

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Detalhes para planejar e efetivar Políticas de Saúde

*Details for planning and effectiveness of Health Policy*

**Olímpio J Nogueira V Bittar<sup>1</sup>**

1. Médico especialista em administração de serviços de saúde e políticas de saúde. São Paulo SP

---

#### RESUMO

A viabilização das políticas de saúde ocorre por meio de programas, serviços e unidades reconhecidas como complexas, complicadas, disruptivas, de alto risco e de elevado custo operacional — entre as instituições mais difíceis de gerir. Envolve fatores técnicos e emocionais, decisões de alta dificuldade e processos de implementação trabalhosos. As políticas de saúde são responsáveis pela integridade física e mental das pessoas, influenciando a vida em sociedade e na economia por meio da capacidade de manter ou recuperar a saúde da população, o que permite a produção de bens e serviços com qualidade e em quantidade adequadas. Os detalhes da implementação dessas políticas dependem da capacidade analítica e sintética exercida por equipes multiprofissionais na observação dos aspectos de demanda, oferta, técnica e gestão de variáveis do ambiente, da estrutura, dos processos de saúde e da avaliação dos resultados para os indivíduos.

**Palavras-chave:** políticas de saúde; programas e serviços de saúde; informações em saúde.

## **ABSTRACT**

*The implementation of health policies is carried out through programs, services, and units regarded as complex, complicated, disruptive, high-risk, and high-cost — among the most difficult institutions to manage. It involves both technical and emotional factors, difficult decisions, and demanding implementation processes. Health policies are responsible for people's physical and mental integrity, influencing life in society and the economy through their capacity to maintain or restore the population's health, thereby enabling the production of goods and services in adequate quality and quantity. The details of health policy implementation depend on the analytical and synthesis capacity exercised by multidisciplinary teams in observing aspects of demand, supply, technique, and management of environmental variables, structure, health processes, and the evaluation of outcomes for individuals.*

**Keywords:** *health policies; health programs and services; health information*

---

## **INTRODUÇÃO**

**Política** é a orientação ou a atitude de um governo em relação a certos assuntos e problemas de interesse público: política financeira, política educacional, política social. A política começa pelo entendimento do problema e pelo desenho técnico e científico da solução. Ela não precisa ser necessariamente pública; a parceria com entidades da sociedade civil para sua elaboração e implantação não deve ser descartada.

**Políticas públicas** são ações, programas, leis e decisões tomadas pelo governo para resolver problemas de interesse público e garantir o bem-estar da população, abordando áreas como saúde, educação, segurança e habitação. Elas são ferramentas do Estado para efetivar direitos sociais, como a construção de hospitais ou programas de transferência de renda, envolvendo processos de formulação, implementação e avaliação para alcançar objetivos coletivos;

Tipos: *distributivas*, alocam recursos para grupos específicos; *redistributivas*, transferem recursos de um grupo para outro; *regulatórias*, estabelecem normas e regras para a sociedade; *constitutivas*, que definem as regras do sistema político em si;

As políticas de saúde nascem da necessidade e/ou desejos de indivíduos, da comunidade ou de seus representantes e das descobertas científicas que

merecem ser transformadas em políticas, e devem ser pensadas com atenção aos detalhes, uma vez que estão expostas a inúmeras variáveis:

1. Fatores demográficos e epidemiológicos, baseados nas ciências da saúde, ciências sociais e estatística; além de fatores econômicos, ambientais, tecnológicos e culturais, em permanente transição;
2. Decisões orientadas por evidências científicas, transparência e critérios técnicos, considerando também valores sociais e contextos políticos;
3. Boa relação custo-benefício exigindo planejamento e avaliação criteriosa dos programas e serviços;
4. Em determinadas políticas de saúde, os componentes dos programas e serviços dependem de mais de um nível de governo, federal, estadual e municipal, bem como de instituições privadas devendo ser negociadas evitando dificuldades de aceitação;
5. Cenários preditivos que estimam os avanços tecnológicos, as participações da biotecnologia, da bioengenharia, cálculo da probabilidade de riscos e suas soluções, resultam em políticas mais efetivas e eficazes;
6. As equipes de gestores de saúde devem conhecer os conceitos de infraestrutura e equipes de infraestrutura os conceitos de saúde fazendo com que a comunicação entre eles flua clara, ágil, isto é, seja compreendida, produzindo impactos positivos facilitando negociações;
7. Investimento adequado em infraestrutura constitui condição necessária para o êxito das políticas de saúde, embora não seja suficiente isoladamente;
8. Interoperabilidade entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Saúde Suplementar (SS) em relação às informações epidemiológicas e administrativas fortalece as decisões sobre políticas de saúde;
9. Ciência, técnica, método, inovação, modernização e humanização devem estar sincronizadas para conviver com as macrotendências;
10. Políticas de outros setores com influência nos resultados em saúde, como as do setor educacional, alimentício e saneamento devem ser consideradas e valorizadas;

Caracterizar o setor saúde (áreas, subáreas e equipes) é fundamental para compreender os inúmeros detalhes que, quando devidamente observados, garantem o êxito das atividades desenvolvidas. Os sistemas, programas, serviços e unidades de saúde são reconhecidos como estruturas complexas, complicadas, de alta exigência técnica, frequentemente disruptivas, e marcadas por elevado risco e custo operacional.

Na saúde, entende-se por infraestrutura a agregação de disciplinas, recursos físicos, tecnológicos, organizacionais e logísticos que garantem as condições

necessárias para a prestação contínua, segura e eficiente dos serviços de saúde. Essa infraestrutura abrange desde as edificações, instalações e equipamentos até os sistemas de informação, redes de abastecimento, transporte, energia, comunicação e os processos que asseguram sua manutenção, operação e integração.

Cada uma dessas áreas possui instrumentos, técnicas e atribuições próprias. Entretanto, todas compartilham a necessidade de dominar os fundamentos da teoria da administração, indispensáveis para o entendimento, a negociação e a execução eficaz das atividades. Essa teoria passou por transformações, aperfeiçoamentos e inovações, desde os trabalhos de Frederick Winslow Taylor e Jules Henri Fayol, nos séculos XIX e XX, que deram origem à chamada teoria clássica ou científica da administração.

**Planejamento, organização, direção** (coordenação e regulação) e **avaliação** (controle, monitoramento, fiscalização e auditoria) — permanecem e constituem a base da gestão moderna de empresas, indústrias e serviços, inclusive na saúde.

Outras teorias surgiram depois da Teoria Clássica (Taylor/Fayol — eficiência e estrutura), tendo entre as principais a das Relações Humanas (Mayo - pessoas), Burocracia (Weber - regras), Comportamental (motivação), Contingencial (ambiente), Neoclássica, Estruturalista, Contingencial e a do Desenvolvimento Organizacional, permanecem como fundamentos importantes da gestão, descritos por Motta <sup>(1)</sup>. Novas abordagens contemporâneas surgiram, como governança em rede, new public management, value-based healthcare, gestão adaptativa, complex adaptive systems.

Ferramentas como 5S, PDCA, 5W2H, CANVAS, MASP, SWOT, entre muitas outras, facilitam a viabilização das ações e o sucesso das estratégias adotadas.

Administrar significa trabalhar com metas que podem ser operacionalizadas pela definição de objetivos qualitativos e quantitativos mensuráveis associados a valores e prazos — em síntese: **meta = objetivo + valor + prazo**. Ao estabelecer metas claras, é possível valorar as ações realizadas, medir o desempenho das operações e avaliar em que medida as instituições são efetivas, eficientes, produtivas e orientadas para a qualidade.

As políticas de saúde fundamentam-se tradicionalmente em três níveis de atenção: atenção primária, secundária e terciária. Associados a esses níveis, encontram-se os princípios que orientam as ações em saúde: **promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação**.

Henry Sigerist <sup>(2)</sup> sistematizou esses conceitos em 1946, posteriormente difundidos por Leavell & Clark <sup>(3)</sup>, que consolidaram o modelo de história natural da doença composto por níveis de prevenção e sua aplicação na prática sanitária.

Mudanças de governo devem avaliar criticamente políticas existentes, preservando aquelas efetivas e reformulando ou descontinuando as que não demonstram resultados satisfatórios.

As políticas de saúde devem gerar benefícios às pessoas e ao meio ambiente; contudo, em determinadas situações, podem também produzir efeitos adversos. Nesse sentido, as reflexões apresentadas por Makary <sup>(4)</sup> em *Pontos Cegos* são particularmente relevantes, pois evidenciam como falhas sistêmicas podem resultar em danos evitáveis. Por isso, torna-se indispensável a realização de pesquisas tecnicamente sólidas e metodologicamente bem planejadas, aliadas à ética e ao compromisso com a regulação, a segurança e o espírito público necessários para orientar a formulação e a implementação dessas políticas.

A coleção de políticas é vasta, cabendo às equipes gestoras definir prioridades com base nas necessidades identificadas, na ordem lógica de dependência entre as ações, no contexto local e no tempo disponível para sua execução.

**Programa** é um conjunto coordenado de projetos, subprogramas e atividades articuladas com o propósito de gerar benefícios que não seriam alcançados caso fossem geridos de forma isolada. Na saúde, um grupo estruturado de serviços, ações e metas forma um programa, cuja integração permite maior efetividade e alcance dos resultados.

**Serviço** refere-se à realização de uma atividade ou ação destinada a atender a uma necessidade ou demanda de outra pessoa. Por sua natureza, é essencialmente intangível, não assume a forma de um bem material e não pode ser tocado, armazenado ou transferido fisicamente. É produzido e consumido simultaneamente, como ocorre em uma consulta médica, em um atendimento de enfermagem ou em uma sessão de fisioterapia.

A **qualidade dos cuidados** deve ser compreendida como a capacidade de preservar a vida, manter ou recuperar as funções físicas, psicológicas e sociais, ou, ao menos, reduzir e limitar sequelas. Trata-se de um conceito que envolve segurança, efetividade, eficiência, humanização e continuidade no cuidado em saúde.

As políticas de saúde precisam se adaptar às mudanças da 'indústria 4.0' para conceitos emergentes associados à chamada indústria 5.0, buscando humanizar a automação e potencializar a criatividade humana com o suporte da tecnologia, reforçando o uso de conceitos como a internet das coisas, a inteligência artificial, a robótica avançada e incorporar plenamente as tecnologias digitais.

## SEQUÊNCIA LÓGICA DE PLANEJAMENTO DE POLÍTICAS

Definir uma sequência lógica para o planejamento em saúde é essencial para evitar situações de inviabilidade das políticas, prevenindo erros, lacunas ou omissões em suas diferentes fases. Um encadeamento adequado das etapas

— diagnóstico situacional, definição de prioridades, formulação, implementação e avaliação — permite maior racionalidade no processo decisório, otimiza o uso dos recursos e aumenta a probabilidade de alcançar os resultados esperados.

As ações para formulação e implementação de políticas de saúde encontram-se na sequência:

1. Necessidade, desejos e descobertas científicas
2. Metas (base: incidência e prevalência de eventos)
3. Programas e serviços (assistência, pesquisa e ensino)
4. Volume de procedimentos
5. Recursos materiais, utilidade pública e logística
6. Recursos humanos
7. Área física (espaços/blocos) e estrutura organizacional
8. Financiamento (investimento e custeio)
9. Cronograma de implantação e construção (montagem ou adaptação de ambientes)

## **NECESSIDADES, DESEJOS E DESCOBERTAS CIENTÍFICAS**

Os motivos que levam à formulação de políticas de saúde são os mais variados: o enfrentamento de uma doença prevalente, a necessidade de saneamento básico em determinada área, ações de prevenção, a implantação de uma maternidade, a criação de um programa de cardiologia com cirurgia cardiovascular, a inclusão de uma nova equipe profissional em uma unidade já existente, ou mesmo a construção de unidades básicas ou hospitais. Muitas dessas iniciativas surgem motivadas unicamente por interesses políticos ou por demandas pontuais de grupos da sociedade sem qualquer estudo de viabilidade, outras, porém, são efetivamente necessárias e exigem a produção sistemática de informações capazes de subsidiar a tomada de decisão e tornar a política proposta tecnicamente factível. Descobertas científicas e tecnológicas também impulsionam a criação e a revisão de políticas de saúde, atualizando práticas e protocolos.

A decisão de implementar uma determinada política deve considerar que os recursos públicos são providos pelo cidadão, buscando a melhor relação custo-benefício.

A demografia, epidemiologia, economia, cultura local e regional, instituições de saúde existentes, mercado de trabalho são algumas das variáveis avaliadas nessas decisões.

## **METAS**

As informações básicas, principalmente de incidência e prevalência de determinados eventos, oferecem suporte para os primeiros cálculos e estimativas que serão realizados. O processo de formulação de políticas é inerentemente dinâmico: correções, ajustes e revisões são possíveis, permitidas e essenciais, assegurando a prevenção de falhas e o sucesso da política proposta. Os eventos podem ser únicos ou recorrentes e isto interferirá na formulação.

Estudos de viabilidade demonstrarão o que prevenir ou tratar, o volume de atendimentos estimado e o horizonte temporal necessário, além de avaliar a factibilidade operacional, a localização mais adequada, os possíveis parceiros, os tipos de programas e serviços a serem ofertados e o modelo de unidade mais apropriado para acolhê-los.

## **PROGRAMAS E SERVIÇOS**

### **Assistência**

Vive-se uma época em que as transformações na forma de trabalhar ocorrem de maneira acelerada, impulsionadas por inovações tecnológicas e institucionais. No entanto, apesar dessas facilidades, a promoção da saúde e a prevenção de doenças continuam representando grandes desafios no planejamento e na gestão de programas e serviços.

A Classificação Internacional de Doenças – CID-10<sup>(5)</sup> apresenta 2.036 diagnósticos no caso dos itens com três dígitos e 12.423, no de quatro dígitos, o que por si só demonstra complexidade.

Sistemas como os DRG (Diagnosis Related Groups) permitem classificar internações hospitalares segundo consumo de recursos e apoiar modelos de financiamento e gestão. A plataforma DRG Brasil <sup>(6)</sup> utiliza essa tecnologia para melhorar a gestão hospitalar, controlar custos, aumentar a segurança do paciente e avaliar o desfecho clínico.

A Tabela de Procedimentos Unificada SUS <sup>(7)</sup>, ou seja, uma das listas de produtos que unidades de saúde podem produzir, a partir dos diagnósticos do CID-10, conta com algo em torno de 4.557 itens (113 na atenção básica; 1.515 na alta complexidade; 2.289 na média complexidade; e 640 não se aplica complexidade - próteses, diárias, ajuda de custo, cadastro). Um laboratório de análises clínicas pode realizar 3.000 tipos de exames diferentes, (bioquímica, microbiologia, hematologia, virologia, imunologia).

Recomenda-se periodicamente o levantamento e revisão de todos programas e serviços de saúde em andamento quanto a aspectos de efetividade, eficácia, eficiência e produtividade, com ênfase na qualidade. Inclui-se o impacto observado na saúde, a demanda coberta, a redução das listas de espera para atendimento, conhecendo as variáveis como as demográficas, especialidades, entre outras que influem na saúde comunitária. Enfim, avaliação do

custo/benefício, a necessidade de interromper (impacto negativo), de aperfeiçoar (impacto neutro) ou mantê-los (impacto positivo), valendo-se de metas e indicadores atualizados.

Políticas públicas frequentemente apresentam elevada inércia institucional, o que pode barrar sua revisão ou encerramento como observou Friedman <sup>(8)</sup>, tornando indispensável a avaliação criteriosa do seu custo-benefício, bem como o exercício de significativa força política para enfrentar e descontinuar aquelas cuja repercussão individual ou comunitária não se traduza em ganhos reais.

### **Atenção primária**

A sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde, no médio e longo prazo, depende fundamentalmente do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), que pode reduzir encaminhamentos desnecessários e melhorar a coordenação do cuidado para os níveis secundário e terciário, significativamente mais caros. Embora a APS apresente custos menores em comparação com os demais níveis, sua execução é complexa e exige o uso de tecnologias e abordagens capazes de promover mudanças de comportamento individual e coletivo. Mesmo que os resultados sejam de longo prazo, é essencial iniciar ações consistentes incorporando métodos pedagógicos inovadores, técnicas de marketing e o engajamento efetivo do paciente.

Fatores de risco são condições e determinantes que aumentam a probabilidade de adoecimento, agravam quadros existentes ou impedem a recuperação. Incluem hábitos de vida inadequados, exposição ambiental nociva, desigualdades sociais, ausência de diagnóstico precoce, baixa adesão ao tratamento, fragilidades na infraestrutura sanitária, violência, riscos ocupacionais, e limitações nos serviços de saúde. Esses fatores interagem entre si, potencializando impactos negativos sobre indivíduos, grupos e comunidades.

Fatores de risco não detectados e não tratados pela APS geram internações evitáveis (cerca de 15% das hospitalizações no Estado de São Paulo, segundo Mendes <sup>(9)</sup>) impactando significativamente os custos dos sistemas de saúde.

Os fatores de risco e doenças relacionadas encontram-se na Figura 1, que é autoexplicativa.



**Figura 1. Fatores agravantes das condições de saúde.**

As doenças ou eventos decorrentes destes fatores de risco, conforme dados empíricos do Estado de São Paulo, são responsáveis pelas 40 primeiras causas de internação no SUS, que respondem por algo entre 40% a 60% do volume total de internações, indicando ênfase a ser dada ao conteúdo na formação dos profissionais de saúde.

As externalidades positivas podem estar presentes nas condutas para prevenção dos fatores de risco, como por exemplo o caso das ações de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, que têm potencial de atuação na prevenção da gravidez na adolescência, que, segundo o censo de 2022 <sup>(10)</sup> representa cerca de 12,05% dos 2.542.298 nascidos vivos no Brasil, entre mães com menos de 15 anos a 19 anos de idade. A mortalidade materna nessa mesma faixa etária corresponde a 9,6% dos óbitos em todas as idades.

Pacientes com doenças crônicas, especialmente idosos, são acompanhados por diversos profissionais de saúde e acabam recebendo múltiplas prescrições. Na maior parte das vezes, porém, não dispõem de suporte adequado, o que impede a prevenção de interações, duplicidades terapêuticas e riscos associados ao uso simultâneo de fármacos.

Em contextos de extrema vulnerabilidade social, a efetividade da APS depende da articulação com outras políticas sociais. Situações de maus-tratos a crianças, idosos, adolescentes e mulheres — incluindo casos que resultam em

feminicídio — são frequentemente identificadas durante atendimentos em unidades de saúde. Por isso, as políticas de saúde devem incorporar mecanismos de detecção precoce, encaminhamento adequado e articulação intersetorial com serviços de proteção social, justiça e educação. A APS desempenha papel central como porta de entrada para a rede de proteção e prevenção. Ela fortalece não apenas o cuidado clínico, mas também a segurança e os direitos da população em situação de vulnerabilidade.

Pobreza é definida por um conjunto de privações em áreas como saúde, educação, habitação, saneamento básico, energia elétrica, água potável, renda e acesso à informação, o que demonstra que a saúde é apenas um dos componentes entre vários que interferem nas condições de vida da população, sendo parte dessa população ainda submetida a riscos climáticos (calor extremo, inundações, seca ou poluição do ar), o que demanda maior atuação da atenção primária.

Pesquisa realizada pela Faculdade de Saúde Pública da USP na cidade de São Paulo, no período de agosto de 2023 a setembro de 2024, traz resultados imprescindíveis para a definição das políticas de saúde, conforme a Tabela 1.

**Tabela 1.** Prevalência de doenças, fatores e cobertura na cidade de São Paulo — 2023 e 2024.

<b>Evento</b>	<b>Valores</b>
Número de pessoas com informações coletadas	> 5.000
Sexo masculino	2.488 (45,5%)
Sexo feminino	2.984 (54,5%)
Idade entre 10 e 19 anos	1.397 (25,5%)
Idade entre 20 e 59 anos	2.585 (47,2%)
Idade acima de 60 anos	1.490 (27,2%)
Prevalência de hipertensão arterial — adultos ( $\geq 20$ anos) e idosos ( $\geq 60$ anos)	26,0% e 58,5%
Prevalência de diabetes — adultos ( $\geq 20$ anos) e idosos ( $\geq 60$ anos)	11,0% e 28,0%
Excesso de peso, obesidade e total	36,0%, 27,0% e 62,0%
Dificuldade permanente para caminhar ou subir degraus	12,0%
Transtornos como depressão ou ansiedade	17,0%
Fumantes	14,2%

Prática de exercício físico ao menos uma vez por semana	45,0%
Cobertura pelo SUS e por planos de saúde	62,2% e 41,8%
Internações e cirurgias (8% dos entrevistados) — proporção realizada pelo SUS	56,2%

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde; Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública<sup>11</sup>

Promoção da saúde consiste em um conjunto de estratégias e ações voltadas a fortalecer a autonomia das pessoas e comunidades para melhorar sua qualidade de vida e reduzir riscos de adoecimento.

Programas de promoção da saúde atuam de forma multiprofissional e intersetorial, em ações que envolvem educação, assistência social, urbanismo, esporte, meio ambiente, trabalho e antropologia, embora esta última seja menos lembrada no cotidiano.

Existem programas e serviços de prevenção de doenças e de promoção da saúde criados e desenvolvidos em todo o território, listados na sequência:

1. Vacinação de crianças e adulto
2. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
3. Saúde da mulher
4. Acompanhamento pré-natal e puerpério
5. Saúde da população da raça negra e quilombolas
6. Saúde do indígena
7. Saúde do idoso (15% acima 60 anos idade, 30 milhões no país, falta de profissionais, principalmente geriatras)
8. Saúde mental (drogas, álcool, transtorno de atenção, suicídio)
9. Estratégia Saúde da Família
10. Saúde bucal
11. Orientação nutricional e atividade física
12. Diabetes, hipertensão, tabagismo
13. Doenças negligenciadas (dengue, esquistossomose, malária, hanseníase, leishmaniose, raiva, doença de Chagas, parasitoses intestinais e tropicais, filariose linfática, oncocercose, tracoma,

helmintíase, escabiose (sarna), a tungíase (bicho do pé), a podoconiose e a esporotricose)

14. Diagnóstico lesões pré-cancerosas ou câncer em fase inicial
15. Doenças raras (Epidemiologia das doenças raras: dificuldades diagnósticas, surgimento precoce dos sintomas, dependência de cuidadores, 30% dos pacientes morrem na primeira infância, preço elevado dos medicamentos, incidência e prevalência com estimativas entre 6.000 e 15.000 diferentes enfermidades que acometem até 65 em cada 100.000 pessoas, a maioria de origem genética, baixa incidência tem implicações em pesquisas clínicas, oportunidade de integração entre SUS e SS. Podem ser dependentes da atenção secundária e terciária)
16. Encaminhamento de pacientes para a atenção secundária e terciária
17. Dispensação de medicamentos básicos e estratégicos. Esta etapa, na renovação da receita, poderia ser feita pela telessaúde, e as entregas, por empresas de logística em domicílio, evitando locomoção e gastos desnecessários para o paciente

Outras áreas e costumes como a dos alimentos ultra processados, tabaco, utilização de agrotóxicos, uso de antibióticos em animais, contaminação dos solos e águas com resíduos farmacêuticos são conflitantes com a promoção da saúde e prevenção de doenças.

As unidades de APS devem estar contempladas com recursos humanos e materiais para acompanhamento de rotina de pacientes crônicos com a doença estabilizada, como portadores de doença cardíaca, endócrina, oftalmológica, evitando a sobrecarga das unidades secundárias e terciárias, às quais os pacientes recorrerão periodicamente conforme protocolos ou em emergência.

### **Atenção secundária e terciária**

A atenção secundária e terciária é realizada em hospitais gerais e especializados, bem como em ambulatórios de complexidade correspondente. Por serem mais complexas, tanto operacional quanto tecnicamente, esses níveis de atenção exigem equipes multidisciplinares maiores, áreas físicas adequadas, equipamentos mais sofisticados e de alta resolutividade, com custos significativamente superiores aos da atenção primária.

Algo em torno de 10% são procedimentos terciários e 90% secundários, nestes últimos se concentram as maiores listas de espera, conforme dados empíricos de internações no Estado de São Paulo.

Entre os atendimentos mais frequentes estão doenças cardiovasculares, renais, metabólicas, imunológicas, neurológicas, hematológicas, oncológicas, hepáticas, além de outros diagnósticos de menor gravidade, porém de alta incidência. Também se incluem os traumas, que frequentemente geram

sequelas significativas e requerem reabilitação longa e custosa, especialmente acidentes de motocicleta.

A distribuição de medicamentos especializados ocorre nas unidades que prestam serviços nesses níveis de atenção. Alguns medicamentos são entregues na residência do paciente e a ampliação dessa modalidade seria uma atitude humanitária, evitando locomoção e despesas aos pacientes.

Os recursos para assistência médica vêm se sofisticando cada vez mais, incluindo medicina de precisão ou personalizada, terapia com radioligantes, biologia computacional, genômica, proteômica, terapia gênica, terapia celular e procedimentos robóticos, precisos e individualizados.

Os cuidados paliativos demandam cada vez mais atenção, como redução das desigualdades na oferta de serviços, formação de equipes multiprofissionais, informação e orientação ao paciente e família e garantia de medicamentos e insumos para os pacientes.

O uso de órteses e próteses é frequente e essencial em procedimentos ortopédicos, cardiológicos e em outros eventos que deixam sequelas. Por serem numerosos e de alto custo, esses itens exigem logística cuidadosa desde a aquisição até a aplicação no paciente. Por isso, sua indicação deve ser criteriosamente avaliada.

Sempre que não houver necessidade clínica de hospitalização, a atenção deve ser direcionada à assistência ambulatorial, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, hospital dia e serviços terapêuticos complementares menos invasivos, diminuindo custos, iatrogenia e eventos adversos.

## **Pesquisa**

Determinadas unidades de saúde realizam pesquisas que promovem inovação, melhoram a qualidade e produtividade, geram valor para os pacientes, aproximam os profissionais e, conseqüentemente, tornam-se mais competitivas, devendo ser contempladas com políticas específicas.

A pesquisa científica e tecnológica tem como propósito aumentar a qualidade de vida da população, tornar os procedimentos mais seguros e menos invasivos, além de promover desenvolvimento econômico e social. Startups deep-techs e empresas de base tecnológica desempenham papel importante, gerando empregos e inovação. Universidades públicas, institutos de pesquisa, hospitais de ensino, ministérios, secretarias estaduais e indústrias ligadas a tecnologia integram essa estrutura.

A parceria com startups traz ganhos em pesquisa, inovação e desenvolvimento. Entre elas destacam-se:

- Healthtechs: saúde
- Logtechs: logística

- Climatechs: adaptação das ações de saúde às mudanças climáticas
- Foodtechs: alimentação
- Cybertechs: cibersegurança

É fundamental estimular a iniciativa privada a planejar no médio e longo prazo, para o desenvolvimento da indústria nacional de equipamentos, órteses, próteses, medicamentos e outros insumos atualmente importados. Países como a China planejam para gerações, como fizeram nos últimos 30 anos, modernizaram o país e melhoraram as condições de vida da população.

Investir em estudos e projetos voltados ao SUS e à SS cria oportunidades de incorporação tecnológica, adaptação da tecnologia às necessidades nacionais e treinamento de profissionais em pesquisa e inovação. Incluem-se as tecnologias assistivas, o desenvolvimento de fármacos, vacinas e soros, tratamento para câncer, a implantação de centros de IA para saúde, educação e indústria, a oportunidade de motivação e envolvimento dos profissionais.

A área da saúde constitui um campo fértil para pesquisa, desenvolvimento, inovação e criatividade, com suas unidades funcionando como grandes laboratórios para saúde pública, administração, políticas e economia da saúde, além de estudos clínicos e multicêntricos. Isso exige participação multiprofissional.

O financiamento de pesquisa deve vir de agências de fomento, como Fapesp, Finep, das indústrias de produtos de saúde e de doações privadas.

Existem sistemas de informação e ferramentas de gestão que permitem separar recursos destinados à pesquisa daqueles usados na assistência, garantindo transparência e correta alocação de verbas.

## **Ensino**

O ensino na área da saúde depende de uma assistência de qualidade e do desenvolvimento de pesquisas, que se traduzem em investimentos na formação e capacitação de pessoal, incluindo profissionais de infraestrutura, que também devem compreender os processos de saúde. O relacionamento das unidades de saúde com formadores de profissionais, faculdades e universidades é fundamental para aprimorar o ensino das disciplinas e, conseqüentemente, fortalecer as políticas de saúde. Essas são unidades distintas, merecedoras de políticas inerentes à sua especificidade.

A morbidade e a mortalidade regional influenciam diretamente o conteúdo e a prática no treinamento dos profissionais de saúde, orientando decisões sobre o perfil necessário para cada situação. Para as unidades formadoras, isso repercute na qualidade e produtividade da assistência, impactando também nos custos, tempo de permanência dos pacientes e no número de exames e procedimentos complementares solicitados.

O monitoramento dessas informações exige atualização contínua e investimento em pessoal especializado.

O financiamento do ensino deve ser acompanhado de perto, permitindo a captação de recursos específicos para essa finalidade. Programas de residência para profissionais de saúde consomem centenas de milhares de reais e não contemplam todos os formandos anualmente. Como resultado, grande parte dos profissionais ingressa no mercado de trabalho sem essa formação, atuando diretamente em unidades de emergência e ambulatórios, com todos os riscos inerentes.

## **VOLUME DE PROCEDIMENTOS**

Cálculos para determinação do volume de procedimentos podem ser iniciados com variáveis demográficas e epidemiológicas, baseados na incidência e prevalência de eventos e, acrescentando outras variáveis para análise à medida que surgem outros fatores, entre elas o tipo de assistência e respectivas metas.

A diversidade de diagnósticos e procedimentos reforça a complexidade da área da saúde exigindo não apenas conhecimento e habilidade para diagnosticar, tratar e reabilitar, mas também capacidade de gestão, logística de milhares de itens de consumo e financiamento adequado para alcançar bons resultados.

Um único diagnóstico pode demandar múltiplos procedimentos em diferentes serviços para alcançar êxito, o que impacta diretamente no cálculo dos recursos necessários, da área física e do financiamento.

A distribuição e localização das unidades de atenção secundária e terciária devem responder à demanda da população. O excesso ou a concentração de unidades pode gerar ociosidade, comprometendo a economia de escala necessária à viabilidade financeira, além de aumentar o risco de iatrogenia e eventos adversos devido à falta de treinamento adequado, elevando custos e, possivelmente, ações judiciais. Por outro lado, a insuficiência de unidades provoca sobrecarga de trabalho, listas de espera, prejudicando os pacientes e a imagem das instituições. As maiores e mais frequentes filas ocorrem na atenção secundária, como em procedimentos de hérnia, colecistectomia e outros de alta demanda.

## **RECURSOS MATERIAIS, UTILIDADE PÚBLICA E LOGÍSTICA**

A prática de uma sequência adequada e disciplinada no processo de introdução dos recursos leva a ganhos de tempo, correta inclusão de itens e manutenção dentro dos limites planejados dos valores financeiros atingindo o processo de adequá-los às exigências da boa assistência à saúde. São eles:

1. Informação

2. Recursos materiais permanentes e de consumo
3. Recursos de utilidade pública e logística
4. Recursos humanos próprios, terceirizados, quarterizados
5. Recursos financeiros

## **Informação**

A informação é a base de qualquer movimento, processo, negociação, interação ou medição. É ela que viabiliza a comunicação e, por isso, exige uma infraestrutura robusta para a coleta, o armazenamento, o processamento e a divulgação de dados. A comunicação efetiva depende da padronização de normas, processos e insumos, que deve atuar de forma integrada tanto na estrutura organizacional vertical quanto na horizontal. Esse alinhamento garante que todos compartilhem os mesmos referenciais para alcançar a governança e a sustentabilidade socioeconômica e ambiental (ESG), fortalecendo e legitimando as decisões.

As informações provenientes do meio externo ou do ambiente são fundamentais para orientar os negócios em todas as suas fases; criação, implantação e operação. Entre essas informações destacam-se as de natureza demográfica, epidemiológica, geográfica, política, educacional, social, cultural, econômica, tecnológica, legislativa e mercado de saúde. A abrangência dessas informações (local, regional ou nacional) dependerá do escopo da política a ser implementada.

As informações da SS devem ser incorporadas de forma integrada às do SUS, fornecendo uma visão global da situação de saúde da população, favorecendo a troca de informações operacionais e o apoio mútuo.

Os sistemas informatizados ainda apresentam limitações quanto à leitura e à integração entre os diferentes programas utilizados. A falta de interoperabilidade impede o acompanhamento contínuo do paciente em todas as unidades de saúde, bloqueando uma visão completa de seu histórico clínico e dos fluxos assistenciais. Como consequência, há desconhecimento sobre o número de unidades nas quais o paciente está matriculado e perda de informações relevantes de sua trajetória de saúde.

Essa fragmentação compromete a construção de conhecimento qualificado para apoiar decisões clínicas e operacionais, além de gerar solicitações repetidas de consultas e exames. Esse processo amplia desnecessariamente as listas de espera em múltiplas unidades e reduz a eficiência do cuidado e da gestão dos serviços.

No âmbito nacional, o DATASUS, assim como órgãos estaduais e municipais, utiliza diversos sistemas. Soma-se a isso a presença de plataformas administrativas e financeiras — como SIAFEM (Contabilização e Execução Financeira), SIGEO (Gestão do Banco de Dados do SIAFEM), Portal de

Finanças (Sistema que interliga as áreas financeiras da Saúde), Compras GOV, e o sistema “SEI” que mediante cadastro permite o peticionamento, visualização de processos e assinatura de contratos, convênios, termos, acordos e outros instrumentos celebrados com o Poder Executivo Estadual — além de soluções de diferentes fabricantes e de um volume expressivo de planilhas Excel, empregadas para suprir lacunas operacionais. São órgãos da administração indireta que necessitam agilidade administrativa, ou seja, autonomia <sup>(12)</sup>.

Os dados gerados pelos sistemas serão convertidos em indicadores de qualidade e quantidade, apresentados em volume e formato adequados para permitir avaliações corretas, ágeis e fidedignas. Esses indicadores devem ser utilizados de forma contínua, periódica ou eventual, conforme as exigências de cada situação e dos fatores intervenientes nos processos de gestão em saúde. Obter informação tem custo, daí coletar o que realmente importa e produzir volume de indicadores factíveis de análise.

Para isso, são definidos parâmetros que orientam o ciclo de medição e comparação, apoiados por métodos estatísticos que incluem medidas de tendência central (média, mediana e moda), amplitude de variação e testes de confiança. Esses instrumentos permitem analisar o desempenho dos serviços, identificar desvios, orientar decisões e aprimorar a efetividade das ações de saúde.

A evolução das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) associada ao avanço da Inteligência Artificial generativa e aumentada, de ferramentas como o ChatGPT, além da robótica e das redes 5G, amplia significativamente as capacidades de gestão em saúde. Esses recursos possibilitam maior velocidade de processamento, integração de informações, suporte avançado à decisão, automação de tarefas complexas e melhoria da qualidade assistencial e administrativa.

A gestão moderna em saúde exige profissionais com especializações cruzadas em Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) e Saúde, capazes de compreender tanto os processos clínico-assistenciais quanto as arquiteturas tecnológicas, fluxos de dados, segurança da informação e modelos de interoperabilidade. Esse perfil híbrido é essencial para integrar sistemas, interpretar indicadores, apoiar decisões estratégicas e impulsionar a inovação digital no setor. Para isso, é indispensável dispor de ferramentas avançadas, como algoritmos de *matching* probabilístico, modelos preditivos de demanda, simulações de capacidade de procedimentos, auditorias automatizadas e painéis gerenciais auditáveis com API aberta. Esses recursos fortalecem a confiabilidade dos dados, aprimoram a gestão operacional e ampliam a capacidade de planejamento e tomada de decisão em saúde.

Pesquisas de opinião sobre a qualidade e a quantidade dos programas e serviços de saúde devem ser realizadas tanto com a população local e regional quanto com os profissionais de saúde dessas áreas, preferencialmente com identificação das unidades envolvidas. É essencial separar elementos ideológicos do processo de análise para evitar vieses que comprometam a fidedignidade dos resultados e a precisão das interpretações.

Informações provenientes das vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental e do trabalho possibilitam ações imediatas diante da ocorrência ou ameaça de epidemias, surtos ou outras situações de risco, favorecendo respostas rápidas, estratégias preventivas e intervenções baseadas em evidências.

A comparação das informações deve envolver tanto entidades públicas quanto privadas, além de parcerias com organizações globais de compartilhamento de dados. Um exemplo é a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP)<sup>(13)</sup>, que divulga periodicamente relatórios com dados de produção das unidades associadas.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP) instituiu o Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo (SAHE)<sup>(14)</sup>, que realiza a coleta mensal de dados operacionais e anual de dados estruturais, organizados por áreas e subáreas, preenchidos diretamente no sistema pelas equipes dos Hospitais de Ensino. Em união com os dados do Sistema de Internação Hospitalar do DATASUS, o SAHE avalia qualidade, produção e produtividade desses hospitais, seguindo protocolos da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ).

A partir dos dados do DATASUS<sup>(15)</sup> — incluindo procedimentos realizados, taxas de mortalidade e tempo de permanência — tornou-se possível aplicar protocolos da AHRQ para avaliar morbidade de seis diagnósticos, mortalidade de sete diagnósticos e volume de produção de seis procedimentos, mensurando a qualidade da assistência prestada.

O retorno das análises e avaliações às instituições participantes (hospitais da administração direta, autárquica, organizações sociais de saúde e hospitais privados) é realizado por meio de artigos publicados, seminários e reuniões individuais com as equipes dos hospitais.

Outras fontes relevantes para a obtenção de informações incluem o SEADE, IBGE, DATASUS, ANS, FGV, FIPE, entre outras instituições que produzem dados essenciais para análises demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e operacionais em saúde.

Integram parte fundamental deste tópico os bancos de dados, os sistemas operacionais e a legislação que os regula, os quais requerem atenção especial, conhecimento técnico e planejamento adequado para os valores a serem investidos — que não são poucos. Esses investimentos envolvem o consumo de energia elétrica, a emissão de gases de efeito estufa e, principalmente, os recursos destinados à segurança dos sistemas, essenciais para prevenir invasões, roubo de dados e práticas de chantagem digital.

A boa qualidade da informação contribui para evitar a má burocracia, na medida em que proporciona maior conhecimento às equipes, facilita a comunicação interna e externa da unidade, assegura clareza nas diretrizes elaboradas, confere validade aos contratos e oferece respaldo jurídico em ações trabalhistas e profissionais.

As **informações internas** às unidades se dividem entre aquelas relativas ao paciente e as relativas a administração das unidades. As do paciente dizem respeito ao prontuário e as intercorrências ambulatoriais e de internação como agendamentos, histórico de consultas, exames, procedimento, relatórios, resultados de exames, prescrições, alertas e lembretes sobre alergias e dosagens de medicamentos, carteira de vacinação. As referentes à estrutura e à produção das atividades provenientes da administração das unidades, de programas e serviços de saúde referem-se a posições em filas de transplantes, gerenciamento da espera para consultas, regulação de pacientes e vagas, gestão de recursos humanos, materiais e financeiros, mapas de produção, consumo e pedidos de materiais e suprimentos, produção e produtividade, qualidade da assistência, segurança clínica, práticas de governança, sustentabilidade ambiental e social, contratos, tratamento de resíduos.

O monitoramento remoto contínuo de atividades que requerem segurança permanente, incluindo o acompanhamento de pacientes que utilizam dispositivos médicos ou que apresentam condições clínicas com risco de morte, bem como diversas atividades administrativas que demandam controle e observação constante. Esse monitoramento amplia a capacidade de prevenção, otimiza recursos e fortalece a gestão integrada em saúde.

Em relação à demografia e à epidemiologia, vale reforçar a relevância de conhecer os beneficiários ou usuários, incidência e prevalência de eventos, pacientes que utilizam repetidamente serviços ambulatoriais e de urgência e suas causas, internações recorrentes, eventos evitáveis com acompanhamento adequado, os respectivos custos. Com este tipo de informação a APS pode se estruturar como inteligência populacional para regulação do acesso, triagem, redução da internação e gestão de crônicos. Sem estratificação de risco e sem leitura crítica da curva de custos, qualquer desenho assistencial será ineficiente e sem efetividade.

A oferta de um site com visual agradável, fácil de buscar informações, contendo agendamento de consultas e exames complementares, localização das unidades de saúde locais e regionais, legislação, calendário de eventos de cobertura sanitária, reforço a promoção da saúde e prevenção de doenças, números da saúde local e regional facilitam a vida da população e dos profissionais de saúde.

### **Recursos materiais**

Há grande diversidade em materiais de consumo: medicamentos, drogas, insumos médicos e de enfermagem, material de limpeza, manutenção, gases medicinais, combustíveis, roupas, escritório, informática, impressos, gêneros alimentícios perecíveis e não perecíveis, material radioativo, constituindo milhares de itens com diferentes especificações, modelos, formas de armazenagem e fabricantes, cada qual com critérios próprios de controle.

A quantidade de itens classificados como materiais de consumo pode atingir um volume incompatível com qualquer forma de controle manual, interferem no processo de compra e nas condições de armazenamento.

Esse combo demanda amplo espaço físico e uma logística altamente complexa para garantir sua adequada utilização e, sobretudo, evitar faltas em situações de urgência e emergência clínica ou cirúrgica.

A cadeia de suprimentos deve manter registros facilitando aspectos contábeis e viabilizando a apuração de custos por procedimento. O controle de estoque e a tomada de preços são atividades rotineiras que requerem sistemas informatizados robustos, capazes de assegurar transparência, redução de desperdícios, evitar perdas por vencimento, prevenir desvios e garantir rastreabilidade completa dos itens.

As listas de referência para medicamentos podem ser consultadas no Brasíndice (Guia Farmacêutico Brasileiro).

A seleção de fornecedores deve seguir critérios que considerem o compromisso com a manufatura de bens que preservem as condições ambientais ou, no mínimo, causem o menor impacto possível, com foco na sustentabilidade e na capacidade de recuperação do meio ambiente.

Sistema imprescindível é o Portal Nacional da NFS-e (Nota Fiscal de Serviços Eletrônica), uma plataforma unificada e oficial, criada pelo Governo Federal (Receita Federal) para padronizar e centralizar a emissão de notas fiscais de serviços em todo o Brasil, substituindo os sistemas municipais.

#### **- Materiais permanentes**

Edificações, mobiliários, utensílios, veículos, aeronaves, aos mais diretamente ligados aos cuidados, simples e complexos, vários sofisticados como equipamentos, instrumentais, órteses e próteses

No que se refere aos equipamentos, destaca-se a importância da atuação da engenharia clínica na gestão do parque tecnológico, abrangendo manutenção preditiva, preventiva, corretiva e, principalmente calibração; segurança; gestão do ciclo de vida; supervisão dos processos de aquisição; avaliação de conformidade e qualidade; além do treinamento dos profissionais responsáveis pelo uso seguro e eficaz dos dispositivos.

#### **- Indústria: equipamentos, instrumentais, órteses, próteses, insumos, medicamentos**

É fundamental reforçar a prioridade dada ao **Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS)** no País, especialmente diante da elevada dependência de importações de produtos e tecnologias de alta complexidade. Essa realidade exige um planejamento estratégico de longo prazo, orientado para reduzir a vulnerabilidade externa e promover a independência tecnológica nacional. Para isso, torna-se indispensável a formulação de políticas públicas que estimulem a formação e a capacitação de profissionais capazes de desenvolver projetos

voltados à criação de uma indústria de base tecnológica avançada, que substitua gradualmente as importações por soluções produzidas internamente.

Espera-se que essa indústria incorpore, de forma progressiva, materiais biodegradáveis na fabricação de órteses, próteses e dispositivos médicos, contribuindo para a sustentabilidade ambiental e alinhando-se às diretrizes de inovação responsável e economia verde.

O fortalecimento dessa cadeia produtiva depende da integração de múltiplas áreas do conhecimento e da articulação entre diferentes atores institucionais. O apoio governamental — especialmente por meio dos Ministérios da Ciência e Tecnologia, da Saúde e da Educação — aliado à participação de universidades, hospitais de ensino, escolas técnicas, centros de pesquisa e da própria Anvisa, tende a consolidar as bases para um desenvolvimento industrial mais sólido, competitivo, inovador e socialmente relevante.

## **Utilidade pública**

Os itens constantes nesta rubrica exigem recursos que tomam espaço, se valem de tecnologia e merecem cuidados especiais na decisão sobre atribuições e espaço físico delimitado previamente a execução de uma construção ou adaptação de ambiente.

A observação dos aspectos dos itens listados abaixo permite às políticas segurança e agilidade das operações, facilidades de comunicação, fluxos internos mais lógicos, entre outras vantagens. Com as rápidas inovações tecnológicas recomenda-se atenção especial na expansão de alguns desses itens, que exigem capacitação tecnológica, maior carga de energia e cuidados ambientais.

### **- Energia**

Energia é cara, unidades de saúde tem consumo elevado necessitando infraestrutura adequada e fontes alternativas para garantir a oferta, podendo ser: solar, eólica, gás, geradores, biomassa, cogeração, compra no mercado livre. O consumo de energia é o recurso que tende a aumentar, não só pelos bancos de dados (data center), mas pela incorporação de inovações tecnológicas, principalmente em equipamentos entrando no mercado numa velocidade avassaladora. Substituição das caldeiras a lenha ou a diesel, quando for o caso, e outras fontes alternativas para sustentabilidade ambiental e econômica. O mercado conta com rede hospitalar cuja energia limpa abastece 100% de suas unidades.

### **- Água/esgoto**

Mudanças ambientais levam a necessidade de poupar e reciclar a utilização da água, a correção de perdas na distribuição e a calamidades como a seca em determinadas regiões e inundações em outras. O descarte adequado de medicamentos e outros insumos que podem contaminar o lençol freático deve ser evitado.

## **- Resíduos**

Subdivididos em: lixo orgânico (infectante), resto/ingesta, lixo inorgânico (comum), lixo radioativo, lixo químico, perfuro cortante, descartáveis (que podem ser submetidos a coleta seletiva e reciclagem, devendo ser catalogado e cadastrado, observada a legislação), lixo eletrônico (baterias, componentes), químico, nuclear, óleo de cozinha.

A coleta seletiva, economia circular, tratamento de resíduos são importantes na preservação do ambiente, justificando os 3R: reduzir, reutilizar e reciclar.

Hospitais são considerados um dos maiores produtores de lixo na comunidade devendo ser catalogado e cadastrado, observada a legislação.

## **- Comunicação**

Telefone, Internet, Intranet, redes sociais, site corporativo

## **- Transporte público**

Importância no acesso da população as unidades de saúde. Vale a pena comentar internamente às unidades a substituição da frota por veículos elétricos ou híbridos (etanol) e das caldeiras a lenha ou a diesel, quando for o caso, novamente protegendo o meio ambiente.

## **- Logística**

São processos que vão desde a compra até o uso de insumos, equipamentos, medicamentos e que facilitam a entrega de materiais e também a locomoção de pessoas e dentro e fora das instituições. A efetividade destas operações leva a preservação de recursos financeiros, outra forma de receita. Os fluxos existentes em unidades de saúde necessitam de coordenação para garantir a integração entre as operações de produção de serviços e bens, sendo classificados conforme suas características e submetidos a logística própria, o que facilita sua rastreabilidade.

Fluxos/rastreabilidade. Os fluxos existentes em unidades de saúde necessitam de coordenação que permitam ligação entre as operações de produção de serviços e bens de saúde. Podem ser classificados de acordo com suas características e têm logística própria no processo produtivo:

Pessoas: Clientes-pacientes (externos, internos, em emergência, urgência ou rotina), acompanhantes, visitantes, estudantes (médicos residentes, estagiários), empregados, funcionários de empresas terceirizadas, representantes de laboratório;

Insumos e materiais: materiais permanentes (equipamentos, instrumentais, móveis), materiais de consumo, medicamentos, drogas, isótopos radioativos, contrastes, gêneros alimentícios, órteses e próteses, roupas e outros itens de hotelaria, estoques, gêneros alimentícios;

Exames: amostras laboratoriais, peças anatômicas, resultados de exames;

Informações: muitos dos itens a frente já estão digitalizados facilitando a logística, mas, reforçando, prontuário do paciente, agendamento de consultas, cirurgias, exames, procedimentos invasivos e de outros tipos, laudos-atestados-guias, contas de convênios, faturamento SUS, boletins de informações, saídas de pacientes – altas e óbitos, transferências internas e externas, listas de espera, controle de leitos, listas de checagem, agendamentos, notícias para mídia, protocolos, informações técnicas e administrativas, informações externas;

Instrumentos contratuais: convênios, contratos de gestão, protocolos de cooperação, contratos de manutenção e calibração de equipamentos, protocolos de pesquisa, certificações, homologações, explicitam produtos e contrapartidas, gerando documentos que contém dados e informações;

Resíduos: de acordo com a classificação citada acima, protocolos são elaborados para uma logística adequada para uma disposição sem riscos as pessoas e ao ambiente.

Procedimentos operacionais padrão e sistemas digitais oferecerão segurança e agilidade das ações.

## **RECURSOS HUMANOS**

Na terceira década do século XXI, o bom desempenho das instituições de saúde exige a definição clara do perfil e das competências dos profissionais, alinhando-os às funções compatíveis com a evolução tecnológica, científica, social, cultural e educacional em curso. O perfil dos profissionais que atuam no nível central e nas unidades regionais tende a se aproximar cada vez mais, uma vez que a descentralização das decisões demanda maior agilidade, e capacidade de resposta.

Entre as áreas cruciais para o desempenho operacional das unidades de saúde, destaca-se a gestão de pessoas. Peter Drucker <sup>(16)</sup>, considerado um dos pais da administração moderna, comentou que gerir hospitais é uma das tarefas mais difíceis, em parte devido à multiplicidade de categorias profissionais, suas especializações e culturas de trabalho específicas em suas diferentes áreas. Seu livro Fator Humano e Desempenho enfoca as pessoas e suas necessidades no trabalho. Cada profissão traz consigo não apenas exigências técnicas, mas também visões próprias sobre produção, cuidado e relacionamento interno, tornando a gestão de recursos humanos um desafio singular.

A boa gestão dos recursos humanos é, portanto, condição essencial para garantir impactos positivos das políticas de saúde. Contudo, esse processo começa antes do ingresso no serviço, a partir da formação educacional oferecida pelas instituições de ensino, e depende da integração entre os profissionais de saúde e aqueles responsáveis pela infraestrutura das unidades.

No Brasil, existem 14 profissões de saúde reconhecidas legalmente <sup>(17)</sup>, das quais derivam mais de trezentas especialidades, complexidade que reforça a necessidade de avaliação formal, periódica e rigorosa durante a graduação, incluindo provas práticas que verifiquem conhecimentos, habilidades e atitudes.

Além dessas categorias, é indispensável considerar os profissionais que compõem a infraestrutura de suporte, como engenheiros civis, engenheiros clínicos, economistas, administradores, advogados, secretários e muitos outros, todos fundamentais para as operações assistenciais.

O setor saúde figura entre os maiores empregadores do País, abrangendo mão de obra direta — as 14 categorias da saúde, especialidades, os auxiliares e cuidadores — e indireta, envolvendo escolas formadoras, indústrias de equipamentos, medicamentos e mobiliário, empresas terceirizadas de manutenção, alimentação, tecnologia, e inúmeros outros segmentos.

Entretanto, a próxima década trará novos desafios: com a redução do crescimento populacional e o envelhecimento acelerado, o perfil da demanda por profissionais de saúde poderá mudar significativamente. A clínica do futuro será distinta da atual — mais centrada no cuidado de condições crônicas, longevidade e tecnologias digitais —, colocando em debate um tema crítico: o que será feito diante do possível excesso de médicos, faculdades e outros profissionais de saúde? Esse cenário exigirá políticas robustas de planejamento da força de trabalho, regulação da formação, reorientação de competências e revisão do modelo de distribuição de vagas e especialidades para evitar desequilíbrios e garantir a qualidade da assistência.

Diversos fatores interferem na admissão e a gestão de pessoal e, conseqüentemente, a implantação e manutenção das políticas de saúde. Entre os principais desafios, destacam-se:

1. **Queda da fecundidade e redução da população economicamente ativa.** A diminuição contínua da fecundidade e o encolhimento da população em idade produtiva tendem a gerar escassez de mão de obra, afetando diretamente a disponibilidade de profissionais de saúde;
2. **Envelhecimento populacional.** O aumento da proporção de idosos eleva a demanda por cuidados de longa duração, ao mesmo tempo em que reduz a oferta potencial de trabalhadores, criando um desequilíbrio estrutural entre necessidade assistencial e capacidade de atendimento;
3. **Excesso de faculdades na área da saúde, muitas com formação incerta.** A proliferação de cursos sem infraestrutura adequada — como ausência de hospitais de ensino, corpo docente qualificado, programas de pós-graduação e atividades de pesquisa — compromete a qualidade da formação. Como a cadeia natural da formação se inicia pela assistência, evolui para a pesquisa e, só então, para o ensino, a ruptura desse ciclo produz profissionais insuficientemente preparados. É necessário proporcionar condições para a residência médica, haja vista a carência em relação ao número de formandos. Algumas

especialidades menos disputadas que devem ser estimuladas por políticas específicas;

4. **Fragilidades educacionais de base.** A existência de cerca de 29% de analfabetos funcionais entre pessoas de 15 a 64 anos, segundo o relatório INAF <sup>(18)</sup> agrava o problema, especialmente na saúde onde a tecnologia avança exponencialmente. Os cuidados em saúde exigem profissionais com habilidades de comunicação, compreensão de protocolos, domínio de procedimentos operacionais padrão e elevado senso de responsabilidade — competências que dependem de boa formação educacional;
5. **Baixa remuneração em todas as categorias da saúde.** Os salários reduzidos, sobretudo nos serviços públicos e nos privados de pequeno e médio porte, favorecem conflitos internos. Esse ambiente de tensionamento prejudica o clima organizacional e o desempenho assistencial. O investimento em recursos humanos deve incluir remuneração compatível com a dignidade e a complexidade das funções, evitando a dupla ou tripla jornada com danos à saúde. É certo que nem sempre o salário elevado é motivador, mas a falta de um bom salário desmotiva os profissionais;
6. **Dificuldade de padronização do trabalho.** As diferenças na formação, decorrentes da proliferação de faculdades com padrões heterogêneos, inibem a implementação uniforme de protocolos, processos assistenciais e padrões de qualidade nos serviços de saúde;
7. **Comprometimento da relação profissional-paciente.** A deficiência formativa, especialmente no desenvolvimento de habilidades clínicas, éticas e comunicacionais, tende a reduzir o vínculo entre profissionais de saúde e pacientes, enfraquecendo a qualidade do cuidado e a confiança no sistema. Essas condições impactam diretamente a qualidade do trabalho prestado, a produtividade e, conseqüentemente, os custos operacionais — para dizer o mínimo. A requalificação permanente dos profissionais, alinhada ao avanço tecnológico, deve ser parte estrutural do processo educacional e de desenvolvimento da força de trabalho.

A formação de equipes engajadas e motivadas, aliada à promoção de uma cultura organizacional inclusiva, à supervisão atenta da gestão e à administração eficiente dos recursos, contribui para um ambiente profissional equilibrado. Da mesma forma, o estabelecimento de relações produtivas com a comunidade externa, a modernização contínua e a inovação devem ser pilares para o fortalecimento institucional. Nada disso, porém, se sustenta sem debate permanente e sem espaços de reflexão e aprimoramento.

O recrutamento e a seleção de profissionais de saúde requerem critérios diferenciados, incluindo provas práticas com exame do paciente, observando postura, habilidade técnica, empatia, capacidade de humanização, ética no exercício profissional, humildade, aptidão para o trabalho em equipe e disposição para o debate inovador e contínuo. Esses atributos complementam

o conhecimento teórico e são essenciais para a segurança e a qualidade da assistência.

A estruturação de um quadro de pessoal adequado, com número ideal de trabalhadores e diversidade apropriada de cargos e funções, é fundamental. Deve-se evitar a fragmentação excessiva das carreiras, especialmente diante da possibilidade e da necessidade de atuação multiprofissional, que contribui para processos mais integrados, eficientes e produtivos, tornando a administração de pessoal um processo complexo, conflituoso e oneroso.

Adicionalmente, horas extras em excesso — seja por falta de pessoal ou por ausência de controle das chefias — constituem alerta importante de desorganização e pressão indevida sobre os profissionais.

A substituição ou reposição de trabalhadores deve considerar fatores como proximidade de aposentadorias, rotatividade, absenteísmo, qualidade do desempenho e produtividade. Para garantir a continuidade dos serviços, as reposições precisam ocorrer antes da ruptura operacional, de forma planejada e preventiva.

A avaliação de desempenho dos profissionais de saúde envolve múltiplas dimensões e deve considerar indicadores como pesquisas de clima organizacional, taxas de absenteísmo, rotatividade excessiva, retrabalho, baixa produtividade e queda na qualidade assistencial — fatores que podem resultar em danos ao paciente e ao ambiente. Também devem ser monitorados erros decorrentes de falhas de treinamento, afastamentos por transtornos de saúde mental e doenças relacionadas ao trabalho (LDRT), conforme diretrizes da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Os déficits mais frequentes na administração de recursos humanos incluem falhas no estilo de liderança, multiplicidade dos modelos de contratação (terceirização, trabalho intermitente, pejotização e formas de “uberização” do trabalho), insuficiência de estratégias eficazes para gerenciar mudanças organizacionais que impactam diretamente as pessoas e articulação entre as múltiplas gerações presentes nos serviços de saúde (baby boomers, geração X, millennials, Z, futuramente as alfa e beta). Somam-se a isso as deficiências na comunicação e no uso de tecnologias, problemas no clima das relações e na qualidade das interações, elevadas exigências de carga mental e demandas emocionais, sobrecarga de trabalho e situações de trabalho remoto ou isolado. Todos esses fatores devem ser mapeados sistematicamente para identificar riscos e compreender seus impactos na força de trabalho.

O treinamento e desenvolvimento das equipes deve contemplar uma carga horária anual estruturada, abrangendo capacitações técnicas, administrativas e comportamentais. Este último eixo é essencial para promover o equilíbrio entre razão e emoção, fortalecer práticas de humanização e preparar os profissionais para lidar com a complexidade do cuidado em saúde.

Para os profissionais que ocupam cargos de liderança, são indispensáveis competências gerenciais específicas, incluindo capacidade de interação, senso

de pertencimento, resiliência, reconhecimento da própria vulnerabilidade, ousadia e habilidade de aprender com os erros. O gestor de saúde deve compreender profundamente a definição, missão e dinâmica dos serviços, bem como ser capaz de motivar equipes, formar sucessores, construir redes de apoio e cultivar o hábito de oferecer retornos construtivos. Empatia, interesse genuíno pelas pessoas, comunicação eficiente, busca contínua de novas habilidades, estímulo à inovação e impacto positivo sobre a equipe completam as competências indispensáveis.

As instituições de saúde têm a obrigação de implementar programas de promoção da saúde e prevenção de doenças voltados aos seus funcionários, alinhados às diretrizes de atenção primária descritas neste documento. As condições de trabalho — como turnos extensos, plantões sucessivos, alimentação inadequada durante o serviço, acúmulo de segundo e até terceiro emprego, além da convivência cotidiana com o sofrimento e a dor dos pacientes — constituem fatores que podem desestabilizar a saúde física e mental dos trabalhadores.

Com as mudanças climáticas, surgem ainda novos conceitos relevantes para a saúde ocupacional: a solastalgia, entendida como a sensação de perda do conforto ambiental usual, e a ecoansiedade, um tipo específico de ansiedade ligada às incertezas e impactos gerados pela crise climática. Esses fenômenos ampliam o espectro de riscos psicossociais que precisam ser considerados na gestão contemporânea de recursos humanos.

Na saúde, a tecnologia desempenha papel singular: diferentemente de outros segmentos econômicos, ela tende a ter impacto inverso no chamado “desemprego tecnológico”, uma vez que os serviços de saúde dependem intensamente de mão de obra humana — tanto para o cuidado direto quanto para o uso, operação, manutenção e suporte e orientação aos pacientes no uso das novas tecnologias. Há tendência de transformar a demanda por trabalho em saúde, podendo reduzir algumas funções e criar outras, mantendo contínua demanda por profissionais qualificados, reforçando a necessidade de formação contínua e adequada.

Joseph Schumpeter (1883–1950) <sup>(19)</sup> já destacava a importância da inovação e da destruição criativa como motores de transformação. Na gestão, é preciso distinguir a inovação que promove avanços estruturais da chamada destruição destrutiva, quando mudanças malconduzidas geram prejuízos, rupturas negativas e perda de capacidades essenciais.

Torna-se cada vez mais necessária a integração com outras categorias profissionais, como antropólogos e sociólogos, tanto no planejamento quanto na operação de programas e serviços de saúde. A presença dessas áreas amplia a compreensão sobre culturas, comportamentos, dinâmicas sociais e modos de vida, contribuindo para políticas e práticas mais eficazes, sensíveis e situadas na realidade dos grupos atendidos.

A área pública, em algumas regiões, tem diminuído os concursos, não repondo pessoal, sem uma discussão mais profunda sobre que sistema se quer, ou

melhor, como operar a saúde daqui para a frente e com que tipo de vínculo empregatício para o pessoal.

Com frequência, novas unidades de saúde são construídas antes da definição adequada do quadro de pessoal necessário para suas diversas áreas e subáreas. Essa inversão de etapas leva, posteriormente, aos conhecidos “*puxadinhos*” — adaptações improvisadas na estrutura física e organizacional — que geram conflitos, prejudicam os fluxos assistenciais e administrativos e comprometem a eficiência dos processos.

Como curiosidade, novas profissões surgirão como estas retiradas do jornal Valor Econômico:

1. De saúde: gerente de transição de memória digital, engenheiro de transição digital preditiva, designer de comunidades de vida longa, engenheiro de terapias digitais, gerente de saúde digital;
2. Na transição verde: arquiteto de micro rede, arquiteto de climas locais, engenheiro de infraestrutura climática, especialista em biorrestauração tecnológica, especialista em restauração ecológica com tecnologia;
3. Em IA: Sênior AI Engineer, designer de experiência humana-IA, curador de dados sintéticos, psicólogo de robôs sociais, curador de ética tecnológica;
4. Em alimentação: cientista de alimentos cultivados, engenheiro de agricultura de precisão, designer de cadeias de proteínas alternativas, sommelier de proteínas alternativas, engenheiro de robótica agro 4.0;
5. Em mobilidade: orquestrador de frotas autônomas, analista de resiliência de cadeias, engenheiro de hubs urbanos dinâmicos, curador de experiências de viagem multissensorial, gestor de entregas autônomas urbanas;

### **Terceirização e quarteirização – verticalização da produção**

A terceirização de serviços em saúde começou tímida há umas cinco décadas com serviços de limpeza, manutenção, nutrição, chegando aos serviços médicos. Inicialmente nas atividades meio como os serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, especificamente laboratório clínico, imagem, anestesia, hemodiálise e aos poucos as atividades fins, como ambulatório, emergência, terapia intensiva, unidades de internação e àqueles mais complexos como cirurgia cardíaca pediátrica. Um aspecto a ser observado quando múltiplos terceiros ou terceiros e pessoal próprio prestam serviços na mesma unidade de saúde, é como se dá a interação do corpo clínico, a prática e frequência de reuniões clínicas, e se o paciente visto de maneira seletiva e não como um todo. Também, diferentes formas jurídicas, podem exigir maior esforço na gestão.

Encontra-se também, a terceirização de uma área ou subárea completa, incluindo médicos, enfermeiros e funcionários de infraestrutura, sendo imprescindível coordenar a integração de áreas clínicas e/ou cirúrgicas próprias e/ou terceirizadas, o que exige contrato especificando indicadores de qualidade e quantidade para medição dos resultados.

## **Contratos**

Os instrumentos contratuais, convênios, contratos de gestão, protocolos de cooperação, contratos de manutenção e calibração de equipamentos, protocolos de pesquisa, certificações, homologações, explicitam produtos e contrapartidas, gerando documentos que contém dados e informações.

A terceirização tornou-se uma prática comum na saúde. A utilização de contratos de gestão por organizações sociais e a prestação de serviços públicos por entidades privadas sem fins lucrativos só é possível com cuidadosa elaboração dos contratos com finalidades claras e transparentes, definição e especificação dos produtos e condutas precisas, direitos e deveres da contratada e dos contratantes essenciais para evitar ou sanar problemas nos quais a interrupção leve a quebra de continuidade de programas e serviços.

A elaboração dos contratos (e editais) é realizada pelos profissionais da área de infraestrutura, mas muitas das especificações são conhecidas pelos funcionários de saúde, sendo a interação entre essas duas áreas relevante para a escolha técnica e para garantir a segurança e a abrangência dos documentos. O detalhamento prevenindo brechas que impeçam falhas no cumprimento, perdas controle do gestor, artifícios judiciais, enfim, prejuízos, são essenciais. Cuidados devem ser tomados nos contratos complexos como, compra de tecnologia de ponta, medicamentos de alto custo, procedimentos invasivos e não invasivos, contratos emergenciais e parcerias mal supervisionadas com organizações privadas com e sem visar lucro. Um gestor desse contrato será indicado pela área de utilização do bem ou do serviço que se está adquirindo.

O acompanhamento da gestão do contrato, desde o planejamento detalhado que inclua insumos, equipamentos, fluxos e logística, e, da avaliação, desde o início com monitoramento permanente, ao controle do planejamento e lançando mão em tempos pré-determinados da fiscalização e da auditoria, garantindo um trabalho sem intercorrências.

Revisar os instrumentos contratuais, periodicamente, procurando melhor disponibilidade de recursos, eficiência, produtividade e qualidade é sempre salutar, para manter as políticas de saúde sempre favoráveis à comunidade e aos demais interessados.

## **ÁREA FÍSICA E ESTRUTURA ORGANIZACIONAL**

A estrutura administrativa ou organizacional e suas atribuições, pensada desde o início do processo, têm influência no desenho arquitetônico, merecendo ser estudada com rigor, obedecendo critérios administrativos, científicos, técnicos e culturais.

O sétimo lugar da área física no ranking do planejamento de políticas de saúde se deve ao conhecimento de todos os recursos que comporão os programas e serviços, do volume e respectivos fluxos, por períodos, de funcionários, pacientes, acompanhantes, visitantes, fornecedores e demais personagens que serão acomodados neste espaço.

Complementando o parágrafo acima, desenho arquitetônico, memorial descritivo, projeto elétrico, hidráulico, ar-condicionado, equipamentos ancorados só se iniciam depois de concluídos os seis itens anteriores da formulação de políticas de saúde serem completados. Isto evita dificuldades encontradas de colocar os componentes constantes dos itens anteriores depois da construção das unidades, sem noção da quantidade, tamanho e especificações dos equipamentos, pontos de energia, água, esgoto, refrigeração que alguns dos equipamentos ancorados exigem, mobiliários e espaços delimitados, prevenindo reformas para adequação da área física antes mesmo da inauguração — situação que não é incomum.

Deve ser planejado espaço para crescimento futuro decorrente de aumento de demanda, incorporação tecnológica ou novos programas e serviços, entre os itens que permitem uma boa administração, no futuro.

### **Unidade central**

O nível central é o responsável pela política institucional, no nível nacional, regional e local, desde a criação até a avaliação, é o nível de decisão, coordenação e regulação do sistema de saúde atuando por meio do ministério e das secretarias de saúde. Tanto as unidades públicas como privadas conveniadas são contempladas pelas políticas emanadas deste nível. Isso não impede que os níveis regionais e locais tenham políticas próprias, diferentes do nível central, específicas às condições existentes com características distintas de outros níveis.

Nesta posição, na administração direta do governo, compõe-se estruturalmente do conselho de administração, representado pelo gabinete executivo do nível central, coordenadorias e departamentos administrativos e técnicos, assessorias e comissões.

Participação nos Conselhos de Saúde das três esferas de governo, federal, estadual e municipal, nas Comissões Bipartite e Tripartite, além dos conselhos de secretários estaduais de saúde e dos municipais.

O órgão central tem poder de decisão nas políticas e estrutura de programas e serviços podendo criar unidades com diferentes formas jurídicas, comprar

programas e serviços no mercado de saúde ou, o que é mais comum, adotar um misto dessas duas opções.

Premissas da unidade central:

1. Estrutura administrativa horizontal, preferencialmente com poucos níveis intermediários, valorizando grupos de trabalho, estruturas matriciais e o uso intensivo de tecnologia, para atender as necessidades administrativas e técnicas da população nas condições culturais e tecnológicas do século XXI. A estruturação de uma instituição baseia-se nos documentos legais de sua criação, iniciando pelo estatuto, seguido do regulamento que o complementa, e dos regimentos que detalham ambos, resultando na estrutura administrativa, mais conhecida como organograma. São eles que partindo da filosofia e das finalidades institucionais permitem a organização das atribuições das áreas e subáreas e das competências dos cargos e funções que serão responsáveis pelo planejamento, direção e avaliação das ações estratégicas e táticas que levam aos resultados programados. Nessas áreas e subáreas, dentro de espaço físico, estarão alocados, equipamentos, instrumentais, insumos, levantados e manuseados por profissionais que baseados em informações externas (meio ambiente) e internas (instituição) criam conhecimento do negócio e desenvolvem processos (técnicas e métodos) para a produção especificada na filosofia e finalidades da criação institucional. Áreas e subáreas devem ter atribuições claras e descritas; A capacidade de negociação é ampla, por vezes conflituosa, necessitando de conhecimento para tomada de decisões.
2. Áreas e subáreas, cargos e funções tem diferentes denominações no serviço público bem como no privado (como exemplo: departamento/gerencia, diretor/gerente) dependendo de vários fatores e que não são motivo de discussão nesta oportunidade.
3. O dinamismo deste século requer que as estruturas sejam atualizadas periodicamente, reduzindo, substituindo ou criando áreas e subáreas para acompanhar as variações climáticas, culturais, informacionais, e inovações tecnológicas tanto administrativas como de saúde. Quanto mais horizontais, contendo poucas áreas e subáreas, mais ágeis e resolutivas.
4. Cargos padronizados, competências claras e descritas em áreas e subáreas da estrutura (organograma): atualização periódica de acordo com objetivos, métodos e técnicas de trabalho, revisão e adequação às necessidades assistenciais, pesquisa, ensino e gestão, atuais.
5. Definição das políticas públicas para a área de saúde avaliando a integração com as políticas de outras áreas que interferem na saúde da comunidade.
6. Definição de estratégias baseadas em garantir a qualidade da assistência, aumentar a produtividade das unidades e atingir custo que permita atender o maior número de pessoas na população. A medição, continua, periódica e ocasional, com indicadores quantitativos e qualitativos, promove ajustes

na administração, a criação de cenários preditivos permitindo a criação de opções e atuação ágil nestes tempos em que tudo evolui com rapidez, exigindo produtividade, associada a qualidade, traduzindo em melhor eficiência do financiamento.

7. Estabelecer a 'boa' burocracia, processos adequados, articulados, com dados consistentes, governança, o que significa segurança administrativa fazendo com que a tecnologia crie valor; lembrar que os processos são horizontais quando se interligam a outros ou a diferentes áreas e verticais quando dentro da mesma área.
8. Estudos das atividades a serem terceirizadas na sede e nas unidades, permitem a sincronia dos processos e a interoperabilidade de equipes e/ou profissionais.
9. Tecnologia adequada ao desempenho das atividades proporcionadas pelo aumento da automação e da digitalização das atividades, robótica, IA, drones, além da busca incessante por outras inovações, principalmente decorrente da disrupção que os sistemas de saúde estão premidos, corroboram a segurança da assistência e do financiamento. Estar preparado para superar o obsoletismo, e ser acompanhada de governança e parcerias com startup.
10. Conhecimento da demanda e regulação da oferta, regionalmente (mapeamento de leitos, equipamentos, profissionais, programas e serviços).
11. Conhecimento da oferta de equipamentos de saúde antes de decisões sobre mutirões e carretas. Medir custo, capacidade de atendimento e resolubilidade das diferentes formas de assistência.
12. Logística adequada para ações de saúde, incluindo as relativas a fluxo de pacientes, exames, peças anatômicas, insumos.
13. Central de diagnóstico e análise situacional regional ('Inteligência'). Dados e informações disponibilizados com transparência. Este item é complementado com o 14 e 15.
14. Arquitetura e engenharia: área específica para planejamento físico, organizacional e legal de unidades de saúde, com engenharia clínica, participação de equipe multiprofissional, de saúde e infraestrutura, para apoio às unidades próprias e privadas, como foi no passado com o Departamento de Técnica Hospitalar da Coordenadoria de Assistência Hospitalar da SESSP, extinta há anos. Fazia parte do departamento citado no item 15.
15. Área técnica normativa: multiprofissional, com atribuições de normalização de ações de saúde e pareceres sobre programas, serviços e unidades de saúde, emissão de alvarás, entre outras atividades.
16. Gestão de patrimônio: Levantamento atualizado do patrimônio (edifícios, terrenos, galpões, fazendas, equipamentos, instrumentais, veículos)

localização, estado de conservação, obras necessárias e em andamento, para ampliação, adaptação, transformação ou liquidação de programas, serviços e unidades de saúde. Levantamento de obras e reformas em andamento e propostas por gestões anteriores visando seu término e evitando prejuízos decorrentes da interrupção das que estão em andamento. Incentivar a padronização de equipamentos, instrumentais, veículos.

17. Vigilância e laboratórios de saúde pública: Vigilância em saúde é um conjunto de ações que visa analisar a situação de saúde da população de forma contínua para prevenir doenças e riscos à saúde, além de promover o bem-estar geral. Ela se divide em subáreas como vigilância epidemiológica (doenças transmissíveis e não transmissíveis), sanitária (produtos e serviços), ambiental (saúde e meio ambiente) e saúde do trabalhador. O objetivo é planejar e implementar medidas eficazes, como o monitoramento de doenças, a fiscalização de produtos e a identificação de fatores de risco. Acresce-se a integração da vigilância sanitária e o monitoramento climático, sendo estados e municípios encarregados de identificar riscos ambientais (aumento da poluição e chuvas, qualidade da água, ondas de calor). Atenção às doenças de Notificação Compulsória. São atividades que necessitam de agilidade para diagnosticar e estancar epidemias, o que requer processo decisório mais rápido, encontrando obstáculos na administração direta e autárquica, dos níveis de governo, sendo uma solução a transformação em Agência, em vez de administração direta ou autárquica. As ações relativas ao meio ambiente e das condições sanitárias na indústria, no comércio e nos serviços com foco na prevenção de acidentes e doenças. Atuação junto aos órgãos competentes a respeito de resíduos, esgoto, água não tratada, inundações, vendavais e deslizamentos. É uma força expressiva em termos de saúde pública a integração técnica e informacional entre as vigilâncias estaduais e municipais e a Anvisa (responsável pela regulação de medicamentos, vacinas, alimentos, agrotóxicos, dispositivos médicos, cosméticos, saneantes e fiscalização de serviços de saúde). Laboratórios de saúde pública são instalações especializadas que realizam análises para monitorar e promover a saúde da população, focando em diagnósticos para o controle epidemiológico e sanitário. Ligado ao IML – Instituto Médico Legal, órgão das Secretarias de Segurança dos estados, o Serviço de Verificação de óbitos – SVO é um importante órgão na investigação de casos de morte natural, ou seja, decorrentes de doença(s) já existente(s), morte súbita em adultos jovens, óbitos domiciliares sem assistência médica e não suspeitos de causa externa, portanto de relevância para políticas de saúde, relevantes para decisões políticas de saúde.
18. Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde – CROSS: como atribuição deve conhecer a oferta de programas, serviços e unidades de saúde locais e regionais, cooperando com as Regionais de Saúde (RS) e atendendo prontamente o paciente que necessita de procedimentos ou leito. Existe a necessidade de bom relacionamento as centrais estaduais, municipais e interna das unidades de saúde. Reforçando o conhecimento de leitos (ativos e inativos), unidades e outros recursos (programas e

serviços) por regional de saúde, bem como a situação física, legal e operacional dessas unidades.

19. Central de Transplantes de Órgãos – CTx. Tarefa complexa dependente da disponibilidade de serviços e da distribuição dos níveis de complexidade do sistema. Exige digitalização de excelente nível para registro de todas as ocorrências do receptor e do doador, que são acompanhadas pelos órgãos de controle.
20. Serviço de Atendimento móvel de urgências – SAMU. Serviço brasileiro de atendimento médico pré-hospitalar, municipal, acionado em casos de emergência.
21. Grupo de Resgate e Atenção as Urgências e Emergências – GRAU. Atendimento pré-hospitalar, estadual, é referência em situações de alta complexidade, garantindo o suporte necessário em momentos críticos de acidentes em vias públicas, comércio e residências.
22. Regionais de saúde (RS). Novo desenho das RS baseado em aspectos atuais geográficos, com a participação de demógrafo, epidemiologista, economista, geógrafo, além da equipe interna do órgão central, procurando obter oferta de programas e serviços de saúde, a demanda, facilitado pela existência de recursos tecnológicos que facilitadores do planejamento e da gestão regional. Ao mesmo tempo, a revisão e estabelecimento das atribuições das RS. A formação de redes modulares é a solução para a cobertura de saúde de determinada população. Uma vez que a tecnologia da comunicação atual permite integração rápida e constante, aprender a ouvir e quebrar barreiras culturais, observando-se o resultado do monitoramento desta rede e sua comunicação interna e externa pode ser oportunidade para redução do número de regionais. Maiores detalhes sobre o assunto encontram-se mais à frente.
23. Medicamentos: a destinação de uma área específica para tratar dos medicamentos faz jus a importância que tem, aos preços elevados de determinadas drogas e medicamentos, principalmente em algumas especialidades médicas, como exemplo a oncologia e ao uso abusivo de várias drogas para um mesmo paciente, sem visão das interações e das possíveis complicações. O custo do investimento em pesquisa dos laboratórios é um dos fatores alegados para justificar os valores cobrados e pela capacidade de negociação dos governos. A farmacoeconomia auxilia no esclarecimento do custo/benefício e riscos dos medicamentos, usando métodos como custo utilidade e custo efetividade, permitindo racionalização do uso dos recursos. Com capacidade de compra em larga escala tem poder de barganha e podem e devem lutar por preços acessíveis. O Brasil tem uma legislação que permite accountability, transparência e a revelação do preço pago pelo SUS. A judicialização, pela imprevisibilidade, é outro componente que destrói orçamentos. Esta área tem como atribuição também o estudo das suas causas, o conhecimento e a obediência da relação de medicamentos oferecidos pelo sistema e o esclarecimento à justiça da utilização correta da prescrição. Interação com os laboratórios de saúde pública para avaliação qualitativa

de medicamentos, drogas, fórmulas e outros artigos de consumo popular. Manter controle de estoque de medicamentos, seringas, dosadores ou outros aplicadores em tempo real nas diferentes regionais de saúde e farmácia das unidades, providenciando a compra ou o remanejamento, antecipando a falta quando os estoques alcançarem o ponto de reposição. Estender a entrega de medicamentos em domicílio a todas as unidades, tanto cedidos pelas secretarias estaduais como pelo Ministério da Saúde aperfeiçoando a logística da renovação da prescrição e da entrega para evitar atrasos, perdas e controle da validade.

24. Assessoria: técnica, administrativa e jurídica e suas operações estão vinculadas a processos de todos os tipos, dos mais simples aos mais complicados e complexos, expostos a riscos, a interrupção e altos custos, dentro de legislação civil e de saúde, necessitando de equipes que tenham conhecimento profundo das respectivas matérias na busca de argumentos que sustente as políticas de saúde. Tecnicamente valem-se do conhecimento nacional e internacional, administrativamente de fontes governamentais e privadas e juridicamente da constituição e do arcabouço legal do país. A biblioteconomia é valorizada no estudo da gestão, pesquisa e disseminação da informação de assuntos ligado a saúde, política e legislação, como exemplos. Estas assessorias, permanentes, também fazem a conexão com as políticas de outras áreas e instituições, evitando-se sobreposições e falhas. O conhecimento do direito sanitário é um auxílio importante, neste conjunto.
25. Estruturas Matriciais: nem sempre são necessárias estruturas fixas para determinados assuntos, podendo-se lançar mão de estruturas 'temporárias' que são multiáreas, multiprofissionais, com tempo definido para iniciar e finalizar sua ação.
26. Assessoria de Imprensa e marketing: relacionamento com a imprensa e entidades correlatas, divulgação das políticas, informações de saúde, o uso do marketing para divulgar campanhas de prevenção da doença e promoção da saúde, envolvimento do paciente, cuidados ambientais, deve ser realizada por profissionais fazendo com que o foco da notícia ou da missão seja alcançado.
27. Controladoria: uma organização que se dispõe a monitorar bilhões de reais e desempenhar suas atividades de controle dos números financeiros e do cruzamento destes com os de produção e da qualidade do produto, principalmente na saúde. A criação da controladoria é uma tarefa que pode ocorrer com a orientação dos órgãos de controle, citados mais à frente.
28. Serviço de Atendimento ao Cliente e Ouvidoria: atividades imprescindíveis ao bom relacionamento com a comunidade devendo ter completo conhecimento da estrutura e das políticas desenvolvidas para dirimir dúvidas, orientar a população e defendê-las de ações causadas pelos agentes de saúde. Estes organismos devem ser descentralizados da sede para as regionais de saúde, que poderão agir com certa independência no sentido de atender de imediato o indivíduo que está na ponta, a centenas

de quilômetros do órgão central. Devem alimentar o órgão central com as demandas e fatores intervenientes nas políticas locais e regionais, o que constitui oportunidade para criação ou revisão de normas e regras necessárias ao bom andamento das políticas, seus programas e serviços.

29. Consultoria: vários são os assuntos que mereçam a contratação de consultorias:

- a) Levantamento ou surgimento de novas necessidades administrativas, legais, estruturais, em unidades, áreas, programas e serviços.
- b) Busca de informações para prevenção de riscos administrativos, legais, riscos assistenciais, iatrogenia, eventos adversos.
- c) Atualização tecnológica e modernização de processos, tecnologia, uso de IA.
- d) Reestruturação institucional e de suas unidades podendo ser recomendável a contratação de consultoria com experiência internacional em serviços de saúde, como Reino Unido, Canadá, Suécia e Brasil ou modelos semelhantes a cobertura universal como Dinamarca, Espanha, Finlândia e Portugal.
- e) Busca das ações ambientais, sustentabilidade social e econômica e governança corporativa (ESG), disseminando para unidades subordinadas
- f) Redes sociais para contato com o público.

30. Auditorias internas e externas: são sempre recomendáveis tanto as internas, permanentes como as externas, independentes, com um olhar nas políticas desenvolvidas, na qualidade, na produção e produtividade, novas formas de gestão, contabilidade e participação no mercado, bem como temas específicos como segurança em tecnologia da informação.

### **Unidades executoras e equipamentos**

A concentração de unidades e equipamentos no País é desigual, com disponibilidade em algumas regiões e cidades e falta ou excesso em outras áreas, fato a ser considerado quando da decisão sobre determinadas políticas de saúde.

A tecnologia arquitetônica fez transformações na logística interna, racionalizando espaços e blocos, facilitando a interação entre áreas e subáreas, reduzindo a exposição a infecções, e com a diversidade de equipamentos e instrumentais exigindo mais metro quadrado por leito construído. Alguns indicadores como metro quadrado por leito, funcionários por leito, vêm do tempo em que essas unidades não tinham ambulatório e serviços complementares desenvolvidos e sofisticados como atualmente, mas

acabaram perdurando e mantendo a importância nas medições de produtividade e qualidade.

Os equipamentos começaram a aparecer com tecnologias mais complexas a partir da década de setenta do século passado, com maior resolubilidade no diagnóstico e na terapêutica, trazendo uma série de benefícios, maior qualidade, menor invasão, maior precisão, mais segurança, mas, com elevação dos custos da saúde. A quantidade e distribuição destes equipamentos foi feita sem avaliação criteriosa, quando se compara a outros países, existindo um número excessivo deles em determinadas áreas do País ou mesmo regiões e cidades em detrimento de outras.

A demografia, epidemiologia, estatística, geografia, matemática, tecnologia da informação e IA, podem propor uma disposição equilibrada pelas regiões do País, de leitos, equipamentos, unidades, profissionais e respectivas especialidades além de outros recursos disponibilizando e adequando oferta e demanda. A existência destes estudos permitiria evitar a falta ou excesso de recursos, diagnóstico e tratamento não iniciados, ampliando o impacto qualitativo na saúde da população, facilitando a gestão e resultados positivos para a economia regional e nacional.

A provisão de serviços de saúde pode se dar por meio de unidades públicas ou privadas filantrópicas, beneficentes ou que visam lucro, mediante convênios ou contratos.

Tipos: Unidade básica, hospital geral e especializado, maternidade, laboratório clínico, laboratório de imagem, centro logístico, farmácia, odontologia, clínica ambulatorial, CAPS, CRI, UPA, cirurgia ambulatorial, pronto socorro, policlínica, hospital dia, unidade de retaguarda (recuperação procedimentos complexos), unidade para crônicos (importantes para livrar leitos de agudos), unidade para saúde mental, SAMU, RESGATE, transporte aéreo de pacientes e de órgãos para transplantes, carreta para determinados procedimentos (verificar disponibilidade de procedimentos a nível regional e custos antes de implantar), fábrica de vacinas e de medicamentos, e outras maneiras de atendimento como a telessaúde. A responsabilidade do atendimento ao sistema prisional, à população cerceada de liberdade, é do Estado, dentro de unidades de saúde internas ao presídio, na rede pública ou na rede filantrópica que mantém esta possibilidade em seus estatutos. Deve ser considerado também o atendimento e assistência domiciliar e os hospitais de transição na atenção em saúde, importantes também para a disponibilidade de leitos de agudos nos hospitais secundários e terciários.

Os programas e serviços desenvolvidos nas unidades acima se diferenciam pelo nível de complexidade: atenção primária, média e alta complexidade.

A composição das áreas é representada por ambulatório <sup>(a)</sup>, emergência <sup>(b)</sup>, complementar de diagnóstico e terapêutica <sup>(c)</sup>, internação clínico cirúrgica <sup>(d)</sup>, atividades extra hospitalar <sup>(e)</sup>, pesquisa <sup>(f)</sup>, ensino <sup>(g)</sup> e infraestrutura <sup>(h)</sup> que se multiplicam em subáreas. De acordo com o nível de atenção a composição varia, mas, a infraestrutura está presente em todas. Estas áreas e subáreas tem atribuições, especificidades e culturas próprias são geradas por cada uma

delas e mesmo dentro é possível ver diferenças nas subáreas, como na unidade de internação entre terapia intensiva e enfermarias. Diferentes culturas exigem mecanismos de negociação bem elaborados, baseados em conhecimentos e medições de processos e resultados, obtendo integração entre equipes.

A formação de grandes redes com incorporações, aquisições e fusões de unidades hospitalares e/ou laboratórios, devendo ocorrer economia de escala na produção de serviços. Podem ser citados a Rede D'Or, o laboratório Fleury e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP) que desde 1998 vem acrescentando organizações sociais como hospitais, ambulatórios de especialidades, centro de logística, e outras unidades. A SESSP já possui hospitais da administração direta e indireta, ambulatórios de especialidades, laboratório de saúde pública, fábrica de medicamentos e de vacinas, mais de uma centena de unidades de saúde, no desenvolvimento de programas e serviços.

Importância deve ser dada ao mapeamento periódico das unidades, programas e serviços de saúde que sofrem as influências do que ocorre no ambiente externo, podendo diminuir a oferta levando a sobrecarga das que ficam ou aumentar a oferta, deixando ociosidade em algumas. O mesmo se aplica aos equipamentos de diagnósticos e sua distribuição local e regional, evitando-se a sobreposição com ociosidade e custos desnecessários ou

A criação de formas alternativas precisa de avaliações da eficiência e dos custos, citando como exemplo a confrontação dos custos de carretas para exames complementares com o das unidades físicas. Correções devem ser feitas quando os indicadores alertarem discrepâncias.

Atenção deve ser dada ao acesso do paciente à rede hospitalar. O fluxo e a relação com a rede básica devem ser bem elaborados, para que o paciente inicie o processo pela unidade básica e retorne a ela para acompanhamento. Isso precisa ser planejado não apenas com profissionais de saúde, mas com tecnologia suficiente para que o paciente não precise recorrer à rede hospitalar por cuidados simples, muitas vezes com dificuldades de locomoção ou sem condições financeiras.

A logística para gestão das listas de espera precisa ser ágil, as unidades preparadas, a comunicação das suas condições transparente e úteis, evitando perda de tempo e antes de decisões sobre mutirões e carretas verificar a oportunidade, a existência na rede e custos destas opções.

Alguns procedimentos, até pela incidência e prevalência não têm acesso fácil, como a diálise e devem ser levantadas suas causas e elaborado plano de ação para correções.

Exames complementares são solicitados em excesso tanto os de laboratório clínico como os de imagem. Uma das maneiras de tentar evitar desperdícios são os protocolos, uma adequada anamnese e exame físico e uma direção clínica ciente que entre suas competências está a garantia da qualidade do

atendimento com corpo clínico profissional, ético e com conhecimento. Os formadores de profissionais de saúde têm grande participação neste quesito.

O absenteísmo às consultas e procedimentos varia, de acordo com Bittar e cols. <sup>(20)</sup> em média 15%, porém, podendo atingir 30%, dependendo do serviço e da especialidade, o que requer infraestrutura de busca, profissional e tecnológica, lembrando o compromisso do paciente em comparecer.

Por fim, se obtém qualidade, respeito ao paciente e funcionários por meio de avaliação constante da assistência com indicadores de quantidade e qualidade medindo a efetividade e eficácia das ações, a produtividade individual dos profissionais.

### **Unidade básica de saúde**

As unidades básicas são a porta de entrada do paciente ao sistema, tendo como atribuição a atenção primária ou básica de saúde, além de permitir que pacientes sejam diagnosticados e tratados mais rapidamente evitando-se complicações da doença e aumento dos custos em tratamentos mais complexos e internações. No médio e longo prazo podem-se obter recompensas quanto à diminuição de custos.

A oportunidade de apoio à educação dos estudantes da área da saúde a respeito de prevenção da doença e promoção da saúde, e da importância de conhecimento de técnicas de modificação comportamental, para a atenção primária. Ampliar sua atuação para políticas de prevenção de causas externas (violência, acidentes e riscos ocupacionais) pode ser oportuno.

A parceria com educadores e com a mídia na divulgação de métodos de prevenção de doenças e promoção da saúde pode e deve dar suporte a essas iniciativas de comunicação.

Como prática de regulação do sistema, além do primeiro atendimento e da sequência para tratamento especializado, as unidades básicas deverão servir de apoio a especialidades que concentram pacientes crônicos (cardiologia, nefrologia, oftalmologia, endocrinologia), garantindo suporte adequado para avaliação periódica, conforme a gravidade da doença, permitindo que as unidades terciárias possam atender novos pacientes, com mais presteza. Isso faz parte da integração com os níveis secundário e terciário. A utilização de tecnologias como teleconsulta facilita a comunicação com pacientes e especialistas, agilizando consultas, evitando retornos presenciais desnecessários e absenteísmo dos pacientes crônicos.

A telessaúde oferece uma série de oportunidades, entre elas as seguintes: teleconsulta (consulta não presencial), teleconsultoria (consultas entre profissionais de saúde para esclarecimento de dúvidas), capacitação dos profissionais de saúde, teleinterconsulta (serviço que permite a discussão de casos clínicos entre diferentes profissionais); imagem, ECG, dermatologia, oftalmologia, acompanhamento de doenças crônicas, prevenção da

descontinuidade do tratamento, triagem de pacientes, elaboração de relatórios, ações de promoção da saúde e prevenção da doença, substituição ou renovação de receita médica.

A avaliação periódica e completa deve conter indicadores de quantidade e qualidade dos resultados observados na comunidade, dos programas e serviços prestados pelas unidades de saúde, dos serviços dos profissionais de saúde e daqueles da infraestrutura, da gestão das operações e de pesquisas de opinião.

## Hospitais

Hospitais são imprescindíveis para concretizar políticas de saúde, mas, devem ser utilizados com parcimônia, dadas as complexidades operacionais, custos elevados e dificuldades de formação de equipes para sua gestão em algumas regiões ou mesmo locais dentro de um País continental como o Brasil. Vale conhecer o estudo de Kerr White, epidemiologista americano que pesquisou a demanda de uma coorte de indivíduos por cuidados e unidades de saúde em situações de indisposição.

Kerr White <sup>(21)</sup>, em 1961 realizou uma pesquisa partindo de 1.000 indivíduos adultos em uma comunidade, levantando quantos apresentavam problema de saúde, quantos procuravam atendimento médico, chegando ao número de internados. O resultado foi que, dos 1.000, somente oito precisaram de hospital geral e um de hospital terciário. Esta mesma pesquisa foi repetida por Green <sup>(22)</sup> em 1996, chegando aos mesmos resultados. A partir de meados da década de 1970, a revolução tecnológica foi surpreendente, não só em equipamentos, mas também em procedimentos, drogas, medicamentos, órteses e próteses, ampliando o atendimento ambulatorial e dos serviços complementares de diagnóstico e tratamento, reduzindo sensivelmente a média de permanência hospitalar o que permite aumentar o giro de leitos e reduzir o total necessário. O sentido desta introdução é que são necessários estudos com mais variáveis antes da construção de leitos hospitalares, evitando os hospitais de pequeno porte que geralmente apresentam baixa complexidade assistencial, embora existam unidades especializadas de alta complexidade com pequeno número de leitos. Hoje, no Brasil, segundo Bittar <sup>(23)</sup> a situação é a seguinte: 54% menores de 50 leitos, 32% de 51 a 150 leitos, 13% de 151 a 500 leitos e 1% acima de 500 leitos, conforme demonstrado na Tabela 2, evidenciando que a maioria são de pequeno e médio porte, com baixa ocupação e, certamente, baixa complexidade. Isto deve ser levado em conta nos processos de regionalização.

**Tabela 2.** Número de hospitais, internações, média de permanência e taxa de ocupação por porte — julho/2023 a junho/2024 (DATASUS).

<b>Porte (número de leitos)</b>	<b>Número de hospitais</b>	<b>Internações</b>	<b>Média permanência (dias)</b>	<b>Taxa ocupação (%)</b>
Até 50	3.429 (54%)	1.980.983	3,7	23,9
51 a 150	2.074 (32%)	5.108.692	5,4	51,7
151 a 500	846 (13%)	5.205.634	7,5	71,0
Acima de 500	50 (1%)	913.471	7,7	75,9
Total/Média	6.399 (100%)	13.208.780	4,7	56,8

Fonte: CNES — base de outubro/2022; DATASUS. Total de leitos SUS: 327.634.

O parâmetro de disponibilidade de leitos deve ser definido conforme características demográficas, epidemiológicas e organizacionais do sistema, não havendo valor universalmente recomendado, embora a análise do trabalho de White e da Tabela 2 permite a sugestão de um leito/1.000 habitantes salvo se estudos locais demonstrarem necessidade de proporção maior. A inovação tecnológica trouxe novos medicamentos, procedimentos menos invasivos e maior resolubilidade ambulatorial, com redução do tempo e das internações hospitalares — tendência que terá papel importante no futuro.

As transições, demográfica, epidemiológica, ambiental, tecnológica, social, podem definir o tipo de unidade necessário para determinado programa e serviço. Construir hospital especializado ou aumentar leitos em maternidade ou pediatria precisa ser baseado em números que espelhem a real necessidade e o horizonte temporal. As especialidades devem encontrar espaço em hospitais gerais, após estudos e planejamento adequados, principalmente aquelas cujas doenças e procedimentos exigem a participação de outras especialidades, sendo muitas vezes mais oportuna a ampliação de leitos em hospitais gerais.

Outro alerta, principalmente em cidades grandes, são as unidades com capacidade ampliadas baseados nas diferentes operadoras de planos de saúde e nos números atuais de usuários que possuem. É preciso pensar nas transições e sua atuação no tempo, como a diminuição da população mudanças no mercado, evolução tecnológica que evita internação, para se manterem viáveis no futuro. Nos Estados Unidos, na cidade de Boston, devido a dificuldades econômicas geradas pela crise da indústria automobilística, ocorreu o fechamento de imensa quantidade de leitos, no século passado.

Nas cidades menores, não é infrequente ver uma Santa Casa ociosa e o hospital de uma operadora de planos de saúde com poucos usuários também ocioso, ambos geralmente de pequeno porte, construídos por incapacidade de negociação entre as partes.

A maior parte dos hospitais de pequeno porte, filantrópicos e públicos municipais, exceção feita a alguns especializados, são de baixíssima

complexidade com alto grau de internações evitáveis por ações sensíveis a atenção primária, com média de ocupação de 33,0%.

Boa parte dos hospitais de médio porte (51 a 150 leitos) se aproximam dos de pequeno porte em número de leitos, estando nas mesmas condições. Verificar a possibilidade de melhor utilização dos leitos sem uso, aproveitamento em outras atividades de saúde e sociais como retaguarda para pacientes crônicos e em reabilitação física, nutricional, ocupacional, contrarreferência para a rede hospitalar terciária e secundária uma vez que esses pacientes, em leitos de maior complexidade, atendimento às emergências/urgências e também lembrar do apoio da Tele saúde para atividades a que forem destinadas.

A média e alta complexidade dos pacientes do SUS são atendidas em hospitais estaduais, municipais e conveniados filantrópicos e beneficentes.

### **- Hospitais de ensino (HE)**

Os HE são hospitais secundários e terciários, públicos ou privados, gerais ou especializados, que se dedicam a assistência, pesquisa e ensino, caracterizando-se pelo atendimento a pacientes graves, como referência para hospitais secundários, procedimentos complexos e capacidade de liderar a assistência regionalmente. O ideal seria que todas as regiões de saúde tivessem a cobertura de um HE, o que, se não for possível, exige a eleição de um hospital de grande porte com características terciárias próximas de um HE, trabalhando em módulo com a rede básica. A capacidade de resposta dessas unidades é muito rápida.

No Estado de São Paulo os públicos autárquicos, um da administração direta e algumas organizações sociais de saúde são certificados e contratualizados como HE. Os dois primeiros possuem fundação de apoio para contribuir com autonomia de gestão. Os HE contam ainda com outros hospitais da administração direta do Estado, com privados filantrópicos e beneficentes.

A experiência de São Paulo destacou-se pelo acompanhamento dos 52 HE, com a criação do Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE), mencionado anteriormente.

A produção científica e pedagógica também deve ser objeto de avaliação por instituições ligadas aos respectivos setores.

É preciso reforço no aporte de recursos e de atualização do parque tecnológico, principalmente naqueles que não são contemplados com recursos orçamentários públicos, para que se mantenham na vanguarda dos procedimentos assistenciais, pesquisa e ensino.

### **Formas Jurídicas**

As formas jurídicas das unidades de saúde governamentais são a administração direta, a administração indireta, as organizações sociais de

saúde, as fundações de direito público e privado, as fundações privadas de apoio, entidade economia mista e empresa pública.

As entidades privadas podem ser com fins lucrativos ou sem fins lucrativos, sendo estas últimas as filantrópicas, beneficentes, cooperativas, organizações não governamentais e sociedades civis. Estas entidades podem ser conveniadas com o governo mediante contratos de gestão.

Dentro das públicas, as da administração direta e as autárquicas, guardadas as diferenças existentes, têm em comum problemas de agilidade administrativa, mais intensa na administração direta, o que dificulta a produção e a qualidade da assistência. A partir de 1995 a alternativa foi a organização social de saúde, em que os governos mantêm a propriedade, mas flexibiliza a gestão e o controle por meio de contrato de gestão.

### **- Organizações sociais de saúde**

A transformação das unidades de assistência da administração direta e a criação de organizações sociais estão presentes em 200 municípios de 22 estados do País.

Estimular o aumento do número de entidades pode favorecer uma gestão efetiva e eficiente, proporcionando ganhos aos cidadãos que dependem da assistência à saúde. Apesar de nos últimos anos terem ocorrido problemas administrativos em algumas delas, a maneira correta de prevenir é a dotação dos órgãos controladores de recursos humanos fortalecidos, tecnologia para sistema de avaliação que facilite a monitoração, fiscalização, auditoria e controle de acordo com o planejamento estipulado no contrato de gestão.

### **- Hospitais filantrópicos e beneficentes**

Estes hospitais são importantes para o SUS, atendendo uma parcela significativa da população sendo, em algumas localidades e até regiões inteiras, os únicos recursos existentes. As avaliações qualitativas e quantitativas destas unidades, periodicamente, são importantes na manutenção ou aumento da assistência prestada.

A revisão dos convênios e contratos, objeto de monitoramento permanente, bem como a integração em rede pública e privada, deve ser preservadas, estimuladas e discutidas periodicamente para troca de conhecimentos e outras experiências.

### **- Fundações de apoio**

As Fundações de apoio, privadas sem fins lucrativos, tornam mais ágil a administração dos HE, tanto direta quanto indireta.

Apesar das vantagens, uma desvantagem é que o hospital público passa a ter outra instituição para ajudá-lo, passando a ter duas instituições com diferentes formas jurídicas, para o mesmo fim, o que representa aumento de custos pela estrutura extra, dificuldades de gestão pelas diferenças de tratamento para os

funcionários, como os reajustes salariais anuais recebidos pelos celetistas, benefício que nem sempre ocorre nos servidores públicos.

Atualmente, os números de funcionários celetistas contratados pelas fundações de apoio, no Estado de São Paulo, superam os de funcionários públicos, levando a dificuldades na gestão desses dois grupos.

A troca de experiências administrativas e técnicas entre as unidades hospitalares, não só as públicas, mas também as privadas, medindo e comparando qualidade, produção/produktividade, custos, força de trabalho, imagem na comunidade, traz ganhos na eficiência.

## **Regionalização**

A regionalização permite a descentralização do sistema de saúde e apoio técnico e administrativo aos municípios para administração de saúde, pelo trabalho das regionais. Dos 5.571 municípios no Brasil, 45% deles tem menos de 10.000 habitantes e destes, 1.257 municípios, com menos de 5.000 habitantes, não têm equipe nem equipamentos de saúde suficientes, não arrecadando (ISS, ITBI e IPTU) o suficiente para a cobertura total dos gastos operacionais e de investimento sendo a arrecadação menor que 10% das necessidades tornando-os inviáveis financeiramente e dependentes dos governos estaduais e federal. A Constituição, em seu artigo 18, parágrafo 4º, exige uma lei complementar federal para viabilizar o processo de criação dos municípios, estabelecendo critérios, prazos e condições, que, embora obrigatória, ainda permanece sem regulamentação.

Os repasses estão concentrados no fundo de participação dos municípios que tem como critério a população. Outros indicadores seriam interessantes como renda per capita, crianças na escola, vacinação.

Os dados do IBGE mostram que 37,3% dos municípios apresentam diminuição da população, 54,0% cresceram de zero a 0,9% e 2,2% tiveram alta igual ou superior a 2,0%. Ainda, o número de habitantes atualmente é de 212.583.750, tendo crescido do ano passado para cá apenas 0,39%, devendo começar a diminuir a partir da próxima década. É dinâmico. A concentração da população é observada em 27 capitais, com 49,3 milhões de habitantes, equivalentes a 23,7% do total.

Recomendações para regionalização:

1. Alguns princípios são relevantes no processo como qualidade da assistência, economia de escala e produtividade;
2. Necessidade da participação de geógrafos, demógrafos, epidemiologistas, economistas, onde o conhecimento do passado e presente deve ser ligado as tendências do futuro que hoje são abruptas no médio e longo prazo. A revisão, ou melhor, o conhecimento de outras regiões administrativas estaduais pertencentes a outros órgãos do Estado, quanto à possibilidade de compatibilização, aumentando

oportunidades de trabalho agregado e redução de desperdícios, é interessante. Políticas nacionais e locais influem nos processos. A reorganização dos fluxos assistenciais exige dimensionamento populacional, número de municípios, diversidade regionais, acessos, profissionais, órgãos formadores;

3. Falhas na regionalização e logística interna e externa, a descoordenação entre os entes públicos (municipais, estaduais e federal) não interação informacional entre o SUS e a SS, necessitam de correção;
4. Consórcios de saúde entre municípios podem ser uma opção. Logística adequada para transportes de pacientes de forma organizada facilita a vida dos cidadãos. Isto já foi feito no Estado de Minas Gerais e seria interessante conhecer os resultados. Digitalização da marcação de consultas, exames e procedimentos facilitam o processo. Uso da telessaúde e teleconferência agilizam e reduzem custos de consultas e reuniões. Ênfase na atenção primária em todos os municípios, secundária e terciária de acordo com o desenvolvimento econômico de oferta de unidades;
5. O conhecimento da cobertura da SS é importante para dimensionar a cobertura do SUS, conhecendo-se o per capita e a necessidade de aporte de recursos, além de um banco de dados epidemiológicos e de produção completos, regionalmente falando.

## **FINANCIAMENTO**

Cabe iniciar esta seção mencionando a recorrente reclamação sobre a falta de financiamento na saúde, raramente acompanhada de números que expressem a dimensão da demanda — ou seja, valores em reais que demonstrem o montante necessário para suprir a oferta de programas e serviços e corrigir esse desequilíbrio. Isso é fundamental para valorizar e tornar crível a falta de recursos financeiros e conhecer, pesquisar quais são os outros fatores que levam a dificuldades de gestão e provisão de programas e serviços.

O cálculo para financiamento do sistema exige análise da qualidade do gasto, conhecimento do valor necessário, e base em custos reais para ser considerado suficiente na tomada de decisões.

Periodicamente, a revisão de programas e serviços em andamento, do que representam valores dos subsídios, da liberação de impostos e da certificação da filantropia e beneficência também devem ocorrer, avaliando a relação custo-benefício, seus impactos, a manutenção, modificação, cessação ou substituição de vantagens.

A qualidade do gasto deve ser avaliada. Os orçamentos devem ser críveis, revistos periodicamente juntamente com os impactos dos programas e serviços

que financia. Os custos de implantação e de produção podem conferir confiabilidade ao estabelecimento do orçamento.

Transparência para facilitar o controle, monitoramento, fiscalização e auditoria é altamente recomendada. O processo de orçamentação deve ser intimamente agregado às informações de todos os tipos, espelhado em cenários preditivos, contemplando cobertura de riscos e reservas para danos inesperados. Previsão de gastos com investimentos, manutenção preditiva, preventiva e corretiva, rescisões trabalhistas e horas extras deve estar contida nas projeções orçamentárias. Sistema de avaliação de gastos, com velhas despesas sendo substituídas por novas, incluindo adaptação do País aos efeitos das alterações climáticas, novas epidemias, rápido envelhecimento da população, requalificação dos que perderam emprego e renda no processo.

Observa-se diminuição do financiamento federal, aumento do aporte estadual e crescimento ainda maior dos aportes municipais, chegando estes últimos a contribuir com 34%. Lembrar que no sistema público as verbas destinadas à saúde são pré-estabelecidas cabendo a União o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual, aos municípios 15% e aos estados 12% da arrecadação de impostos segundo a Lei complementar 141/2012.

**Tabela 3.** Percentuais de gastos em saúde sobre recursos públicos.

<b>Ejercicio</b>	<b>União (%)</b>	<b>Estados (%)</b>	<b>Municípios (%)</b>
2000	59,8	18,5	21,7
2012	45,3	25,3	29,4
2015	43,6	25,7	30,7
2022	37,6	28,4	34,0

Fonte: SIOPS/DECID/MS (2000); IPEA<sup>24</sup>

Apesar deste percentual de gastos dos municípios constantes da Tabela 3, dados recentes demonstram que 1.288 municípios não arrecadam recursos para saldar despesas correntes, incluindo as de saúde.

Apoio técnico administrativo aos municípios na tentativa de melhor alocação dos 15% do orçamento na saúde levando a melhores resultados e financiamento mais equilibrado.

A saúde compete com outros setores do executivo, quer seja federal, estadual ou municipal por parcelas do orçamento, o que dificulta aumentar os percentuais ora dispendidos.

O pagamento baseado unicamente no volume de produção deveria ser acrescido da qualidade da atenção, das unidades próprias e conveniadas, na economia de escala, demandas baseadas em projetos elaborados com boas técnicas administrativas, contendo metas e projeções de custo-benefício, incentivo a programas de qualidade e acreditação como forma de permitir melhor uso dos recursos, prevenção de desperdícios, medição da produtividade por profissional, por equipamento e por área física, utilizando-se todo o potencial das unidades.

Outras fontes de recursos financeiros que não se baseiem somente no federal, estadual e municipal são recomendadas.

Os fatores que resultam em desvio do orçamento originalmente previsto para determinado período devem ser avaliados continuamente, incluindo a cadeia de suprimentos nacionais e importados e a gestão de recursos humanos, buscando soluções para impasses que possam ser evitados ou rapidamente corrigidos, evitando aportes financeiros não previstos.

Ajustes no equilíbrio financeiro devem ocorrer quando se compara o orçamento global das unidades públicas e os valores pagos às unidades privadas conveniadas e filantrópicas, compensando subsídios e isenções tributárias.

O financiamento depende da receita, mas, importa também da revisão contínua dos gastos, garantindo sustentabilidade financeira e reinvestimento em melhoria dos serviços aumentando a cobertura da comunidade e cumprindo a metas das políticas de saúde.

Na avaliação do orçamento público global ou per capita para determinadas regiões ou localidades é preciso ter levantado a participação da SS, para clareza da quantidade que deve cobrir a população SUS dependente. Exemplificando, no Estado de São Paulo a cobertura do SS é de 42%, havendo municípios em que esta cobertura é de 60%, ou seja, os dependentes do SUS são em menor número, o que teoricamente aumenta o per capita desta parcela da população.

Deve-se considerar o modelo de remuneração dos prestadores públicos e privados, o percentual de glosas, as fraudes, a sinistralidade elevada, uso excessivo de órteses e próteses, e principalmente levar em consideração o desfecho do ato assistencial, com indicadores como mortalidade, recuperação física e mental, livre de sequelas,

Prever no orçamento recursos para reformas e incorporação de tecnologia, investimentos estes que cobrirão os valores decorrentes da intensa disrupção em que vivemos, glosas, bem como para emergências decorrentes de quebra e obsolescência de equipamentos. Na incorporação de medicamentos uma nova forma é ligar o preço aos resultados do seu uso, já em negociação em alguns países.

Resta lembrar que a reforma tributária deverá ser implantada nos próximos anos e é dever conhecer as implicações que terá para as empresas de saúde, principalmente o privado.

Após o financiamento do investimento, deve-se estimar o financiamento do custeio com previsão de orçamento anual, visando conhecer a viabilidade do empreendimento, fontes de receita, a longo prazo.

## **Riscos e incertezas**

Riscos e incertezas geralmente acarretam perdas financeiras que atingem diretamente as políticas de saúde, interrompendo-as ou prejudicando o atingimento de metas qualitativas ou quantitativas.

Risco é a possibilidade de ocorrer um dano devido a um perigo. Risco estabelece a probabilidade de o efeito adverso ocorrer em um organismo, sistema ou população sob circunstâncias específicas, e deve ser detalhado em todo o planejamento.

Os riscos devem ser distinguidos: para as pessoas e para os negócios. Nos primeiros, incluem-se os pacientes com eventos adversos, iatrogenia, danos psicossociais e perdas financeiras; nos segundos, os danos materiais, à imagem e financeiros.

Incerteza: são situações em que não se conhecem as probabilidades nem mesmo os possíveis desfechos futuros relevantes (incerteza imensurável ou verdadeira – Frank Knight). Para situações de imprevisibilidade, quando ocorrem, a prudência está em agir com agilidade para montar uma estrutura matricial com liderança atuante, comunicação clara e, por vezes, uma reserva orçamentária, com vistas à resolução.

## **Judicialização**

A judicialização, aqui tratada como um risco ou incerteza imediatamente após o financiamento, justifica-se pelo impacto relevante que exerce sobre o planejamento orçamentário e a alocação de recursos:

- a) em relação aos medicamentos – obediência a lista de medicamentos padronizados, contempladas pela unidade de saúde, comissão para avaliação da introdução e retirada de medicamentos, critério por linhas de cuidados, interação com instâncias do judiciário para discussão e justificativa da utilização de medicamentos ‘judicializados’;
- b) em relação a procedimentos: transparência das listas de espera, estatísticas de procedimentos realizados, censo diário atualizado com entradas, saídas de pacientes, vagas em enfermarias, pacientes em macas na emergência se for o caso, central de vagas interna à instituição com relacionamento com a central de vagas estadual e

municipal, obediência aos princípios da regionalização em que se encontra a unidade;

- c) em relação a órteses e próteses que deve ser avaliada quanto a critérios, incidência dos eventos, procedência nacional ou internacional, vida útil, formas de aquisição.

A solução não chega a ser tão simples, uma vez que também garante direitos, mas um grupo de trabalho multiprofissional deve ser mantido e estimulado a buscar soluções para antecipar o processo de judicialização e no limite, minimizar os prejuízos, que não são somente financeiros.

A próxima etapa é a elaboração de projetos — arquitetônico, elétrico, hidráulico, a disposição, tamanho, especificações dos equipamentos ancorados, especificação dos materiais de construção, os documentos legais para edificações de saúde, edital de construção, licitação ou levantamento de preços no mercado de empreiteiros de obras e partir para a necessidade de recursos financeiros e elaboração do orçamento e busca de financiamento.

## **CRONOGRAMA E CONSTRUÇÃO (OU ADAPTAÇÃO)**

Finalizadas as etapas acima resta a elaboração de cronograma de adaptação de unidades existentes ou de construção das novas, o que estará sujeito a variáveis descritas antes do financiamento, como compra e prazo de entrega de recursos materiais, nacionais e importados, treinamento de integração dos funcionários, que devem começar bem antes da data de início prevista e o tipo de desembolso do financiamento, se próprio ou financiado por terceiros, incluindo juros, garantias e outras exigências.

Importância deve ser dada a prazos estipulados por órgãos públicos referentes a aprovação de documentos de reforma ou construção de edifícios.

## **FATORES DE CONTRIBUIÇÃO DE UMA BOA GESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

### **Relacionamentos externos (da saúde)**

1. Relacionamento e conhecimento das resoluções de órgãos de controle externos: Tribunal de Contas da União, Tribunal de Contas do Estado, Ministério Público, Consultoria Jurídica.

Estes órgãos são um bom ponto de apoio principalmente quando se administra órgãos públicos de grande complexidade com uma vasta legislação que necessita de auxílio de peritos para evitar erros, enganos, dificuldades de interpretação de leis, decretos, normas que podem redundar em grandes problemas legais. Este apoio ocorre na possibilidade de consultas, na divulgação e correção dos problemas rotineiros, preveníveis, divulgados em relatórios, outros documentos, palestras e cursos;

2. Relacionamento com os conselhos de classe: as categorias profissionais de saúde abrangem 14 profissões, cujos conselhos têm responsabilidades quanto a resoluções as mais diversas, preocupações com a ética, fiscalização, elaboração de resoluções que implicam nas operações dos profissionais e das unidades de saúde. Há também os sindicatos ligados às categorias profissionais;
3. Relacionamento com entidades políticas — Assembleia Legislativa, Câmaras Municipais, sendo os órgãos públicos de saúde chamados para pareceres técnicos em políticas de saúde propostas por seus representantes e contribuição na elaboração dos seus projetos de lei. A assessoria de imprensa tem papel importante neste relacionamento e deve conhecer a estrutura da pasta para melhor entrosamento;
4. Relacionamento com parceiros do SUS: ministérios, secretarias municipais de saúde, CONASS, CONASEMS, COSEMS, Anvisa, CONITEC, instituições filantrópicas e beneficentes, organizações sem fins lucrativos, organizações sociais de saúde. Racionalização de portarias, normas e resoluções, com combate à má burocracia. Facilidade para divulgação da legislação pertinente a saúde;
5. Relacionamento com hospitais de ensino, agências de fomento, indústria farmacêutica e de equipamentos, com vistas à participação em pesquisa e ensino. Valorização e estímulo aos pesquisadores, relacionamento com a indústria e outras empresas, como as big tech traz resultados positivos a pesquisa, inovação e desenvolvimento. Necessidade de bons projetos de pesquisa para acesso e resposta favorável das agências de fomento, da indústria e de stakeholders;
6. Relacionamento com sociedade civil, imprensa: nada como uma sociedade civil participativa e uma imprensa livre para o bem da democracia. Estas duas instancias devem ter participação importante na vida das instituições, programas e serviços de saúde, contribuindo com a divulgação de ações preventivas, apontando falhas nas políticas de saúde, e valorizando aspectos positivos das referidas políticas;
7. Relacionamento com as universidades e faculdades formadoras de mão de obra, dando retorno do desempenho dos profissionais, agora ex-alunos, possibilita a correção de problemas na formação ou a manutenção de técnicas de ensino que são exitosas. O dimensionamento correto entre o número de alunos, estagiários e residentes permite uma formação mais homogênea, facilitando a didática. Importa também a aproximação com as ETEC e FATEC, que tem contribuições para a área de saúde, inclusive no desenvolvimento de órteses;
8. Relacionamento com a Agência Nacional de Saúde Suplementar e entidades de saúde privada: o conhecimento de dados tanto do SUS como da SS, que cobrem respectivamente 75% e 25% da população do País, porém variando entre os estados, e em São Paulo a cobertura é de cerca de 42%. Este dado é importante para conhecer as informações

epidemiológicas dos usuários, o cálculo do valor da cobertura SUS e SS por habitante, reflete no financiamento dos sistemas e das diferenças regionais, modelos inovadores de gestão. A Comunicação de informação hospitalar e ambulatorial (CIHA) é uma importante fonte de dados epidemiológicos e administrativos que podem ser cruzados com os dados do paciente constantes do DATASUS.

Atenção deve ser dada à sinistralidade das operadoras de saúde da SS, com no mínimo 73,0% e alguns planos chegando aos 86,0%, além da judicialização elevada em ambos os sistemas. As perdas por desperdício e fraudes giram em torno de 12%; 18% das contas hospitalares apresentam itens indevidos; e 25% a 40% dos exames laboratoriais não são necessários, números estes que merecem estudos com maiores detalhes metodológicos. Estes pontos derrubam os cálculos atuários das operadoras.

Há uma tendência de os hospitais criarem seus próprios planos de saúde e das operadoras de planos de verticalizar a assistência. As trocas de experiências em gestão são oportunas e devem ser estimuladas junto ao setor de saúde pública;

9. Relacionamento com a indústria de produtos da saúde, materiais e equipamentos, instrumentais, drogas, reagentes, analisadores, medicamentos, órteses e próteses, tecnologias vestíveis e para monitoramento, no desenvolvimento e fabricação de tecnologias para o mercado local e para exportação. A parceria com os participantes dos itens 5, 6, 8 e 9 é bem-vinda.

## **Programa de qualidade**

A implantação de programa de qualidade não é uma panaceia que cura todos os males institucionais mas, levado a sério, conduz um processo de união dos profissionais das diversas áreas das unidades; levanta não conformidades e evita danos administrativos e operacionais; reduz ameaças de ruptura nos processos e prejuízos, por meio da padronização de processos, procedimentos, equipamentos e insumos; promove o uso responsável dos recursos naturais, a regulação ambiental e climática e a transição energética; e cumpre os princípios de governança e sustentabilidade ambiental e socioeconômica (ESG), tornando as políticas mais efetivas e seguras.

Nota-se morosidade no processo de acreditação em programas de qualidade, haja vista que somente 473 (7,40%) <sup>(25)</sup> dos 6.399 hospitais brasileiros são acreditados em uma iniciativa que começou no final do século passado.

Medições são a chave para a gestão do programa, como o controle do desperdício, entre os quais: tempo de permanência excessivo, tempo de espera para realizar procedimentos, solicitação de exames complementares em excesso, falta ou inadequação no treinamento profissional, retrabalho, reinternação, medicalização excessiva, uso excessivo de antibióticos, erros de diagnósticos, absentismo a consultas e exames complementares, internações

por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), incoerência de análise dos prontuários do paciente; eventos adversos, iatrogenia, interlocução difícil entre infraestrutura e áreas fim, burocracia não revisada de tempos em tempos, estrutura administrativa não revisada de tempos em tempos, ações judiciais não prevenidas, obsolescência dos equipamentos, instrumentais, falta de manutenção preditiva e preventiva, taxa de redução do uso de óxido nitroso em cirurgias, outras formas de redução de emissão de CO<sub>2</sub>, simplificação dos processos internos, procedimentos e internações desnecessárias, alguns tipos de complicações clínicas e cirúrgicas, altas postergadas sem necessidade, ociosidade de salas cirúrgicas, de consultórios e de equipamentos de imagem, alto número de glosas, falta de equipamentos para controle de componentes de utilidade pública, uso excessivo de insumos, absenteísmo e rotatividade excessiva do pessoal, baixa valorização de procedimentos operacionais. Novas formas produtivas de qualidade são exigidas.

Entre as questões de segurança dois compromissos são obrigatórios, a importância dos equipamentos de proteção individual (EPI) para a segurança dos profissionais e o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) que devem ser observados pela direção das unidades de saúde.

A padronização de procedimentos, equipamentos, instrumentais, insumos, aliada aos protocolos clínicos e aos procedimentos operacionais padrão, sem burocracia excessiva, checklists cirúrgicos, mecanismos de rastreabilidade, facilitam as operações, a comunicação entre profissionais e levam qualidade e segurança aos pacientes e funcionários. No caso dos equipamentos e outros aparelhos de precisão, as calibrações periódicas são indispensáveis para a qualidade da assistência. O acesso e avaliação dos relatórios ESG, estatísticas de qualidade e quantidade da assistência, devem ser expostos e debatidos internamente.

A elaboração de documentos como código de ética e conduta, ESG, compliance e anticorrupção, segurança da informação, gestão de riscos, comunicação, privacidade dos dados, são bons instrumentos para guiar instituições complexas como as de saúde, faz parte da boa imagem e reforçam a atuação dos programas de qualidade.

Desvios do processo ou do protocolo existente podem produzir falhas, que são sempre resultados indesejados. São toleráveis conforme sua classificação, sendo aceitáveis as que oferecem oportunidade de inovação e fortalecimento do processo de aprendizagem. A ideia é criar um ambiente de 'cultura justa', isto é, erros cometidos ou detectados imediatamente comunicados, evitando-se agravamento das consequências e promovendo aprendizados.

Ênfase na comunicação interna e externa, conhecimento da cultura interna, avaliação comportamental individual e grupal são conhecimentos que permitem boa convivência, negociação sadia em atingimento de metas com aumento da produtividade. Atenção deve ser dada ao conhecimento de conceitos para melhor aproveitamento da comunicação, entendimento de situações, definição de metas, coibição de desperdícios, busca por formas alternativas de energia e desenvolvimento de modelos de produção.

A avaliação de processos conta com quatro subfunções — controle, monitoramento, auditoria e fiscalização — valendo-se de indicadores qualitativos e quantitativos, utilizadas em diferentes situações e base para estabelecer medidas corretivas, se necessário.

O tratamento e disposição de resíduos, não só dos itens de utilidade pública, mas também de insumos de saúde, embalagens, pilhas, baterias, fazem parte do programa.

Programas de prevenção da doença e promoção da saúde para os funcionários, monitorados periodicamente, tem relevância na qualidade de vida e interação institucional.

A certificação na área da saúde atualmente não se limita a avaliações das estruturas e operações, mas também do ambiente de trabalho e da sustentabilidade, realizados por empresas nacionais e internacionais - Great Place to Work (GPTW), Lean Six Sigma.

Estes programas exigem investimentos em adaptações ou melhor atualizações de área física, treinamento de pessoal e contratação de empresas acreditadoras com manutenção posterior ao êxito do processo, que se repete periodicamente para confirmar a continuidade do processo.

## **Meio ambiente**

A área da saúde tem o dever de proteger o meio ambiente e adotar práticas cada vez mais sustentáveis, reforçando a qualidade dos serviços e prevenindo consequências adversas para a saúde da população e para a economia. Isso envolve a responsabilidade sobre os insumos utilizados, a gestão adequada dos resíduos gerados, a redução do uso de embalagens plásticas, a adoção de energia renovável, o treinamento de profissionais, a elaboração de protocolos de atendimento sustentáveis e a atualização contínua da infraestrutura.

O mapeamento da biodiversidade brasileira tem papel central na descoberta de novos fármacos e bioprodutos. Da Amazônia podem surgir vacinas, biomateriais e compostos bioativos de alto potencial; do Cerrado derivam substâncias antioxidantes e anti-inflamatórias; da Mata Atlântica, fitoterápicos e insumos farmacotécnicos promissores; e da Caatinga, moléculas com propriedades antivirais, anti-inflamatórias, antibióticas e cicatrizantes. Esses exemplos evidenciam que a preservação dos biomas é estratégica não apenas para o equilíbrio ambiental, mas também para a inovação científica, o desenvolvimento farmacêutico e a sustentabilidade do próprio sistema de saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As necessidades, desejos e descobertas científicas que motivam a elaboração de políticas de saúde são numerosas e muitas vezes limitadas pela escassez

de recursos. Por isso, torna-se essencial estabelecer prioridades — tarefa difícil, considerando que pessoas e comunidades percebem essas demandas com caráter de urgência. Ainda assim, não há alternativa senão definir e validar essa lista de prioridades, o que requer estudos criteriosos que relacionem políticas de saúde e orçamento.

As mudanças climáticas exigirão mais da saúde, pela gravidade que se acentua, com as dificuldades pela impossibilidade de reversão ou mesmo contenção da progressão dessas mudanças.

O orçamento, por sua vez, é sempre compartilhado com outras áreas sociais e econômicas do governo, que também devem assumir corresponsabilidade nas ações de promoção da saúde que lhes cabem. Trata-se de um trabalho em equipe, contínuo e democrático.

O financiamento da saúde é frequentemente considerado insuficiente, muitas vezes sem que haja argumentos que comprovem o valor efetivamente necessário, resultando em estimativas aproximadas. Essa falta de fundamentação pode levar à desvalorização das reivindicações junto aos responsáveis pela liberação dos recursos.

Inovações na comunicação com uso facilitado da telessaúde e das tarefas administrativas, incorporação de robôs, drones e agentes virtuais em atividades de logística, vigilância e outros usos impactarão positivamente a qualidade e a produtividade da assistência. Com o aumento rápido das inovações tecnológicas, apresentando novos procedimentos, equipamentos, instrumentais, drogas com preços por vezes incompatíveis com a economia local e regional, exigindo estudos de viabilidade e compatibilidade com o momento de aquisição.

Propostas de políticas de saúde devem ser planejadas para o médio e o longo prazo, revisadas periodicamente e ajustadas conforme os resultados que seus programas e serviços entregam às comunidades — podendo ser mantidos, remodelados ou encerrados. Cenários preditivos permitem atuar sobre os riscos inerentes ao sistema com maior efetividade, além de possibilitar respostas mais seguras a situações inesperadas, em ambientes planejados e controlados.

A saúde no Brasil não pode continuar refém de simulações que apenas projetam a perpetuação de seus gargalos. É necessário construir modelos fiscalmente viáveis, tecnicamente transformadores, inovadores e socialmente justos. Para isso, a reserva de recursos para investimento — especialmente em infraestrutura, inovação e educação de profissionais de saúde e de outras áreas — deve ser preservada.

Questões relacionadas à criação de unidades de saúde, leitos, distribuição de equipamentos para diagnóstico e terapêutica, oferta de profissionais e especialistas devem ser analisadas por equipes multiprofissionais com conhecimento regional, principalmente do mercado de saúde existente, uso de disciplinas como a demografia, epidemiologia, estatística, matemática e de ferramentas modernas como a IA, para o dimensionamento correto da oferta, e

todas as formas inovadoras de atendimento devem ser valorizadas para facilitar a vida do indivíduo.

Incentivos, suporte técnico e gestão profissionalizada da saúde facilitam o trabalho daqueles diretamente ligados à qualidade, produção e produtividade assistencial, contribuindo para um ambiente saudável e promovendo sustentabilidade ambiental, socioeconômica e boa governança.

Para que o debate evolua do diagnóstico à solução, é fundamental que futuras versões de estudos incorporem cenários de transformação sistêmica da saúde, baseados na análise de inúmeras variáveis interdependentes, com foco em eficiência, governança, sustentabilidade e inovação, bem como em instrumentos que induzam equidade federativa e melhorem o desempenho dos sistemas regionais e locais de saúde. O sistema educacional desempenha papel central nessa evolução.

Na área da saúde espera-se que os recursos dos impostos sejam revertidos à população como políticas formuladas com seriedade garantindo acesso, qualidade e equidade na prestação de serviços.

## **NOTA DO AUTOR**

Artigo elaborado a partir da combinação de quatro décadas de experiência na gestão pública de saúde, produção intelectual consistente e compromisso permanente com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Nesse período, foram mais de 136 publicações, além de participação ativa em eventos especializados e experiências em diferentes instituições, contribuindo de forma relevante para o aprimoramento da gestão e das políticas públicas de saúde.

O texto desenvolve leitura crítica da realidade com uma linguagem atual, clara e acessível — incorporando, de forma ética e consciente, recursos de inteligência artificial para conferir modernidade ao discurso e ampliar o alcance do conhecimento, sem jamais substituir aquilo que permanece insubstituível: a vivência, o pensamento analítico e o compromisso com a saúde pública.

## **REFERÊNCIAS**

1. Motta FCP. Teoria geral da administração. 17. ed. São Paulo: Pioneira; 1992.
2. Sigerist HE. Civilization and disease. New York: Cornell University Press; 1945.
3. Leavell H, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.

4. Makary M. Pontos cegos: quando a medicina erra e com isso afeta a nossa saúde. Rio de Janeiro: Objetiva; 2025.
5. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças (CID-11). 11. ed. rev. Genebra: OMS; 2022 [citado 2026 mar 17]. <https://icd.who.int/pt>
6. Pedrosa TMG, Couto RC, Daibert PB. A revolução silenciosa da saúde no Brasil: organizações sustentáveis por uma governança clínica que entrega valor em saúde aos cidadãos. Belo Horizonte: Edição dos Autores; 2024.
7. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais — SIGTAP. Brasília: MS; 2021.
8. Friedman M. Capitalismo e liberdade. São Paulo: Abril Cultural; 1984.
9. Mendes JDV. Internações por condições sensíveis à atenção básica no SUS/SP — atualização 2018. Bol Eletrônico GAIS. 2019;(83) [Editorial].
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [citado 2026 mar 17]. <https://censo2022.ibge.gov.br>
11. São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde; Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA-Capital 2024/2025). São Paulo: SMS; 2025 [citado 2026 mar 17]. [https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/epidemiologia\\_e\\_informacao/isacapitalsp/177200](https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/epidemiologia_e_informacao/isacapitalsp/177200)
12. Bittar OJNV. Saúde e autonomia. Valor Econômico. 2014 jul 29; Opinião. p. A12.
13. Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP 2025. 16. ed. São Paulo: ANAHP; 2025. <https://www.anahp.com.br>
14. Costa TM, Magalhães A, Gouveia RCA, Zavitoski LG, Pisa IT, Bittar OJNV. Informática para avaliar hospitais de ensino. Bol Epidemiol Paulista (BEPA). 2010 maio;7(77).
15. Bittar OJNV, Magalhães A, Gouveia RCA, Mendes JDV. Saúde e protocolos de qualidade. Bol Epidemiol Paulista (BEPA). 2016 jan;13(145):19-32.
16. Drucker P. Fator humano e desempenho. 3. ed. São Paulo: Cengage; 2001.
17. Brasil. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Brasília: MEC/MS; 2009.
18. Ação Educativa; Instituto Paulo Montenegro; Fundação Itaú. Indicador de Alfabetismo Funcional — INAF 2025. São Paulo; 2025. <http://alfabetismofuncional.org.br>

19. Schumpeter JA. Teoria do desenvolvimento econômico: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico. São Paulo: Nova Cultural; 1997.
  20. Bittar OJNV, Magalhães A, Martines CM, Felizola NBG, Falcão LHB. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. Bol Epidemiol Paulista (BEPA). 2016;13(152):19-32.
  21. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med. 1961 Nov 2;265(18):885-92.  
<https://doi.org/10.1056/NEJM196111022651805>
  22. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med. 2001 Jun 28;344(26):2021-5.  
<https://doi.org/10.1056/NEJM200106283442611>
  23. Bittar OJNV. Hospitais e leitos públicos e privados no Brasil. Rev Adm Saúde. 2024 out-dez;24(97):e403. <https://doi.org/10.23973/ras.9700.403>
  24. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Gasto público em saúde no período 2012-2022. Brasília: IPEA; 2024 [citado 2026 abr 1].  
<https://www.ipea.gov.br/portal/beneficiometro/beneficiometro-artigos/saude/gasto-publico-em-saude>
  25. Organização Nacional de Acreditação. Mapa de creditações. São Paulo: ONA; 2026 [citado 2026 abr 13]. <https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes>
- 

**Recebido:** 18 de fevereiro de 2026. **Aceito:** 18 de abril de 2026

**Correspondência:** Olímpio Bittar **E-mail:** [olimpiobittar@gmail.com](mailto:olimpiobittar@gmail.com)

**Conflito de Interesses:** os autores declararam não haver conflito de interesses