aos protocolos, indicadores e mitigação de riscos. Esta iniciativa tornou-se efetiva por permitir monitoramento da segurança do paciente, mantendo ativa a consciência dos profissionais e orientação do usuário para sua na incorporação na atenção.

Palavras-chave: Gestão de riscos, segurança do paciente, Garantia da Qualidade dos cuidados de saúde.

ABSTRACT

This study aims to report the experience of professionals in risk management. We used a qualitative methodology consisting of moments of evaluation of the team and the experience of the patient. This routine obtained positive results regarding the motivation of the safety climate observed from the greater adherence to the protocols, indicators and risk mitigation. This initiative has become effective by allowing monitoring of patient safety, maintaining the awareness of professionals and the user's orientation to its incorporation in attention.

Keywords: Risk management. Patient Safety. Quality Assurance in Health Care.



1 INTRODUÇÃO

A complexidade da atenção em saúde vem ao longo dos anos se aperfeiçoando e incorporando novas práticas e saberes aos cuidados assistenciais. A inserção desses componentes no cuidado levanta a necessidade de discutir as ações de prevenção e redução dos riscos ligados a atenção afim do desenvolvimento de barreiras que promovam a sua prevenção e correção (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Para Fassini (2012) gerenciar o risco consiste em desenvolver uma metodologia de análise dos eventos adversos (EA) ocorridos numa instituição de atenção em saúde, especialmente a hospitalar, na qual são criadas alternativas para diminuir ou eliminar as causas que levaram a ocorrência destes eventos que podem ocorrer durante a prática dos profissionais de saúde. Essa ação é prevista na legislação em saúde brasileira desde 2013, a partir do advento de promulgação da Portaria nº 529 que institui o programa nacional de segurança do paciente, na qual se direcionam as medidas de prevenção de eventos adversos através da implantação de protocolos multiprofissionais com objetivo de reduzir os riscos ao nível mínimo aceitável nas práticas assistenciais.

Nesse sentido faz-se necessária a implementação de uma instância, nessas instituições, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), voltada ao acompanhamento e análise das barreiras e dos riscos de forma continuada e com visão multiprofissional. Estas ações devem estar organizadas em formato de um plano institucional e devem, periodicamente, ter discussões em fórum para avaliação de sua implementação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). O Plano de segurança tem a finalidade de otimizar ações de educação permanente dos profissionais a fim de reduzir os erros assistenciais, da gestão na redução da meritocracia nas ações em saúde desenvolvidas promovendo reflexão sobre o clima de segurança institucional.

O clima de segurança do paciente em uma instituição é um produto de valores, atitudes, percepções e competências grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento dos riscos assistenciais de uma instituição (RIGOBELLO *et al.*, 2012).

A gestão dos riscos pelas equipes multiprofissionais voltada a implementação de boas práticas, atividades de educação permanente e auditorias concorrentes do cuidado promove seu desenvolvimento e aperfeiçoa a equipe na promoção de experiências de cuidado satisfatórias ao paciente e familiares (LIMA *et al.*, 2014). O profissional enfermeiro desempenha um papel fundamental na composição dessa gestão, pois além de exercer várias funções, também gerencia



a unidade, tratando-se, portanto, de um profissional com uma visão aguçada em relação à segurança do paciente e à tomada de decisão (FASSINI, 2012). Este estudo teve como objetivo relatar a experiência de um grupo de profissionais no desenvolvimento do gerenciamento dos riscos em uma instituição hospitalar de alta complexidade.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência acerca do desenvolvimento de estratégia para gerenciamento dos riscos assistenciais em um hospital de alta complexidade do interior de Pernambuco. Para desenvolvimento da ação foi elaborado processo de trabalho orientado por profissional enfermeiro e implementado através de visitas sistemáticas nas unidades assistenciais com foco na avaliação das boas práticas multiprofissionais na atenção aos pacientes sob cuidado. A visita in loco é orientada através do nível de criticidade das áreas assistenciais e é norteada por instrumento semiestruturado com objetivo de avaliar a implementação das barreiras básicas de segurança do paciente previstas nas metas internacionais de segurança do paciente e respaldas através da prerrogativa prevista no Programa Nacional de Segurança do paciente. O desenvolvimento das ações base para o referido relato foi iniciado em janeiro e se estendeu até dezembro de 2018 com foco inicial nas unidades de internação (clínica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica) e, após seus resultados preliminares, teve expansão de sua implementação nas unidades de tratamento intensivo adulto, neonatal e cardiológica.

O processo de trabalho estabelecido se deu a partir da realização de visitas diárias as unidades de internação por enfermeira ligada ao setor de gestão da qualidade e com atribuições relacionadas ao Núcleo de segurança do paciente da referida unidade hospitalar. As equipes multiprofissionais envolvidas no cuidado sistemático ao paciente eram arguidas quanto a realização das práticas de forma a compor os dados relacionados ao instrumento criado pelo serviço de gestão da qualidade. Ao final da aplicação do instrumento os dados tinham sua consolidação em frequências que permitiam a avaliação focal do cuidado ofertado ao paciente e estabelecimento de ações focais nas áreas como manutenção dos protocolos e metas institucionais de segurança.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desenvolvimento de ações de gestão de risco na referida instituição teve sua implementação iniciada no ano de 2014 com o acompanhamento de indicadores de qualidade



através dos registros em planilhas e auditoria concorrente de dados, através de contato telefônico, com as áreas. Na análise crítica desta estratégia entendeu-se que a mesma conferia baixa fidedignidade aos dados obtidos, baixa adesão as medidas de gestão de riscos pelas equipes bem como restrição deste acompanhamento aos profissionais de Enfermagem.

Na reformulação da prática observamos que a implementação da estratégia de visitação as unidades por profissional de Enfermagem com expertise na assistência hospitalar, bem como com o entendimento das práticas de segurança do paciente ofereceria dados mais fidedignos e que poderiam orientar a gestão na adoção de medidas orientadoras na educação permanente dos profissionais e na promoção de um clima de segurança através do direcionamento e pautado na melhoria contínua.

Para implementação das visitas de gestão de risco foram percorridas as seguintes etapas metodológicas/de desenvolvimento do processo: 1- definição do escopo da atividade (através do estudo dos pontos de avaliação nas áreas e a forma de abordagem dos profissionais e pacientes); 2- elaboração de instrumento que permitisse registro das informações coletadas durante as visitas; 3- definição do escopo de dados a serem coletados e respectivos indicadores de desempenho a serem monitorados e 4- estabelecimento de grupo/fórum de discussão periódica das práticas e indicadores de gestão dos riscos assistenciais.

As visitas foram iniciadas no mês de janeiro de 2018, no turno vespertino a fim de não interferir na dinâmica das ações das equipes e tinham foco primordial de visita as unidades para visualização das práticas da equipe, coleta dos dados para indicadores de desempenho e visita aos pacientes a fim de estabelecer parâmetro de efetividade as ações descritas e desenvolvidas pelas áreas. Nos momentos iniciais da prática observamos estado de tensão e sensação de avaliação por parte das equipes na visita do profissional enfermeiro que desenvolvia a visita bem como sensação de estranheza por parte do paciente por não ter vivenciado momentos semelhantes em outros ambientes de atenção à saúde.

O instrumento utilizado nestas visitas é composto por perguntas relacionados a avaliação dos riscos relacionados quedas, flebite, lesão por pressão, extubação acidental, infecção, perda de sonda nasointestinal (SNE) e identificação segura. Os registros são realizados de forma numérica e alinhados em instrumento a fim de otimizar a disponibilidade das informações para cálculo dos indicadores relacionados nos períodos estabelecidos.

Ao longo do seu desenvolvimento observamos que a postura da equipe apresenta mudanças no sentido de se tornar mais proativa à identificação dos riscos assistenciais e na execução dos protocolos institucionais previstos na prevenção e mitigação dos possíveis



eventos. Outro ponto positivo na implementação foi o de inclusão do paciente nas rotinas de segurança, tornando-o participante da rotina de gerenciamento dos riscos e sujeito ativo na cobrança de um clima de segurança favorável ao seu cuidado. A notificação de eventos adversos também foi um ponto de melhoria evidenciado haja vista a melhor compreensão dos profissionais a seu respeito bem como identificação in loco de sua ocorrência com posterior tratamento e correção das barreiras.

CONCLUSÃO

A implementação da sistemática de visitas nas áreas assistenciais para gestão dos riscos mostra-se efetiva por permitir monitoramento constante das questões relacionadas a manutenção da segurança do paciente no hospital, por manter ativa a consciência dos profissionais quanto a sua importância e orientação do usuário para sua importância e, especialmente, por permitir melhoria considerável no clima institucional de cuidado e segurança em prol de um ambiente de promoção de experiências satisfatórias as pessoas.

REFERÊNCIAS

- FASSINI, Patrícia; HAHN, Giselda Veronice. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*, vol.2, núm. 2. mai/ago, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2RketqH>. Acesso em 13 jun. 2019.
- LIMA, Cassio de Almeida; *et al.* Gestão de risco hospitalar: um enfoque na qualidade e segurança do paciente. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*. Vol. 5, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2ZtiVq1>. Acesso em 13 jun. 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 – Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução – RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013.
- OLIVEIRA, Roberta Meneses, *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 18, núm. 1, jan/mar, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2WQgAZk>. Acesso em 13 jun. 2019.
- RIGOBELLO, Mayara Carvalho Godinho; *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. vol.25, núm. 5, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/31FBIk0>. Acesso em 13 jun. 2019.



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.