

ADMINISTRAÇÃO E LEGISLAÇÃO DE SERVIÇOS RADIOLÓGICOS (ÉTICA)

Prof. Daniel Ricardo Lerch Machado



Indaial – 2020

1ª Edição



Copyright © UNIASSELVI 2020

Elaboração:

Prof. Daniel Ricardo Lerch Machado

Revisão, Diagramação e Produção:

Centro Universitário Leonardo da Vinci – UNIASSELVI

Ficha catalográfica elaborada na fonte pela Biblioteca Dante Alighieri
UNIASSELVI – Indaial.

M149a

Machado, Daniel Ricardo Lerch

Administração e legislação de serviços radiológicos (ética). /
Daniel Ricardo Lerch Machado. – Indaial: UNIASSELVI, 2020.

212 p.; il.

ISBN 978-65-5663-134-9

ISBN Digital 978-65-5663-132-5

1. Legislação da área da saúde. - Brasil. 2. Administração. –
Brasil. Centro Universitário Leonardo Da Vinci.

CDD 614

APRESENTAÇÃO



Caro acadêmico de Radiologia, este livro foi desenvolvido para facilitar seu pleno entendimento dos conteúdos de administração e legislação em serviços de saúde, afinal, queremos desenvolver seu senso crítico sobre o contexto geral dos serviços de diagnóstico por imagem, proporcionando meios para que você tenha uma visão holística dos processos, enxergando o fluxo dos processos, desde o agendamento do paciente até a entrega do resultado dos exames.

O tecnólogo em radiologia é um profissional que deve ter condições de exercer um cargo de liderança, contribuindo e auxiliando o gestor do centro de diagnóstico por imagem (CDI). Inclusive, com a devida especialização, poderá vir a exercer o cargo de gestor do CDI.

O conteúdo encontra-se dividido em três unidades, com seus respectivos tópicos, para facilitar o entendimento e a construção do conhecimento em você, estudante de radiologia, que vai avançar cada etapa deste aprendizado sem dificuldades.

Na Unidade 1, conheceremos os conceitos básicos de administração, os princípios básicos de uma “organização” e compreenderemos como é organizado o sistema de saúde no Brasil.

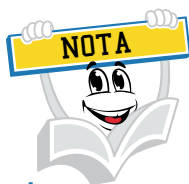
Na Unidade 2, conheceremos como é uma organização hospitalar e a estrutura física de um hospital, compreenderemos o contexto de ambiente hospitalar e aprenderemos sobre as questões de biossegurança. Logo, nosso estudo será direcionado para o centro de diagnóstico por imagem, em que você aprenderá as bases da gestão estratégica aplicada ao serviço de diagnóstico por imagem.

Na Unidade 3, compreenderemos o papel do tecnólogo na gestão do CDI através de conteúdos relacionados à legislação da área da saúde com a radiologia, abordando temáticas como conselho de classe, legislação aplicada ao radiodiagnóstico e a legislação do Sistema CONTER/CRTR, aplicada aos profissionais das técnicas radiológicas. Por fim, trataremos das questões relacionadas à ética profissional e das regras de segurança dos dados digitais dos pacientes.

Com a compreensão desses conteúdos, você assimilará os processos gerenciais de um serviço de diagnóstico por imagem. Conseguirá obter, com excelência, os conhecimentos necessários para desenvolver seu perfil profissional para exercer um cargo de liderança, tornando-se um agente de mudança dentro da sua equipe de trabalho.

Desejamos a você uma ótima leitura! Bons estudos!

Prof. Daniel Ricardo Lerch Machado



Você já me conhece das outras disciplinas? Não? É calouro? Enfim, tanto para você que está chegando agora à UNIASSELVI quanto para você que já é veterano, há novidades em nosso material.

Na Educação a Distância, o livro impresso, entregue a todos os acadêmicos desde 2005, é o material base da disciplina. A partir de 2017, nossos livros estão de visual novo, com um formato mais prático, que cabe na bolsa e facilita a leitura.

O conteúdo continua na íntegra, mas a estrutura interna foi aperfeiçoada com nova diagramação no texto, aproveitando ao máximo o espaço da página, o que também contribui para diminuir a extração de árvores para produção de folhas de papel, por exemplo.

Assim, a UNIASSELVI, preocupando-se com o impacto de nossas ações sobre o ambiente, apresenta também este livro no formato digital. Assim, você, acadêmico, tem a possibilidade de estudá-lo com versatilidade nas telas do celular, tablet ou computador.

Eu mesmo, UNI, ganhei um novo layout, você me verá frequentemente e surgirei para apresentar dicas de vídeos e outras fontes de conhecimento que complementam o assunto em questão.

Todos esses ajustes foram pensados a partir de relatos que recebemos nas pesquisas institucionais sobre os materiais impressos, para que você, nossa maior prioridade, possa continuar seus estudos com um material de qualidade.

Aproveito o momento para convidá-lo para um bate-papo sobre o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes – ENADE.

Bons estudos!



Olá acadêmico! Para melhorar a qualidade dos materiais ofertados a você e dinamizar ainda mais os seus estudos, a Uniasselvi disponibiliza materiais que possuem o código QR Code, que é um código que permite que você acesse um conteúdo interativo relacionado ao tema que você está estudando. Para utilizar essa ferramenta, acesse as lojas de aplicativos e baixe um leitor de QR Code. Depois, é só aproveitar mais essa facilidade para aprimorar seus estudos!



BATE SOBRE O PAPO ENADE!



Olá, acadêmico!

Você já ouviu falar sobre o **ENADE**?

Se ainda não ouviu falar nada sobre o ENADE, agora você receberá algumas informações sobre o tema.

Ouviu falar? Ótimo, este informativo reforçará o que você já sabe e poderá lhe trazer novidades. ✓✓



Vamos lá!

Qual é o significado da expressão ENADE?

EXAME NACIONAL DE DESEMPENHO DOS ESTUDANTES

Em algum momento de sua vida acadêmica você precisará fazer a prova ENADE. ✓✓



Que prova é essa?

É **obrigatória**, organizada pelo INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.

Quem determina que esta prova é obrigatória... O **MEC – Ministério da Educação**.

O objetivo do MEC com esta prova é o de avaliar seu desempenho acadêmico assim como a qualidade do seu curso. ✓✓



Fique atento! Quem não participa da prova fica impedido de se formar e não pode retirar o diploma de conclusão do curso até regularizar sua situação junto ao MEC.

Não se preocupe porque a partir de hoje nós estaremos auxiliando você nesta caminhada.

Você receberá outros informativos como este, complementando as orientações e esclarecendo suas dúvidas. ✓✓



Você tem uma trilha de aprendizagem do ENADE, receberá e-mails, SMS, seu tutor e os profissionais do polo também estarão orientados.

Participará de webconferências entre outras tantas atividades para que esteja preparado para #mandar bem na prova ENADE.

Nós aqui no NEAD e também a equipe no polo estamos com você para vencermos este desafio.

Conte sempre com a gente, para juntos mandarmos bem no ENADE! ✓✓





Olá, acadêmico! Iniciamos agora mais uma disciplina e com ela um novo conhecimento.



Com o objetivo de enriquecer seu conhecimento, construímos, além do livro que está em suas mãos, uma rica trilha de aprendizagem, por meio dela você terá contato com o vídeo da disciplina, o objeto de aprendizagem, materiais complementares, entre outros, todos pensados e construídos na intenção de auxiliar seu crescimento.

Acesse o QR Code, que levará ao AVA, e veja as novidades que preparamos para seu estudo.

Conte conosco, estaremos juntos nesta caminhada!

SUMÁRIO

UNIDADE 1 – TÓPICOS DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE	1
TÓPICO 1 – CONCEITOS BÁSICOS DE ADMINISTRAÇÃO	3
1 INTRODUÇÃO	3
2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA ADMINISTRAÇÃO	3
2.1 INFLUÊNCIA DA FILOSOFIA	5
2.2 INFLUÊNCIA DA IGREJA CATÓLICA	6
2.3 INFLUÊNCIA MILITAR	6
2.4 INFLUÊNCIA DA REVOLUÇÃO INDUSTRIAL	7
2.5 INFLUÊNCIA DOS ECONOMISTAS LIBERAIS	9
2.6 INFLUÊNCIA DOS PIONEIROS E DOS EMPREENDEDORES	9
3 AS TEORIAS DA ADMINISTRAÇÃO	11
3.1 ABORDAGEM CLÁSSICA DA ADMINISTRAÇÃO	11
3.1.1 Conceito de Administração com base na abordagem Clássica	11
3.1.2 Princípios gerais da Administração para Fayol	13
3.2 ABORDAGEM CIENTÍFICA DA ADMINISTRAÇÃO	14
3.2.1 Organização Racional do Trabalho	16
3.3 PRINCÍPIOS BÁSICOS DE FORD	18
3.4 ABORDAGEM NEOCLÁSSICA DA ADMINISTRAÇÃO	19
RESUMO DO TÓPICO 1.....	21
AUTOATIVIDADE	23
TÓPICO 2 – PRINCÍPIOS DE UMA ORGANIZAÇÃO	25
1 INTRODUÇÃO	25
2 COMPREENDENDO A AMPLITUDE DE UMA ORGANIZAÇÃO.....	25
2.1 TIPOS DE ORGANIZAÇÃO	26
3 FORMAS DE ORGANIZAR UMA EMPRESA.....	27
3.1 POSTULADOS DA TEORIA DA ORGANIZAÇÃO	28
4 SISTEMA ORGANIZACIONAL	29
4.1 A PRÁTICA OPERACIONAL DO SISTEMA ORGANIZACIONAL	30
4.2 OS STAKEHOLDERS	31
4.3 ATIVIDADES QUE COMPÕEM OS PROCESSOS DENTRO DO SISTEMA ORGANIZACIONAL	33
4.4 IDENTIDADE ORGANIZACIONAL	33
RESUMO DO TÓPICO 2.....	35
AUTOATIVIDADE	36
TÓPICO 3 – ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL.....	37
1 INTRODUÇÃO	37
2 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	37
2.1 OS PRIMÓRDIOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DO BRASIL	40
2.2 OS PRIMÓRDIOS DO PROJETO DE SEPARAÇÃO DO SISTEMA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DO SISTEMA DE SAÚDE.....	45
2.2.1 Mudanças na Previdência Social após 1988.....	46

2.3 O IMPACTO DA CONSTITUIÇÃO DE 1988 NA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	48
3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	51
3.1 TÓPICOS IMPORTANTES DA LEI Nº 8.080 e DA LEI Nº 8.142	52
3.1.1 Campo de atuação do SUS	52
3.1.2 Princípios e Diretrizes do SUS	53
3.1.3 A Organização e a Gestão do Sistema	54
3.1.4 Os recursos e a gestão financeira do sistema	55
3.2 PORTA DE ENTRADA PARA O ATENDIMENTO NO SUS.....	63
3.3 OUTROS DISPOSITIVOS RECOMENDADOS PARA LEITURA.....	65
4 SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR	65
4.1 SISTEMA LIBERAL CLÁSSICO	66
4.2 SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	66
4.3 OS NÚMEROS DA SAÚDE SUPLEMENTAR	68
4.4 O COLAPSO DO SISTEMA DE SAÚDE.....	69
LEITURA COMPLEMENTAR.....	70
RESUMO DO TÓPICO 3.....	72
AUTOATIVIDADE	74
 UNIDADE 2 – GESTÃO HOSPITALAR.....	 77
 TÓPICO 1 – A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR.....	 79
1 INTRODUÇÃO	79
2 ASPECTOS HISTÓRICOS DO HOSPITAL.....	80
2.1 BREVE HISTÓRICO DA MEDICINA.....	80
2.2 SURGEM OS LUGARES ESPECÍFICOS PARA AGRUPAR OS DOENTES.....	83
2.3 CONCEITO DE HOSPITAL	88
2.4 HOSPITAIS NO BRASIL.....	89
3 O HOSPITAL COMO ORGANIZAÇÃO.....	91
3.1 NÍVEL DE COMPLEXIDADE DO HOSPITAL	95
4 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO HOSPITAL.....	96
4.1 PENSANDO A ESTRUTURAÇÃO DO HOSPITAL	97
4.2 IDENTIDADE ORGANIZACIONAL DO HOSPITAL.....	98
4.3 SISTEMA ORGANIZACIONAL	98
4.4 STAKEHOLDERS DO HOSPITAL	99
4.5 SETORIZAÇÃO DO HOSPITAL	100
4.6 ESTRUTURA FUNCIONAL DO HOSPITAL.....	101
4.7 CONCEITUANDO AS FUNÇÕES DE GESTÃO	102
RESUMO DO TÓPICO 1.....	106
AUTOATIVIDADE	108
 TÓPICO 2 – A ESTRUTURA HOSPITALAR.....	 109
1 INTRODUÇÃO	109
2 PLANEJANDO O HOSPITAL.....	109
2.1 O PAPEL DO ENGENHEIRO DE MANUTENÇÃO x ENGENHEIRO CLÍNICO.....	111
3 ESTRUTURA DO HOSPITAL.....	112
3.1 GESTÃO DE LEITOS.....	114
3.2 NORMAS PARA CONSTRUÇÃO, AMPLIAÇÃO OU REFORMAS	118
3.3 SETORES DO HOSPITAL.....	119
4 O AMBIENTE HOSPITALAR	122
5 BIOSSEGURANÇA HOSPITALAR.....	129
RESUMO DO TÓPICO 2.....	134
AUTOATIVIDADE	136

TÓPICO 3 – ÉTICA E BIOÉTICA	137
1 INTRODUÇÃO	137
2 CONCEITOS IMPORTANTES	137
3 BIOÉTICA	138
3.1 A TECNOLOGIA EM DETRIMENTO DA HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO	139
3.2 OS DIREITOS DO PACIENTE	140
4 ÉTICA PROFISSIONAL	141
LEITURA COMPLEMENTAR	142
RESUMO DO TÓPICO 3	144
AUTOATIVIDADE	145

UNIDADE 3 – GESTÃO APLICADA AO CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM147

TÓPICO 1 – COMPREENDENDO O CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	149
1 INTRODUÇÃO	149
2 CONTEXTUALIZANDO A ÁREA DA RADIOLOGIA E O DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	149
2.1 MÉTODOS DE EXAMES DENTRO DO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	150
2.2 O MÉDICO RADIOLOGISTA	153
2.3 A ENFERMAGEM NO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	154
2.4 O PROFISSIONAL DAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS	155
3 ÓRGÃOS RELACIONADOS À ÁREA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	156
4 CONSELHOS DE CLASSE	160
RESUMO DO TÓPICO 1	162
AUTOATIVIDADE	164

TÓPICO 2 – FAZENDO A GESTÃO DO CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM165	165
1 INTRODUÇÃO	165
2 FORMAS DE APRESENTAÇÃO DO CDI DENTRO E FORA DO HOSPITAL	165
3 TÓPICOS GERENCIAIS	167
3.1 ESTRATÉGIAS EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR	168
3.2 CARACTERÍSTICA BÁSICA DOS SERVIÇOS DE UM CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	174
4 DEPARTAMENTALIZAÇÃO DO CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	178
4.1 DEPARTAMENTO DE MARKETING E MERCADO	178
4.2 DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	179
4.3 DEPARTAMENTO OPERACIONAL	180
4.4 DEPARTAMENTO DE INFRAESTRUTURA	181
4.5 DEPARTAMENTO DE COMPRAS	183
4.6 DEPARTAMENTO DE FATURAMENTO DE CONTAS MÉDICAS	184
4.7 DEPARTAMENTO FINANCEIRO	186
5 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO	190
RESUMO DO TÓPICO 2	191
AUTOATIVIDADE	193

TÓPICO 3 – O PAPEL DO TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA COMO GESTOR	195
1 INTRODUÇÃO	195
2 ATRIBUIÇÕES DO TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA	195
3 O TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA NA GESTÃO	196
4 EXERCENDO A LIDERANÇA	199
LEITURA COMPLEMENTAR	201
RESUMO DO TÓPICO 3	203
AUTOATIVIDADE	204

REFERÊNCIAS	205
--------------------------	------------

TÓPICOS DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A partir do estudo desta unidade, você deverá ser capaz de:

- conhecer os conceitos básicos de administração;
- compreender os princípios de uma organização;
- apreender os aspectos históricos do sistema de seguridade social no Brasil;
- entender como funciona a organização do sistema de saúde no Brasil.

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está dividida em três tópicos. No decorrer da unidade você encontrará autoatividades com o objetivo de reforçar o conteúdo apresentado.

TÓPICO 1 – CONCEITOS BÁSICOS DE ADMINISTRAÇÃO

TÓPICO 2 – PRINCÍPIOS DE UMA ORGANIZAÇÃO

TÓPICO 3 – ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL



Preparado para ampliar seus conhecimentos? Respire e vamos em frente! Procure um ambiente que facilite a concentração, assim absorverá melhor as informações.



CONCEITOS BÁSICOS DE ADMINISTRAÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Neste tópico, conheceremos os conceitos básicos de administração, com objetivo de desenvolver a capacidade de raciocinar e encontrar soluções para as demandas que surgem no cotidiano do profissional que possui um cargo de liderança no seu trabalho.

Conhecida nos cursos de administração como Teoria Geral da Administração (TGA), os conceitos aqui abordados serão uma base conceitual importante para introduzir os demais conteúdos que virão nas próximas unidades deste livro.

Portanto, esperamos que os conteúdos abordados estimulem sua leitura e que seja útil e relevante em sua aprendizagem e formação profissional.

Boa leitura e bons estudos!

2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA ADMINISTRAÇÃO

Segundo Chiavenato (2014), a Teoria Geral da Administração (TGA) surgiu com base em documentos, obras e fatos históricos de filósofos, economistas, físicos, empresários e estadistas. A administração que conhecemos hoje tem pouco mais de 100 anos, também chamada de administração moderna (ou neoclássica), criada no Século XX, tem, em sua base, conceitos e princípios empregados nas ciências exatas (matemática e estatística, física e química), ciências humanas (psicologia, sociologia, educação etc.), além de áreas específicas como o direito, engenharia, tecnologia da informação, entre outros.

Você já pensou em administrar sem fazer um cálculo matemático? Conversar com uma equipe ou colaborador sem usar da psicologia? Tomar decisões sem ter um amparo jurídico? Gerenciar uma empresa de médio porte sem ter um sistema de informática para controlar estoque, clientes, contas a receber e contas a pagar, entre outros?

Com base nesses simples e vagos questionamentos, é possível ilustrar o quanto essas áreas, anteriormente citadas, estão presentes no cerne da administração moderna.

Nem sempre administrar foi assim, conforme Chiavenato (2014), no Século XIX, predominavam os artesões, pequenas oficinas, pequenas escolas, lavradores, armazéns de esquina e profissionais autônomos (médicos, advogados, artistas). A questão não é tratar se tinham resultado efetivo, sendo bem-sucedidos ou não, a questão é destacar que, naquela época, haviam poucas organizações instituídas, a forma de administrar era mais rudimentar.

Como o trabalho sempre existiu na história da humanidade, é certo que havia alguma forma de orientar, planejar e guiar os esforços desse trabalho para obtenção de um resultado mais eficaz, porém, essa “gestão” não tinha um nome ou uma ciência oficializada como temos hoje – “Administração”. Podemos fundamentar o exposto a partir de uma tabela apresentada por Chiavenato (2014) (Figura 1).

FIGURA 1 – LINHA HISTÓRICA COM OS EVENTOS QUE ANTECEDERAM OS PRIMÓRDIOS DA ADMINISTRAÇÃO COMO CIÊNCIA

Cronologia dos principais eventos dos primórdios da Administração ²²		
Anos	Autores	Eventos
4000 a.C.	Egípcios	Necessidade de planejar, organizar e controlar
2600 a.C.	Egípcios	Descentralização na organização
2000 a.C.	Egípcios	Necessidade de ordens escritas. Uso de consultoria
1800 a.C.	Hamurabi (Babilônia)	Uso de controle escrito e testemunhal; estabelecimento do salário mínimo
1491 a.C.	Hebreus	Conceito de organização; princípio escalar
600 a.C.	Nabucodonosor (Babilônia)	Controle de produção e incentivos salariais
500 a.C.	Mencius (China)	Necessidade de sistemas e padrões
400 a.C.	Sócrates (Grécia)	Enunciado da universalidade da Administração. Arranjo físico e manuseio de materiais
	Platão (Grécia)	Princípio da especialização
175 a.C.	Cato (Roma)	Descrição de funções
284	Dioclécio (Roma)	Delegação de autoridade
1436	Arsenal de Veneza	Contabilidade de custos; balanços contábeis; controle de inventários
1525	Niccolò Machiavelli (Itália)	Princípio do consenso na organização; liderança; táticas políticas
1767	Sir James Stuart (Inglaterra)	Teoria da fonte de autoridade; especialização
1776	Adam Smith (Inglaterra)	Princípio de especialização dos operários; conceito de controle
1799	Eli Whitney (Estados Unidos)	Método científico; contabilidade de custos e controle de qualidade
1800	Matthew Boulton (Inglaterra)	Padronização das operações; métodos de trabalho; gratificações natalinas; auditoria
1810	Robert Owen (Inglaterra)	Práticas de pessoal; treinamento dos operários; planos de casas para os operários
1832	Charles Babbage (Inglaterra)	Abordagem científica; divisão do trabalho; estudo de tempos e movimentos; contabilidade e custos
1856	Daniel C. McCallum (Estados Unidos)	Organograma; administração em ferrovias
1886	Henry Metcalfe (Estados Unidos)	Arte e ciência da Administração
1900	Frederick W. Taylor (Estados Unidos)	Administração científica; estudo de tempos e movimentos; racionalização do trabalho; ênfase no planejamento e no controle

FONTE: Chiavenato (2014, p. 23)

2.1 INFLUÊNCIA DA FILOSOFIA

Vários filósofos influenciaram a Administração, conceitos que vem desde antes de Cristo que são importantes conhecer. Segundo Chiavenato (2014), para Sócrates (470-399 a.C.), a Administração era considerada uma habilidade pessoal separada do conhecimento técnico e da experiência. Já Platão (429-347 a.C.) aborda o ponto de vista democrático da Administração nos negócios públicos.

Aristóteles (384-322 a.C.) trata da Administração pública, inclusive em seu texto *Política*, aborda sobre a organização do Estado e as três formas de administração pública da época: 1) monarquia: governo de um só (pode tornar-se tirania); 2) aristocracia: governo de elite, que pode ser exercido por um pequeno grupo de pessoas de mesmo interesse, que coordenará a grande massa (oligarquia); 3) democracia: em que o povo exerce a soberania, escolhendo seus gestores por meio de eleições.

Já em um período depois de Cristo, destaca o filósofo Francis Bacon (1561-1626). Formado em Direito, teve um importante destaque político na Inglaterra e País de Gales. De acordo com Chiavenato (2014), desenvolveu o método intuitivo da investigação científica, sendo um dos importantes pensadores modernos, considerado o “Pai do Método Experimental”.

Contrapondo à filosofia Escolástica de São Tomás de Aquino, o filósofo e matemático francês René Descartes (1596-1650) tem uma grande contribuição na Administração do Século XX, pois pregava uma filosofia baseada naquilo que era real e poderia ser provado, talvez sua formação em Direito tenha contribuído para essa visão. Descartes desencorajou a visão do ponto de vista moral e religioso de sua época, afirmando que a ciência deveria ser prática e não especulativa. Criado de uma das máximas da filosofia: “penso, logo existo”, segundo Chiavenato (2014), se posiciona como o criador da filosofia moderna pelo livro *O Discurso do Método*, no qual descreve o método filosófico cartesiano, cujos princípios são aplicados na Administração Moderna.

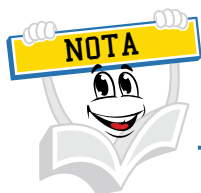
- Princípio da dúvida sistemática ou da evidência: só considerar como verdadeiro ou realizado aquilo que puder provar com evidências.
- Princípio da análise ou da decomposição: dividir um problema em tantas partes quantas seja possível e necessário para sua solução, resolvendo cada parte separadamente.
- Princípio da síntese ou da composição: conduzindo de maneira ordenada o raciocínio, começando pelos assuntos mais fáceis e depois avançando para os mais difíceis.
- Princípio de enumeração ou verificação: verificar, rever e recontar o necessário para garantir que nada será omitido.

2.2 INFLUÊNCIA DA IGREJA CATÓLICA

Chiavenato (2014) destaca que, ao passar dos séculos, os princípios de administração pública passaram das instituições dos Estados (Atenas, Roma, entre outros) para as instituições da Igreja Católica e da organização militar. Você já parou para pensar: por que grande parte das cidades brasileiras foram construídas no entorno de uma igreja? Por que a maior parte dos feriados nacionais são dedicados aos santos?

Segundo Tales dos Santos Pinto (s.d.), no Brasil, tanto no Período Colonial como também no Período do Império, era muito boa a relação entre a Igreja Católica e o Estado, tanto que a igreja executava muitas tarefas administrativas que eram do Estado. A igreja contribuiu muito na gestão e manutenção de hospitais, principalmente, as Santa Casas de Misericórdia. A relação balançou um pouco com a nomeação do Marquês de Pombal como primeiro ministro, o qual afastou a influência da Igreja Católica da administração do Estado. Todavia, a separação formal entre Igreja e Estado só veio com a Proclamação da República em 1889.

O modelo administrativo utilizado pela Igreja Católica era simples e eficiente, baseado em um sistema de hierarquia de autoridade, denominada de “Organização Eclesiástica”.



Ao longo do tempo, a Igreja Católica estruturou sua organização em uma hierarquia de autoridade, estado-maior (assessoria) e coordenação funcional para assegurar integração. A organização hierárquica da Igreja é simples e eficiente, e sua organização mundial pode operar sob o comando de uma só cabeça executiva: o Papa, cuja autoridade coordenadora lhe foi delegada por uma autoridade divina superior. A organização eclesiástica serviu de modelo para as organizações ávidas de experiências bem-sucedidas, que passaram a incorporar os princípios utilizados pela Igreja Católica (CHIAVENATO, 2014).

O modelo da Igreja é de um chefe executivo (Papa) e um conjunto de diretores (arcebispos), gerentes (bispos) e supervisores (párocos/padres), ou seja, uma hierarquia de autoridades bem organizada e respeitada, em que não há margem para ingerências.

2.3 INFLUÊNCIA MILITAR

Ao longo de sua evolução, a Administração sofreu forte influência da organização militar, prova disso são as várias versões modernas da obra do general e filósofo chinês Sun Tzu, que escreveu a *A Arte da Guerra* há 2.500 anos.

Da organização militar, a Administração trouxe para si o modelo do princípio da unidade de comando e a escala hierárquica com níveis de comando de acordo com o grau de autoridade e responsabilidade.

Conforme destaca Chiavenato (2014), a influência da organização militar vem desde a época dos exércitos medievais, o conceito de unidade de comando é que um subordinado só pode ter um superior. Dessa forma, na medida em que o tamanho do exército aumentava e o volume de operações também crescia, foi necessário delegar autoridade para níveis mais baixos da organização militar. O autor destaca, ainda, a estratégia de Napoleão: cada general cuidava de um grupo de soldados no campo de batalha; Napoleão centralizava o comando dando ordens e instruções aos generais, estes, por sua vez, repassavam os comandos aos soldados, para que executassem as ordens.

Essa dinâmica caracterizava a centralização do planejamento e controle e a descentralização da execução. Você percebe semelhança com o organograma tradicional de uma empresa?

Outro princípio importante da organização militar que merece destaque é o princípio da direção: nenhum soldado recebe uma ordem sem compreender o objetivo do “por que” deve fazer aquilo. Assim como todo colaborador deve saber o que deve fazer dentro da empresa e quais resultados se espera dele.

2.4 INFLUÊNCIA DA REVOLUÇÃO INDUSTRIAL

A Revolução Industrial foi um momento histórico, quando o mundo viu a substituição de ferramentas e mão de obra de produção braçal por um sistema de produção realizado por máquinas, aumentando o nível de produtividade da época.

Segundo Chiavenato (2014), a invenção da máquina a vapor por James Watt (1736-1819) resultou nessa mudança de concepção de trabalho e produtividade. A Revolução Industrial mudou a estrutura social e comercial da época, fazendo a maior revolução econômica, social e política da Inglaterra, e, logo estendida ao mundo, sendo a maior transformação do milênio ocorrido no Século XVIII.

A Revolução Industrial é dividida em duas fases e cada fase é subdividida em eventos distintos que, em conjunto, resultam nessa grande transformação:

- **1ª fase (1780-1860):** considerada a revolução do carvão e do ferro. Essa primeira fase é subdividida em 1) mecanização da indústria e da agricultura (aumento da capacidade produção com equipamentos); 2) aplicação da força motriz na indústria (o uso do vapor transformando oficinas em fábricas); 3) desenvolvimento do sistema fabril (pequenos artesãos deram espaço a grandes fábricas com operários e um novo cenário no mercado de trabalho);

4) aceleração dos transportes e das comunicações (navio a vapor, trens, o telégrafo elétrico, selo postal e o telefone iniciaram o desenvolvimento tecnológico da época).



É importante destacar que a transformação das oficinas dos artesãos em grandes fábricas com máquinas de produção em massa, mudaram a concepção do trabalho da época, trazendo uma transformação social e econômica. Muitas pessoas migraram do meio rural (êxodo rural) para o entorno das fábricas na busca de melhores condições financeiras e de vida. Isso resultou na urbanização das cidades.

- **2ª fase (1860-1914):** considerada a revolução do aço e da eletricidade. Essa segunda fase foi marcada pela substituição do ferro pelo aço, a troca do carvão pela eletricidade e o desenvolvimento de máquinas automatizadas. Conforme Chiavenato (2014), podemos destacar ainda a especialização do operário (trabalhador mais qualificado), controle da indústria pela ciência, a produção de automóveis (Daimler e Benz), o aperfeiçoamento do pneu (Dunlop) e Henry Ford, que apresentou o famoso automóvel modelo “T”. Nesta época, por volta de 1906, Santos Dumont fazia as primeiras experiências com o avião.

Nesta segunda fase, surgiram novas formas de organizações capitalistas, o capitalismo industrial deu espaço ao capitalismo financeiro, com a dominação da indústria por investidores dos bancos e instituições financeiras. Chiavenato (2014) afirma que houve acúmulo de capital, fusões de empresas e formação de trustes, separação da propriedade particular e a direção das empresas (abertura de capital) e o aparecimento das primeiras Holdings.



É importante que você conheça o conceito de “Truste”! Como consumidor, pode ter certeza que este conceito está presente em algum segmento de um produto que você consome, a Truste pode estar ali presente de forma informal e nem ser percebida pelo cliente consumidor. A Truste é uma ferramenta anticoncorrencial, em que empresas de um mesmo segmento se unem, por meio formal ou informal, aumentando seu controle e, consequentemente, seus lucros em um determinado setor do mercado. Para leigos, pode ser semelhante a um tipo de cartel, porém, possui essência e princípios diferentes, ou seja, não é a mesma coisa.

Com toda essa transformação política, econômica e social trazida pela Revolução Industrial, logo, a mão de obra se tornou assalariada, veio a legislação para proteger o trabalhador, surgem sindicatos, ou seja, nesse momento, surgem, também, as primeiras técnicas de administração. Era necessário organizar todas essas questões, acompanhar a evolução tecnológica das máquinas e gerir o quadro de operários que aumentava consideravelmente com a desenvolvimento das fábricas e da indústria como um todo.

2.5 INFLUÊNCIA DOS ECONOMISTAS LIBERAIS

Conforme Chiavenato (2014), o fundador da economia clássica foi Adam Smith (1723-1790), que prega a livre-concorrência como princípio básico do liberalismo econômico, em que a ideia central é a competição. Apesar de os indivíduos agirem em benefício próprio, estavam à mercê de um mercado que funciona de maneira espontânea, com um mecanismo abstrato, que rege a oferta e demanda preço, limite de lucro e a livre concorrência.

O governo só deve intervir com regras quando o mercado não existe ou não atende a todos os interessados de forma satisfatória, ou seja, quando não há a competição livre. Para o liberalismo econômico, a vida econômica deve ser afastada da influência do Estado.

Apesar de os direitos econômicos serem um direito natural de todos os indivíduos, os operários (proletariado) são dependentes dos patrões (burguesia), que são os donos do capital e dos meios de produção. Para Adam Smith, a origem da riqueza está na divisão de trabalho e na especialização das tarefas, reforçando a importância do planejamento e da organização dentro das empresas, tornando-se essas questões parte da ciência da Administração.

Apesar disso, segundo Chiavenato (2014), a partir da metade do Século XIX, o liberalismo econômico perdeu força e influência para o capitalismo, que crescia em larga escala. Com isso, surgiram conflitos com relação à organização de trabalho, concorrência econômica, entre outros. Houve também o surgimento da teoria socialista de Karl Marx, que fomentava a luta da classe operária pelo poder. Logo, no início do Século XX, o socialismo e o sindicalismo pressionam o capitalismo a melhorar as condições de produção (condições de trabalho) e adequar a remuneração dos trabalhadores.

2.6 INFLUÊNCIA DOS PIONEIROS E DOS EMPREENDEDORES

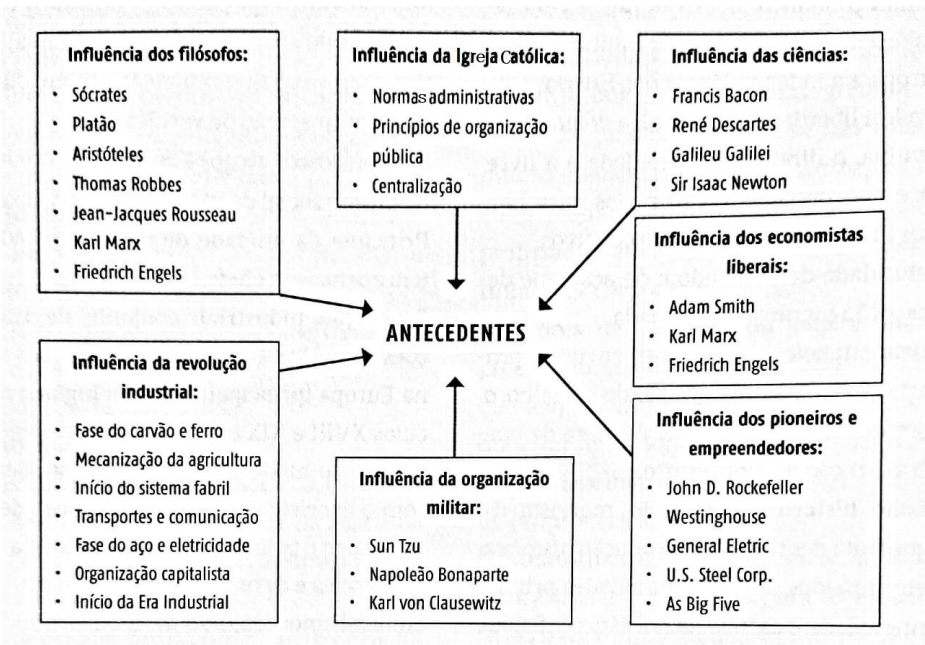
Segundo Chiavenato (2014), em 1820, a maior empresa privada da época era a empresa de estrada de ferro, impulsionando o mercado de ações e companhias de seguro, além do fenômeno da urbanização.

Essa urbanização fomentou outras necessidades e, com isso, oportunidades de novos negócios, pois havia a necessidade de habitação, vestuário, alimentação, iluminação, entre outros, dando início ao mercado consumidor, com empresas voltadas ao consumo.

Em 1850, a maior parte das empresas eram pequenas e tinham estrutura administrativa enxuta, basicamente, negócios familiares, em que dois ou três parentes faziam a gestão. Já, em 1880, surgem algumas empresas de grande porte, denominados de “impérios industriais”; apesar de pertencerem a grupos familiares, observava uma organização mais estruturada, surgindo os primeiros gerentes profissionais para estruturar a linha de produção do chão de fábrica, departamento de vendas, compras etc. Em 1889, o modelo antigo de administração familiar, gerida pelo “achismo”, não servia mais e começou a dar problema nas grandes indústrias, o mercado mudou, o custo subiu e a margem de lucro baixou. Isso fomentou uma reestruturação, dando início à empresa multidepartamental e integrada. O momento ideal para consolidar as teorias administrativas e aplicar a ciência da Administração, período em que os empreendedores precisaram dar espaço para os organizadores sistematizarem as grandes empresas e profissionalizarem a gestão dos processos.

Para fechar essa questão das influências, Chiavenato (2014) apresenta um esquema com um resumo dos antecedentes históricos da Administração (Figura 2).

FIGURA 2 – RESUMO DAS INFLUÊNCIAS SOBRE A CIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO



FONTE: Chiavenato (2014, p. 38)

3 AS TEORIAS DA ADMINISTRAÇÃO

O estudo da administração possui dois tipos de abordagem: a clássica e a científica. Segundo Chiavenato (2014), em meados do Século XX, dois engenheiros criaram os primeiros trabalhos sobre a Administração, um americano chamado Frederick Winslow Taylor, cujo foco foi desenvolver a Escola Científica da Administração; e outro foi o francês chamado Henry Fayol, cujo foco foi desenvolver a Escola Clássica da Administração. Apesar de serem diferentes entre si, ambos se complementam de forma bastante coerente.

3.1 ABORDAGEM CLÁSSICA DA ADMINISTRAÇÃO

Desenvolvida por Henry Fayol (1841-1925), essa abordagem tem como objetivo aumentar a eficiência da empresa focando a atenção nos departamentos (órgãos) que compõem a organização e suas inter-relações estruturais. Segundo Chiavenato (2014), predominava o foco na estrutura organizacional, elementos da Administração e na departamentalização. Com foco estrutural, a empresa era subdividida, porém, a liderança era centralizada em um único chefe.

Essa abordagem de Fayol tem sua origem nas consequências da Revolução Industrial: 1) crescimento acelerado e desorganizado das empresas, não sendo mais aceito o conhecimento empírico e a improvisação; 2) necessidade de aumentar a eficiência e a competência das organizações, reduzir o custo, evitar desperdício e economizar em mão de obra.

3.1.1 Conceito de Administração com base na abordagem Clássica

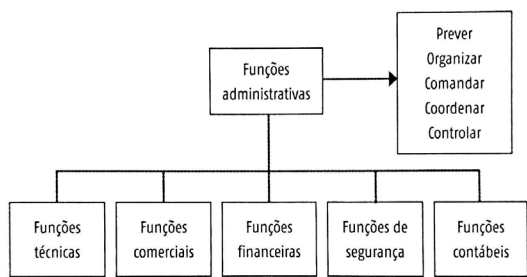
Para Fayol, o ato de administrar é executar (colocar em prática) o que ele chama de elementos da Administração: prever, organizar, comandar, coordenar e controlar, sendo elementos constituintes do processo administrativo. Conforme Chiavenato (2014), são funções do Administrador:

- Prever: visualizar o futuro e traçar o programa de ação, estabelecer os objetivos da empresa e planejar como serão alcançados.
- Organizar: constituir o duplo organismo material e social da empresa, coordenar todos os recursos da empresa, humanos, financeiros e/ou materiais, alocando-os da melhor forma possível.
- Comandar: dirigir e orientar o pessoal, fazer com que os subordinados executem o que devem ser feitos e da melhor forma possível, para atingir o objetivo da empresa. Para o sucesso desse elemento, é importante que os níveis hierárquicos e as funções de cada cargo estejam bem definidos.

- Coordenar: ligar e harmonizar todos os atos e todos os esforços coletivos em prol do objetivo maior da empresa.
- Controlar: verificar se tudo ocorre de acordo com as regras e as ordens. Controlar é estabelecer os padrões e medidas de desempenho (indicadores) que permitam assegurar que a gestão e o trabalho da equipe estão sendo efetivos e dando o resultado esperado, em consonância com o objetivo planejado para a empresa.

Esses elementos do processo administrativo devem estar presentes na conduta do administrador, independentemente do nível hierárquico que se encontra ou função que exerce (diretor, gerente, supervisor, coordenador). A seguir, as seis funções básicas de uma empresa com base na teoria de Fayol.

FIGURA 3 – AS FUNÇÕES BÁSICAS DA EMPRESA CONFORME FAYOL



FONTE: Chiavenato (2014, p. 69)



A visão de Fayol sobre as funções básicas da empresa está ultrapassada. Hoje, as funções recebem o nome da área da administração geral: as funções técnicas recebem o nome de área de produção, manufatura ou operações; as funções comerciais recebem o nome de área de vendas/marketing. As funções de segurança passaram para um nível mais baixo. As funções contábeis passaram a se subordinar às funções financeiras e, finalmente, surgiu a área de recursos humanos ou gestão de pessoas. Outras mudanças estão ocorrendo: as áreas citadas estão sendo geridas por equipes, e não mais por departamentos, como antigamente (CHIAVENATO, 2014).

Na abordagem clássica de Fayol, o termo “Administração” se difere do termo “Organização”; para Fayol, o conceito de Administração é um conjunto de processos entrosados e unificados, baseados nos elementos que compõem o processo administrativo, em que, nesse contexto, está inserida a organização como uma parte desse processo, sendo o conceito de organização apenas a definição de estrutura e da forma como a empresa se apresenta. A organização é estática e a administração funcional.

3.1.2 Princípios gerais da Administração para Fayol

Chiavenato (2014) destaca que, por ser considerada uma ciência, a Administração se baseia em leis ou princípios. Nesse contexto, Fayol definiu os princípios gerais de administração, destacando que não há rigidez e nem absolutismo na matéria administrativa. É importante que você saiba que, na Administração, a efetividade do uso das teorias, princípios e ferramentas dependerá da medida, ponderação e bom senso. O gestor deve dosar e ter maleabilidade a ponto de permitir que os princípios sejam aplicados em qualquer lugar, tempo ou circunstância.

1. **Divisão do trabalho:** especialização das tarefas e dos colaboradores, desde o topo da hierarquia até os operários da fábrica, para aumentar a eficiência e a produtividade.
2. **Autoridade e responsabilidade:** autoridade é o direito dos superiores de darem ordens e o poder de esperar que, teoricamente, sejam obedecidas. A responsabilidade é a contrapartida da autoridade, significa o dever de prestar contas.
3. **Disciplina:** necessidade de estabelecer regras de conduta e de trabalho aplicáveis a todos os colaboradores, para garantir o respeito aos acordos estabelecidos. A ausência de disciplina pode gerar o caos na organização.
4. **Unidade de comando:** um colaborador deve receber ordens de apenas um superior, evitando contraordens.
5. **Unidade de direção:** uma cabeça e um plano para cada conjunto de atividades que tenham o mesmo objetivo.
6. **Prevalência dos interesses gerais:** os interesses gerais da empresa devem sobrepor os interesses individuais dos colaboradores.
7. **Remuneração:** deve ser justa e suficiente para garantir a satisfação dos colaboradores e para organização em termos de retribuição.
8. **Centralização:** as atividades vitais e a autoridade devem ser centralizadas no topo da hierarquia da organização.
9. **Cadeia Escalar (hierarquia):** é a linha de autoridade que vai do escalão mais alto ao mais baixo, em função do princípio de comando. Defesa incondicional da estrutura hierárquica, respeitando uma linha de autoridade fixa.
10. **Ordem:** um lugar para cada coisa e cada coisa em seu lugar, tanto para questões humanas quanto materiais.

11. **Equidade:** a justiça deve prevalecer em toda organização, justificando a lealdade e a devoção de cada colaborador.
12. **Estabilidade do pessoal:** a rotatividade (turnover) dos colaboradores é prejudicial para a eficiência da organização e a moral dos colaboradores, quanto mais tempo uma pessoa permanece no cargo, melhor para empresa.
13. **Iniciativa:** capacidade de estabelecer um plano e assegurar pessoalmente seu sucesso.
14. **Espírito de equipe:** a harmonia e a união entre as pessoas são grandes forças para a organização. O trabalho em conjunto deve ser facilitado pela comunicação e com dedicação mútua entre as partes.

Com base nesses princípios, Fayol afirma que a ciência da Administração pode ser ensinada. Se fosse um ensino organizado e metódico, qualquer administrador poderia ser moldado, contrariando a antiga ideia de que os gestores tinham uma liderança nata e nasciam prontos.

3.2 ABORDAGEM CIENTÍFICA DA ADMINISTRAÇÃO

Desenvolvida por Frederick Winslow Taylor (1856-1915), tem como objetivo aumentar a eficiência da empresa focando nas tarefas operacionais dos colaboradores (na época operários). De acordo com Chiavenato (2014), Taylor defendia a aplicação dos métodos da ciência aos trabalhos operacionais. Para isso, era necessário observar como o operário trabalhava e mensurar o tempo de cada tarefa. Assim, era possível criar um método de trabalho, uma divisão do trabalho e enfatizar o tempo de cada trabalho com objetivo de máxima produção com menor custo.

Considerado por muitos como pai da administração moderna, Taylor começou sua carreira como operário, logo passou a capataz, depois contramestre, até chegar a engenheiro, depois de se formar em engenharia (CHIAVENATO, 2014). Interessante que, nessa época, o sistema de pagamento era por tarefa executada ou peça produzida, ou seja, pagamento por produção. Taylor começou a observar e estudar um problema que ocorria nesse sistema de trabalho, pois o patrão atarraxava para baixo o preço da peça ou tarefa executada, os operários, por outro lado, reduziam o ritmo de produção para contrabalançar o preço baixo recebido. Assim, para garantir a produção e atender à demanda de mercado, o patrão precisava de mais gente e aumentava o custo de produção ao final do processo.

Taylor buscava, agora, uma solução para essa questão de forma a atender à demanda dos patrões e dos operários. Esse trabalho de Taylor teve dois períodos, o primeiro em 1903 e o segundo em 1911.

Segundo Chiavenato (2014), no primeiro período, Taylor trabalhou técnicas de otimização do trabalho operário por meio do estudo dos tempos e movimentos, observando as tarefas de cada operário, decompondo-as em movimentos e processos, para depois aperfeiçoar e racionalizar cada etapa. Exemplo de colocar um parafuso, essa tarefa exige no mínimo sete movimentos: pegar o parafuso, transportar até a peça, posicioná-lo, pegar e transportar a chave de fenda até o parafuso, apertar o parafuso e colocar a chave de volta no lugar. Ao final da análise, concluiu que o operário, mesmo com equipamentos disponíveis, produzia menos do que era capaz. Além, claro, de ser influenciado por seus colegas ainda menos produtivos.

Isso ocorria quando um operário mais produtivo recebia a mesma remuneração que um operário menos produtivo. Ao perceber que o colega ganhava igual e produzia menos, este, por sua vez, também desacelerava e se acomodava. Você compreende que estamos falando de uma observação feita por Taylor em meados de 1900? Hoje, em pleno Século XXI, passado o ano 2000, você observa ou sabe de algo parecido que acontece nas empresas atualmente? Qualquer semelhança não é mera coincidência... o ser humano é preguiçoso por natureza.

Frente a isso, naquela época, Taylor afirmava ser importante que houvesse uma política de remuneração que gratifique o operário, que produza mais em menos tempo, garantindo a qualidade da produção. Também descreve em seu livro, *Administração de Oficinas* (Shop Management), alguns tópicos importantes sobre a Administração:

- O objetivo da Administração é pagar salários melhores e reduzir os custos de produção.
- Para tal objetivo, a Administração deve aplicar métodos científicos de pesquisa para formular princípios e estabelecer processos padronizados para controle das operações fabris.
- Os colaboradores devem ser cientificamente selecionados e alocados em seus cargos com condições de trabalho adequadas.
- Os colaboradores devem ser cientificamente treinados para aperfeiçoar suas aptidões e executar uma tarefa para que a produção normal seja cumprida.
- A Administração precisa criar uma atmosfera de cooperação com os colaboradores para garantir a permanência de um ambiente agradável de trabalho.

Segundo Chiavenato (2014), o segundo período Taylor ocorreu após a publicação de seu livro *Princípios da Administração Científica*, uma obra vista como um best-seller para os organizadores do trabalho em todo o mundo. Em sua obra, Taylor afirma ser necessário uma estruturação geral da empresa para conseguir racionalizar o trabalho operário e aplicar seus princípios de Administração Científica.

Taylor afirmava que, em 1911, as empresas sofriam de três males que impactam seus resultados: 1) a vadiagem sistemática dos operários; 2) o fato de a gerência desconhecer as rotinas de trabalho (processos) e o tempo necessário para realização de cada tarefa; e 3) falta de padronização das técnicas e métodos de trabalho.

O termo “vadiagem sistemática” era aplicado pelo fato de os operários reduzirem, intencionalmente, a produção para evitar a redução de salários. Também acreditavam que com o uso de máquinas melhores e homens mais eficientes, o aumento de produção poderia resultar em desemprego, pois precisariam de menos operários para realizar o mesmo trabalho.



Taylor foi o primeiro a analisar o trabalho, os tempos e os movimentos, definir padrões de execução, treinar operários e especializar o pessoal, inclusive a gerência. Foi pioneiro em assumir uma atitude metódica de analisar e organizar o trabalho da base até o topo da organização (CHIAVENATO, 2014).

3.2.1 Organização Racional do Trabalho

Foi possível observar que os operários aprendiam as tarefas observando como os companheiros faziam, isso resultava em diferentes formas de fazer a mesma tarefa, com diversas ferramentas. Taylor afirmava que aplicar a análise científica proporcionaria obter um método padrão e mais eficaz de realizar determinadas tarefas e, para essa análise, deu o nome de organização racional do trabalho (ORT). A ORT se baseia em:

- Análise do trabalho e estudo dos tempos e movimentos.
- Estudo da fadiga humana.
- Divisão do trabalho e especialização do operário.
- Desenho de cargos e tarefas.
- Incentivos salariais e prêmios por produção.
- Conceito do *homo economicus*.
- Condições ambientais de trabalho, como iluminação, ergonomia etc.
- Padronização de métodos e de máquinas.
- Supervisão é fundamental.

Segundo Chiavenato (2014), era importante haver uma divisão de trabalho entre a gerência e a execução.

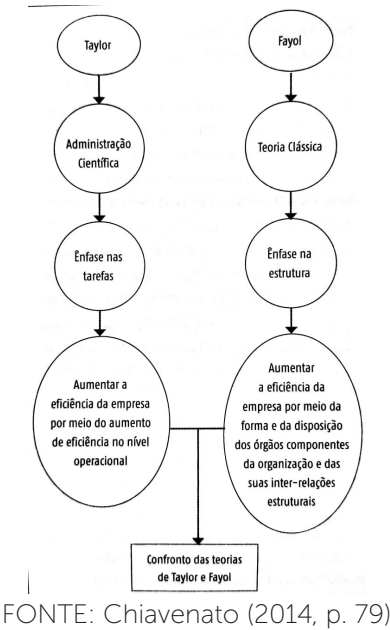
Para Taylor, o operário não tem capacidade e nem formação para analisar cientificamente seu trabalho e definir padrões. Dessa forma, **o planejamento do trabalho** ficava a cargo da gerência, o **auxílio ao executor e aferição**, se está de acordo com o planejado, fica a cargo da supervisão e a **execução sem questionamentos** fica a cargo do operário.

O principal objetivo da Administração de Taylor é garantir o máximo de prosperidade para o patrão e para o empregado. Todavia, existem alguns pontos de destaque na Administração Científica de Taylor que recebem críticas de alguns estudiosos da Administração:

- **Enfoque mecanicista:** a organização é comparada com uma máquina que segue um planejamento predefinido, cada colaborador é visto como uma engrenagem dentro da empresa.
- ***Homo economicus*:** a remuneração (salário) é importante, porém não é fundamental para a satisfação dos colaboradores. As pessoas, como seres humanos, precisam de reconhecimento profissional, incentivos morais e buscar a autorrealização.
- **Abordagem fechada:** a Administração Científica não faz menção ao mercado que cerca a empresa, não considera as influências que existem nesse ambiente no entorno da empresa.
- **Superespecialização do funcionário:** com a divisão de tarefas, a qualificação do funcionário passa a ser supérflua, pois só fará tarefas repetitivas e monótonas. Dessa forma, o colaborador não vai enxergar o processo como um todo, vai saber apenas o que envolve a sua tarefa específica.
- **Exploração dos colaboradores:** na época em que foi colocada em prática, fomentava a exploração dos funcionários em prol de interesses próprios, pois estimulava a alienação dos funcionários, não considerava alguns aspectos humanos e as deficiências das condições sociais da época.

A seguir, um esquema com uma comparação sobre a abordagem científica versus a abordagem clássica da Administração (Figura 4).

FIGURA 4 – ABORDAGEM CIENTÍFICA x ABORDAGEM CLÁSSICA



3.3 PRINCÍPIOS BÁSICOS DE FORD

Os conceitos da Administração Científica de Taylor chamaram a atenção de muitos empresários da indústria, onde destes se destaca Henry Ford (1863-1947), que se tornou um entusiasta e divulgador da Administração Científica. Uma ciência que aumentava a produção e reduzia custos era o que Ford precisava para realizar seu objetivo de produzir carros baratos e de acesso fácil para toda população da época.

Segundo Chiavenato (2014), Ford foi o precursor da produção em massa, com a adoção da linha de montagem e a divisão de tarefas simples entre os operários, sendo caracterizada por três aspectos:

- O fluxo do produto no processo produtivo é planejado, ordenado e contínuo.
- O trabalho é entregue ao operário sem ele ter de ir buscá-lo.
- As operações são analisadas em seus elementos constituintes.

Henry Ford aplicou três princípios para acelerar a produção com um trabalho com ritmo, coordenação e, principalmente, econômico, para garantir o preço final do produto ao cliente:

1. **Princípio da Intensificação:** diminuir o tempo de produção com a utilização de equipamentos e matéria-prima imediata, garantindo a rápida colocação do produto no mercado.

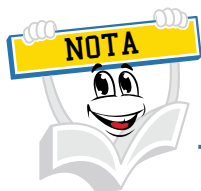
2. **Princípio da Economicidade:** reduzir ao mínimo o volume de estoque da matéria-prima em transformação, para que o carro fosse pago à empresa antes de vencido o prazo de pagamento dos salários e da matéria-prima comprada.
3. **Princípio da Produtividade:** aumentar a produtividade do homem no mesmo período de tempo de trabalho, por meio da especialização e da linha de montagem. Assim, o operário ganhava mais e o patrão tinha uma maior produção.

3.4 ABORDAGEM NEOCLÁSSICA DA ADMINISTRAÇÃO

Conforme Chiavenato (2014), a teoria da administração passou por um período de intensa remodelação em meados da década de 1950. Depois da Segunda Guerra Mundial, o mundo passou por um grande desenvolvimento industrial e econômico, avanços tecnológicos e mudanças comportamentais; tudo isso exige uma adequação e atualização da ciência da Administração.

Todas as teorias administrativas modernas se baseiam nas teorias já postuladas. Segundo Chiavenato (2014), a abordagem neoclássica nada mais é do que a abordagem clássica da Administração, devidamente atualizada e redimensionada à realidade das organizações empresariais atuais, tendo como fundamentos:

- A Administração é um processo operacional composto por funções, como planejamento, organização e controle.
- Como a Administração envolve uma variedade de situações organizacionais, ela precisa se fundamentar em princípios básicos que tenham valor preditivo (direcionam decisões).
- A Administração é uma arte que, como a medicina ou a engenharia, deve se apoiar em princípios universais.
- Os princípios de Administração, a exemplo dos princípios das ciências lógicas e físicas, são verdadeiros.
- A cultura e o universo físico e biológico afetam o meio ambiente do administrador. Como ciência ou arte, a teoria da Administração não precisa abarcar todo o conhecimento para servir de fundamentação científica dos princípios de Administração.



É importante destacar que a teoria Neoclássica da Administração dá ênfase aos aspectos mais práticos da administração, desenvolve seus conceitos de forma mais prática e aplicável, com base em um fundamento mais eclético, ou seja, se alicerça na teoria clássica, mas aceita o que há de bom em outras teorias mais recentes.

A seguir, um esquema com um resumo da Teoria Neoclássica (Figura 5).

FIGURA 5 – RESUMO DA TEORIA NEOCLÁSSICA



FONTE: Chiavenato (2014, p. 161)

RESUMO DO TÓPICO 1

Neste tópico, você aprendeu que:

- Os conceitos básicos de administração são tratados nos cursos de Administração como TGA – Teoria Geral da Administração.
- A Teoria Geral da Administração (TGA) surgiu com base em documentos, obras e fatos históricos de filósofos, economistas, físicos, empresários e estadistas.
- A Administração que conhecemos hoje tem pouco mais de 100 anos, é também chamada de administração moderna ou neoclássica.
- A Administração sofreu grande influência dos filósofos: Sócrates, Platão e Aristóteles.
- Foram Francis Bacon e René Descartes os filósofos modernos que tiveram maior impacto na Administração que conhecemos atualmente.
- A Administração sofreu influência da Igreja Católica, por ter um modelo administrativo simples e eficiente, baseado em um sistema de hierarquia de autoridade, denominada de “Organização Eclesiástica”.
- A Administração sofreu influência da organização militar, trazendo para si o modelo do princípio da unidade de comando e a escala hierárquica, com níveis de comando de acordo com o grau de autoridade e responsabilidade.
- A Administração sofreu influência da Revolução Industrial, quando ocorreu a substituição de ferramentas e mão de obra de produção braçal por um sistema de produção realizado por máquinas, aumentando o nível de produtividade da época.
- A Administração sofreu influência também do liberalismo econômico e dos empreendedores.
- A Teoria da Administração tem duas abordagens: a Clássica, de Fayol, e a Científica, de Taylor.
- Na abordagem clássica, o objetivo é aumentar a eficiência da empresa focando a atenção nos departamentos (órgãos) que compõem a organização e suas inter-relações estruturais.

- Os processos administrativos são: prever, organizar, comandar, coordenar e controlar.
- Na abordagem científica, o objetivo é aumentar a eficiência da empresa focando nas tarefas operacionais dos colaboradores (na época operários).
- Henry Ford foi um divulgador da Administração Científica, foi o precursor da produção em massa com a adoção da linha de montagem e a divisão de tarefas simples entre os operários.
- A abordagem neoclássica nada mais é que a abordagem clássica da Administração devidamente atualizada e redimensionada à realidade das organizações empresariais atuais.



- 1 Tratando das abordagens da Administração, foi criada na Europa a Escola Clássica da Administração e outra nos Estados Unidos, denominada Escola Científica da Administração. Neste contexto, assinale a alternativa CORRETA que apresenta os nomes que fundaram essas Escolas, respectivamente:
 - a) () Henry Fayol e Henry Ford.
 - b) () Frederick Taylor e Henry Ford.
 - c) () Frederick Taylor e René Descartes.
 - d) () Henry Fayol e Frederick Taylor.
 - e) () Henry Fayol e René Descartes.
- 2 A Administração Científica constatou que o operário da época aprendia muito através da observação dos colegas trabalhando, resultando em formas diferentes e não padronizadas de realizar a mesma tarefa. Para resolver essa questão, foi desenvolvida uma análise científica para obter um método padrão e eficaz para realizar as tarefas, denominado de “organização racional do trabalho”. Cite as bases que norteiam a organização racional do trabalho pregadas pela Abordagem Científica da Administração:
- 3 A influência filosófica na Administração moderna é dada pela aplicação do método filosófico cartesiano, criado por René Descartes. Nesse contexto, cite os quatro princípios desse método e explique cada um deles.



PRINCÍPIOS DE UMA ORGANIZAÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Todos nós somos consumidores de bens e serviços para viver e são as organizações que executam as atividades para produção destes bens e serviços que atendem às necessidades da sociedade moderna.

Neste tópico, conheceremos as organizações, seus conceitos básicos e princípios. Toda empresa é considerada uma organização e toda organização é considerada uma empresa, com ou sem fins lucrativos.

Vamos lá?

2 COMPREENDENDO A AMPLITUDE DE UMA ORGANIZAÇÃO

Uma organização está mais presente no nosso cotidiano do que imaginamos. Segundo Lacombe e Heilborn (2015), o conceito de organização é duas ou mais pessoas que se unem (se constituem), de forma organizada, para atingir objetivos em comum. Basicamente, nessa definição estão inclusas: empresas, universidades, hospitais, escolas, associações culturais, partidos políticos, sindicatos, clubes, condomínios, cooperativas, famílias, organizações não governamentais (ONGs), associações de classes profissionais, corporações militares, associações de bairros, entre outros.

Pode ser que você, acadêmico, esteja tendo o primeiro contato com a Administração como ciência, então, vamos desde já diferenciar alguns conceitos. É importante que você compreenda a diferença entre organização e estrutura organizacional: 1) **Organização** é a união de pessoas com ideias, projetos e recursos para atingir objetivos em comum; 2) **Estrutura Organizacional** é como a organização será estruturada, departamentalizada, definidas as políticas internas e administrada.

Para Chiavenato (2014), as organizações são diferentes entre si, variando em tamanho, características, estruturas e objetivos. As organizações empresariais tem como objetivo ser lucrativas, porém, outras como exército, serviço público, igrejas e entidades filantrópicas são organizações que operam sem fins lucrativos.

Uma organização pode começar pequena, porém, à medida que vai crescendo, tende a se tornar mais complexa e, nesse momento, conforme Chiavenato (2014), é que entra o papel da Administração como ciência, pois esta fará a condução racional das atividades de uma organização, seja ela com ou sem fins lucrativos.

2.1 TIPOS DE ORGANIZAÇÃO

Uma organização pode ser considerada formal ou informal, isso dependerá de sua origem: se foi instituída uma divisão de trabalho racional ou os membros assumiram naturalmente determinadas funções e essa divisão de tarefas não está oficializada. Chiavenato (2014) trata de forma clara sobre cada conceito:

- **Organização Formal:** é a organização planejada, com organograma, com manuais (POP), com divisão de trabalho racional que especializa as pessoas em determinadas tarefas.
- **Organização Informal:** é a divisão de tarefas entre os ocupantes de cargos que ocorre de forma natural. O grupo passa a considerar um membro como líder sem que este apareça no organograma ou tenha um cargo de liderança formalizado.

Dentro da organização formal, as organizações podem ser classificadas de acordo com sua complexidade. Segundo Cury (2000), a complexidade não tem relação direta com o tamanho e o número de colaboradores da empresa, e sim com a complexidade dos processos internos e de como está estruturada a organização. Sendo assim, uma empresa de pequeno porte pode ser mais complexa do que uma empresa de grande porte.

- **Organização de baixa complexidade:** é a empresa tradicional, com ambiente estável, mecanicista com uso de tecnologia simples, com produção rotineira e foco na atividade.
- **Organização de média complexidade:** é a empresa com um ambiente e tecnologia um pouco mais complexa, com produção e rotinas não tão mecanizadas, foco no indivíduo e motivação do trabalho.
- **Organização de alta complexidade:** é a empresa com tecnologia de ponta, podem ter ambiente turbulento, com incertezas, alta interdependência entre suas diversificadas áreas. Tem vários grupos de trabalho e busca a mobilização da força de trabalho e a padronização das tarefas, propondo uma abordagem o menos burocrática possível.

Tendo em vista a constante transformação e complexidade do mercado, é necessário, ou mais vantajoso, ter organizações mais complexas. Essa complexidade é no sentido da estrutura organizacional. Todavia, Cury (2000) destaca que as empresas devem procurar a melhor forma de se organizar e estruturar seus processos, buscando melhores resultados, de acordo com o momento que vivem no mercado, evoluindo e se desenvolvendo, dentro da melhoria contínua sempre que possível, buscando a sustentabilidade.

3 FORMAS DE ORGANIZAR UMA EMPRESA

Considerando o regime capitalista, a pessoa tem direito à propriedade privada, usando da forma que achar mais conveniente, desde que se respeitem as leis vigentes. Segundo Lacombe e Heilborn (2015), existem algumas formas de organizar uma empresa:

- **Sociedade anônima:** é uma sociedade por ações, dividindo a propriedade em pequenas frações (ações), em que os donos das ações são os donos da empresa, na proporção de suas ações. A responsabilidade dos acionistas é limitada ao preço de emissão das ações adquiridas, salvo exceção aos acionistas controladores, que exercem o controle acionário, dirigem a sociedade ou elegem os diretores.
- **Sociedade anônima de capital aberto:** é uma sociedade por ações, dividindo a propriedade em pequenas frações (ações); o que muda em relação à organização anterior é que essas ações são registradas e negociadas na Bolsa de Valores. Neste caso, a legislação obriga ter um conselho de administração, sendo este o representante dos acionistas, pois seria impossível reunir todos os acionistas e, se fosse, não seria possível decisões pertinentes em benefícios da organização (empresa).
- **Sociedade anônima de capital fechado:** é uma sociedade por ações, dividindo a propriedade em pequenas frações (ações), quando não há negociação de ações na Bolsa de Valores. Não havendo necessidade de conselho de administração, o papel do conselho é exercido por uma assembleia de acionistas.
- **Sociedade limitada:** este formato jurídico de empresa é composto por poucos sócios, que decidem pela empresa ou delegam algumas decisões para um gestor de confiança. Usa o termo “limitada” pelo fato de limitar a responsabilidade de alguns sócios, proporcional ao montante dinheiro de suas cotas capitais, no quadro societário.
- **Cooperativa:** é uma sociedade formada por uma associação de usuários ou fornecedores de produtos e/ou serviços, que se reúnem com objetivo de desenvolver uma atividade econômica de interesse comum sem uso de intermediários.

- **Sociedade civil:** é uma sociedade semelhante a uma cooperativa, porém é sem fins lucrativos e não tem proprietário. Possui uma assembleia de sócios que decidem de acordo com o estatuto da instituição, semelhante aos moldes de uma assembleia de acionistas.

3.1 POSTULADOS DA TEORIA DA ORGANIZAÇÃO

Como ocorre com muitas teorias, Lacombe e Heilborn (2015) destacam os postulados centrais da teoria da organização:

- Uma organização é um sistema de comportamentos sociais interligados, que emergem dos participantes (pessoas) da organização.
- Cada participante e cada grupo de participantes (pessoas) recebem incentivos da organização e, em contrapartida, contribuem para esta organização.
- Cada participante continuará sua participação na organização enquanto os incentivos oferecidos forem tão grandes ou maiores do que as contribuições que dele forem solicitadas.
- As contribuições trazidas pelos diferentes grupos de participantes são a fonte da qual a organização retira os incentivos para devolver aos participantes.
- A organização só continuará existindo enquanto as contribuições forem suficientes para proporcionar incentivos suficientemente grandes para motivar as contribuições.

Com base nestes postulados, percebe-se que há um ciclo entre participantes (contribuições) e organização (incentivos). Para haver incentivos, precisa haver contribuições e para haver contribuições, é necessário haver incentivos, e assim sucessivamente. Dessa forma, é correto afirmar que empresa é o resultado das pessoas que a compõem.



As organizações podem se romper e desaparecer a qualquer momento, pois são sistemas imperfeitos, inventados e operados por seres humanos, por outro lado, outras organizações podem durar anos, até séculos, sobrevivendo aos seus fundadores (LACOMBE; HEILBORN, 2015).

4 SISTEMA ORGANIZACIONAL

O sistema organizacional é definido por Lacombe e Heilborn (2015) como o sistema que contém elementos humanos e materiais destinados, de forma coordenada, para atividades orientadas para resultados, ligados por um sistema de informação e com influência de um ambiente externo.

Esses ambientes que se inter-relacionam com o sistema organizacional podem ser classificados como microambiente e macroambiente.

- **Microambiente:** é o ambiente mais próximo que influencia, permanentemente, a empresa e, em algum momento, a empresa também tende a influenciar esse ambiente com certa facilidade. O microambiente é composto por:
 - Consumidores: são os clientes que compram os produtos ou serviços da organização.
 - Fornecedores: que entregam os recursos necessários para a produção do produto final da organização, como mão de obra, materiais, equipamentos, serviços etc.
 - Concorrentes: que produzem o mesmo produto ou prestam o mesmo serviço (igual ou semelhante), compra dos mesmos fornecedores e almejam vender aos mesmos consumidores da sua organização.
 - Regulamentadores: são compostos pelo governo, sindicatos, associações empresariais, conselhos de classe, meios de comunicação em massa. Tudo que impõem limites, restrições ou exerce algum tipo de controle sobre as ações da organização.
- **Macroambiente:** é o ambiente mais amplo que envolve a organização. Segundo Lacombe e Heilborn (2015), o macroambiente interage permanentemente com a organização, porém a organização terá pouca ou nenhuma influência neste tipo de ambiente. O macroambiente é composto por:
 - Científico e tecnológico: conhecimentos acumulados pela humanidade que influenciam na forma de executar as operações e tarefas.
 - Políticos: opinião pública, padrões de organização e funcionamento do Estado e sociedade civil, os mecanismos de regulação.
 - Econômicos: política econômica, produto nacional bruto e per capita, a distribuição de riqueza, inflação, taxa de desemprego, tributação e a organização do sistema econômico em geral.
 - Institucionais: contexto de normas legais que regulamentam o comportamento do indivíduo e/ou da coletividade.
 - Sociais: valores, ideologias, tradições culturais, pressões sociais, entre outros.
 - Demográficos: crescimento demográfico, densidade demográfica, expectativa de vida, composição etária e étnica etc.
 - Ecológicos: é o meio ambiente físico e natural onde está inserido o sistema organizacional.

4.1 A PRÁTICA OPERACIONAL DO SISTEMA ORGANIZACIONAL

O sistema organizacional, interagindo com o ambiente em que atua, criará departamentos (subsistemas) com áreas específicas de atuação, sendo este o ambiente operacional da organização.

De acordo com Lacombe e Heilborn (2015), é importante que haja correlação entre o ambiente geral e o ambiente específico (setorização). Isso fica bem demonstrado a seguir (Quadro 1).

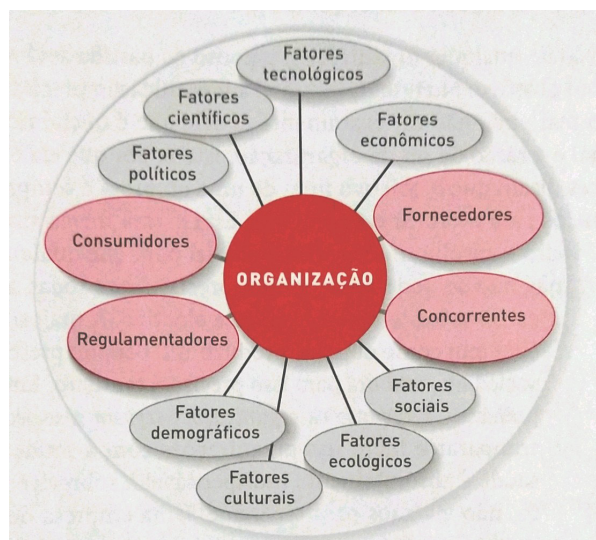
QUADRO 1 – AMBIENTE GERAL E SEU SETOR DE CORRELAÇÃO DENTRO DO SISTEMA ORGANIZACIONAL DA EMPRESA

AMBIENTE GERAL RELEVANTE	SETOR (ÁREA OPERACIONAL ESPECÍFICA)
Clientes e concorrentes	Vendas e marketing
Fornecedores de insumos	Compras
Fornecedores de tecnologia e equipamentos	Produção e qualidade
Instituições financeiras	Finanças e contabilidade
Mercado de trabalho	Recursos humanos
Imprensa e comunidade	Comunicação social
Ciência e tecnologia	Pesquisa
Entidades regulamentadoras	Jurídico e lobbies

FONTE: Adaptado de Lacombe e Heilborn (2015)

A inter-relação da organização com os fatores que compõem o macro e o microambiente é bem demonstrado no esquema de Lacombe e Heilborn (2015) (Figura 6).

FIGURA 6 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA RELAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO COM OS AMBIENTES

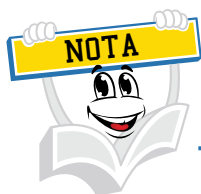


FONTE: Lacombe e Heilborn (2015, p. 24)

Cabe aos administradores ajustarem sua organização ao tipo de ambiente no qual atua da melhor forma possível, para que seja eficaz, atinja os objetivos e dê o resultado esperado. É importante o administrador ficar atento aos pontos fortes e fracos da organização com relação ao ambiente, observar as oportunidades e ameaças que o ambiente pode oferecer.

4.2 OS STAKEHOLDERS

Os Stakeholders são os grupos ou indivíduos afetados, direta ou indiretamente, pelas decisões e estratégias da organização, impactando, positiva ou negativamente, na busca por seus objetivos. Cabe ao gestor considerar essas expectativas de cada parte (organização x stakeholders) no processo de tomada de decisão e formulação da estratégia, é importante balancear os interesses.



Você deve estar pensando: por que se preocupar com os Stakeholders?

Porque eles interferem diretamente no processo da organização. As empresas possuem dois tipos de Stakeholders: internos e externos. De acordo com Lacombe e Heilborn (2015), os externos são aqueles que compõem o ambiente externo (fora da organização): governo, sindicato, fornecedores, clientes, entre outros. Os internos são os que compõem o ambiente interno (dentro da organização): colaboradores e sócios.

Observe a seguir uma correlação entre as expectativas de alguns stakeholders para a organização e vice-versa (Quadro 2).

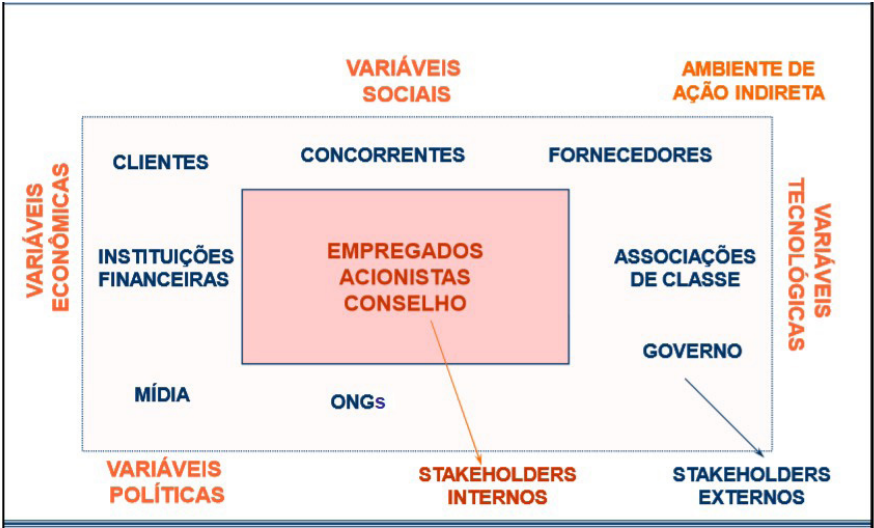
QUADRO 2 – RELAÇÃO ENTRE AS EXPECTATIVAS DOS STAKEHOLDERS E DA ORGANIZAÇÃO

CATEGORIA	Expectativas dos stakeholders em relação à organização.	Expectativa da organização em relação aos stakeholders
Clientes	Produtos de qualidade	Receita e respeito
Proprietários (sócios)	Renda e estabilidade	Ampla apoio
Mídia	Notícias válidas	Boa imagem
Comunidade local	Empregos	Empregados e serviços
Órgãos governamentais	Respeito à legislação e taxas	Segurança e proteção contra competição desleal
O público	Segurança dos produtos e proteção ambiental	Respeito e apoio

FONTE: Adaptado de Lacombe e Heilborn (2015)

Para facilitar a compreensão, apresentaremos um esquema ilustrando a relação dos stakeholders internos e externos com o ambiente e suas variáveis (Figura 7).

FIGURA 7 – ILUSTRAÇÃO DA RELAÇÃO DOS STAKEHOLDERS COM O AMBIENTE EXTERNO E SUAS VARIÁVEIS



FONTE: Lacombe e Heilborn (2015, p. 25)

Você consegue compreender como é complexo a atividade do administrador no momento de tomada de decisão com relação aos objetivos, estratégia e processos dentro de uma organização.

4.3 ATIVIDADES QUE COMPÕEM OS PROCESSOS DENTRO DO SISTEMA ORGANIZACIONAL

Toda organização tem um objetivo, seja na produção de um produto final ou na prestação de um determinado tipo de serviço. Para facilitar sua compreensão, usaremos como exemplo a produção de um produto.

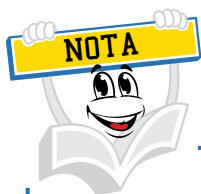
Para produzir um produto, a empresa precisa de insumos (insumos são todos os produtos e matérias-primas utilizados na fabricação do produto final) comprados de seus fornecedores. Então, podemos dizer que na organização entra insumos, ocorre o ciclo de produção (processos) e sai o produto final. Essa etapa envolve os processos no ciclo de produção:

- **Atividades-fim:** são os processos principais do negócio, estão envolvidos na fabricação do produto, sua venda, entrega e suporte pós-venda. Tudo que agrega valor diretamente para o cliente e as atividades de direção da empresa.
- **Atividades-meio (ou de apoio):** são os processos que dão suporte, que sustentam as operações para o sucesso da atividade-fim, como setor de compras, gestão de pessoas, manutenção, limpeza, contas a pagar e receber, entre outros.

4.4 IDENTIDADE ORGANIZACIONAL

Dentro do sistema organizacional é importante adotar princípios organizacionais, é comum serem tratados dentro do planejamento estratégico, porém, frente à proposta deste livro didático, torna-se mais adequado abordarmos aqui. Ao tratarmos de princípios organizacionais, estamos tratando da missão, da visão e dos valores da organização (empresa).

- **Missão:** é a razão de existir da organização, o que a mobiliza e orienta. Deve responder questões relacionadas ao tipo de produto ou serviço fornecido, como o fornece e seu impacto na sociedade.
- **Visão:** define o momento em que a organização deseja estar no futuro. Os indicadores de resultado são boas ferramentas para saber se a empresa está alcançando a sua visão.
- **Valores:** expressa os princípios importantes para organização, o que mais valoriza na execução de seus processos, rotinas, formas de agir e define suas políticas internas.



É importante que os princípios organizacionais (missão, visão e valores) fiquem expostos em locais visíveis para os colaboradores e para os clientes, pois refletem diretamente a identidade da empresa e como esta se posiciona dentro do mercado.

RESUMO DO TÓPICO 2

Neste tópico, você aprendeu que:

- O conceito de organização é duas ou mais pessoas que se unem (se constituem) de forma organizada para atingir objetivos em comum.
- Estrutura organizacional é como a organização será estruturada, departamentalizada, definidas as políticas internas e administrada.
- As organizações são diferentes entre si, variando em tamanho, características, estruturas e objetivos, podendo ser com ou sem fins lucrativos.
- Os tipos de organização podem ser formais ou informais.
- As organizações são classificadas de acordo com seu nível de complexidade.
- As formas de organizar uma empresa são: sociedade anônima, sociedade anônima de capital aberto ou fechado, sociedade limitada, cooperativa ou sociedade civil.
- Existem postulados na teoria da organização.
- O sistema organizacional contém os elementos humanos e materiais destinados, de forma coordenada, para atingir os resultados da organização.
- O sistema organizacional sofre influência do microambiente e do macroambiente.
- Os Stakeholders são os grupos ou indivíduos afetados direta ou indiretamente pelas decisões e estratégias da organização, impactando positiva ou negativamente na busca por seus objetivos.
- Dentro da organização existem atividades-fim e atividades-meio ou de apoio.
- É importante definir a missão, a visão e os valores da organização para que esta tenha uma identidade baseada nestes princípios.



1 Toda organização tem um objetivo, seja a produção de um produto final ou a prestação de um determinado tipo de serviço, visto que existirá um ciclo de produção com alguns processos que podem ser considerados direta ou indiretamente relacionados à produção do produto final da organização. Neste contexto, explique a diferença entre uma atividade-fim e uma atividade-meio.

2 Na prática operacional, o sistema organizacional está sempre interagindo com o ambiente em que atua, inter-relaciona-se com esse ambiente por meio de suas áreas operacionais específicas (departamentos). Correlacione o ambiente geral com a área operacional específicas correspondente:

1. Clientes.	() Recursos Humanos.
2. Fornecedores.	() Compras.
3. Bancos.	() Jurídico.
4. Mercado de trabalho.	() Financeiro e contabilidade
5. Entidades reguladoras.	() Vendas.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

- a) () 1, 2, 3, 5 e 4.
- b) () 4, 2, 5, 3 e 1.
- c) () 3, 2, 4, 5 e 1.
- d) () 2, 5, 1, 3 e 4.
- e) () 5, 4, 3, 1 e 2.

3 Quando tratamos sobre uma empresa, estamos tratando de uma organização. A empresa pode ser por máquinas, insumos, tecnologia de ponta, entre outros, porém, sua essência é composta por pessoas, pois serão as pessoas que farão que os processos do sistema organizacional funcionem adequadamente. Neste contexto, responda: o que é uma organização?



ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL

1 INTRODUÇÃO

Você está estudando conteúdos aplicados à radiologia, um curso da área da saúde! Você, como futuro profissional da saúde ou gestor de um serviço de diagnóstico por imagem, dentro de um serviço de saúde, precisa, obrigatoriamente, conhecer como funciona a organização do sistema de saúde no Brasil.

Em nosso país, a saúde é considerada um direito social, com um sistema de saúde universal e igualitário, pelo menos é o que se espera do poder público, sendo nosso sistema de saúde tema de diversas discussões. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem suas limitações, porém, antes de qualquer crítica, é preciso entender que, antes da sua criação, a política de saúde brasileira era considerada excludente e contributiva, e para se ter acesso ao sistema de saúde, você deveria contribuir para previdência social ou pagar por atendimento privado.

Neste tópico, conheceremos sobre a organização do sistema de saúde brasileiro, aspectos históricos, quem é o regulador, o surgimento do SUS, como é financiado e as particularidades do sistema público-privado e a saúde suplementar.

2 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Na época do império, por volta de 1800, a saúde no Brasil era precária, havendo poucos médicos disponíveis, segundo Polignano (2001), houve um aumento significativo dos farmacêuticos (na época denominados Boticários) que manipulavam as fórmulas prescritas pelos médicos. No entanto, como quase não haviam médicos no Brasil colônia, acabavam estes Boticários indicando os remédios manipulados para a população local.

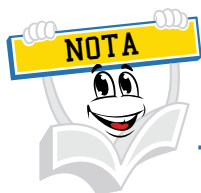


Fazendo uma correlação com a história do Brasil, a descoberta ocorreu em 1500, apenas 300 anos antes dessa época do império que estamos tratando agora, a maior parte da população em nossas terras eram indígenas, as doenças dos índios eram tratadas pelo Pajé da tribo. Os primeiros colonizadores tiveram que neutralizar a ação dos Pajés para instituir outro modelo de manutenção para a saúde do povo local. Muitos desses Boticários eram os próprios padres jesuítas, que manipulavam os medicamentos, cuidavam dos doentes e ainda aproveitavam para praticar a catequese, para conversão dos indígenas ao cristianismo.

A vinda de colonizadores da Europa e, com eles, os escravos da África, trouxeram para as terras brasileiras algumas doenças, até então, não existentes entre o povo local, o qual se destacava a varíola. Com uma prática médica pouco científica, baseada em crendices da tradição local, a maior parte dos doentes eram isolados da população e confinados nos hospitais (Santa Casas de Misericórdia). Com poucos recursos e conhecimento, as Santas Casas de Misericórdia tiveram mais um papel assistencial do que um potencial de cura, assim uma grande parcela da população morreu nesse período em função da epidemia de varíola.

Em 1808, de acordo com Polignano (2001), a vinda da Corte Portuguesa para o Brasil fez com que Dom João VI determinasse mudanças na área da saúde. Para resolver a falta de médicos, fundou na Bahia o Colégio Médico Cirúrgico no Real Hospital Militar da cidade de Salvador e, logo depois, criou a Escola Cirúrgica do Rio de Janeiro. Logo, essas escolas se tornariam os primeiros cursos de medicina do Brasil. Por outro lado, para resolver as questões de saúde de forma geral, foram aplicados conhecimentos da experiência europeia, estruturando aquilo que poderia causar ou trazer a doença, assim buscou organizar a urbanização das cidades, implantar sistema de água potável e esgoto, criação de cemitérios e dar atenção especial à circulação de pessoas e mercadorias nos portos.

Polignano (2001) destaca também que o Rio de Janeiro foi destaque nas ações sanitárias da época, pois ali estava alocada a sede provisória do Império Português e o principal Porto do Brasil. Em 1810, é determinada a construção de um Lazareto, para deixar em quarentena os viajantes, os escravos e as embarcações suspeitas. Ali, nestes locais, também ficavam os escravos portadores de doenças epidêmicas e com doenças de pele.



O Lazareto, também chamado por alguns de leprosário, é um estabelecimento para controle sanitário de pessoas que chegam de viagem em portos ou aeroportos e são suspeitas de estarem com algum tipo de doença contagiosa e precisam ficar em quarentena. Daí a origem da palavra "lazarento", que apesar de ser sinônimo para leproso e pessoa com doença contagiosa, é mais usada no seu sentido figurado para classificar uma pessoa como insuportável.

Passados 100 anos, por volta de 1918, as questões sanitárias e de saúde da população eram precárias, assim como as condições de trabalho e de sobrevivência da população urbana. Segundo Roncali (2003), essa situação resultou em movimentos operários na busca por garantias trabalhistas e previdenciárias para os trabalhadores.

De acordo com Polignano (2001), a imigração de grupos de indivíduos formava uma junção de pessoas em condições precárias de saneamento básico, deixaram as cidades à mercê das epidemias, tendo como principais problemas de saúde: febre amarela, varíola, tuberculose, sífilis e endemias rurais (malária, doença de Chagas, leishmaniose, entre outras).

Apesar de tudo, nesse período, o movimento de ação à promoção da saúde não focava nos problemas de saúde da população, o que se percebia eram ações com interesse econômico e político. Isso que, em 1902, havia surgido o primeiro modelo de atenção à saúde no Brasil, o modelo **sanitarista/campanhista**, que tinha Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública. Nesse modelo, o objetivo era atuar com ações e campanhas sanitárias para erradicar epidemias específicas, elencadas como mais graves naquele momento.

Segundo Polignano (2001), uma das ações marcantes da época foi a erradicação da febre amarela, causada por mosquitos. Cerca de 1.500 agentes foram colocados nas ruas para desinfecção de locais, ações como ocorrem nos dias de hoje com a questão da dengue, e também fazer a vacinação da população contra a varíola (tornando a vacina obrigatória para todos). A falta de treinamento, o excesso de autoridades e a intransigência dos agentes de saúde resultaram em uma revolta por parte da população, conhecida como a "Revolta da Vacina".

Em 1920, Carlos Chagas reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, introduzindo propagandas e a educação sanitária para a população, fazendo com que a prática da instrução às pessoas fosse praticada em conjunto com as técnicas de ação em campo dos agentes de saúde. Para Polignano (2001), essa reestruturação deu uma nova roupagem ao modelo campanhista de Oswaldo Cruz, cujo foco era apenas fiscalizar e ter poder de polícia nas imposições.

2.1 OS PRIMÓRDIOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DO BRASIL

Conforme Roncali (2003), os movimentos operários na busca por garantias trabalhistas e previdenciárias para os trabalhadores, resultaram em duas grandes greves ocorridas nos anos de 1917 e 1919, movimentos coordenados, principalmente, pelos imigrantes italianos que já tinham a experiência de movimentos operários ocorridos na Europa. Logo após, em 1923, foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei Eloy Chaves, considerado o marco inicial da previdência social brasileira.

O Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923 (conhecido como a Lei Eloy Chaves), institui que deve ser criada, para cada empresa de estradas de ferro, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados, incluindo os assalariados mensais, operários diaristas e de qualquer natureza, que executem serviço em caráter permanente e estejam prestando serviços contínuos na empresa a mais de seis meses.

Esse Decreto fez a instituição da caixa de aposentaria e pensões (CAPS) que dava os seguintes direitos aos empregados ferroviários que contribuíssem para a CAPS:

- Socorro médico, em casos de doença no empregado ou seus familiares que habitem sob o mesmo teto e viviam da renda do empregado assegurado.
- Medicamentos obtidos por preço especial.
- Aposentadoria vitalícia ordinária ou por invalidez.
- Pensão para os herdeiros em caso de morte.

A aposentadoria ordinária era dada ao empregado que tivesse prestado ao menos 30 anos de serviço e tenha completado 50 anos de idade. A base de cálculo era feita com base na média dos salários recebidos durante os últimos cinco anos de serviço, e se for se aposentar com menos de 50 anos, mesmo com 30 anos de contribuição, terá um redutor de 25% do valor a receber de aposentadoria.

Você deve estar se perguntando como era financiado esse sistema CAPS para garantir a aposentadoria de todos no futuro? Com base no Decreto nº 4.682/1923, o fundo era formado pela contribuição do empregado e do empregador (empresas ferroviárias). Cada empregado compra uma joia ao entrar na CAPS, com valor equivalente a um mês de salário, que pode ser parcelado em 24 vezes, depois vai colaborar mensalmente com 3% do total dos seus rendimentos no mês, já descontado em folha. A empresa contribui anualmente com 1% da sua receita bruta e mensalmente com 1,5% da soma das tarifas da estrada de ferro. O dinheiro da CAPS é aplicado e o juro fica integralmente para uso da CAPS.

Se o empregado for desligado da empresa ou sair por conta própria, pode continuar contribuindo para CAPS ou, se for de seu interesse, poderá receber de volta o valor que contribuiu para CAPS até o momento. O direito de pedir a aposentadoria naquela empresa se extinguiu no momento em que completasse cinco anos que o operário deu saída desta.

Essa prática de financiamento era considerada “bipartite”, pois era da relação empregado-empregador, não havendo a participação do Estado no financiamento de recursos. O que restringia a prática apenas para empresas de grande porte, pois as pequenas não conseguiriam compor um fundo sustentável. O modelo de CAPS começou com os ferroviários e depois foi utilizado pelos marítimos.



Apesar de o Estado não ter participação financeira na CAPS, a obrigação da criação da CAPS foi instituída pelo Estado, sendo a Lei Eloy Chaves o marco onde o Estado assume a responsabilidade frente à saúde dos trabalhadores. Esse momento é o marco do início da Previdência Social no Brasil.

Nesse período, segundo Oliveira (2009), o cenário político era uma oligarquia, caracterizado pela influência dos “coronéis” do café. Esse poder, exercido por um pequeno grupo de pessoas, influenciava os votos, os cargos estaduais, sendo necessário ter o apoio dos coronéis para conseguir se eleger para o Congresso e até para Presidente da República. Na época, o cargo de Presidência da República alternava entre candidatos de São Paulo e Minas Gerais, sempre com foco no controle de gastos e pouco investimento em outras áreas, mas direcionando os recursos para cafeicultura. De acordo com Oliveira (2009), esse período da história era denominado de República Velha, tendo como presidente o paulista Washington Luís Pereira de Sousa (gestão 1926-1930); para as eleições de 1930 já estava sendo preparado o candidato Júlio Prestes, também de São Paulo, para sua sucessão.

No entanto, durante a gestão de Washington Luís, com o cenário de oligarquia dos cafeicultores, teve origem um movimento social da população da classe média e da grande massa urbana, com o objetivo de reivindicar os direitos políticos que era ceifado desse grupo populacional.

De acordo com Oliveira (2009), esse movimento das massas urbanas, juntamente à insatisfação do Estado de Minas Gerais em relação ao início do monopólio paulista no poder, fez com que Minas Gerais procurasse os estados do Rio Grande do Sul e da Paraíba para se unir contra os paulistas e lançarem um candidato gaúcho à Presidência da República. Assim, se formou a chamada Aliança Liberal, onde indicaram para presidência Getúlio Vargas e como vice João Pessoa.

Apesar de acordos terem sido firmado entre os candidatos à presidência, houve episódios de conflitos e divergências entre deputados apoiadores do atual governo com deputados apoiadores dos aliancistas. Houve, também, conflitos entre membros da comunidade. Oliveira (2009) afirma que Getúlio Vargas sabia que uma derrota nas urnas era iminente. Dessa forma, vendo que a Aliança Liberal tinha apoio da população e dos militares para reestabelecer as questões políticas do Brasil e acabar com a oligarquia dos coronéis do café, houve a mobilização para uma possível revolução armada, caso se concretizasse a derrota nas urnas. Apesar de Getúlio Vargas e Borges de Medeiros serem cautelosos e relutarem a fazer um movimento revolucionário, os membros do partido estavam confiantes e tinham apoio dos tenentes-militares, apoio dos Estados de Minas Gerais e da Paraíba para iniciarem a revolução.

A derrota nas urnas aconteceu, Júlio Prestes tornou-se Presidente da República. Assumindo o poder no lugar de Washington Luiz, passado um tempo, começaram as fraudes, violência e cortes de deputados aliancistas do governo. Com pouca representatividade no congresso, os políticos desanimaram da revolução, porém os militares já estavam preparados e organizados para tal feito.

Em 3 de outubro de 1930, eclodiu a revolução no Rio Grande do Sul, iniciando o ataque a quartéis militares de Porto Alegre para obter mais armamentos e foram subindo. Em paralelo, outros Estados também foram aderindo à revolução, que cada vez mais juntava adeptos ao longo da trajetória a caminho do Rio de Janeiro. A Revolução de 1930 encerra no dia 31 de outubro, com Getúlio Vargas chegando ao Rio de Janeiro e tomando posse como chefe de Governo Provisório. O ex-presidente Washington Luís e o presidente destituído Júlio Prestes foram exilados, assim como outras personalidades políticas ligados ao atual governo.

Você se pergunta agora: por que tratar da Revolução de 1930? O que tem a ver com o sistema de saúde? Segundo Oliveira (2009), a Revolução de 1930 (apesar de considerada um golpe de Estado), foi um marco importantíssimo na história política brasileira, pois uma nova ordem social foi criada a partir daquele momento. Foi o ponto de ruptura e transformação da República Velha para o Estado Novo, integrando a elite com a grande massa (povo), pois a ideologia era “ordem e justiça”.

Getúlio Vargas reforçou a relação do governo com os trabalhadores, criou a Justiça do Trabalho, instituiu o salário mínimo, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e os sindicatos passaram a atuar sob intervenção do governo; deu apoio importante ao crescimento da indústria no Brasil.

Na gestão de Vargas, as CAPS das diversas empresas ferroviárias são unificadas e são criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), cujas garantias ao trabalhador eram: aposentadoria, pensão para os familiares em caso de morte, assistência médica e hospitalar, socorro farmacêutica.

Com a criação do IAPS e a política mais social do atual governo, surge a necessidade de estender os benefícios da previdência a todas as categorias de operários urbanos. A partir de então, surge a mudança da concepção “bipartite” para a “tripartite”, em que o governo assume a gestão financeira da previdência e contribui para esta. O primeiro IAPS neste modelo foi o marítimo (IAPM).



Com a mudança da CAPS para IAPS e com o financiamento passando para a característica tripartite, aumenta-se a cobertura de vidas que passam a ter acesso a serviços médicos e hospitalares, mesmo assim, segundo Roncali (2003), o acesso continua classificado como contributivo e excludente, com forte influência do modelo sanitarista/campanhista.

Em 1964, logo após o Regime Militar assumir o governo, foram implantadas reformas institucionais que impactaram diretamente a saúde pública e previdenciária. De acordo com Polignano (2001), a unificação dos IAPS com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, tirou a participação da sociedade nas decisões do futuro previdenciário do Brasil. O INPS passou a gerir todos os fundos das contribuições previdenciárias feitas por empregados e empregadores, gerindo, com isso, as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais do Brasil. Eram excluídos dessa assistência previdenciária os trabalhadores rurais e os trabalhadores urbanos considerados informais.

Segundo Polignano (2001), o sistema do INPS foi se tornando maior e mais complexo de gerir, tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro. Para resolver essa demanda foi criada, em 1977, uma nova estrutura administrativa própria, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Para estruturar a prestação de serviços, segue a estratégia de comprar serviços do setor privado e não investir no sistema de saúde, pois na época parecia, tecnicamente, mais viável (afinal o INAMPS fazia parte do SINPAS). Evidenciando a supremacia do modelo privatista/curativo, com foco na doença e no doente, mais uma vez, não atuando nas reais necessidades da população, como o combate à mortalidade infantil, que tinha números muito elevados na época.

Essa característica excludente dos serviços sociais tornava-se cada vez mais evidente, bem como a desigualdade de acesso às políticas públicas pela população e a lógica econômica vinculada aos interesses do setor privado. Grandes hospitais passaram a ser construídos para atender àqueles que poderiam contribuir (pagar). Para Roncali (2003), nessa linha atual, o sistema de saúde previdenciário

brasileiro começa a demonstrar suas mazelas, pois a repressão, a crise econômica, os baixos salários e o desemprego fizeram com que a população comesse a sofrer as consequências sociais: aumento da marginalidade, crescimento das favelas e aumento da mortalidade infantil. Com tudo isso, crescem os problemas sanitários, as endemias, entre outros problemas de saúde coletiva.

Outros fatores que impactaram na eficiência do INPS foram: o aumento constante dos custos da medicina curativa, a atenção médico-hospitalar de alta complexidade em expansão e cada vez mais cara, a incapacidade do sistema em atender aos trabalhadores que se encontravam trabalhando na informalidade, cada vez maior em função da crise, além disso, a crise impactou no crescimento econômico, havendo menos contribuição das empresas (menores lucros) e menor contribuição dos empregados (mais demissões), reduzindo a receita da previdência. Por fim, o desvio de verbas do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores do governo e para realização de obras resultou no não repasse da contrapartida do governo para o sistema previdenciário (tripartite).

Segundo Polignano (2001), na tentativa de reverter a crise do INPS, contendo os custos e combatendo as fraudes, foi criado em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), ligado diretamente ao INAMPS. Dentre as várias ações do CONASP, está a criação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Roncali (2003) afirma que a precariedade do sistema de saúde e social, aliado ao modelo excludente do INPS/INAMPS, somado à estratégia de compra de serviços que capitalizou o sistema privado de saúde, provocou grande insatisfação da população, comprometendo a legitimidade do Regime Militar. Com indicadores de saúde cada vez piores, o governo, do então Presidente Geisel (1974-1979), tentou expandir a cobertura dos serviços do INPS/INAMPS, porém esbarrou na forte oposição da Federação Brasileira de Hospitais e Medicina de Grupo, que tinha medo de perder a hegemonia dentro do sistema de saúde brasileiro.

Em meados da década de 1970 já há um movimento de profissionais e intelectuais da área da saúde e saúde coletiva em pôr mudanças, melhorias e ampliação do sistema de saúde, o movimento ficou conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária. Em 1978, a Conferência Alma-Ata trouxe à tona a primeira discussão sobre a atenção primária da saúde, mudando a forma de ofertar os serviços de saúde. Logo após, em 1979, ocorreu o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, conduzido pela comissão de Saúde da Câmara dos Deputados Federais, momento em que o Movimento pela Reforma Sanitária ganhou força por meio do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Nesse Simpósio, foi a primeira vez que houve menção à estrutura com caráter universal (atende a todos) e descentralizado (separado da previdência social e com responsabilidade dividida entre os níveis de governo) que mais tarde ganharia o nome de Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Roncali (2003), o início da década de 1980 é marcado por uma grande crise política, tanto social quanto econômica. A atual previdência social começa a dar sinais de que não vai dar conta das demandas criadas, ou seja, não vai conseguir aposentar e dar o suporte médico necessário à população contribuinte se muitos começarem a usar. Esse problema de caixa da previdência é resultado da corrupção e dos desvios de verbas para outras áreas do governo. Sim! Havia corrupção já dentro do Regime Militar.

Para contornar o problema, em 1983, foi criado um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, integrando ações curativas-preventivas e educativas simultaneamente, saindo daquele modelo sanitarista/campanhista. Esse modelo era um projeto interministerial, reunindo os ministérios da Saúde, Previdência e Educação, o projeto foi chamado de Ações Integradas de Saúde (AIS).

Nesse modelo de AIS, a Previdência passa a comprar e pagar por serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários. Com esse modelo, foi possível obter avanços positivos nas questões relacionadas à assistência à saúde da população em geral, fomentando a universalização, a acessibilidade, a descentralização e a participação comunitária. Com a verba do INAMPS repassada agora para os estados e municípios, foi possível a gestão regionalizada nos recursos e a criação de unidades de atenção básica em locais mais estratégicos, de acordo com a realidade de cada cidade ou grupo populacional.

2.2 OS PRIMÓRDIOS DO PROJETO DE SEPARAÇÃO DO SISTEMA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DO SISTEMA DE SAÚDE

Em 1979, o Regime Militar já havia flexibilizado a eleição para a escolha dos governos estaduais, então, em 1982, os três partidos existentes: PMDB, PDT e PT, disputavam eleições para governador e deputados estaduais. Na sequência, em 1983, Dante de Oliveira (PMDB) começou a intensificar o movimento civil denominado de “Diretas Já”, para reivindicar o direito da população de eleger o Presidente da República sucessor do atual presidente João Batista Figueiredo. Segundo Polignano (2001), o movimento permitiu a participação de civis no pleito eleitoral de 1985, na qual foi eleito Tancredo Neves, que marcou o fim do Regime Militar no Brasil.

De acordo com Polignano (2001), na gestão de Tancredo Neves ocorreram vários movimentos sociais e movimentos da área da saúde, que resultaram na criação das Associações dos Secretários de Saúde Estaduais (CONASS) e municipais (CONASEMS). Essas associações se reuniram e, em 1986, realizaram a VIII Conferência Nacional de Saúde, quando foram lançadas as bases da reforma sanitária no Brasil e o projeto do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS).

Polignano (2001) destaca que, nessa conferência, participaram cerca de cinco mil pessoas, entre elas estavam autoridades da área da saúde, políticos, lideranças populares, sindicalistas, entre outros. Neste evento, foram criadas propostas para a reestruturação do Sistema de Saúde do Brasil, destacando o conceito ampliado de saúde, colocando este como um direito de todos os cidadãos brasileiros e colocando a responsabilidade como dever do Estado. Em paralelo estava ocorrendo a eleição para a Assembleia Nacional Constituinte, que vai trabalhar no projeto da nova Constituição Brasileira.

2.2.1 Mudanças na Previdência Social após 1988

A mais importante alteração ocorreu logo após o surgimento da Constituição de 1988, porém, outras mudanças de menor magnitude, mas de importante impacto na população, ocorreram tempos depois por meio de medidas e emendas constitucionais: em 1991 (pelo Presidente Fernando Collor), em 1998 (pelo Presidente Fernando Henrique), em 1999 foi criado o fator previdenciário, depois, em 2003, com foco no funcionalismo público (pelo Presidente Lula).

Conforme Paim (2013), a Previdência Social no Brasil vem deficitária desde os tempos do Regime Militar que, além da corrupção, direcionava recursos dos contribuintes e empregadores para cobrir rombos de outros setores do governo. O mesmo foi praticado pelo governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), do Presidente Lula e da Presidente Dilma, em que, segundo Paim (2013), novas “crises” eram fabricadas para justificar os déficits da Previdência. O autor afirma que só no governo Lula, cerca de 180 bilhões de reais do Tesouro Nacional foram direcionados para o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para enfrentar a crise de 2008.

Assim, desde 2014 (governo da Presidente Dilma Rousseff) se discute uma nova e importante reforma da previdência para garantir a perenidade do sistema previdenciário no Brasil, alegando que o sistema no modelo atual é deficitário e não garante a aposentadoria de todos os contribuintes no futuro.

Apenas para fins de esclarecimento, o sistema previdenciário do Brasil funcionava assim: a aposentadoria acontecia por tempo de contribuição, sendo definido um tempo mínimo de 30 anos de contribuição para as mulheres e um tempo mínimo de 35 anos de contribuição para os homens, sendo que a idade mínima para a aposentadoria era de 60 anos para as mulheres e 65 anos para os homens. A redução de tempo dos profissionais com atividades insalubres era comprovada por meio do Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), e atendia critérios diferentes.

Nessa época, quem desejava se aposentar por tempo de contribuição, porém com idade menor ao limite de idade mínima, estava fadado à aplicação do chamado fator previdenciário, que reduzia o valor final da aposentadoria a ser recebida pelo trabalhador, uma forma de o governo evitar a aposentadoria mais cedo e garantir a sustentabilidade do sistema previdenciário.



A tabela para cálculo do fator previdenciário pode ser obtida na internet no endereço a seguir: http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/12/Fator-_Previdenciario-2018.pdf.

Em 2015, o fator previdenciário mudou, sancionado pela Presidente Dilma Rousseff. A regra de cálculo mudou para o sistema 85/95, colocando fim ao fator previdenciário e vetando o texto que autorizava o aposentado a se desaposentar e fazer um novo cálculo somando o último período de contribuição. Pela nova regra, da Presidente Dilma Rousseff, as mulheres devem somar 85 pontos e os homens 95 pontos. Para exemplificar, o homem poderia ter 65 anos de idade e 30 anos de contribuição, totalizando 95 pontos. Ou poderia ter 60 anos de idade e 35 anos de contribuição, também totalizando os 95 pontos. O inconveniente dessa regra é que a pontuação aumenta a cada dois anos, com base na expectativa de vida do brasileiro, passando, em 2018, para 86/96, em 2020 para 87/97 e assim, sucessivamente. Isso criou uma série de más interpretações, algumas pessoas acharam que só poderiam se aposentar depois dos 85 anos ou mais, totalmente equivocados com a interpretação da regra.

Após o impeachment da Presidente Dilma Rousseff, ocorrido em 2016, o então vice-presidente Michel Temer assume e, após muita discussão, aprova a reforma trabalhista em 2017, com a Lei nº 13.467/2017, atualizando a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sancionada em 1943 por Getúlio Vargas, modernizando, assim, as relações de trabalho, que têm outras características na sociedade do Século XXI, afinal, passaram-se 75 anos.

Em 12 de novembro de 2019, depois da reforma das Leis trabalhistas, foi aprovada a tão esperada reforma de impacto na Previdência Social brasileira, uma reestruturação histórica ocorrida por meio da Emenda Constitucional nº 103, no governo do Presidente Jair Bolsonaro. Essa emenda revoga alguns artigos das emendas de alterações anteriores, de 1998, 2003 e 2005. Houve alterações na idade mínima de aposentadoria, tempo mínimo de contribuição e regras de transição.

Atualmente, a idade mínima para aposentadoria é de 62 anos de idade para mulheres, com pelo menos 15 anos de contribuição, já para os homens, precisam ter no mínimo 65 anos de idade, com pelo menos 20 anos de contribuição. Situações excludentes à regra são: professores, funcionários públicos, militares e trabalhadores rurais, que têm condições diferenciadas.

Nessas condições, o trabalhador receberá uma aposentadoria equivalente a 60% da média de todas as contribuições previdenciárias realizadas desde julho de 1994, uma perda de 40% dos valores. Você se aposentaria nessas condições?

Imaginamos que não, então o que fazer para conseguir 100% do valor da aposentadoria?

Para aumentar o percentual recebido é necessário aumentar o tempo de contribuição, para cada um ano a mais de contribuição são aumentados dois pontos percentuais aos 60%. Assim, para conseguir se aposentar com 100% do valor, será necessário que as mulheres tenham 62 anos ou mais de idade e ter contribuído por 35 anos, já os homens precisam estar com 65 anos ou mais de idade e ter contribuído por 40 anos.

O mesmo vale para os funcionários públicos que ingressaram depois de 2004. Para quem ingressou antes, será mantida a integralidade, sendo o valor da aposentadoria igual ao valor do último salário. Nesse quesito, a reforma tornou mais justa as regras entre setor público e privado.



Uma mulher com 62 anos de idade, para se aposentar com 100% da média das contribuições, deve começar a contribuir ininterruptamente a partir dos 27 anos de idade. Já um homem com 65 anos de idade, para se aposentar com 100% da média das contribuições, deve começar a contribuir ininterruptamente a partir dos 25 anos de idade.

2.3 O IMPACTO DA CONSTITUIÇÃO DE 1988 NA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Interessante que nossa geração foca muito na Constituição de 1988, como se só houvesse esta na história brasileira, o que pode ser entendido como natural, afinal é ela que está vigente nos dias atuais. No entanto, você sabia que essa é a nossa sétima Constituição?

A **primeira** foi feita em 1824 por Dom Pedro I; a **segunda** em 1891, que veio com texto focado em interesses da oligarquia dos cafeicultores. A **terceira** foi feita em 1934, na era Getúlio Vargas; a **quarta** Constituição foi feita em 1937, ainda na era Vargas, porém com texto de cunho fascista e ditatorial, para manter Vargas no poder. A **quinta** Constituição foi feita em 1946, destacando a redemocratização do Brasil; e a **sexta** Constituição foi feita em 1967, com texto que favorecia o governo do Regime Militar. Por fim, após o fim do Regime Militar ditatorial, e com um texto focado na ordem, instituindo o Estado democrático de Direito e destacando sua estrutura federativa na organização dos estados, em 1988 é feita a **sétima** e última Constituição brasileira até o momento, considerada por muitos como a Constituição Cidadã, frente às mudanças sociais de grande impacto que a trouxe para a população e uma série de garantias de Direitos que a população brasileira, até então, não usufruía.

Para Paim (2013), a Constituição de 1988 incorporou a importância de seguridade social e promoveu as mudanças propostas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, e, o mais importante, reconheceu a importância de todo cidadão ter direito à saúde e assumiu que o Estado deve ser responsável por garantir e custear esse direito. Assim, o Estado efetivou essa questão com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Título VIII da Constituição Federal de 1988 trata “Da Ordem Social”, destacando em seu Capítulo II as questões da Seguridade Social:

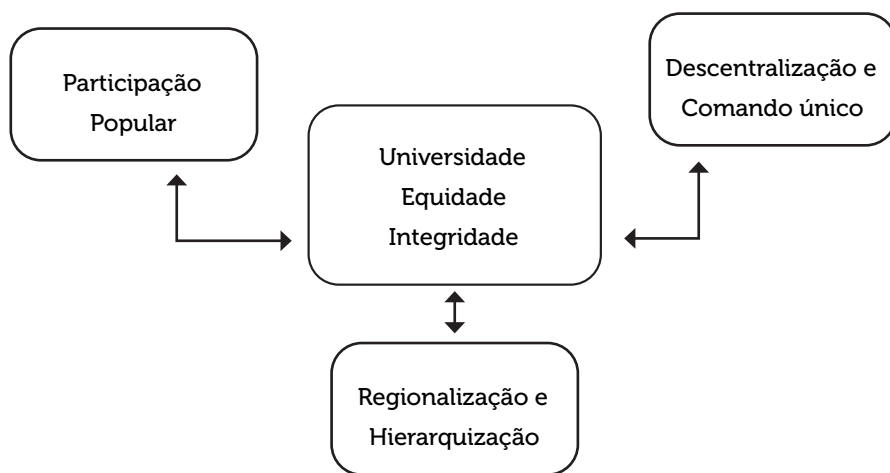
“Art. 194. A Seguridade social, compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Em parágrafo único, destaca-se o compromisso do Poder Público em fazer a gestão e assegurar as questões da seguridade social, isso na esfera municipal, estadual e federal, destacando, entre seus termos, dois itens que compõem o princípio básico do SUS:

- **Universalidade** da cobertura e do atendimento: garantir o acesso de toda a população aos serviços de saúde, sem qualquer discriminação.
- **Equidade** na forma de participação e custeio: aplicar princípios de justiça social, havendo igualdade na assistência à saúde sem qualquer preconceito ou privilégios para todos os brasileiros. Entretanto, tratar com equidade é “tratar desigualmente os desiguais”, nesta questão da saúde, será aplicar mais recursos onde há maior necessidade, considerando as diferenças de condições sociais entre os grupos de indivíduos.
 - Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
 - Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público regulamentar, fiscalizar e controlar essas ações.
 - Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único que segue algumas diretrizes importantes. É importante destacar que essas diretrizes vão compor os demais princípios que norteiam o SUS:
- **Descentralização:** com direção única em cada esfera de governo. Segundo Roncali (2003), considerando a questão da regionalização dos problemas de saúde, ou seja, cada local e grupo de indivíduos podem apresentar problemas diferentes, cada região do Brasil terá prioridades diferentes. Nesse contexto, a municipalização da assistência à saúde é o processo fundamental da descentralização, transferindo a parte administrativa, porém mantendo o poder sobre o sistema.

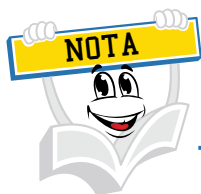
- **Integralidade da atenção:** que vai priorizar as ações preventivas, sem prejuízo aos serviços assistenciais (curativos). É o direito do indivíduo ter acesso à promoção da saúde em todas as instâncias do sistema, dos serviços de menor até a maior complexidade, configurando um sistema capaz de prestar uma assistência integral. Conforme Roncali (2003), o homem é um ser integral (biopsicossocial) e deve ser atendido com esta visão integral, por um sistema integral, voltado a promover, proteger e recuperar a sua saúde.
- **Participação da comunidade:** sendo considerada a participação representativa da sociedade civil, como controle social no planejamento, gestão e controle da política de saúde.

FIGURA 8 – ESQUEMA ILUSTRANDO OS PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS E ORGANIZATIVOS DO SUS



FONTE: Roncali (2003, p. 34)

- Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. De acordo com o parágrafo primeiro, vão participar, em caráter complementar ao SUS, com contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as empresas filantrópicas e as sem fins lucrativos.
- Art. 200. Descreve os termos da Lei, os quais está submetido o SUS: Lei nº 8.080, de 19 de novembro de 1990 e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.



É importantíssimo que você compreenda que, após a criação da Constituição de 1988, uma reforma ministerial separou o que era considerado previdência social do que é considerado assistência médico-hospitalar. Dessa forma, cabe ao Ministério da Previdência Social conceder os benefícios de aposentadoria, afastamentos em caso de doença ou invalidez e as perícias médicas, isso por meio do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o qual todos nós, de alguma forma, devemos ser contribuintes. Por outro lado, cabe ao Ministério da Saúde fornecer acesso à assistência médica, internações, cirurgias, e outras necessidades em prol da saúde do cidadão na rede pública de saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), sem a necessidade de qualquer contribuição por parte do cidadão, pois a saúde é um direito de todos, já a previdência social não.

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 (Carta Magna), regulamentado em 1990, quando o Congresso Nacional aprovou a primeira versão da Lei Orgânica da Saúde (LOS) sob o nº 8.080/90, porém o texto precisou de adequação em alguns trechos depois de vetos presidenciais, os quais deram origem a outra lei no mesmo ano, a Lei nº 8.142/90 (RONCALI, 2003).

Dessa forma, pode-se afirmar que a Lei Orgânica da Saúde (LOS) é composta pelo conjunto das Leis nº 8.080 e nº 8.142, sendo que a primeira trata da direção, gestão, competências e atribuição em cada esfera de governo dentro do sistema SUS; e a segunda trata da participação da comunidade na gestão e questões financeiras, como as condições para transferência de recursos entre a hierarquia intergovernamental. Conforme Roncali (2003), o SUS é garantido pela Constituição, regulado pela LOS e tem sua base estruturada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, participação popular e descentralização (regionalização e hierarquização).

Para chegar nesse momento, o SUS teve um antecessor, chamado de Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que operava por meio do Decreto nº 94.657/87. Foi o SUDS que mediou a transformação do sistema entre as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o atual sistema de saúde, pois foi o SUDS que promoveu a descentralização do INAMPS, dando apoio aos governadores na estruturação dos serviços de saúde estaduais e municipais. Esse processo foi chamado de “municipalização” do sistema de saúde, na medida em que o município estruturava a gestão e migrava para o SUS, automaticamente, era descredenciado do SUDS. Assim ocorreu até que todos os municípios estivessem operando ações dentro do SUS.

3.1 TÓPICOS IMPORTANTES DA LEI Nº 8.080 e DA LEI Nº 8.142

A Lei nº 8.080 é válida em todo o território nacional, regulando as ações e os serviços de saúde, abrangendo pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado. Alguns artigos e parágrafos da Lei transcrevem os direitos garantidos na Constituição Federal, principalmente, quando destaca que a saúde é um direito fundamental do ser humano e é um dever do Estado prover as condições políticas, econômicas e sociais para que isso ocorra. Devendo à saúde ser universal e igualitária a todos os cidadãos, de forma que tenham acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação, garantindo às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, podendo participar do Sistema Único de Saúde (SUS) em caráter complementar, tendo preferência as empresas filantrópicas e as sem fins lucrativos. Outras empresas privadas poderão participar, vendendo serviços ao SUS quando este estiver com sua estrutura física limitada para atendimento das demandas da população.

Pode-se afirmar, então, que o SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde que são oferecidos gratuitamente à população, sem que o usuário tenha que comprovar qualquer contribuição prévia, sendo proibida a cobrança de qualquer valor por atendimento pelo sistema.

3.1.1 Campo de atuação do SUS

O SUS pode prover ações de ordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde, atuar no incremento de ações para o desenvolvimento científico e tecnológico e avaliar o impacto que novas tecnologias podem trazer para a saúde do ser humano.

- **Vigilância sanitária:** formular e aplicar ações de saneamento básico e demais ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, atuar nos problemas sanitários causados pelo meio ambiente, pela população e bens de consumo.
- **Vigilância epidemiológica:** formular, medir e aplicar ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e/ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes relacionados à saúde do indivíduo ou da coletividade, recomendando ou aplicando medidas de prevenção e controle de doenças sempre que necessário.
- **Saúde do trabalhador:** informar ao trabalhador, a sua entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho ou doença profissional que aquela determinada função pode ocasionar caso não sejam adotadas as medidas corretas de segurança. Participar da normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador dentro das empresas, sejam estas públicas ou privadas e, por fim, participar da revisão periódica da listagem de

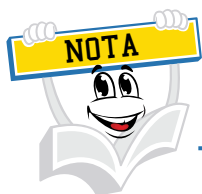
doenças ocasionadas no processo de trabalho, dando a garantia ao sindicato dos trabalhadores para requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor ou ambiente de trabalho que expor a risco iminente a vida ou a saúde dos trabalhadores.

- **Assistência terapêutica integral e farmacêutica:** vigilância nutricional e orientação alimentar, inclui fiscalizar e inspecionar alimentos, água e demais bebidas para o consumo humano. Formular políticas para uso de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção. Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, armazenamento e utilização de produtos: psicoativos, tóxicos e radioativos.

3.1.2 Princípios e Diretrizes do SUS

Os princípios descritos na Lei nº 8.080 tomam como base as diretrizes do Art. 198 da Constituição Federal e ainda:

- **Universalidade:** direito de acesso de toda a população aos serviços de saúde, sem discriminação de qualquer espécie.
- **Descentralização:** as ações devem ser realizadas o mais perto possível do local onde as pessoas vivem, sendo então responsabilidade dos municípios a gestão dos serviços, da mão de obra e dos recursos financeiros vindos da União.
- **Integralidade:** direito da população em ter acesso às ações preventivas, assistenciais/curativas, de reabilitação e de promoção da saúde em todas as instâncias do sistema. Isso envolve consultas médicas, internação, exames de imagem e laboratoriais, acesso à fisioterapia, ao dentista, ao fonoaudiólogo, ao psicólogo, ao nutricionista, ao assistente social, entre outros profissionais e áreas da saúde.
- **Controle Social:** participação representativa da comunidade na organização, planejamento, gestão e controle das políticas de saúde no seu município.
- **Equidade:** aplicar os princípios de justiça social, acesso a todos com igualdade na assistência à saúde, porém de acordo com a necessidade de cada indivíduo, aplicando mais recursos onde há maior necessidade, considerando as diferenças de condições sociais entre os grupos de indivíduos, adotando o critério de “Discriminação Positiva”.



A Discriminação Positiva é um tipo de discriminação que visa reduzir os desequilíbrios da sociedade entre alguns grupos sociais, tomando-a mais igualitária, exemplo disso são as cotas raciais, que têm como objetivo compensar o prejuízo de uma classe da população que sofre com o racismo e compensar anos de escravidão que sofreu no passado. No caso da saúde, essa discriminação positiva visa destinar ações prioritárias para grupos populacionais que se encontram em maior grau de vulnerabilidade, contrariando a distribuição do serviço de forma igualitária por cotas.

3.1.3 A Organização e a Gestão do Sistema

Conforme a Lei nº 8.080, as ações e os serviços de saúde prestados pelo SUS, seja de forma direta ou indireta (mediante a participação complementar de serviços privados), serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

A gestão do SUS é exercida de forma única, em cada esfera de governo. No âmbito do Governo Federal (União) a gestão é feita pelo Ministério da Saúde, no âmbito do governo Estadual a gestão é realizada pela Secretaria Estadual de Saúde e no âmbito dos municípios a gestão é feita pela Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente.

Os municípios poderão se organizar em distritos sanitários ou constituir consórcios intermunicipais para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam, articulando recursos, técnicas e práticas que facilitem a cobertura total das ações. Importante destacar que, mesmo no caso dos consórcios intermunicipais, rege o princípio da direção única.

Conforme a Lei nº 8.142, o SUS contará, em cada esfera de governo, com as seguintes instâncias colegiadas (sem prejuízo às funções do Poder Legislativo):

- **A Conferência de Saúde:** que vai se reunir de quatro em quatro anos, convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde. Será composta por vários segmentos sociais, avaliando as questões de saúde e propondo diretrizes para a formulação de políticas de saúde.
- **O Conselho de Saúde:** é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, tem caráter permanente e deliberativo. Tem como função formular estratégias, controlar a execução das políticas de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Suas decisões serão homologadas pelo chefe do poder, legalmente constituído, em cada esfera de governo.

Segundo a Lei nº 8.142, terão participação no Conselho Nacional de Saúde os seguintes conselhos: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Conforme a Lei nº 8.080, os hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde, mediante convênio, preservando a sua autonomia administrativa com relação ao seu patrimônio, recursos humanos e financeiros. O ensino, a pesquisa e a extensão devem seguir nos limites conferidos pelas instituições de ensino em que estejam vinculados.



Dentro da Lei nº 8.080, no Capítulo V, há uma política de ações de saúde voltada exclusivamente para a população indígena, em todo o território nacional, instituído por um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena que deve ser custeado pela União com recursos próprios. Esse subsistema deve integrar perfeitamente com o SUS, por ser parte deste sistema, e respeitar as Políticas Indígenas do Brasil.

3.1.4 Os recursos e a gestão financeira do sistema

Com base no Art. 31 da Lei nº 8.080, o recurso virá do Orçamento da Seguridade Social (Previdência e Assistência Social) de acordo com a receita estimada, com os recursos necessários para que o SUS atenda sua finalidade, considerando as metas e as prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). O Orçamento da Seguridade Social é composto pela Contribuição Social: basicamente, impostos pagos por empregados (percentual sobre a folha de pagamento) e empregadores/empresas (percentual sobre o lucro). Considerando a Tripartite, a União deve destinar um percentual do seu orçamento fiscal para a área da saúde.

O Art. 32 da Lei nº 8.080 trata das outras fontes de renda que o SUS poderá ter em seus processos internos, como taxas, multas, emolumentos, doações, donativos, alienação de capital, entre outros. Por um tempo, tivemos a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

O Art. 33 da Lei nº 8.080 trata que os recursos do SUS serão depositados em conta especial de cada esfera de governo, movimentados com a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. No primeiro parágrafo, destaca que, no âmbito federal, os recursos financeiros originados do Orçamento da Seguridade Social e de outros tributos da União, serão geridos pelo Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde.

Segundo a Lei nº 8.142, os recursos serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, conforme critérios estabelecidos no Art. 35 da Lei nº 8.080, descritos a seguir:

- Perfil demográfico da região.
- Perfil epidemiológico da população.
- Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área.
- Desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior.
- Níveis de participação do setor de saúde nos orçamentos estaduais e municipais.
- Previsão do plano quinquenal de investimento da rede.
- Ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas do governo.

Importante destacar que metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída, segundo quociente de sua divisão, pelo número de habitantes. Nos casos dos Estados e Municípios com evidente processo migratório, os critérios demográficos serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial, o número de eleitores registrados.

Conforme a Lei nº 8.142, para terem acesso aos recursos, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão ter em sua estrutura organizacional:

- Fundo de Saúde.
- Conselho de Saúde (conforme Decreto nº 99.438/1990).
- Plano de Saúde (Planejamento: programa de atividades e projetos para o SUS).
- Relatórios de gestão (que permitam o controle e a auditoria pelo Ministério da Saúde).
- Contrapartida de recursos para saúde no seu orçamento.
- Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

Caso algum Município não atenda aos critérios de organização para receber os recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde, os recursos serão geridos pelo seu respectivo Estado. Por outro lado, se o Estado não atender aos critérios de organização para receber os recursos financeiros, estes recursos serão geridos pela União. OK, mas de onde vem o dinheiro que é repassado aos Estados e municípios? A origem do dinheiro é somente da União? A distribuição é de forma verticalizada ou cada esfera contribui com algum percentual?

As Leis Orgânicas da Saúde não deixam isso muito claro. Vamos esclarecer cada ponto a seguir, de forma que você compreenda estas questões.

- **De onde vem o dinheiro do SUS? O dinheiro Federal** vem dos impostos dos contribuintes (nosso dinheiro), como citado anteriormente, impostos chamados de Contribuição Social: impostos pagos por empresas, como a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS). No âmbito **Estadual e Municipal**, há outros impostos e taxas que o contribuinte e as empresas pagam, destinados a cada esfera do governo, pois as empresas pagam impostos municipais, estaduais e federais (não cabe aqui citar os tipos de tributos e percentuais). Desses impostos é que o governo faz a contribuição no modelo **“tripartite”** do financiamento do SUS.

No entanto, a Lei Orgânica da Saúde não havia deixado claro qual o percentual cada esfera de governo deveria destinar para a saúde em sua localidade e auxiliar no orçamento do SUS, fazendo com que, muitas vezes, os valores a serem investidos naquele ano fossem definidos pelo Poder Executivo (estadual/municipal), com base em um orçamento considerando os custos de folha de pagamento da saúde, encargos, serviços de terceiros, insumos e infraestrutura. Pensando que há outras despesas e urgência de investimento em outras áreas (educação, pavimentação etc.), com essa política orçamentária, o Estado e/ou o município, poderiam deixar de fazer investimentos necessários na saúde.

Segundo Roncali (2003), era necessário detalhar melhor a Lei Orgânica da Saúde (LOS), criando um dispositivo que fosse utilizado como uma ferramenta nas ações de operacionalização do sistema. Nesse contexto, foi criada a **Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS)**, sendo a primeira NOB criada pelo INAMPS, por meio da Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991.

Conforme Roncali (2003), a NOB-SUS 01/91 foi considerada um retrocesso ao processo de descentralização e no processo de financiamento do SUS, pois instituiu o pagamento por produção, de acordo com os procedimentos e internações realizados pelo município, fazendo com que o município precisasse prestar contas dos serviços prestados para receber o dinheiro da União, equiparando os prestadores de serviços públicos e privados, ou seja, praticou o mesmo modelo de “convênio” de compra de serviços da rede privada com os serviços da rede pública. Isso foi de encontro com a LOS e dificultou o financiamento e a descentralização do SUS, burocratizando os repasses entre os Fundos de Saúde e centralizando a gestão na esfera Federal (INAMPS). Depois, tivemos a NOB-SUS 01/92, por meio da Portaria do INAMPS de nº 234, de 7 de fevereiro de 1992, em que nada mudou com relação à questão do repasse dos recursos, ficando, ainda, o modelo “de compra de serviços (convenial)” e a gestão financeira centralizada no INAMPS.

Visto que havia inconstitucionalidade em algumas ações frente ao disposto no Art. 198 da Constituição Federal e, por contrapor a Lei Orgânica da Saúde (LOS), em 1993, foi extinto o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Conforme a Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, todos os recursos do INAMPS foram transferidos para o Fundo Nacional de Saúde e o acervo documental ficou sob a guarda e responsabilidade do Ministério da Saúde. Dessa forma, foi possível recompor a estrutura proposta na LOS e atender o que preconiza a Constituição Federal de 1988, em que a gestão do sistema de saúde na esfera Federal ficou, exclusivamente, a cargo do Ministério da Saúde (MS), na esfera Estadual a cargo da Secretaria Estadual da Saúde (SES) e na esfera Municipal a cargo da Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

Conforme Roncali (2003), em 1993 é criada a NOB-SUS 01/93, pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. O objetivo dessa NOB-SUS é realmente colocar em prática a descentralização e a municipalização do SUS, facilitando a transferência de recursos do teto global de assistência da União para os municípios em gestão semiplena.

A NOB-SUS 01/93 instituiu a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em nível Federal e a Comissões Intergestores Bipartite (CIB) em nível Estadual. Além disso, criou as modalidades de gestão municipal, de acordo com a capacidade do município de assumir determinadas ações de maior complexidade, de acordo com a estrutura de seus serviços, classificando-as como incipiente, parcial e semiplena.

- **Gestão Incipiente:** a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) assume imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociado com as Comissões Bipartites em cada estado, a responsabilidade sobre: a contratação e a autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade. Isso inclui: o controle e a avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos; apresenta condições de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora a rede de serviços de ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitando do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho (BRASIL, 1993, s.p.).
- **Gestão Parcial:** a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) faz tudo que consta na gestão incipiente e ainda: gerencia as unidades ambulatoriais públicas do município, recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes, a diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal para as unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município.
- **Gestão Semiplena:** é a forma mais completa e avançada de gestão, no qual a Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços de toda a rede de saúde do município. Fazendo o planejamento, o cadastramento, a contratação, o controle e o pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; assume a execução e o controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido na Comissão Bipartite; recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos. Obviamente, pouquíssimos municípios aderiram a esta forma de gestão, pois não atendiam aos requisitos exigidos pela Portaria nº 545/93.

Segundo Roncali (2003), passados dois anos de discussão entre o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite, é editada a NOB-SUS 01/96, por meio da Portaria nº 2.203, publicada em 5 de novembro de 1996, do Ministério da Saúde. Essa NOB-SUS fortaleceu as diretrizes e os princípios do SUS, focando nas questões de municipalização, financiamento e gestão do Sistema Único de Saúde, definindo de forma assertiva a responsabilidade e o papel de cada esfera de governo no processo de manutenção e crescimento do SUS.

Roncali (2003) destaca que as principais características da NOB-SUS 01/96 foram o aumento do repasse por meio da transferência regular e automática do sistema “fundo a fundo” (direto do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde), e a criação da modalidade de pagamento com base

populacional, por meio da criação do Piso Assistencial Básico (PAB), que consiste em um montante de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita/ano nacional pela população de cada município (fornecido pelo IBGE), um valor per capita em torno de R\$ 10,00 por habitante/ano, substituindo a RCA e a UCA, que haviam sido extintas em 1994. Para os estados, o valor era variável, segundo Oliveira Jr. (1998), o menor valor per capita era no Amapá, com R\$ 40,00 habitante/ano e o maior per capita em São Paulo, com R\$ 72,00 habitante/ano.

De acordo com a Portaria nº 2.203/96, com a NOB-SUS 01/96, passaram a existir somente duas modalidades de gestão municipal: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal, cujas responsabilidades e prerrogativas estão descritas no Art. 15.1 e 15.2 desta Portaria. O município que não se habilitar a nenhuma destas modalidades, para efeito da NOB-SUS 01/96, passa para condição de prestador de serviços ao Sistema, ficando a cargo do estado a gestão do SUS naquele território municipal.

Com relação às modalidades de gestão do estado, a Portaria apresenta duas modalidades: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual, cujas responsabilidades e prerrogativas estão descritas no Art. 16.1 e 16.3 desta Portaria. Os estados que não atendem ao processo de habilitação, permanecem na condição de gestão convencional, desempenhando as funções anteriormente assumidas ao longo do processo de implantação do SUS.

Além disso, com a implementação da NOB-SUS 01/96 foram criados: a Fração Ambulatorial Especializada (FAE), a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC), o incentivo ao Programa Saúde da Família (PSF), o incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Índice de Valorização de Resultados (IVR), o Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS), o Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (INVISA) e a definição de orientações para elaborar a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Basicamente, o PAB considerado fixo vai custear as ações básicas de saúde, como clínica médica, ginecologia, pediatria, odontologia, serviços de enfermagem, ações de vigilância epidemiológica e sanitária rotineiras. Por outro lado, o PAB variável vai custear as ações de programas, como o PSF, PACS, Programa de Combate às Carências Nutricionais, ações de vigilância epidemiológica e sanitária específicas, entre outros.



Segundo Oliveira Jr. (1998), com a NOB-SUS 01/96, estima-se que em 1998 já havia 90% dos municípios habilitados em alguma modalidade de gestão, a maioria (83%) se habilitou para o modelo de gestão plena da atenção básica e pouquíssimos (8%) na modalidade de gestão plena do sistema municipal, cerca de 9% dos municípios não conseguiram se habilitar a nenhuma modalidade, deixando a gestão a cargo do estado. O importante é que, nesse cenário, se descaracterizou na atenção básica de saúde aquele modelo de pagamento por produção de serviços, devendo ser repassado do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde cerca de 1,8 bilhão de reais.

Faremos aqui uma breve discussão que trará a você a dimensão das dificuldades financeiras do Sistema de Saúde do Brasil, como ele poderia ser melhor e por que ficou tão fragilizado economicamente.

Apesar das garantias à saúde asseguradas pela Constituição Federal e as questões do Sistema Único de Saúde descritas em um dispositivo legal chamado de Lei Orgânica da Saúde, o que se presenciava na prática era uma redução dos investimentos em saúde por parte do orçamento da Seguridade Social e do percentual do PIB, ou seja, cada vez menos recursos eram destinados ao Ministério da Saúde, contrapondo os objetivos da criação do SUS. Assim, uma movimentação da Câmara dos Deputados Federais propunha, para apreciação e aprovação, uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC-169), que tinha como objetivo fazer valer o que o próprio texto da Constituição já tratava, a garantia de que 30% do orçamento da Seguridade Social e 10% das receitas dos impostos, arrecadados em todas as esferas de governo, seriam aplicados na saúde. Conforme Oliveira Jr. (1998), estes percentuais, na época, colocariam à disposição da saúde cerca de 25 bilhões de reais.

Oliveira Jr. (1998) afirma que no ano de 1997, as únicas fontes de recursos financeiros do SUS eram a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS), pois a partir de 1994, os descontos do INSS recolhido por empregados e empregadores ficaram destinados, exclusivamente, para uso da Previdência Social, sem mais nenhum percentual para a saúde, mostrando algumas fragilidades nas políticas financeiras da organização do Sistema Único de Saúde. Para equacionar os problemas financeiros de arrecadação da saúde naquele momento, o governo contava com uma articulação política realizada em 1996, que criou em 1997 a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que teve uma arrecadação de 6,7 bilhões de reais, uma arrecadação de 1,4 bilhão a mais do que o orçado inicialmente, dando fôlego às contas da saúde naquele ano de 1997.

Segundo Oliveira Jr. (1998), em 1996 foram executados 14,4 bilhões de reais pelo Ministério da Saúde só com aporte do CSLL e COFINS, sem a aplicação

de valores da CPMF. Para 1997, estavam orçados 20,5 bilhões de reais, 15,2 bilhões da Seguridade Social (CSLL e COFINS) e 5,3 bilhões oriundos da CPMF, seria o “ano-ouro” da saúde no Brasil. No ano de 1997, o Ministério da Saúde executou 18,8 bilhões de reais, uma diferença de 1,7 bilhão a menos do que foi orçado. Isso fez com que em 1998, o orçamento fosse reduzido para 19,5 bilhões, sendo que a CPMF aumentaria sua contribuição para 8,2 bilhões e a Seguridade Social diminuiria sua contribuição para 11,3 bilhões. Se analisarmos que a CPMF foi criada com o objetivo de complementar o orçamento da saúde, ela deveria vir com valor integral e, ainda, serem mantidos integralmente os aportes da Seguridade Social no valor de 15,2 bilhões do ano anterior, totalizando um repasse de 23,6 bilhões de reais para a saúde em 1998.

Precisamos pensar que a CPMF é um imposto a mais para a população, ou seja, mais uma vez a população aumentando sua contribuição social, cadê a contrapartida do governo? Onde está o modelo Tripartite?

A questão é: para onde foram os outros 4,1 bilhões de reais? Provavelmente desviados para pagar despesas de outras áreas do governo. Não é à toa que a CPMF caiu em 2007, e por mais que o presidente Lula lutasse para mantê-la, o senado sabia que o dinheiro não era só para custeio da saúde, tanto que a presidente Dilma Rousseff tentou implantar o imposto novamente em 2015, sem sucesso. O povo e o Congresso Nacional sabem que mesmo que a CPMF voltasse na promessa de ser 100% destinada à saúde, aconteceria que outro recurso estaria sendo desviado da saúde para outra área do governo, equilibrando mais uma vez as contas do governo, explorando o cidadão contribuinte.

Observe que aqui estamos discutindo um desvio de verba na esfera federal, depois o dinheiro é transferido para os estados e municípios. Tenha certeza de que nestas esferas também haverá alguns estados e municípios que farão desvios dos recursos da saúde para custear despesas de outras áreas. Então, vem o impacto no usuário, que ficará na fila aguardando por exames, cirurgias, entre outros.

Nessa época, já se questionava a incapacidade da União e sua incompetência em prestar bens e serviços à população, enquanto ficava evidente a capacidade do setor privado em fazê-lo. Segundo Roncali (2003), o Plano Diretor para a Reforma do Estado prevê várias privatizações, a proposição da disputa livre pelo mercado entre público e privado nos serviços de educação, saúde, cultura e produção de ciência e tecnologia. Inclusive, houve uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC-32) com o objetivo de acabar com a universalidade do SUS. Roncali (2003) destaca que o que seguiu a privatização e as terceirizações na saúde e fez o arquivamento da PEC-32 foram: a mobilização de várias entidades e setores da saúde e os Conselhos Nacional e Estaduais de Saúde, que lutaram a favor do SUS.

Realizada essa discussão sobre as questões das dificuldades financeiras do SUS, voltamos a tratar do que mudou a partir do ano 2000 para melhorar essa questão econômica dos repasses dentro do sistema de saúde brasileiro.

Em 13 de setembro de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, que tratava dos recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Com base nessa Emenda, fica definido que os recursos investidos:

- Por parte da União será um percentual com base na Lei Complementar que será reavaliada a cada cinco anos (a Lei demorou a sair), o investimento deveria tomar como base 5% a mais do que foi repassado em 1999.
- Por parte dos Estados e Distrito Federal será um percentual do total da arrecadação dos impostos descritos no art. 155 da Constituição Federal e dos repasses da União conforme Art. 157 e 159 da Constituição Federal. Devendo ser de 7% naquele momento e atingir 12% até 2004.
- Por parte dos municípios, será um percentual do total da arrecadação dos impostos descritos no Art. 156 da Constituição Federal e dos repasses da União conforme Art. 158 e 159 da Constituição Federal. Devendo ser de 7% naquele momento e atingir 15% até 2004.

Logo depois, veio a Emenda Constitucional nº 37, de 2002, porém as alíquotas a serem aplicadas por cada esfera de governo na saúde só ficou clara e efetiva depois da publicação da Lei Complementar nº 141, em 13 de janeiro de 2012. Essa Lei Complementar regulamenta o Parágrafo 3º, do Art. 198 da Constituição Federal.

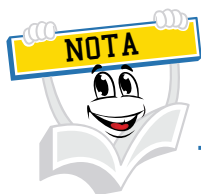
Conforme o Art. 5 da Lei Complementar nº 141 cabe à União aplicar anualmente o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido neste valor, como fator de correção, no mínimo a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior da lei orçamentária anual. Em caso de PIB negativo, o valor aplicado na saúde não poderá reduzir, permanecendo igual ao valor do ano anterior.

O repasse feito do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios terá como referência os critérios populacionais e epidemiológicos de cada município.

Conforme o Art. 6 da Lei Complementar nº 141, cabe aos Estados e Distrito Federal aplicarem por ano em saúde no mínimo 12% (doze por cento) do total da arrecadação dos impostos descritos no Art. 155 da Constituição Federal e dos repasses da União conforme Art. 157 (alínea “a” do inciso I) e Art. 159 (inciso II) da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios.

Conforme o Art. 7 da Lei Complementar nº 141, cabe aos municípios aplicarem por ano em saúde no mínimo 15% (quinze por cento) do total da arrecadação dos impostos descritos no Art. 156 da Constituição Federal e dos repasses da União conforme Art. 158 (alínea “b” do inciso I) e Art. 159 (parágrafo 3º) da Constituição Federal.

Agora, esperamos que tenha ficado mais claro para você a origem dos valores que financiam a saúde no Brasil e sua fundamentação legal.



É importante destacar que a Lei Complementar nº 141 definiu bem o que são as ações em saúde para evitar os desvios de investimento, conforme conversamos anteriormente, pois quando os governos federal e estadual falham em suas contribuições, acaba sobrecarregando o orçamento do município, que precisa dar conta do atendimento da sua população local e, ainda, algumas vezes, da população de municípios vizinhos com menor estrutura.

3.2 PORTA DE ENTRADA PARA O ATENDIMENTO NO SUS

Uma das grandes dificuldades que se observa no uso do sistema de saúde público é a busca da população por hospitais para resolver seus problemas de saúde, sendo que, na maioria dos casos e indicações clínicas, a questão de saúde poderia ter sido resolvida na chamada “Atenção Básica”, mas qual o problema do indivíduo procurar um hospital? O problema é que sobrecarrega um pronto atendimento ou emergência de alta complexidade, que tem como objetivo atender casos mais graves, apenas para resolver problemas clínicos de baixa complexidade que pode, tranquilamente, ser sanado em um posto de saúde.

Claro que a logística pode variar entre municípios, de acordo com a estrutura de cada cidade, por isso, se você é usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), é importante conhecer como funcionam os serviços do SUS na sua região.

A organização da rede pública de saúde normalmente envolve a UPA, a UBS, a USF e a estrutura hospitalar. Vamos entender cada um destes postos de atendimento do SUS?

- **Unidade Básica de Saúde (UBS):** popularmente conhecida como posto de saúde, a UBS é responsável pelo atendimento básico essencial para saúde da criança, do adulto, do idoso, da mulher (preventivos), parte odontológica, para obter requisições de exames e medicamentos disponíveis na rede pública. Tem o atendimento voltado para o bairro onde as pessoas vivem, atendendo em horário comercial, de segunda a sexta-feira, com exceção em épocas onde há programas de vacinação e outros programas do governo federal.
- **Unidade Saúde da Família (USF):** é uma unidade voltada ao atendimento básico (primário), com perfil parecido com a UBS, porém com foco no acompanhamento das pessoas com doenças crônicas, promoção da saúde, exames pré-natal, controle de diabetes, hipertensão, tabagismo, entre outros. Conta com uma Equipe de Saúde da Família (ESF) multidisciplinar que, além dos mesmos profissionais que têm na UBS, conta com médico da família, assistentes sociais e agentes comunitários. É o antigo PSF, tem o atendimento voltado para o bairro onde as pessoas vivem, funcionam de segunda a sexta-

feira, em horário comercial. Em algumas cidades, de acordo com o tamanho da população do bairro ou mesmo do município, a UBS e USF dividem a mesma estrutura física predial, porém com objetivos diferentes que se complementam.

- **Unidades de Pronto Atendimento (UPA):** são unidades de atendimento de média complexidade, funcionam 24 horas, algumas oferecem inclusive exames de raios X e opção do paciente ficar em observação sob observação dos profissionais de saúde, e tem suporte direto com o SAMU, caso seja necessário a remoção do paciente para o hospital de referência.

Você pode procurar a UPA em casos de: choque elétrico, acidentes, problemas cardíacos, convulsão, derrame, dor torácica ou abdominal intensa, falta de ar, crise asmática, febre, fraturas, luxação ou entorse, intoxicação, sangramentos, parada cardiorrespiratória, picada de animais peçonhentos, desmaios etc.

A UPA é estruturada para atender aos mais diversos casos, reorganizando e desafogando os prontos-socorros dos hospitais, que ficam somente com os casos de extrema gravidade e alta complexidade.

Conforme propõe a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002), instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, o acolhimento dos atendimentos de urgência e emergência devem passar por uma triagem de classificação de risco, que tem como objetivo reorganizar os processos de trabalho, melhorando o atendimento do SUS e um instrumento de humanização, já que é dada prioridade as pessoas com moléstia mais grave.

Então, em atendimentos na UPA, você vai passar pela mesma triagem que ocorre atualmente nos prontos atendimentos e emergências dos hospitais: o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), popularmente conhecido entre os profissionais de saúde como “Protocolo de Manchester”, sendo que o ACCR brasileiro toma como base o Protocolo de Manchester, principalmente no uso das cores, em que:

- Cor vermelha – emergência: necessita de atendimento imediato.
- Cor laranja – muito urgente: necessita de atendimento muito rápido em até 10 minutos.
- Cor amarela – urgente: necessita de atendimento rápido, mas pode aguardar até uns 50 minutos, após avaliação prévia.
- Cor verde – pouco urgente: pode aguardar o atendimento por até 120 minutos ou ser encaminhado para outro serviço de saúde.
- Cor azul – não urgente: paciente sem nenhum tipo de risco, podendo aguardar até 240 minutos, ou ser encaminhado para outro serviço de saúde (UBS ou USF).

Dentro deste sistema, o Ministério da Saúde organizou a chamada Rede de Atenção à Saúde (RAS), instituída por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, como estratégia que garante a integralidade do Sistema Único de Saúde. No fluxo normal, o cidadão procura a UBS ou USF do seu bairro e tem seu problema de saúde resolvido, porém, em casos de maior complexidade, poderá ser transferido para uma unidade de saúde de média complexidade, localizada em outro bairro. Todavia, em algumas cidades pequenas, nem sempre existem à disposição os serviços de média e alta complexidade, fazendo com que o cidadão precise ser encaminhado para uma cidade vizinha para ter acesso aos serviços públicos de maior complexidade. Nesse momento, o cidadão está acessando a Rede de Atenção à Saúde (RAS), pois terá acesso a todos os serviços de forma integral e suas despesas serão repactuadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que envolve municípios e estado, fazendo com que o dinheiro das despesas chegue até a cidade vizinha onde foi realizado o atendimento.

3.3 OUTROS DISPOSITIVOS RECOMENDADOS PARA LEITURA

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) existe há mais de 30 anos, passou e passa por algumas dificuldades políticas e econômicas, é um sistema muito grande e complexo, afinal o Brasil tem uma extensão territorial e uma densidade populacional de nível continental, fazendo com que o sistema precise ir se adaptando às mudanças da sociedade e às necessidades da população. O Ministério da Saúde faz esses ajustes por meio de Portarias e Decretos, cujo teor do conteúdo vão complementando a Lei Orgânica da Saúde que regula o SUS.

As políticas públicas de saúde e a legislação do SUS são frequentemente cobradas em concursos públicos para profissionais da saúde, então, se você almeja ser um funcionário público, é importante desde já ir se familiarizando com essas questões.

Por isso, recomendamos, além do que já foi tratado nesta unidade sobre o sistema de saúde do Brasil, que você faça a leitura das Portarias e Decretos listados a seguir, e fique atento às legislações solicitadas nos editais de concursos.

- Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (Pacto pela Saúde).
- Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.
- Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.
- Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

4 SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Segundo Pietrobon, Prado e Caetano (2008), o acesso aos serviços públicos de saúde está aberto a todos os brasileiros, é um sistema de organização fantástica

que serve de modelo para vários outros países que buscam implantar ou ajustar seus sistemas de saúde, mas frente às dificuldades políticas e econômicas do Brasil, somado a algumas dificuldades de gerir o sistema, existe uma longa caminhada para que toda a população realmente usufrua dos serviços de saúde de maneira completa e integral. Isso dá força para que o sistema privado de saúde ganhe cada vez mais força no Brasil. Segundo o site da ANS (www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico), o Brasil possui um setor de operadoras de saúde que é um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo.

De acordo com Pietrobon, Prado e Caetano (2008), o sistema privado de saúde se divide em: sistema liberal clássico e sistema de saúde suplementar.

4.1 SISTEMA LIBERAL CLÁSSICO

É o sistema composto por serviços particulares de profissionais de saúde autônomos, possuem clientela própria e estabelecem a forma de atendimento, tratamento e remuneração diretamente com o cliente. São exemplos: consultórios médicos, odontológicos, clínicas de fisioterapia, nutricionistas, psicólogos, entre outros profissionais e especialidades da área da saúde, que fazem atendimento particular sem estarem credenciados ao SUS ou qualquer outro plano de saúde.

Dentro dessa prática, temos profissionais renomados em suas especialidades que visam atingir um público-alvo específico de alto poder aquisitivo. Possuem uma clientela própria, com valor de consulta e procedimentos bem diferenciados (elevados em relação ao mercado) e atendem um grupo seleto da sociedade.

Por outro lado, a prática mais comum nesse sistema são alguns profissionais se reunirem em um espaço comum, promovendo um atendimento multiprofissional em um único local, rateando os custos operacionais (aluguel, energia elétrica, telefone, internet, recepção, profissionais de apoio), conseguindo praticar valores das consultas e procedimentos um pouco mais baixos para população.

É uma modalidade que se torna atrativa para um determinado grupo populacional que não pode pagar pelo plano de saúde, mas não quer esperar na fila para um atendimento pelo SUS, então, um preço particular diferenciado (acessível) para um momento de necessidade torna-se interessante.

4.2 SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Segundo Pietrobon, Prado e Caetano (2008), o sistema de saúde suplementar é o sistema predominante dentro da prestação de assistência à saúde por serviços privados, por meio do qual operam os planos de saúde e seguros privados.

Tem essa classificação de “suplementar”, frente aos direitos constitucionais do cidadão brasileiro, pois o indivíduo que possui o plano de saúde privado não perde o direito de fazer uso e ser atendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Na prática, o sistema privado complementa o sistema público, a fragilidade e a limitação do sistema público de saúde fica mais evidente e exposta no momento em que os próprios funcionários públicos federais e a classe política não usufruem do SUS, fazendo com que a União tenha despesas extras custeando a saúde suplementar desse grupo de pessoas.

Conforme Pietrobon, Prado e Caetano (2008), a unificação do IAPS com o INPS e a extensão da cobertura e do acesso à saúde pública para todos os trabalhadores urbanos, fez com que houvesse a expansão dos credenciamentos de prestadores de serviços privados ao sistema público, pois não havia estrutura para atender a todos na rede pública, assim a rede privada foi se capitalizando e crescendo.

A década de 1960 foi um marco para a história da saúde suplementar, uma quantidade significativa de trabalhadores adquiria planos de saúde, inclusive os rurais e os informais de maior poder aquisitivo, pois não atendiam aos critérios para serem atendidos na rede pública naquela época. Além da rede própria e credenciada do INPS para atender aos trabalhadores urbanos, havia serviços de empresas médicas e autogestões de empresas com planos próprios que compravam e credenciavam os serviços da rede privada em paralelo com o INPS. Aspectos históricos, citados no site da ANS (www.ans.gov.br/), afirmam que a modalidade de plano de saúde privado existe desde 1950, citam inclusive que no ABC paulista haviam a chamada “medicina de grupo”, com planos empresariais coletivos.

A saúde suplementar operou em um mercado livre por mais de 30 anos sem qualquer intervenção de qualquer esfera do governo; em casos de conflito entre a operadora do plano de saúde e o usuário (consumidor), era utilizado o Código de Defesa do Consumidor criado em 1990. Entretanto, muitos conflitos acabam sem solução via PROCON, então para corrigir e atenuar algumas discrepâncias e fragilidades desse mercado, principalmente, as mensalidades abusivas e as exclusões de cobertura, em 1998 o governo regulamentou a saúde suplementar no Brasil, criando a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que regulamenta os planos de saúde.

Apesar das políticas públicas, onde o Plano Diretor da Reforma do Estado liberou a disputa livre de mercado de várias áreas para iniciativa privada, entre estas a saúde, a intenção era continuar fazer valer os princípios da Lei Orgânica da Saúde, os quais a saúde suplementar não parecia seguir, frente a objetivos capitalistas e a continuação de alguns conflitos entre usuários e as operadoras de saúde; sendo assim, o Ministério da Saúde criou um órgão regulador dos planos de saúde privados, chamada de Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A ANS é uma autarquia federal, criada no ano 2000, por meio da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, tem como função a regulação dos planos de saúde, criando e aplicando normas e ações para controle e fiscalização do mercado privado da saúde de forma a assegurar o interesse público da atividade realizada pelas operadoras e planos de saúde. Logo, com o surgimento da ANS e a Lei nº 9.961, a Lei nº 9.656 foi alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, o que colocou as operadoras e planos de saúde sob as “rédeas” da agência reguladora – ANS.

Inclusive, caro acadêmico, nessa época, algumas famílias tinham plano de saúde de uma determinada operadora e, passado o ano 2000, alguns procedimentos eram frequentemente negados, com o argumento que o plano não estava regulamentado e precisava passar por alterações, ou seja, ser atualizado para o contrato nos moldes da ANS. Claro! Com isso, o valor também aumentava! Entretanto, a mudança foi positiva, passamos a ter direito a coberturas que não tínhamos, inclusive em 2004, havia, em um incentivo da ANS, para que essa alteração ocorresse.

Um cenário delicado, conhecido por muitos gestores de serviços de saúde na prática diária, é destacado por Pietrobon, Prado e Caetano (2008): os conflitos entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços! O nível de desequilíbrio e desconfiança é tão forte que a relação é constantemente abalada, mostrando que o futuro dessa relação poderá ser desastroso. Essas questões vão desde a negociação dos valores pagos pelas operadoras aos prestadores de serviços, como os padrões de prestação de contas e faturamento que cada operadora pede de uma forma diferente aos prestadores. Para amenizar a situação, em 2007, a ANS lança um novo Plano de Contas, que entre as melhorias, obriga a implantação do sistema de Troca de Informações de Saúde Suplementar (TISS), que padroniza as guias preenchidas nos diversos prestadores de serviços.

Essa autorregulação entre operadoras e prestadores de serviço é uma demanda que deverá ser observada pela ANS, criar ações que melhore essa relação e crie padrões para regular essa negociação entre operadoras e prestadores de serviços.

4.3 OS NÚMEROS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Segundo informações da ANS, em 2008, eram cerca de 40 milhões de beneficiários no sistema de saúde suplementar. Dados atualizados em 5 de fevereiro de 2019 pela ANS, demonstram que atualmente são 47 milhões de beneficiários de planos de saúde no Brasil, um crescimento de 17,5% em 12 anos.

Com base nos dados da ANS, desse total de 47 milhões de usuários, são 9.033.912 usuários (19,20%) que aderiram aos planos individuais; já 6.157.319 usuários (13,09%) entraram em planos coletivos por adesão; e 31.754.560 usuários (67,50%) possuem o plano coletivo empresarial.

Segundo o site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/), a população brasileira em abril de 2020 é estimada em 211,4 milhões de habitantes. Correlacionando o total de habitantes no Brasil com a população que possui plano de saúde, observa-se que cerca de 22,4% da população brasileira utiliza a saúde suplementar. Cerca de 164,4 milhões (77,6%) de pessoas ainda dependem do Sistema Único de Saúde (IBGE, 2020).

4.4 O COLAPSO DO SISTEMA DE SAÚDE

Há algum tempo que se discute as questões das mudanças no perfil da população brasileira para os próximos anos, segundo dados do IBGE, em 2050, a população idosa, com mais de 60 anos de idade, vai triplicar no Brasil. Passando de 19,6 milhões em 2010, para estimados 66,5 milhões em 2050 (IBGE, 2020).

Teremos cerca de 30% da população acima dos 60 anos de idade, o que vai impactar no sistema de Previdência Social (aposentadorias) e no Sistema de Saúde Brasileiro (SUS e Saúde Suplementar).

O uso do sistema de saúde pela população na fase idosa é maior e os custos mais elevados, com uma população jovem menor, haverá menos contribuição financeira para o sistema de saúde em geral. Vai chegar um momento em que a “conta não vai fechar”, o desequilíbrio poderá ocasionar o chamado colapso do sistema de saúde, pois o sistema não estará preparado para atender essa população mais idosa. Por isso, é importante que os governantes, desde já, comecem a trabalhar em projetos de políticas públicas de saúde para evitar esse colapso no futuro, tanto no setor público como no sistema suplementar.

Recentemente, presenciamos um risco de colapso do sistema de saúde brasileiro em pleno 2020, com a pandemia do novo coronavírus (Covid-19), originado na China, que atingiu o mundo todo. A propagação rápida que tem o Covid-19 entre a população fez com que o sistema de saúde de alguns países entrasse em colapso e, no Brasil, poderá fazer com que não haja leitos e estrutura hospitalar suficientes para atender a toda população doente. Com base em orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, foi decretado um período de quarentena para a população brasileira, a ponto de reduzir a propagação do Covid-19 e dar tempo do sistema de saúde público e privado se preparar para atender à demanda da população que se contaminar e adoecer.

LEITURA COMPLEMENTAR

Prezado acadêmico, uma leitura interessante para complementar o que aprendeu nessa unidade, principalmente, sobre a Teoria Geral da Administração (TGA). Você já ouviu falar no Sistema Toyota de Produção (TPS)? A Toyota é uma empresa que criou um processo de produção enxuta, literalmente utilizada no “chão de fábrica” de empresas de produção fabril, de um tempo pra cá, um modelo parecido e adaptado, tem sido adotado nos serviços de saúde, porém, com o nome de Lean Healthcare. Então! Vamos conhecer mais sobre o Sistema Toyota de Produção em nossa leitura complementar. Boa Leitura!

O TOYOTISMO

A Administração Científica de Taylor ainda não morreu. Ela está sendo submetida a constantes inovações. Seus conceitos básicos, como desperdício, eficiência e produtividade, ainda estão em voga. É o caso do Toyotismo. A Toyota não inventou a concorrência baseada no tempo e na velocidade, mas conseguiu transformá-la em uma espécie de marca registrada. Para tornar-se uma das empresas mais rápidas do mundo, a Toyota vem, desde a década de 1970, aperfeiçoando suas operações baseadas no tempo, o copiadíssimo Sistema Toyota de Produção (TPS). O TPS baseia-se no fato de que, quanto menor uma operação, mais rápida ela será executada. Isso já havia sido percebido por Henry Ford no começo do século passado e, com seu exemplo, as fábricas passaram a operar com programações inflexíveis e lotes de grande tamanho, pois as vendas se baseavam no que era produzido, e não naquilo que o cliente desejava. O TPS baseia-se na velocidade por meio de três providências básicas:

- Estender a flexibilidade para toda a programação de manufatura.
- Criar equipes pequenas e autônomas para gerenciar todos os aspectos do projeto e desenvolvimento do produto.
- Usar processos paralelos em vez de lineares ou sequenciais para projeto e manufatura.

Os fornecedores foram envolvidos na etapa mais inicial possível, de modo que todo os participantes da cadeia de desenvolvimento do produto soubessem o que seria necessário com antecedência para evitar atrasos desnecessários. Os tamanhos de lote da manufatura foram reduzidos para que os estoques fossem mantidos em níveis mais baixos, conforme o necessário. Quando o estoque chega, é usado imediatamente e não fica parado ocupando espaço e tempo.

As fábricas foram totalmente reorganizadas e reequipadas para criar células de produção flexíveis e responderem rapidamente aos padrões de vendas emergentes. O resultado dessa estratégia foi a drástica redução no tempo de manufatura: o intervalo de tempo entre a chegada da matéria-prima na fábrica e

o veículo como produto acabado foi reduzido de quinze dias para apenas um dia. No final da década de 1970, a Toyota alcançou uma vantagem de produtividade cinco vezes superior a todos concorrentes, os Big Three – GM, Ford e Chrysler. Essa abordagem revolucionária da Toyota ficou conhecida como sistema de manufatura just-in-time (JIT). Os elementos básicos do JIT – manufatura paralela, simultânea, células de produção autônomas, participação do fornecedor no início do processo e no projeto de produto, minimização do estoque – são conceitos poderosos e modernos. Na prática, a ética do JIP expandiu-se para além da manufatura, abraçando o setor de serviços. Com o JIT surgiu o conceito de fábrica enxuta, sem estoques iniciais, intermediários ou finais.

Após reinventar o lado da manufatura em suas operações, a Toyota passou também a reinventar seus sistemas de vendas e distribuição para manter o ritmo de ganhos incríveis. Em segundo lugar, na sequência, o pessoal de vendas passou a vincular-se diretamente às fábricas para que as programações de manufatura correspondessem imediatamente aos pedidos dos clientes. Os fornecedores também foram ligados por computadores para receberem informações sobre a programação da fábrica em tempo real: somente o estoque especificado era entregue no local exato do processo para quem precisava dele. Isso produziu uma veloz rede de comunicação, cujo subproduto mais valioso foi a capacidade de resposta corporativa pronta e imediata. Em outros termos, agilidade.

Essa notável reestruturação levou a Toyota ao patamar da “pós-manufatura enxuta” na década de 1990. Ela reduziu seus custos e eliminou o desperdício em seus processos de projeto, produção e manufatura. Atualmente, a base de custo da Toyota está tão enxuta que o seu presidente Tatsuro Toyota afirma que seus concorrentes começam a imitar e copiar suas inovações com 10 ou 15 anos de atraso, enquanto a Toyota está ativa e produzindo incessantemente mais inovações pela frente.

FONTE: <encurtador.com.br/qRDEF>. Acesso em: 3 maio 2020.

RESUMO DO TÓPICO 3

Neste tópico, você aprendeu que:

- A saúde é um direito social com um sistema de saúde universal e igualitário, com garantia da Constituição Federal de 1988.
- A história do sistema de saúde no Brasil nem sempre foi assim, desde a época da colonização até a Ditadura Militar tinha a característica sanitarista/campanhista.
- O primeiro modelo de atenção à saúde no Brasil foi promovido por Oswaldo Cruz com ações sanitárias para erradicar epidemias específicas.
- A Lei Eloy Chaves, em 1923, foi considerada o marco inicial da previdência social brasileira.
- A CAPS era em um modelo bipartite de financiamento, a partir do momento que se transformou em IAPS, o governo estendeu o benefício a todos os operários urbanos, passando o modelo de gestão financeira para tripartite.
- No Regime Militar, o IAPS foi unificado com o INPS, onde surgiu a estrutura administrativa do INAMPS para gerir o sistema.
- A Previdência Social (aposentadoria) se misturava com a seguridade social (saúde), a separação veio após a Constituição Federal de 1988, na qual a aposentadoria ficou a cargo do INSS e a saúde a cargo do SUS.
- O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142.
- O SUS tem como princípios a universalidade, a integralidade, a equidade, a participação popular e a descentralização.
- O SUDS foi o antecessor do SUS.
- O financiamento do SUS realizado por cada esfera do governo só ficou bem claro após a Emenda Constitucional nº 29 de 2000 e a Lei Complementar nº 141 de 2012; a esfera federal deve destinar um orçamento com base no valor empenhado no anterior mais a variação do PIB, a esfera estadual deve destinar no mínimo 12% do total de arrecadação dos seus impostos e a esfera municipal deve destinar no mínimo 15% do total de arrecadação dos seus impostos.

- A porta de entrada para o SUS é na atenção básica de saúde, por meio da UBS e/ou USF, em casos mais graves de média complexidade por meio da UPA ou na ausência desta (ou casos mais graves de alta complexidade) pronto-socorro ou emergência do hospital de referência.
- Para garantir a integralidade do atendimento, o Ministério da Saúde criou a estratégia da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- O sistema de saúde suplementar é o sistema privado de assistência à saúde no Brasil, por meio do qual operam os planos de saúde e seguros privados, regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Ficou alguma dúvida? Construímos uma trilha de aprendizagem pensando em facilitar sua compreensão. Acesse o QR Code, que levará ao AVA, e veja as novidades que preparamos para seu estudo.





1 A organização do sistema de saúde brasileiro passou por muitas etapas até chegar ao momento atual em que o Sistema Único de Saúde (SUS) se encontra. Nesse contexto, sobre o SUS e seus princípios, relacione as colunas e depois assinale a alternativa correta.

1. SUDS
2. CONASP
3. AIS
4. VIII Conferência Nacional de Saúde
5. SUS CARACTERÍSTICAS

- () Ampla discussão sobre os rumos do sistema de saúde e sugeriu propostas para a Assembleia Constituinte;
- () Convênios com municípios e Estados, permitindo pela primeira vez o uso de recursos da previdência para financiar serviços de saúde oferecidos a toda população;
- () Descentralização do INAMPS e forte apoio dos governadores;
- () Deu início a programação das atividades de assistência no âmbito do INAMPS e criou a AIH;
- () Conjunto de ações e serviços de saúde que são oferecidos gratuitamente sem que o usuário tenha que comprovar qualquer contribuição prévia.

Assinale a alternativa que mais se adequa a sua resposta:

- () 4, 3, 1, 2 e 5;
- () 3, 4, 1, 2 e 5;
- () 4, 1, 3, 2 e 5;
- () 1, 3, 4, 5 e 2;
- () 2, 3, 4, 1 e 5;

2 Até o momento da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde não era considerada um direito social com caráter universal e de responsabilidade do Estado, sendo institucionalizado no Brasil a partir da:

- () Lei Eloy Chaves
- () Lei n. 8.080/1990.
- () criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões
- () Constituição Federal de 1988.
- () Constituição Federal de 1967.

3 Os movimentos operários na busca por garantias trabalhistas e previdenciárias resultaram no Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, onde o Estado determinou que as empresas ferroviárias criassem um sistema chamado

de CAPS. Na gestão de Getúlio Vargas, as CAPS das diversas empresas ferroviárias são unificadas e são criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPS, estendendo os benefícios da previdência a todas as categorias de operários urbanos. No período da CAPS a contrapartida financeira era de empregado e empregador, com a criação do IAPS, o governo assume a gestão financeira e passa a contribuir para o Instituto, sendo agora: empregado, empresa e União. Nesse contexto responda: Como é chamado o modelo de financiamento desses dois tipos de previdência, respectivamente?

- () Privada e Pública;
- () Limitada e Ilimitada;
- () Bipartite e Tripartite;
- () Tripartite e Bipartite;
- () Modelo Duplo e Triplo.

GESTÃO HOSPITALAR

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A partir do estudo desta unidade, você deverá ser capaz de:

- conhecer os aspectos históricos do surgimento dos hospitais;
- compreender a organização hospitalar e sua estrutura física;
- entender sobre o ambiente hospitalar;
- aplicar a biossegurança no serviço de saúde;
- aprender os conceitos de bioética.

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está dividida em três tópicos. No decorrer da unidade você encontrará autoatividades com o objetivo de reforçar o conteúdo apresentado.

TÓPICO 1 – A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

TÓPICO 2 – A ESTRUTURA HOSPITALAR

TÓPICO 3 – ÉTICA E BIOÉTICA



Preparado para ampliar seus conhecimentos? Respire e vamos em frente! Procure um ambiente que facilite a concentração, assim absorverá melhor as informações.



A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

1 INTRODUÇÃO

Neste tópico, aprenderemos sobre a organização do hospital como empresa. Já estudamos que a Administração como ciência não é uma ciência exata! Seus conceitos e ferramentas são aplicáveis a qualquer tipo de organização (empresa), desde a prestação de serviços de um *food truck* até uma multinacional. Guardada às devidas proporções, será necessário dimensionar, ajustar e adaptar as ferramentas que serão aplicadas em cada tipo de organização e em cada processo ou situação.

É importante que você, acadêmico, aprenda a ter uma visão holística, uma visão do todo, que envolve sua profissão e suas atividades. Esse discernimento de enxergar o todo deve ser aplicado no estudo do “hospital como empresa”. Saindo da visão mecanicista e adotando uma visão sistemática da organização hospitalar, pois não tem como tratar da organização hospitalar sem destacar que ali tem muitos processos que envolvem pessoas (profissionais) cuidando de outras pessoas (pacientes).

A história do hospital como espaço para assistência à saúde surge no contexto da história e evolução da medicina, sendo que a concepção e os objetivos do hospital foram mudando com o passar do tempo, até que passou a ser tratado como uma empresa. É na organização hospitalar o principal local onde os médicos e outros profissionais da saúde exercem suas atividades.



Prezado acadêmico! Se você deseja trabalhar melhor e desenvolver essa mudança da abordagem “mecanicista” para uma abordagem “sistêmica” nas mais diversas áreas de sua vida, recomendamos a você a leitura de um livro que trata dos mais diversos assuntos dentro dessa temática, chama-se O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente, do físico austríaco Fritjof Capra. A leitura vale a pena para uma reflexão sobre os acontecimentos e evolução da humanidade.

Vamos lá!?

2 ASPECTOS HISTÓRICOS DO HOSPITAL

Considerando que as questões históricas não se alteram com o avançar dos anos e, na busca de fontes confiáveis de informações, vamos nos dar o luxo de fundamentar alguns trechos desse tópico utilizando informações da Divisão de Organização Hospitalar, pertencente ao Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, escritas pelo autor Ernesto de Souza Campos, em 1944, no livro *História e Evolução dos Hospitais*. Sabemos que vamos contrariar algumas recomendações da metodologia científica sobre obter referências atuais ou limitadas a um determinado período de tempo, mas essa obra merece o respeito frente à quantidade e à qualidade de informações que contém sobre a história dos hospitais no mundo e no Brasil. Por esse motivo, tomamos a liberdade de utilizar como referência bibliográfica essa obra de 1944.

O hospital teve origem muito antes da era cristã. Como tratamos anteriormente, a história do hospital se dá dentro do contexto da história das práticas da medicina que vêm desde a Antiguidade.

2.1 BREVE HISTÓRICO DA MEDICINA

Nos antigos povos germânicos, que possuíam tribos consideradas “selvagens”, os integrantes mais fracos ou doentes eram, por vezes, abandonados para morrer. Uma prática triste e desumana que só mudou mais tarde, quando os povos se tornaram mais civilizados. Segundo Campos (1944), a Índia, considerada umas das civilizações mais antigas do mundo, também apresentava a coleção de livros mais antiga do mundo: *Rig Veda* e *Atharva Veda*, escritos em idioma sânscrito védico, entre 2000 a.C. e 1500 a.C., eram compostos por hinos litúrgicos, nos quais se encontram conteúdos sobre técnicas médicas utilizadas por essa civilização.

Nesses livros haviam relatos de lepra, tuberculose e amputação de membros do corpo, por provável necrose (antigamente era popularmente chamada de gangrena). Apesar de os livros conterem descrições da medicina teúrgica (dos milagres e encantamentos), havia também a descrição de práticas cirúrgicas, em que se destacavam os cuidados de higiene do profissional hindu, o uso de vestimentas brancas, os instrumentos cirúrgicos e o relato de procedimentos bem-sucedidos de remoção de hérnias, cataratas, amputação de membros, cirurgias plásticas, excisão (remoção) de tumores.

Conforme Capra (1993), a civilização Assírio-Babilônica (da antiga Babilônia, atualmente Iraque) também contribuiu para o desenvolvimento da medicina; foram encontrados vários textos de práticas e remuneração médicas cujas datas antecedem 3000 a.C., inclusive trechos que penalizavam negligências nas práticas médicas, descritas no Código de Hamurabi (1772 a.C.).



O Código de Hamurabi contém as 282 leis da antiga Babilônia, escrito pelo Rei Hamurabi (sexto da sua dinastia), em 1772 a.C., é a legislação mais antiga que se tem conhecimento, tida por muitos como a origem do Direito. Seu trecho mais conhecido é a “lei de talião”, que trata sobre as punições, em que cada crime deve ter um castigo proporcional ao mal cometido, semelhante ao olho por olho, dente por dente. A peça original, escrita em argila, encontra-se até o momento no Museu do Louvre, na cidade de Paris.

Segundo Campos (1944), os textos médicos dos assírios-babilônicos são os mais antigos que trazem as práticas médicas da Mesopotâmia. Um dos trechos afirmava que na Babilônia a medicina começou a ser praticada no mercado, isso mesmo, o mercado tornou-se o “hospital” daquela época, pois ali trazia-se os doentes para serem vistos pelos que passavam pelo mercado.

Com base nas asserções de um grande historiador da época, chamado Heródoto, haviam poucos médicos, então os doentes eram levados ao mercado, onde as pessoas que passavam por ali tinham a obrigação de conversar com o doente para saber sobre sua moléstia, então, após obter informações, analisavam se já tiveram o mesmo problema de saúde ou se conhecem alguém que teve e se curou. Se já tiveram algo igual ou semelhante, recomendavam para o doente o mesmo tratamento que lhes foi eficaz.

De acordo com Campos (1944), os médicos assírios-babilônicos eram frequentemente chamados para consultar doentes no Egito, pois segundo consta nos papiros da época, já havia especialistas cuja remuneração era bem farta.

Segundo Capra (1993), na Antiguidade, a civilização egípcia também trouxe grande contribuição para o desenvolvimento da medicina, tudo registrado em papiros, compêndios e catálogos sobre ervas utilizadas para fazer medicamentos. De acordo com Campos (1944), dentre os documentos mais importantes está o famoso “Papiro de Ebers” de 1550 a.C., que ganhou esse nome por ter sido estudado por Georg Ebers, em 1875. Segundo informações, tinha cerca de 20 metros de comprimento e fazia menção a mais de sete mil substâncias medicinais, 800 fórmulas, além de conter 875 prescrições para doenças viscerais, oculares, ginecológicas e verminosas.

Campos (1944) destaca que Heródoto afirmava que a medicina no Egito já era dividida em especialidades, sendo que cada médico apenas tratava de um tipo de enfermidade, de acordo com o órgão ou estrutura que esta acometia, havendo médicos para os olhos, outros para cabeça, dentes, abdome, e assim por diante. Os egípcios, nesta época, já conheciam os métodos de avaliação de um doente por meio da inspeção, palpação e auscultação.

Os médicos egípcios formavam casta perfeitamente organizada, cabendo-lhes títulos sacerdotais. Possuíam as escolas médicas de Sais e de Osiris, esta última, em Heliópolis. Ao chefe da escola de Sais, cujas origens recuam até 4000 a.C., cabiam os títulos de “maior dos médicos” e sacerdote supremo da deusa Neith. A escola de Osiris possuía um sanatório dirigido por um clínico que ostentava o título de “grão vidente” (CAMPOS, 1944, p. 11).

Nesse contexto da história da medicina, os gregos obviamente tiveram um papel importante que se espalhou por outras civilizações na Antiguidade. Segundo Campos (1944), Apolo era pai de Asclépio-Esculápio, o primeiro médico grego cujo nome é dado ao templo que futuramente vai abrigar os enfermos, sendo o primeiro relato de um “hospital” na Grécia antiga. Asclépio-Esculápio era um excelente médico, tratou e curou muitas pessoas, seus filhos seguiram o mesmo caminho, tornando-se os médicos do exército grego durante a guerra de Troia.

Segundo Capra (1993), é de origem grega um dos maiores médicos da Antiguidade e da história da medicina, o famoso Hipócrates! Chamado por alguns como o “pai da medicina”, nasceu em 460 a.C. em Atenas. Descendente de Apolo, considerado o deus do sol, da saúde e da medicina, recebeu seu conhecimento do médico Heródico. Em seu legado deixou ensinamentos práticos da medicina, separando do conceito teúrgico que possuía, ou seja, não aceitava questões de superstição ou encantamentos pregados por outras civilizações, estudou profundamente o funcionamento do corpo humano, tornou a medicina uma ciência independente e depois dele a profissão de médico ganhou formalidade, inclusive o juramento realizado pelos formandos de medicina é baseado no “Juramento de Hipócrates”.

Na medicina oriental, a civilização que teve destaque foi a chinesa. De acordo com Capra (1993), o organismo precisava estar em equilíbrio para que o indivíduo estivesse com saúde e tranquilidade, uma base filosófica dos polos, em que o polo positivo era denominado de “*Yang*” para masculino (céu, luz, força, calor) e o polo negativo era denominado “*Ying*” para feminino (lua, terra, obscuridade, debilidade, frio). Sendo assim, o equilíbrio entre “*Yang e Ying*” garantiria o estado saudável do organismo, já o desequilíbrio dos polos resultaria no estado doente do organismo. Na prática da medicina, os chineses contribuíram com os conhecimentos da homeopatia e com as técnicas de acupuntura.

2.2 SURGEM OS LUGARES ESPECÍFICOS PARA AGRUPAR OS DOENTES

Segundo Campos (1944), na Antiguidade era comum observar pessoas doentes perambulando à procura de assistência e atenção dos sacerdotes e médicos, não haviam hospitais ou postos de saúde como existem atualmente. Para resolver essa questão, começaram a utilizar os espaços dentro dos templos, dedicados para o tratamento e cura dos enfermos.

No Egito, o templo de Saturno era uma espécie de “hospital” local, onde ali eram atendidos os doentes. Outro exemplo igual era o templo de Asclépio-Esculápios na Grécia. Os romanos usavam igrejas e mosteiros para agrupar e tratar os doentes. Nesses templos haviam pavilhões destinados a doentes que precisavam de isolamento, também ao sacrifício e ritos funerários daqueles que não conseguiam vencer a doença.



É importante destacar que, nesta época, mesmo havendo médicos para tratar e cuidar dos doentes, estudos sobre o corpo humano e suas enfermidades, a cultura greco-romana e de outras civilizações da Antiguidade, ainda tinham a crença de que a doença era uma maldição dos deuses ou de forças sobrenaturais, algo que foi se perdendo ao longo dos tempos.

FIGURA 1 – IMAGEM DE UMA ASCLEPIÉIA DA GRÉCIA ANTIGA



FONTE: <<https://i.pinimg.com/564x/31/8c/9d/318c9de9e3d4016b62a4a4e70f95ef20.jpg>>.
Acesso em: 19 abr. 2020.

Segundo Campos (1944), nessa época, nos templos gregos já se observava a imagem da serpente como símbolo da divindade e do poder de cura, sendo consideradas sagradas por serem munidas de um poder mágico. Nos dias atuais, observamos essa serpente presente em muitos símbolos que representam as profissões da área da saúde.

Os sacerdotes médicos seguiam tratando os doentes nos templos, dando auxílio nos cuidados de peregrinos, velhos, crianças e sem-teto. Os templos com nome de “Asclepiéia” (Figura 1) se multiplicavam na Grécia antiga e, também, em Roma, onde os enfermos tinham banhos térmicos, consultavam oráculos e podiam pernoitar à espera de receber instruções dos deuses em sonhos. No entanto, também se percebeu que haviam casos em que o doente não precisava de cuidados em tempo integral, ficando isolado dentro do templo ou agrupado com outros doentes, poderia ter uma conversa, receber orientações, prescrições e voltar para casa. Então, conforme Campos (1944), por volta de 250 anos a.C., surgem os *tabernae medicae*, espaços públicos externos para tratamento dos doentes, tipo consultório médico para consultas, equivalentes aos postos de saúde e policlínicas dos dias de hoje.

O budismo (hindus) teve grande influência na propagação das instituições hospitalares da Antiguidade, o príncipe Sidarta Gautama (o Buda) foi responsável pela construção de vários espaços para cuidar dos doentes; Buda também nomeou um médico para cada dez cidades, ampliando o nível assistencial da época para o povo hindu. Ele queria reduzir o sofrimento humano. Há relatos que no ano 61 a.C., o Ceilão (atual Sri Lanka) possuía cerca de 18 “hospitais” mantidos pelo Rei Gamari (CAMPOS, 1944).

Segundo Campos (1944), além das “Asclepiéia”, existiam em Roma os “valetudinari”, uma espécie de estrutura “hospitalar”, criada pelos ricos, para atender seus escravos, atletas, gladiadores feridos e, como forma de caridade,

oferecia atendimento aos militares feridos e hospedagem a viajantes quando não conseguiam hospitalidade na casa dos bispos cristãos. Estes valetudinários militares, construídos de forma descentralizadas, foram os mais importantes e verdadeiros “hospitais” da época, em tamanho, complexidade e quantidade de pessoas.

Com o surgimento do Cristianismo, a medicina e a religião voltaram a serem tratadas em conjunto. Segundo consta em relatos históricos, o próprio Cristo deu orientações aos seus seguidores de como deveriam cuidar dos doentes e, na Bíblia, constam passagens das curas (milagres) feitas por Jesus Cristo e seus Apóstolos. Dentro da orientação cristã, é dever sagrado de todo cristão cuidar dos doentes, de modo especial, um compromisso dos bispos, presbíteros e diáconos. A mesma atenção dada aos pobres e desamparados deve ser dada aos doentes.



Mesmo longe de um modelo hospitalar como temos hoje, é possível perceber que havia o atendimento público (“Asclepiéia” e a casa dos bispos) e o atendimento da iniciativa privada (“valetudinari”).

Conforme Campos (1944), a influência religiosa na medicina foi predominante, principalmente na Idade Média, após o Decreto de Milão, no ano 313 d.C., quando o Imperador Romano Constantino liberou a Igreja Católica para exercer suas atividades e pregar livremente o Cristianismo. Em seguida, no ano 325 d.C., ocorreu o Concílio de Niceia, organizado pelo Imperador, que reuniu mais de trezentos bispos, presbíteros, diáconos e leigos. Dentre os assuntos religiosos discutidos, destacam-se o fim do Arianismo, a divindade de Cristo e o atendimento compulsório de carentes, viajantes, pessoas doentes e em leito de morte, instaurando um ponto de vista mais humano na assistência e auxílio com os necessitados, e tudo deveria ser feito com auxílio financeiro dos próprios cristãos!

É importante destacar que, nessa época, o Imperador Constantino tinha poder sobre o Ocidente e sobre o Oriente. Segundo Campos (1944), em 335 d.C., por meio de um Decreto, Constantino mandou fechar as Asclepiéia e estimulou a criação de hospitais cristãos. Assim, as obras de caridade e os espaços para cuidar dos pobres e doentes se multiplicavam nos grandes centros (Figura 2).

FIGURA 2 – EXEMPLO DA ESTRUTURA INTERNA DA ENFERMARIA COM LEITOS DE UM HOSPITAL ANTIGO



FONTE: <https://abrilsuperinteressante.files.wordpress.com/2018/07/hospital-antigo_site.jpg?quality=70&strip=info&w=1000&h=699>. Acesso em: 19 abr. 2020.



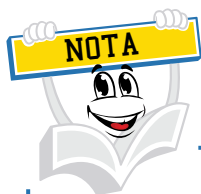
É importante colocar aqui uma observação feita por Campos (1944): os hospitais da Antiguidade, antes do Cristianismo, eram precários, com pouca condição de higiene e assepsia, doentes muito próximos um dos outros, sendo usado por pessoas pobres e desprovidas de recursos. As taxas de mortalidade eram altas, as pessoas com maior poder econômico se tratavam em casa, sendo que alguns procedimentos eram mais seguros serem realizados em casa do que dentro do hospital, tamanho o risco de infecção. Essas questões fizeram com que a estrutura hospitalar fosse repensada no futuro.

Por volta do ano 370 d.C., na cidade de Cesareia (Capadócia), o arcebispo São Basílio fundou em um *ptochotrophium*, um espaço destinado a cuidar dos pobres. Destaca-se também a fundação de *xenodophium* pelos cristãos, um espaço destinado para abrigar viajantes e estrangeiros. Denominações mais conhecidas na nossa linguagem atualmente são originadas daquela época, como exemplo: *orphanotrophium* ou *poedotrophium*, espaço destinado às crianças; *gynetrophyum*, espaço destinado a cuidar das mulheres; e *gerontokomium*, espaço destinado para cuidar dos idosos. Por fim, o *nosocomium*, de origem grega, significa “tratar de doentes”, sendo o significado mais próximo do que é a palavra “hospital” para a concepção das unidades hospitalares que conhecemos hoje.

Foi São Basílio também quem construiu um dos primeiros nosocômios de grande porte, anexo a um convento em Cesareia. Um complexo de prédios, denominados de “Basílias”, onde cada uma era considerada uma “ala” ou enfermaria de acordo com o tipo de doença dos pacientes, iniciando o processo de especialização dos hospitais, havia ala exclusiva para os leprosos, que necessitavam

de isolamento. O complexo nosocomial de São Basílio, com ruas entre os prédios, com dimensões de pequenas cidades, com residência para os diáconos, diaconisas, residência médica e de enfermagem, oficinas, escola industrial, manufatura, um modelo que inspirou a construção de outros nosocômios, de mesmo porte e estrutura, em outras regiões.

Segundo Campos (1944), o quarto Concílio de Cartagena impôs aos bispos que os hospitais fossem construídos ao lado das igrejas, mantendo as instituições eclesiásticas junto das dioceses, assim como faziam os islâmicos junto às mesquitas.



O império islâmico possuía hospitais em Bagdá, com princípios baseados nos aspectos científicos e racionais, abandonando as questões religiosas e espirituais predominantes nas casas de saúde europeias.

Segundo Ornellas (1998), a expansão do Cristianismo como religião e a evolução dos hospitais (nosocômios) não foi afetada depois da queda do Império Romano durante a transição da Idade Antiga para Idade Média (período Medieval). Durante a Idade Média, os hospitais mantiveram as características de assistência social, sendo albergue para os pobres, mendigos e imigrantes; auxílio a doentes e isolamento de pessoas com doenças contagiosas e repulsivas.

No Século XII (1101-1200 d.C.), observa-se o enfraquecimento do sistema feudal. De acordo com Ornellas (1998), com o declínio do sistema feudal, enfraqueceu o poder da igreja e uma crise se instalou. Com isso, o sistema hospitalar-religioso mantido pela igreja, inicia um processo de decadência, alguns inclusive fecharam as portas.

Em contrapartida ao enfraquecimento do feudalismo, acelerou o processo de crescimento das cidades e o aumento das epidemias, resultante da aglomeração de pessoas, da precariedade das condições de higiene e saneamento. Isso fez com que a ampliação dos hospitais fosse necessária, como a igreja não tinha mais condições de fazê-lo, transferiu para que o município fizesse direção de seus nosocômios. Segundo Ornellas (1998), nesse período, começa a ser desenhado o modelo de hospital geral de cunho filantrópico.

Essa secularização, ou seja, essa gestão dos hospitais que não estava mais estruturado em preceitos religiosos, não agradava o alto clero da Igreja Católica. Então, em 1311, com base no Decreto do Concílio de Viena, foi proibido atribuir a gestão de hospitais a clérigos (pessoas da Igreja) como benefício, ou seja, o

objetivo da Igreja era evitar que houvesse uso dos recursos dos hospitais em causa própria, e não ao seu propósito original que era a caridade. Na verdade, o que a Igreja queria evitar eram atos de corrupção dentro da gestão das unidades hospitalares.



O Concílio de Viena (1311) segue a linha do Concílio de Arles (1260), que promulgava que os hospitais deveriam ser geridos por pessoas do meio eclesiástico (religiosas), sem receber qualquer remuneração, apenas com fins comunitários e, ainda, fazer uma prestação anual das despesas. Isso se fez necessário frente aos abusos do mau uso dos recursos dos hospitais, quando muitos iniciaram o Século XV falidos, sendo entregues para a gestão pública municipal de suas respectivas cidades.

No período de transição entre os Séculos XVIII e XIX, pós-Revolução Industrial, crescia no território europeu a classe social chamada de burguesia, com muito dinheiro, poder, aspirações socioeconômicas e morais; foram necessárias ações mais eficazes de políticas de saúde pública. Com investimento e com contexto favorável, surgiram os primeiros hospitais modernos, bem estruturados, organizados, com novas técnicas baseadas na medicina científica. De acordo com Foucault (1988), nesse momento da história ocorre a transformação das características do hospital da Antiguidade (hospedar e apaziguar o sofrimento do doente), para o hospital da modernidade, com característica terapêutica (tratar e curar o doente).

No hospital moderno, o representante religioso passa a ser coadjuvante, restringindo-se às questões de gestão da casa de saúde, e a figura central passa a ser o médico, focando no desenvolvimento da medicina hospitalar. Observa-se mais a administração pública envolvida com a unidade hospitalar.

2.3 CONCEITO DE HOSPITAL

Segundo Campos (1944), a palavra “hospital” tem origem latina “*hospitalis*”, derivada de “*hospes*”, que significa “hóspedes”, palavra que se aplica bem aos primeiros objetivos dos hospitais que eram dar abrigo, hospedar pobres, viajantes e doentes. O termo hospital, por sua vez, tem o mesmo significado de “*nosocomium*”, de origem grega, significa “tratar os doentes”.

De acordo com Moraes (2005), em 1957, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a orientar e disciplinar a atividade hospitalar, estabelecendo o seguinte conceito de hospital moderno, deixando claro que o hospital é parte

integrante de um coordenado sistema de saúde, com função de entregar à comunidade uma assistência completa à saúde, tanto na cura como na prevenção. Isso inclui serviços que se estendem à família, em seu domicílio e, ainda, um centro de formação para os que trabalham na área da saúde e pesquisas biossociais.

Quinto Neto e Bittar (2004) apresentam o conceito de hospital conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS): todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos, para internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Além disso, considera-se a existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com a disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos.

2.4 HOSPITAIS NO BRASIL

Prezado acadêmico, já tratamos no Tópico 3, da Unidade 1 deste livro, sobre o sistema de saúde brasileiro, em que você teve a oportunidade de aprender como tudo começou desde o período da colonização até o surgimento do SUS e da saúde suplementar.

O início dos hospitais no Brasil se deu depois da chegada dos portugueses, com a criação das Santa Casas de Misericórdia, com função de isolamento da população doente. A Ordem das Santas Casas de Misericórdia foi fundada em Portugal, em 1498, vindo dos portugueses esse modelo de hospital.

Segundo Campos (1944), o primeiro hospital brasileiro foi a Santa Casa de Santos, fundada em 1543, por Braz Cubas (Figura 3). Em 1727, foi inaugurado o Hospital Militar do Rio de Janeiro, depois chamado de Hospital Real Militar. No Brasil, a Igreja Católica teve papel importante na proliferação das Santas Casas de Misericórdia em vários estados brasileiros, cujo objetivo era atender com gratuidade a população mais carente. É fato que as Santas Casas espalhadas pelo Brasil tiveram uma contribuição importante no desenvolvimento e formação do sistema de saúde brasileiro. Conforme Oliveira (2017), atualmente são cerca de 2.100 Santas Casas no Brasil.

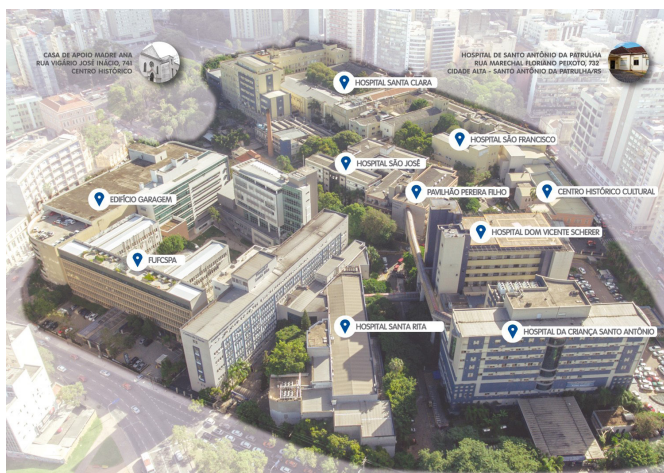
FIGURA 3 – SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS – 1543



FONTE: < <https://www.novomilenio.inf.br/santos/lendas/h0260d10b.jpg>>. Acesso em: 19 abr. 2020.

O cenário das Santas Casas é variável de acordo com as regiões do Brasil, algumas se estagnaram, outras se desenvolveram, tornando-se grandes complexos hospitalares (Figura 4), porém a maioria hoje opera com sérias limitações financeiras, a maioria ficou dependente de recursos do poder público, caindo em precariedade, superlotação e demais problemas provenientes das políticas públicas brasileiras.

FIGURA 4 – COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE PORTO ALEGRE/RS



FONTE: < <https://saudebusiness.com/wp-content/uploads/2017/11/santacasa-aerea-foto-voala-imagens-aereas.png>>. Acesso em: 19 abr. 2020.

De acordo com Oliveira (2017), com base nos dados da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), do total 2.100 instituições, cerca de 90% estão com problemas financeiros, além de questões administrativas internas, o maior problema é o equilíbrio entre o que é gasto em um procedimento pelo SUS e o que é repassado pelas verbas federais. Dados também demonstram que 90% dos atendimentos das Santas Casas são de

pacientes pelo SUS, porém a receita vinda da União custeava apenas 60% desses atendimentos, precisando as instituições buscarem compensar a diferença.

Paralelo à situação das Santas Casas de Misericórdia, assim como ocorreu na Europa, o Brasil tinha uma população economicamente mais favorecida, que almejava um tratamento diferenciado. Dessa forma, começa a haver investimento da sociedade civil privada na construção de hospitais comunitários, por exemplo, a Fundação Beneficência Portuguesa, que, em 1855, fundou seu primeiro hospital, o Hospital Português de Beneficência do Recife, depois, em 1857, fundou o Hospital Português de Salvador e, em 1859, os Hospitais Beneficência Portuguesa de São Paulo e do Rio de Janeiro.

A partir de 1917, com a chegada dos imigrantes (alemães, italianos, sírios, libaneses e japoneses), a ampliação da rede hospitalar brasileira começa a crescer nesse período. Em 1924, é inaugurado em São Paulo o Hospital Santa Cruz, oriundo da iniciativa da comunidade japonesa; em 1927, em Porto Alegre, é inaugurado o Hospital Alemão (atual Hospital Moinhos de Ventos); em São Paulo são inaugurados, em 1965, o Hospital Sírio-Libanês e, em 1971, o Hospital Albert Einstein.

Durante e após esse período, muitos outros hospitais de grande importância foram construídos em todo o Brasil. Alguns tiveram investimentos direto da iniciativa privada, outros com origem de redes de saúde de congregações religiosas, por exemplo, a Congregação das Irmãs da Divina Providência, no Sul do Brasil. Há, ainda, hospitais oriundos da verticalização das operadoras de planos de saúde, que criaram uma rede própria para atendimento de seus usuários (Unimed, Amil etc.).



Se você se interessa em saber mais sobre um determinado hospital, tem curiosidade sobre o ano em que foi fundado, sua história e, até mesmo, como trabalhar neste local, basta acessar o site do hospital desejado na internet, a maioria dos hospitais ou grupos hospitalares traz essas informações em suas páginas na internet.

3 O HOSPITAL COMO ORGANIZAÇÃO

Já aprendemos que o conceito de organização é a junção de duas ou mais pessoas, de forma organizada, para atingir objetivos em comum, sendo que o hospital está incluso dentro desse conceito.

De acordo com Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), o hospital, em sua concepção moderna de funcionamento, é diferente do modelo assistencial

antigo prestado ao doente nos seus primórdios, suas características também mudaram. Hoje, as instituições hospitalares são concebidas como empresas prestadoras de serviços de saúde, que devem atender às expectativas dos clientes/pacientes.

Para Chiavenato (2014), as organizações são diferentes entre si, variando em tamanho, características, estruturas e objetivos. Organizações empresariais têm como objetivo serem lucrativas, porém, outras, como exército, serviço público, igrejas e entidades filantrópicas são organizações que operam sem fins lucrativos.

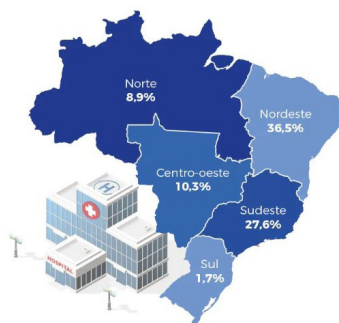
Dentro do conceito de organização, os hospitais como empresas se organizam como Santas Casas e/ou Hospitais Filantrópicos, Hospitais Públicos ou Hospitais Particulares, sendo que os dois primeiros modelos são organizações sem fins lucrativos, e o último modelo é uma organização com fins lucrativos. O mesmo ocorre com os consultórios e as clínicas especializadas, na maioria das vezes, são modelos de negócio que se enquadram em organização com fins lucrativos.

Vamos compreender cada uma dessas organizações hospitalares:

- **Hospitais Públicos**

São hospitais que atendem 100% SUS, sem fins lucrativos, mantidos normalmente com recursos da União, porém, podem receber recursos de outras esferas do governo (municipal ou estadual). Segundo Gois (2020), com base em dados obtidos no DATASUS, atualmente no Brasil existem 5.530 hospitais públicos, houve um crescimento do número de unidades hospitalares públicas em relação ao número de unidades hospitalares privadas. De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a maior concentração de hospitais públicos encontra-se na Região Nordeste do Brasil (Figura 5).

FIGURA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS NO BRASIL EM 2019



FONTE: <https://images.prismic.io/tudo-saude/ZGNiYzI0NGQtOWQ0ZS00NmZhLTkwZWmtNTI4ODdiMGU0OTMy_c58ce0fb-eb0d-4b44-8fdd-ff39c8458d2b_hospitais-publicos-brasil.jpg?auto=compress,format&rect=0,0,850,850&w=850&h=850>.

Acesso em: 19 abr. 2020.

- **Hospitais Privados**

São hospitais de natureza jurídica privada e podem, ou não, ter fins lucrativos. No caso dos privados com fins lucrativos, são hospitais que prestam serviços mediante pagamento particular ou por meio de planos de saúde. Os privados sem fins lucrativos, também considerado filantrópicos, são hospitais que continuam atendendo pacientes particulares e com planos de saúde, e, ainda, disponibilizam um percentual de sua estrutura para atender pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Matarazzo e Zoca (2019), dados publicados no Relatório da Situação dos Hospitais Privados afirmam que, no Brasil, até janeiro de 2019, haviam 4.267 hospitais classificados como privados, destes 2.324 são hospitais privados com fins lucrativos. Os dados apontam que entre 2010 e 2019 houve o fechamento de 2.127 hospitais privados, porém, no mesmo período foram abertos outros 1.567 novos hospitais privados. Uma retração de 8,9% pontos percentuais no mercado hospitalar privado nesse período de nove anos. A maior concentração de hospitais privados encontra-se na Região Sudeste do Brasil (Figura 6).

FIGURA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS PRIVADOS NO BRASIL EM 2019



FONTE: <https://images.prismic.io/tudo-saude/YjUwN2NhNjYtOWNhNC00NGY2LTk0MDgtMWNjMzM2YmYyZDgz_b316c675-42e4-401f-abb2-7cb803e13ab4_hospitais-privados-brasil.jpg?auto=compress,format&rect=0,0,851,850&w=851&h=850>. Acesso em: 19 abr. 2020.

- **Hospitais Filantrópicos**

Os hospitais filantrópicos são aqueles mantido por fundações, congregações ou mesmo os de caráter privado sem fins lucrativos. De acordo com Portela *et al.* (2004), são consideradas entidades filantrópicas os hospitais portadores do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

Inicialmente, as condições para se obter o Certificado constavam no Decreto nº 2.536, de 1998, que foi alterado pelo Decreto nº 4.327, de 2002,

posteriormente alterado pelo Decreto nº 7.237, de 2010. Por fim, revogados pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014, que regulamenta a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, que trata do processo para certificação das entidades beneficentes e procedimentos para isenção das contribuições para seguridade social. Atualmente, este é o Decreto vigente, em que constam as documentações e condições necessárias para obtenção do CEBAS junto ao CNAS.

Além da Lei e do Decreto supracitados, o Ministério da Saúde emitiu uma Portaria tratando de como os hospitais podem prestar o serviço social que vai garantir a adesão ao CEBAS. Segundo a Portaria nº 834, de 26 de abril de 2016, para que um hospital de direito privado, sem fins lucrativos, seja considerado filantrópico, este precisa contribuir socialmente de duas formas: 1) o hospital deve celebrar contrato ou convênio com o SUS, ofertando 60% da sua estrutura para prestar serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), recebendo pelos serviços de acordo com a tabela vigente; 2) comprovar a aplicação de um percentual de sua receita em gratuidade para o SUS de sua localidade, cujo percentual vai variar entre 5 a 20%. Neste caso, o usuário do SUS vai receber o atendimento, porém o SUS não vai remunerar o hospital, por isso o termo “gratuidade”.

Você deve estar se perguntando: o que a organização hospitalar como empresa ganha em prestar serviços gratuitos para o SUS para obter o CEBAS?

Ter a certificação do CEBAS, sendo classificado como filantrópico, traz inúmeros benefícios, desde a redução da pesada carga tributária que possuem as empresas no Brasil, além de isenção de encargos e impostos para importação na aquisição de equipamentos e novas tecnologias.

Segundo Matarazzo e Zoca (2019), no Brasil, atualmente, existem cerca de 1.763 hospitais privados, sem fins lucrativos, filantrópicos. Esses hospitais são importantes, pois colaboram na manutenção do Sistema Único de Saúde, reduzindo o tempo de espera na fila, por vezes, os hospitais públicos não dão conta do atendimento a todos os usuários do SUS.

Um hospital, além de se enquadrar no que foi exposto anteriormente, ainda pode se organizar de acordo com o tipo de serviço que oferecem à população, podendo ser caracterizado como: hospital dia, hospital geral ou hospital especializado.

- **Hospital dia:** realiza procedimentos clínicos e cirúrgicos onde o paciente pode ficar internado por até 12h.
- **Hospital especializado:** presta serviço de internação completo, porém com procedimentos em apenas um tipo de especialidade ou faixa etária (ex.: hospital geriátrico, hospital infantil, hospital de olhos etc.)
- **Hospital geral:** presta serviços em várias especialidades, com serviço de internação completo e estrutura de grande porte.

De acordo com Gois (2020), com base nos dados do Ministério da Saúde, é possível ter uma dimensão da quantidade de hospitais por tipo e as regiões que se encontram (Figura 7).

FIGURA 7 – TIPOS DE HOSPITAIS POR REGIÕES

Região	Hospital especializado	Hospital diário	Hospital geral
Norte	71	24	453
Nordeste	315	211	1451
Sudeste	358	310	1686
Sul	87	100	876
Centro-oeste	122	53	621

FONTE: <https://images.prismic.io/tudo-saude/YTBINjMwZDUtYWY0YS00NzI2LWlwZDUtOTNmZWl1YzE3YmQx_cca8e6f4-11cc-4caa-8017-d169c9dd61a2_leitos-por-beneficiarios.jpg?auto=compress,format&rect=0,0,851,670&w=851&h=670>. Acesso em: 19 abr. 2020.

3.1 NÍVEL DE COMPLEXIDADE DO HOSPITAL

O nível de complexidade da organização hospitalar vai impactar diretamente em como será determinada sua estrutura organizacional. De acordo com seus objetivos e sua missão institucional, será possível fazer a divisão de trabalho, a departamentalização e o dimensionamento dos recursos humanos.

Conforme Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), a estrutura organizacional de um hospital poderá ser classificada em níveis de acordo com sua complexidade.

- **Hospital de Nível 1:** instituição de atendimento mais simples, onde 70 a 80% dos casos são resolvidos por médicos generalistas. Casos de maior complexidade deverão ser transferidos para unidades hospitalares com níveis maiores de complexidade.
- **Hospital de Nível 2:** já possui uma estrutura organizacional que conta com especialistas em saúde bucal, ortopedia e traumatologia, cirurgia geral, medicina interna, ginecologia e obstetrícia, radiologia, saúde mental, pediatria, anestesia e patologia. Mesmo assim, ainda parte da premissa que 80% dos casos são resolvidos por médicos generalistas, porém conta com o suporte de especialistas. Estima-se que receba cerca de 15% de pacientes encaminhados de hospitais de nível I.
- **Hospital de Nível 3:** também possui uma estrutura organizacional que conta com especialistas em saúde bucal, ortopedia e traumatologia, cirurgia geral, medicina interna, ginecologia e obstetrícia, radiologia, saúde mental, pediatria, anestesia e patologia. O que difere do nível II é que dispõe de uma estrutura

com Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tanto para adultos como pacientes pediátricos e cirúrgicos. Sua missão é voltada para atendimentos de maior complexidade para demandas clínicas e cirúrgicas. Estima-se que receba cerca de 3% de pacientes encaminhados de hospitais de nível I.

- **Hospital de Nível 4:** tem sua missão voltada para o atendimento ao mais alto grau de complexidade, são os chamados “hospitais de referência”, atuam com transplantes, intervenções e tratamentos que requerem a junção de diferentes especialidades médicas atuantes de forma simultânea para solucionar o problema do paciente. Estima-se que receba cerca de 2% de pacientes encaminhados de hospitais de nível I.

Vamos exemplificar esses níveis de complexidade de forma prática, para que você entenda o que isso impactaria no seu atendimento: vamos supor que você tenha um filho de 6 anos com sintomas de febre e dor abdominal há 2 dias; caso você for consultar em um hospital de **nível 1**, ele será atendido por um médico generalista; em um hospital de **nível 2**, você poderia ser atendido por um pediatra ou ter um pediatra de sobreaviso, para ser solicitado para segunda opinião. Em um hospital de **nível 3**, com certeza seria atendido por um pediatra e teria um especialista em cirurgia pediátrica, disponível para a necessidade de uma possível intervenção. Pouco mudaria para você um hospital de **nível 4**, neste caso, segundo Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), você contaria com nefrologia pediátrica, neurologia pediátrica, entre outros procedimentos intervencionistas em crianças. O que não seria na clínica do seu filho nesse momento.



Dentro da classificação de hospitais de nível 4, poderá haver unidades hospitalares de alta complexidade com maior estrutura física, recursos humanos e tecnológicos de ponta. Por outro lado, poderão haver unidades hospitalares, também classificadas como nível 4 de complexidade, porém, com recursos um pouco mais limitados.

4 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO HOSPITAL

Dentro das políticas públicas de saúde e o sistema de saúde brasileiro, no que tange ao uso do serviço público de saúde, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), o paciente doente deve iniciar a busca pela solução do seu problema junto à rede de atenção básica (UBS e/ou USF) e, caso necessite algo de maior especificidade, será encaminhado para uma Policlínica ou Centro de Referência e, por fim, como último recurso, será direcionado ao hospital.

No entanto, não são em todas as regiões que o sistema de saúde segue corretamente esse fluxo, seja por questões relacionadas à cultura do usuário (paciente acabada procurando diretamente o hospital) ou por limitações do sistema em dar cobertura em determinadas cidades ou regiões do país. De acordo com Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), a unidade hospitalar, independentemente do seu porte, é uma instituição que possui serviços de alta função social, pois o hospital é um centro de referência onde os pacientes buscam solução para suas enfermidades, as quais não puderam ser resolvidas na rede de assistência básica ou em qualquer outro local, ou seja, o hospital é o último recurso do cidadão na busca pela solução dos seus problemas, seja na rede pública ou privada (saúde suplementar).

Por isso, o hospital precisa ser planejado com uma organização estrutural e funcional de acordo com o nível de atenção médica e o grau de complexidade para o qual a instituição está sendo planejada, considerando, principalmente, os recursos (financeiro, tecnologias, humanos, etc.) que estarão disponíveis para realizar os procedimentos e os tratamentos propostos pela unidade hospitalar.

4.1 PENSANDO A ESTRUTURAÇÃO DO HOSPITAL

Você também aprendeu que o conceito de estrutura organizacional é a forma como a organização está estruturada, departamentalizada, suas políticas internas e como é administrada.

Conforme Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), o hospital é uma organização diferente dos outros tipos de organizações, pois possui um universo com as mais variadas complexidades, com características particulares e paradoxais. Em um mesmo corredor, de um lado, você observa a alegria de uma família comemorando a vida de um recém-nascido, do outro lado, você vê a tristeza de uma família chorando a morte de um ente querido que faleceu.

Na área assistencial, a equipe de profissionais e os processos precisam atender, com eficiência, as expectativas do doente que busca alívio para sua dor e a cura da sua enfermidade, podendo ser desde uma simples dor de barriga até um politraumatizado de um grave acidente de trânsito. O atendimento pode ser para um executivo sadio, que veio apenas fazer um checkup, como pode ser confortar o familiar angustiado com a dor de um paciente que está em estado terminal acometido por um câncer.

Na área administrativa, a equipe de profissionais e os processos precisam atender com eficiência a expectativa dos familiares, dos pacientes, dos médicos, dos colaboradores, dos vendedores, dos visitantes, estudantes, autoridades e da própria diretoria.

Segundo Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), todos os processos que envolvem as atividades realizadas em um hospital são igualmente importantes, a responsabilidade dos gestores é buscar o equilíbrio e a harmonia na coordenação de todos estes processos, garantindo, com isso, melhores resultados para a organização como um todo, pois os processos assistenciais e administrativos precisam acontecer de forma simultânea, pois são interdependentes.

Para conseguir isso, Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000) recomendam ao gestor que tenha sua competência estruturada com base nos pilares do: planejamento, organização, satisfação do colaborador, orçamento, avaliação de gestão, retroação (retroalimentação) e ética.



No ponto de vista de estrutura organizacional sistemática, é importante lembrar que dentro da organização hospitalar são pessoas cuidando de pessoas, o hospital é um prestador de serviços. Em uma fábrica ou empresa industrial que produz um produto, denominamos o processo de “produção”, já no hospital, onde prestamos serviços, denominamos os processos de “operação”.

4.2 IDENTIDADE ORGANIZACIONAL DO HOSPITAL

Assim como qualquer outra organização empresarial, dentro do planejamento estratégico do hospital, deve constar seus princípios organizacionais: missão, visão e valores. Em via de regra, espera-se que a missão de uma empresa prestadora de serviços de saúde esteja relacionada a zelar pela saúde e bem-estar de seus clientes/pacientes, assim como sua responsabilidade social para a comunidade local.

Com relação à visão, dependerá do que almejam os dirigentes da instituição hospitalar, será algo a médio/longo prazo, porém deve ser realista, levando em conta as características na instituição hospitalar, seu nível de complexidade, sua importância dentro da comunidade local, sua localização estratégica dentro de uma região de cobertura, seus recursos financeiros, tecnológicos e humanos.

Com relação aos valores, estes são próprios de cada instituição hospitalar, porém espera-se que sejam, no mínimo, baseados na ética, segurança, humanismo, equidade, qualidade, compromisso com o cliente, entre outros.

4.3 SISTEMA ORGANIZACIONAL

Complementares aos conceitos de Administração de Lacombe e Heilborn (2015), temos a abordagem mais voltada ao Hospital de Kuazaqui e Tanaka

(2008), que determina os fatores que influenciam no sistema organizacional, como endógenos (ambiente interno do hospital) e exógenos (ambiente externo ao hospital).

- **Variáveis endógenas** que os gestores conseguem controlar:
 - **Fornecedores:** que entregam os materiais, equipamentos e insumos necessários para prestação de serviço de assistência à saúde das pessoas; além disso, temos os fornecedores de serviços e materiais de apoio como: contabilidade, assessoria jurídica, empresa de marketing, produtos de limpeza, alimentação etc.
 - **Parceiros:** médicos do corpo clínico, terceirizações e quarteirizações.
 - **Colaboradores:** talentos organizacionais, normas e padrões de qualidade e atendimento.
- **Variáveis exógenas** que os gestores não conseguem controlar:
 - **Clientes:** pacientes e seus familiares.
 - **Clientes não pacientes:** são os planos de saúde que o hospital pode ter alguma parceria, com benefícios financeiros no valor de procedimentos, hotelaria hospitalar ou pacote de serviços.
 - **Clientes médicos:** são médicos fora do corpo clínico que solicitam exames e/ou procedimentos ou, ainda, que utilizam a estrutura e serviços do hospital para atender seus clientes em caráter excepcional. Existe o sistema de corpo clínico fechado (só usufruem do hospital médicos do corpo clínico), corpo clínico aberto (mesmo tendo um corpo clínico próprio, permite que outros médicos da comunidade utilizem a estrutura do hospital) e o corpo clínico misto (caracterizado por corpo clínico fechado que abre exceção para algum médico fora do corpo clínico internar seus pacientes).
 - **Concorrentes:** outros hospitais, clínicas ou centros médicos que prestam o mesmo serviço ou serviço similar, visando conquistar o mesmo público-alvo (consumidores, pacientes e médicos).
 - **Regulamentadores:** Ministério da Saúde, Sindicatos da Saúde, Secretárias de Saúde, Vigilância Sanitária, Operadoras de Planos de Saúde, Conselhos de Classe dos Profissionais, entre outros.
 - **Outras variáveis:** questões políticas, econômicas, culturais, tecnológicas etc.

4.4 STAKEHOLDERS DO HOSPITAL

As partes interessadas dentro de um hospital serão todos os indivíduos que são afetados, direta ou indiretamente, pelas decisões, estratégias e políticas da organização hospitalar. Basicamente, repetiremos aqui os mesmos personagens que compõem nosso sistema organizacional, porém, agora, reclassificando-os como internos e externos.

- **Stakeholders externos:** pacientes, familiares, médicos parceiros, médicos não parceiros, operadoras de planos de saúde, fornecedores, sindicatos, governo, comunidade em geral, entre outros.
- **Stakeholders internos:** sócios (ser for privado), corpo clínico, colaboradores e prestadores de serviço terceiros.

4.5 SETORIZAÇÃO DO HOSPITAL

O hospital, de forma geral, tem sua divisão em setores, os quais desempenham atividades diferentes ou semelhantes (complementares), alguns que envolvem processos de menor complexidade, outros possuem processos de maior complexidade. O importante é que todos devem vislumbrar um único objetivo: manter a qualidade da prestação de serviços de assistência à saúde dos clientes/pacientes.

Estes setores são classificados como **atividades-meio** ou de **atividades-fim**, a divisão e organização setorial de um hospital pode variar de acordo com seu porte e seu nível de complexidade. A seguir, vamos usar um exemplo de um modelo de setorização para ilustrar para esta questão e facilitar sua compreensão.

- **Setores de atividades-meio:** são os setores relacionados a atividades de apoio ao processo principal do hospital, cujo objeto é a assistência à saúde do paciente. São eles:
 - Recepção.
 - Internação e Autorização.
 - Faturamento.
 - Higienização.
 - Gestão de pessoas.
 - Vigilância.
 - Tecnologia da Informação (TI).
 - Serviço de Comunicação.
 - Lavanderia e Rouparia.
 - Nutrição e dietética.
 - Manutenção e Engenharia.
 - Relacionamento com o cliente.
 - SESMT e Medicina do Trabalho.
 - Almoxarifado.
 - Serviço de Assistente Social.
 - Serviço de Psicologia.
 - Comissões Internas.
- **Setores de atividades-fim:** são os setores assistenciais que impactam diretamente na atenção à saúde do paciente, no seu diagnóstico, tratamento e recuperação. São eles:
 - Pronto Atendimento/emergência.
 - Unidades de Internação.
 - Centro Cirúrgico.
 - UTI.
 - Sobreaviso de especialistas.
 - Farmácia.
 - Laboratório.
 - Centro de Diagnóstico por Imagem.
 - Reabilitação e Fisiatria (Fisioterapia).

4.6 ESTRUTURA FUNCIONAL DO HOSPITAL

Segundo Lacombe e Heilborn (2015), as estruturas funcionais ou organizações funcionais são uma forma de organizar a empresa pelo critério funcional de primeiro nível. Existem vários modelos de estruturação funcional, cuja aplicação parece muito pertinente para indústria e produção de produtos, porém, pouco adaptável para prestação de serviço hospitalar, pois nesse modelo funcional não são apresentadas as áreas (setores) da empresa, apenas a administração de primeiro nível.

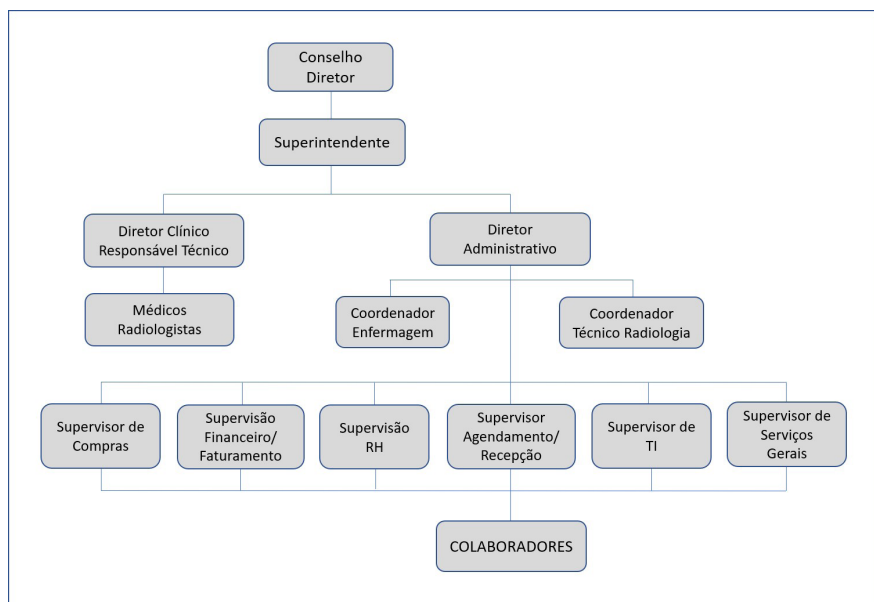
Nesse contexto, ficaremos restritos ao clássico modelo vertical de organograma, que permite a fácil visualização dos processos de gestão de uma empresa. O organograma é a representação gráfica da estrutura administrativa de uma organização, com a apresentação dos cargos em seus respectivos níveis hierárquicos.

A organização estrutural e funcional de um hospital pode ser bem variável, dependendo do seu porte, seu nível de complexidade, número de leitos, número de colaboradores, se tem caráter público, particular ou filantrópico, entre outros. Todavia, a experiência demonstra que é comum observarmos, dentro de um hospital, a seguinte estruturação:

- **Administração:** composto pelo Conselho Diretor ou Deliberativo, pela Diretoria, Superintendência e Médico Diretor do Corpo Clínico.
- **Gestores das Áreas:** são os Gerentes, Coordenadores e Chefias Médicas de especialidades ou setores específicos do hospital.
- **Líderes Locais:** são os supervisores que exercem a liderança sobre uma equipe específica, sendo referência com relação às atividades realizadas por esse determinado grupo de colaboradores.

A seguir, apresentamos um modelo de organograma estrutural e funcional, com as áreas, os cargos (profissionais) e o nível hierárquico de cada cargo (Figura 8).

FIGURA 8 – EXEMPLO DE ORGANOGRAMA DE UMA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM



FONTE: O autor

4.7 CONCEITUANDO AS FUNÇÕES DE GESTÃO

Conheceremos, agora, um pouco sobre algumas funções de gestão expostas nesse organograma. Com relação ao cargo (gerente, coordenador etc.), não entraremos nas funções relacionadas à formação específica (enfermeiro, médico, administrador, contador, tecnólogo em radiologia). Segundo Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), são consideradas as seguintes funções para:

• Conselho Diretor

- Definir e estabelecer os estatutos do hospital e seu regulamento interno.
- Aprovação do orçamento anual e suas modificações.
- Aprovar os projetos e programas de maior impacto na imagem e orçamento da instituição.
- Adotar, criar e coordenar as políticas de prestação de serviços de terceiros, de educação em saúde e pesquisa dentro do hospital.
- Controlar o funcionamento do hospital e avaliar os resultados obtidos dentro do planejamento estratégico.
- Adotar a estruturação organizacional e funcional do hospital.
- Autorizar a celebração de contratos e convênios, segundo as políticas internas definidas para esse propósito.
- Responder pelo cumprimento das normas legais vigentes em matéria de vinculação de pessoal.
- Determinar os serviços a serem prestados e os valores.
- Entre outras demandas, conforme decisão dos membros deste Conselho.

- **Diretor Geral ou Executivo**

- Dirige e coordena o trabalho dos setores/áreas, com harmonização, planejamento e controle das atividades-meio e atividades-fim.
- É parte ativa no diagnóstico, programação e execução das atividades a serem realizadas junto à população atendida pelo hospital.
- É o guardião do planejamento estratégico, fazendo a aplicação constante do PDCA sobre este planejamento (planejando, agindo, checando, corrigindo o percurso com replanejamento).
- Desenvolve o trabalho do hospital de forma holística e sistemática, fazendo ações de promoção à saúde para a comunidade assistida.
- Promove, coordena e assessora as atividades de controle epidemiológico do hospital e de sua área de influência.
- Dirige a autoavaliação das atividades da instituição hospitalar.
- Pensa, desenvolve e aplica novas estratégias para garantir os resultados desejados para o hospital.
- Promove a participação do desenvolvimento de pesquisas em saúde.
- Cria e dirige programas de educação em saúde para os colaboradores, parceiros e comunidade local.
- Garante os produtos e insumos de entrada para abastecimento das áreas, para que as atividades do hospital sejam realizadas com qualidade e zelo pelo uso racional dos produtos e insumos.
- Atualizar e assegurar a divulgação dos manuais de normas e procedimentos da área subordinada a ele.
- Executar demais funções que lhe sejam atribuídas de acordo com as normas da instituição hospitalar em questão.

- **Superintendente:** o superintendente, em algumas instituições hospitalares, realiza a função do Diretor Geral, substituindo esse cargo, ficando diretamente ligado ao Conselho Diretor. Nesse caso, abaixo dele, estarão os Diretores Financeiro e Diretor Operacional. No entanto, no nosso exemplo de organograma, mantivemos o cargo de Diretor Geral e designamos dois Superintendentes, um operacional e outro administrativo.

- Executa atividades de planejamento e gestão da sua área de atuação.
- Dirige e coordena a atividade dos Gerentes.
- Analisa os indicadores de resultado das áreas as quais é responsável.
- Faz reuniões com os Gerentes para obter feedback do andamento dos processos e atividades dos setores.
- Planeja e auxilia os Gerentes na execução da projeção de receitas e despesas para o orçamento anual.
- É o link de comunicação entre o alto escalão administrativo e os gestores intermediários.
- Garante os produtos e insumos de entrada para abastecimento das áreas, para que as atividades do hospital sejam realizadas com qualidade e zelo pelo uso racional dos produtos e insumos.
- Atualizar e assegurar a divulgação dos manuais de normas e procedimentos da área subordinada a ele.
- Executar demais funções que lhe sejam atribuídas de acordo com as normas da instituição hospitalar em questão.

- **Médico Diretor do Corpo Clínico:** conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina, CFM nº 2.147/2016, o médico Diretor ou Responsável Técnico, é o profissional com CRM (registro no Conselho de Medicina), que responde administrativa e eticamente pela instituição hospitalar.
 - É responsável por dirigir e coordenar o corpo clínico da instituição hospitalar.
 - Cabe a ele garantir a qualidade e a segurança dos processos assistenciais, cabendo a ele a averiguação e a avaliação da capacidade dos profissionais médicos que se apresentarem para trabalhar e compor o Corpo Clínico do hospital.
 - Por representar os profissionais médicos da instituição, cabe a ele intermediar e gerenciar as demandas da equipe médica junto à Direção e Conselho e vice-versa.
 - Exige o cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico, das Resoluções do CFM e do código de ética médico.

- **Gerente:** o gerente deve ter a postura de líder, nunca de “chefe”, pois precisa motivar seus subordinados diretos e os demais colaboradores em prol dos objetivos da instituição.
 - Define objetivos e metas para equipe da sua área.
 - Planeja estratégias para sua área.
 - Distribui as atividades aos coordenadores para que sejam executadas.
 - Roda a ferramenta PDCA e demais ferramentas da qualidade para resolver os problemas e garantir a efetividade dos resultados.
 - Cria, alimenta e gerencia os indicadores.
 - Cuida de contratos e busca novas oportunidades de negócios.
 - Avaliar os custos das atividades da sua área.
 - Desenvolve pessoas.
 - Motiva e comunica.
 - Entre outras funções que podem ser designadas a este cargo dentro do hospital.

- **Coordenador:** o coordenador costuma ser um profissional com uma formação mais específica com relação à área e à equipe que está coordenando. Deve ter uma postura de líder, evitando ser apenas “chefe”.
 - Tem contato direto com a equipe de trabalho.
 - Mantém os membros da equipe organizados e motivados.
 - Comunica os supervisores e/ou equipe sobre os objetivos e metas que devem ser alcançadas.
 - Planeja, executa, checa e ajusta (PDCA) os processos e atividades da equipe.
 - Cria, corrige e atualiza os manuais de procedimentos.
 - Define protocolos e rotinas de trabalho.
 - Controla os custos, mantendo a operação dentro do orçamento mensal previsto.
 - Alimenta indicadores.
 - Entre outras funções que podem ser designadas a este cargo dentro do hospital.

- **Supervisor:** é o responsável por supervisionar o trabalho da equipe, avaliando a qualidade técnica do trabalho executado e se as normas e procedimentos para realização daquela tarefa estão sendo seguidas.

Para a função de supervisor, o ideal é que a pessoa tenha a mesma formação dos profissionais da equipe que irá supervisionar, assim garantindo que terá “Conhecimento”, “Habilidades” e “Atitudes” (“CHA”) necessárias para conferir e ajustar os processos, assim como treinar os colegas para execução de determinadas tarefas dentro dos processos de sua área específica.

O supervisor é o responsável pela execução das atividades dentro do processo, devendo garantir os resultados dentro das metas e objetivos propostos.



Um hospital trabalha 24 horas por dia, 7 dias por semana e 365 dias por ano, ou seja, não para nunca! Sendo assim, será praticamente impossível ter gestores de áreas específicas, presentes em tempo integral, por isso, se o fluxo de atividades e os processos estiverem bem ajustados, tudo tende a ocorrer da melhor maneira possível. Um hospital tem suas peculiaridades e demandas que podem exceder os protocolos, fazendo com que ajustes ou uma tomada de decisão rápida, fora da rotina, seja necessária. Nesse momento, surgem uma hierarquia natural, baseada na questão “dos costumes” dentro do hospital, em que o médico plantonista (protagonista da assistência) tende a ter autonomia e liderança sobre determinadas funções e atividades, da mesma forma, o enfermeiro que está de plantão. Casos excepcionais, quando a situação extrapole a competência da equipe ali presente, os gestores deverão ser contatados seguindo a ordem hierárquica, evitando, assim, o que chamamos de ingerências.

RESUMO DO TÓPICO 1

Neste tópico, você aprendeu que:

- É importante ter uma visão sistemática dentro da organização hospitalar.
- A história do hospital se encontra dentro do contexto da história da medicina, que apresenta resquícios históricos de sua existência há 3.000 anos a.C.
- A civilização Assírio-Babilônica, os egípcios, os chineses, indianos e os gregos tiveram grande contribuição para a medicina e a criação dos primeiros “hospitais”.
- Os primeiros espaços usados para abrigar os doentes (“hospitais”) foram os templos, que logo passaram a ser chamados de Asclepiéias.
- Nos templos gregos já se observava a imagem da serpente como símbolo da divindade e do poder de cura; essas serpentes estão presentes nos símbolos que representam as profissões da área da saúde.
- Além das Asclepiéias, em Roma também havia os valetudinários, um tipo de hospital utilizado por militares, atletas e gladiadores.
- O modelo de hospital mais humanizado surgiu no Cristianismo, onde a assistência era eclesiástica (feita por religiosos), antes disso, a precariedade e as condições de higiene dos “hospitais” eram antagônicas à ideia de saúde.
- O modelo hospitalar cristão e a influência da religião sobre a medicina aumentaram após o Decreto de Milão feito pelo Imperador Constantino.
- Havia uma ordem do alto clero da Igreja Católica para que os hospitais cristãos fossem construídos ao lado das igrejas ou paróquias, sendo controlados pela diocese local.
- Na fase final da Idade Média, o sistema feudal começa a perder força e, com isso, a Igreja Católica também, este fato resulta em uma crise generalizada nos nosocômios (hospitais) cristãos.
- Com a crise da Igreja Católica, começou um processo de secularização da gestão dos hospitais cristãos, isso resultou em alguns abusos no uso dos recursos financeiros destes hospitais.
- No período pós-Revolução Industrial (Séculos XVIII e XIX), os hospitais mudaram as características de hospedar e apaziguar o sofrimento para a missão de tratar e curar o doente.

- A palavra “hospital” é de origem latina “*hospitalis*”, derivada de “*hospes*”, que significa “hóspedes”. O termo hospital, por sua vez, tem mais relação com o termo grego “*nosocomium*”, que significa “tratar os doentes”.
- O primeiro hospital brasileiro foi a Santa Casa de Santos, fundada em 1543.
- Os hospitais podem ser organizados em Santas Casas ou filantrópicos, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos.
- Para ser um hospital beneficente filantrópico, é preciso ter o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS).
- Um hospital pode ser classificado de acordo com o tipo de serviço que presta para a população, sendo considerado um hospital dia, hospital especializado ou hospital geral.
- Um hospital apresenta diferentes níveis de complexidade em seu atendimento, sendo classificado como de nível 1 até o nível 4 (de maior complexidade).
- Um hospital moderno é visto como uma empresa, sendo assim, sua estrutura organizacional deve seguir critérios e formalidades que atendem a essa concepção de organização.



1 Com base nos aspectos históricos do hospital, desde a Antiguidade até a concepção de hospital moderno, associe os itens, utilizando o código a seguir:

1. Asclepiéia.
2. Valetudinários.
3. Santas Casas de Misericórdia.
4. Hospitais anexo as dioceses católicas.
5. Nosocômio.

- () É o termo que mais se adéqua ao sentido das atividades realizadas dentro de um hospital, sendo assim, chamado nos seus primórdios.
- () Nome do espaço destinado a hospedar doentes, peregrinos, pessoas carentes e em leito de morte na Grécia antiga, cujo nome vem do médico grego, filho do Deus Apolo.
- () Modelo assistencial do primeiro hospital fundado pelos portugueses no Brasil.
- () Decisão tomada no quarto Concílio de Cartagena com relação à construção dos hospitais cristãos.
- () Local construído pelos romanos de maior poder aquisitivo para tratar atletas, gladiadores e militares.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

- a) () 4, 3, 1, 2 e 5.
- b) () 3, 4, 1, 2 e 5.
- c) () 5, 1, 3, 4 e 2.
- d) () 5, 2, 3, 4 e 1.
- e) () 2, 3, 4, 1 e 5.

2 Como é a concepção moderna dos hospitais atualmente e como estão organizados?

3 No estudo do sistema organizacional, cite os influenciadores do ambiente organizacional.



A ESTRUTURA HOSPITALAR

1 INTRODUÇÃO

Neste tópico, abordaremos sobre o estudo do hospital, conhecendo os espaços físicos que compõem a estrutura predial e suas dependências, dessa forma, você compreenderá a complexidade de uma instituição hospitalar.

Segundo Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), as atividades realizadas pelo hospital são complexas, ocorrem de forma simultânea e precisam de um fluxo ágil e inteligente. Por isso, a construção ou reforma de um hospital precisa ser realizada com um planejamento lógico de espaços, áreas de circulação, acesso para macas e cadeiras de rodas e, obviamente, atender às Normas Regulamentadoras (NR) para que o Alvará de Funcionamento e o Alvará Sanitário sejam deferidos.

O planejamento de um hospital deve ser fundamentado em um estudo epidemiológico, em que serão avaliados: as necessidades da população local, a condição socioeconômica e de saúde do grupo populacional o qual será prestada a assistência à saúde; deve ser avaliado se o atendimento do hospital será focado na população de um bairro, de uma região da cidade (mais de um bairro), de uma cidade inteira ou, ainda, prestar atendimento a cidades vizinhas, ou seja, será um Hospital Local, um Hospital Regional ou um Hospital de Base.

Questões de qualidade do ambiente interno do hospital e de biossegurança deverão ser observadas e planejadas detalhadamente, minimizando os riscos a que estão expostos os profissionais de saúde, pacientes, familiares e demais pessoas que circulam pela instituição hospitalar.

Esses pontos de reflexão são fatores que influenciarão no projeto predial e impactarão no estudo econômico dos custos e recursos. Além disso, o planejamento não pode garantir somente a construção do prédio, é preciso pensar na parte interna: adquirir mobília, equipamentos e contratar recursos humanos para que o hospital atenda aos objetivos de atendimento da população ao qual se propõem.

2 PLANEJANDO O HOSPITAL

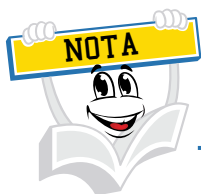
Conforme você estudou nos aspectos históricos, após o fechamento das Asclepiéias e com expansão dos hospitais cristãos, era comum encontrarmos o hospital ao lado das igrejas e depois em mosteiros. Na concepção de hospital

moderno, é importante que a unidade hospitalar se encontre localizada em um ponto estratégico dentro da cidade.

A realização de um estudo geopolítico é importante para definir a localização do hospital. Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000) recomendam que o local onde o hospital está ou será construído tenha boas condições atmosféricas: receba luz solar, sem ação direta do vento (construir próximo a colinas ou com barreira de árvores), ter seu entorno arborizado, com poucos barulhos urbanos (ruídos), sem a presença de odores desagradáveis, poluição e poeira, preferencialmente, longe de áreas industriais da cidade. Além disso, deve ser estruturado onde há acesso fácil dos serviços básicos: estacionamento, transporte público, coleta de lixo, água e esgoto tratado etc.

Conforme Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), o planejamento de um hospital, principalmente os públicos ou beneficentes, deve contemplar a necessidade de leitos da região onde será construído. Para tal, deve considerar o que é recomendado pela OMS e/ou Ministério da Saúde.

Na equipe de planejamento do projeto de um hospital, é importante ter membros multiprofissionais para discutir e assessorar o dono (ou donos) que quer construir o hospital (Conselho Diretor, Congregações religiosas, empresários, grupo médico, políticos, entre outros). De acordo com Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), é importante que a equipe seja composta por, no mínimo: um engenheiro ou arquiteto, economista ou da área financeira, médico sanitário ou com experiência em avaliação epidemiológica da população e um representante administrativo, para acompanhar a execução do projeto. Todos com experiência em programas e/ou projetos na área da saúde. Essa equipe de planejamento vai confeccionar e apresentar aos interessados e/ou investidores (seja público ou privado) a viabilidade do projeto, seus custos, os prazos, os possíveis problemas que podem surgir ao longo da execução e demais demandas. Após aprovação dos responsáveis e obtido os recursos necessários será dado início à obra.



No caso das reformas e ampliações de estruturas hospitalares existentes, também é recomendada a criação de uma equipe ou comissão de obra, em que devem participar: o Diretor Executivo ou Superintendente (ou algum representante destes), um engenheiro ou arquiteto, o engenheiro clínico do hospital, o Gerente de manutenção (ou representante deste), Engenheiro Clínico (se houver), o Gerente ou Coordenador da área onde será executada a reforma ou ampliação e um representante do departamento financeiro ou compras da instituição. Importante também destacar que esses membros podem variar de acordo com o porte do hospital. Em hospitais de grande porte, o Diretor Geral ou Superintendência não participa da equipe, alguém da administração vai representá-los, em estruturas hospitalares menores, é mais comum observarmos o Diretor acompanhando o projeto de reforma mais de perto. Além disso, poderá haver a participação de algum outro membro que se faça necessário e não foi elencado aqui.

A partir do início da execução da obra, o engenheiro (ou arquiteto) é fundamental em todas as etapas do projeto, devendo a Direção do hospital manter contato direto ou ter o Gerente de Manutenção em contato direto com esse engenheiro, garantindo, assim, o cumprimento de todos os detalhes do projeto e o sucesso da obra ou reforma. Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000) recomendam que se dê a devida atenção aos serviços mecânicos e elétricos, que empregam cerca de 40 a 50% do orçamento do projeto, sendo importante que a instalação de rede elétrica, de água, esgoto e as respectivas tubulações sejam feitas de forma funcional e que permitam fácil acesso para manutenção, caso seja necessário no futuro.

No caso de construções novas ou obras de reforma que envolvam a instalação de equipamentos médico-hospitalares, é importante a participação de um engenheiro clínico na equipe ou comissão de obra, para que possa acompanhar esse processo.

2.1 O PAPEL DO ENGENHEIRO DE MANUTENÇÃO x ENGENHEIRO CLÍNICO

Prezado acadêmico, dentro de um hospital existe o engenheiro ou profissional responsável pelo setor de manutenção e existe a figura do profissional da engenharia clínica. A seguir algumas responsabilidades do **engenheiro de manutenção**:

- Assessorar e supervisionar o planejamento e construção das obras e reformas do hospital.
- Controle de compras e custos da obra ou reforma em conjunto com departamento financeiro.
- Controle das condições ambientais que envolvem o interior e o exterior do hospital.
- Controlar o sistema de aquecimento (caldeiras, sistema a gás etc.).
- Controle dos dejetos e segregação dos resíduos hospitalares.
- Vigilância e controle sobre o funcionamento dos sistemas elétricos e hidráulicos do hospital.
- Assessorar e supervisionar as questões relacionadas aos sistemas de segurança e vigilância do hospital.
- Responde pelos sistemas e equipamentos de comunicação.
- Garante a aplicação das normas de segurança.
- Responde pelo sistema de gases medicinais do hospital.
- Entre outras tarefas e responsabilidades.

A seguir, algumas responsabilidades do **engenheiro clínico**:

- Garantir o funcionamento e a manutenção dos equipamentos e dispositivos médicos do pronto-socorro, UTI, Centro Cirúrgico, Postos de Enfermagem, entre outros.

- Controle do funcionamento dos equipamentos e acessórios dos equipamentos de radiologia e diagnóstico por imagem.
- Monitorar e planejar o ciclo de vida das tecnologias e equipamentos hospitalares.
- Controlar e assessorar os contratos e calendário das manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos médicos.
- Assessorar nas questões relacionadas aos gases medicinais do hospital.
- Calibrar e ajustar os equipamentos médico-hospitalares de acordo com os padrões estabelecidos nas normas.
- Assessorar na aquisição e realizar a aceitação de novos equipamentos e tecnologias.
- Entre outras tarefas e responsabilidades.

O Colégio Americano de Engenharia Clínica (ACCE) define o engenheiro clínico como aquele profissional que aplica e desenvolve os conhecimentos de engenharia e práticas gerenciais às tecnologias de saúde para proporcionar uma melhoria nos cuidados dispensados ao paciente. Observem que há diferença no tipo de trabalho de cada um dos engenheiros; normalmente, a engenharia clínica é exercida por um profissional engenheiro elétrico com especialização em engenharia clínica ou biomédica. Dentro do hospital é importante a presença do engenheiro civil ou mecânico, mas também a presença do engenheiro clínico.



Na prática profissional, temos observado que, em alguns hospitais, há uma mistura de funções nos setores de manutenção! Em algumas instituições, o engenheiro de manutenção, além de suas tarefas, ainda assume as atribuições do engenheiro clínico. Em outras, ocorre o inverso, o engenheiro clínico, além de suas atribuições, assume as tarefas do engenheiro de manutenção. Quando o ideal era ter ambos os profissionais atuantes cada um em sua função específica.

3 ESTRUTURA DO HOSPITAL

O hospital deve ser estruturado de forma que sua estrutura predial e divisão dos cômodos (salas de atendimento e internação) atenda à expectativa ao qual foi planejado. No que tange aos critérios de edificação, o hospital poderá ser monobloco, pavilhonar ou multibloco.

- **Hospital Pavilhonar:** os serviços vão se apresentar distribuídos em pavilhões (edificações) de pequeno porte isoladas uma das outras, onde cada pavilhão terá uma especialidade (exemplo da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/RS).
- **Hospital Multibloco:** os serviços são distribuídos em edificações de médio ou grande porte que podem ou não estar interligadas.

- **Hospital Monobloco:** tudo centralizado em uma única edificação, sendo que esse prédio pode ter sua extensão horizontal (térrea) ou vertical (mais andares).

O porte de um hospital será definido de acordo com sua quantidade de leitos ofertados:

- **Hospital de pequeno porte:** são os hospitais com capacidade de até 50 leitos.
- **Hospital de médio porte:** são os hospitais com capacidade de 51 até 150 leitos.
- **Hospital de grande porte:** são os hospitais com capacidade de 151 até 500 leitos.
- **Hospital de porte-extra:** são hospitais com capacidade acima de 501 leitos.



Lembre-se! O nível primário de atenção são as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF). O nível secundário de atenção são Unidades de Pronto Atendimento (UPA), ou aquelas instituições hospitalares de média complexidade. O nível terciário de atenção são os hospitais de médio e grande porte que ofertam serviços de alta complexidade.

Segundo Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), o planejamento para construção ou ampliação de um hospital ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA) deve contemplar a necessidade de leitos da região onde será construído. Para tal, deve-se considerar o que é recomendado pela OMS e/ou Ministério da Saúde, que estabelecem o mínimo de leito por cada mil habitantes ou determinando um valor de acordo com o porte da instituição de assistência à saúde.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde define por meio da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, o número de leitos para a UPA 24h de acordo com o seu porte.

- **UPA porte I:** cobertura de 50.000 a 100.000 habitantes, deve ter o mínimo de **sete leitos** para observação e **dois leitos** para urgência.
- **UPA porte II:** cobertura de 100.001 a 200.000 habitantes, deve ter o mínimo de **11 leitos** para observação e **três leitos** para urgência.
- **UPA porte III:** cobertura de 200.001 a 300.000 habitantes, deve ter o mínimo de **15 leitos** para observação e **quatro leitos** para urgência.

No caso dos hospitais especializados em cuidados prolongados (HCP), o Ministério da Saúde regula, com base na Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012, os seguintes critérios:

- **Unidades de Cuidados Prolongados (UCP):** de acordo com o art. 8 da Portaria nº 2.809, se enquadram nesse conceito os estabelecimentos que possuem de 15 a 25 leitos para internação.

Hospitais de Cuidados Prolongados (HCP): de acordo com o art. 8 da Portaria nº 2.809, se enquadram nesse conceito os estabelecimentos que possuem acima de 40 leitos destinados para internação.

De acordo com o Art. 20, da Portaria nº 2.809/2012, o parâmetro utilizado para cálculo de leitos deve ser **2,5 leitos** para cada **mil habitantes**. Dessa forma, dá para dimensionar o tamanho de um hospital confrontando com os dados do estudo epidemiológico previamente realizado.

Todo o hospital conta com equipe multiprofissional de reabilitação, que inclui: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo e fonoaudiólogo. Além disso, temos as equipes de apoio da higienização, manutenção, administrativo, entre outros. O projeto arquitetônico do hospital deve contemplar áreas físicas que permitam a atividade da equipe multiprofissional e equipes de apoio, contando também com uma infraestrutura a ser utilizada pelos colaboradores, diferente da utilizada pelos clientes/pacientes como: estacionamento, banheiros, vestiários, refeitório, uma sala de descanso utilizada no momento de intervalos do trabalho, entre outros.

Segundo Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), com relação aos colaboradores, há padrões internacionais que determinam um referencial de 3,5 colaboradores por leito. Em países subdesenvolvidos, esse referencial cai para 2 a 2,5 colaboradores por leito. Com relação aos profissionais técnicos de enfermagem (maior grupo dentro de um hospital), tem-se como referência um profissional de enfermagem para cada cinco leitos. Dessa forma, dá para dimensionar a quantidade de colaboradores por leito.

Com relação aos pacientes, de acordo com Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), considerando um período médio de três dias de internação, calcula-se **seis visitantes** por leito. Então, é preciso ter uma infraestrutura com espaço físico para estacionamento, sala de espera, lancheria, banheiros, elevador social, corredores amplos, controle de entrada e saída, segurança, entre outros.

3.1 GESTÃO DE LEITOS

Considerado por muitos como um processo crítico dentro dos hospitais, a gestão de leitos e o nível de ocupação do hospital é uma preocupação dos gestores. Uma má gestão dos leitos pode resultar em falta de leitos em um momento, enquanto em outro momento poderá resultar em ociosidade de leitos.

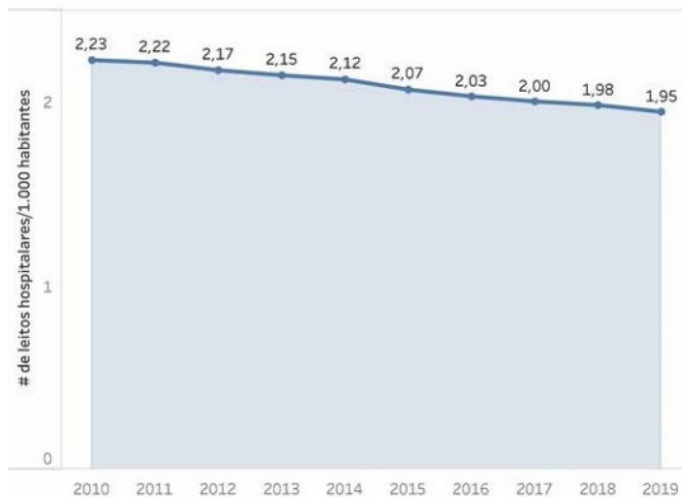
O gestor precisa se preocupar com esta questão, pois precisará prestar contas ao Conselho Diretor sobre a taxa de ocupação e a utilização eficiente da capacidade instalada, e, ainda, garantir leito para satisfação do médico do corpo

clínico e a satisfação e experiência do paciente que não quer ficar aguardando leito, sendo, algumas vezes, alocado em salas de espera ou corredores do hospital.

De acordo com Matarazzo e Zoca (2019), em 2017, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendava uma média mundial de 3,2 leitos hospitalares para cada 1.000 habitantes, incluindo leitos dos hospitais públicos e privados.

Em 2010, o Brasil tinha uma média de 2,2 leitos para cada mil habitantes, porém, Matarazzo e Zoca (2019) afirmam que essa média diminuiu para 1,95 leitos para cada mil habitantes (Figura 9).

FIGURA 9 – DADOS DO DECRÉSCIMO DO NÚMERO DE LEITOS NO BRASIL – 2010 A 2019



FONTE: Adaptado de Matarazzo e Zoca (2019)

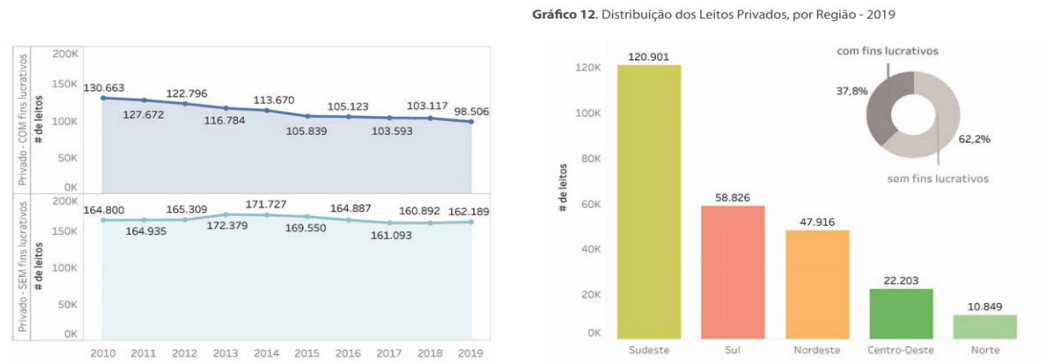
Segundo Matarazzo e Zoca (2019), com base nos dados da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), no ano de 2010 o Brasil contava com 435.793 leitos, entre os anos de 2010 e 2019 o Brasil teve uma redução de 25.568 leitos, uma retração de 5,9% no número de leitos (considerando público e privado). Em 2019, os dados demonstram que o Brasil conta com 410.225 leitos.

• Leitos dos Hospitais Privados

Em 2019, o Brasil contava com 260.695 leitos privados (hospitais com ou sem fins lucrativos); durante esse período de 2010 a 2019, houve uma redução de 34.768 leitos da rede privada (Figura 10).

Analisando a densidade de leitos distribuído por regiões, observaremos que o Sudeste é a região que mais possui leitos da rede privada, enquanto o Nordeste é a região que possui menor quantidade de leitos da rede privada (Figura 10). Além disso, é possível observar que a maior quantidade de oferta de leitos na rede privada está nos hospitais sem fins lucrativos.

FIGURA 10 – DADOS RELACIONADOS AOS LEITOS DE HOSPITAIS PRIVADOS DO BRASIL



FONTE: Matarazzo e Zoca (2019, p. 80)

De acordo com Gois (2020), cruzando informações da quantidade de hospitais privados, com a quantidade de leitos disponíveis e a quantidade de usuários de planos de saúde, a única região deficitária é a Região Sudeste do Brasil, em todas as demais regiões há uma sobra de leitos privados (Figura 11).

FIGURA 11 – CORRELAÇÃO POR REGIÃO ENTRE OS HOSPITAIS E LEITOS PRIVADOS X USUÁRIOS DE PLANO DE SAÚDE

			
Região	Quantidade de hospitais	Quantidade de leitos	Quantidade de beneficiários
Norte	5,2%	4,2%	3,7%
Nordeste	22,6%	19%	13,8%
Sul	19,5%	22,5%	14,8%
Sudeste	41,4%	46%	61,3%
Centro-oeste	11,3%	8,9%	6,4%

FONTE: Adaptado de Gois (2020)

• Leitos dos Hospitais Públicos

Em 2019, o Brasil contava com 149.530 leitos públicos, durante esse período de 2010 a 2019, houve um aumento de 9.200 leitos na rede pública. De acordo com Gois (2020), analisando a densidade de leitos públicos distribuído por regiões, vamos observar que as regiões Norte e Nordeste são as regiões que possuem mais leitos públicos para cada mil habitantes, enquanto que o Sudeste (devido ao fato de ter uma maior população) é a região que possui menor quantidade de leitos disponíveis na rede pública para cada mil habitantes.

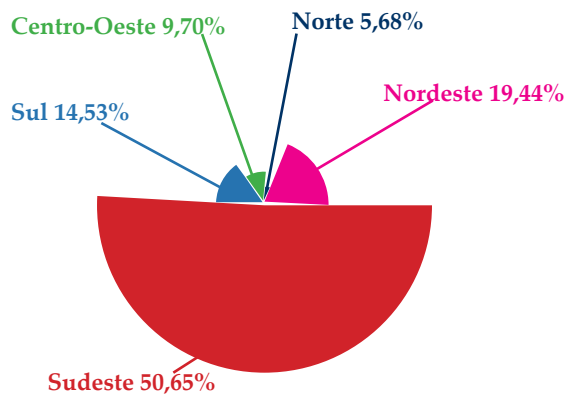
• Leitos de UTI

A recomendação da OMS para leitos de UTI, é de 1 leito para cada 10.000 habitantes. De acordo com Riveira e Flach (2020), com base em dados obtidos na plataforma *Bright Cities*, o Brasil conta em 2019 com 41.311 leitos de UTI (adultos e infantis), considerando rede pública e privada.

Esse levantamento foi realizado no início de 2020, analisando as estruturas hospitalares dos 5.570 municípios do Brasil, com objetivo de planejar o combate à pandemia do Covid-19 (novo coronavírus). O resultado foi surpreendente! Considerando apenas as UTIs da rede pública, apenas 10% dos municípios brasileiros atendem à recomendação de ofertar 1 leito de UTI para cada 10.000 habitantes. Se incluirmos mais as UTIs da rede privada, sobe para 12,6% o número de municípios que se enquadram nessa recomendação.

Observe a seguir a distribuição por regiões da quantidade de UTIs no Brasil (Figura 12).

FIGURA 12 – DISTRIBUIÇÃO POR REGIÕES DA QUANTIDADE DE UTI NO BRASIL



FONTE: Adaptado de Riveira e Flach (2020)

Voltando a tratar da disponibilidade de leitos no contexto geral, considerando o Art. 20, da Portaria nº 2.809/2012, que estima a necessidade de **2,5 leitos** para cada **mil habitantes**, podemos concluir que a quantidade de hospitais e leitos no Brasil está aquém da necessidade mínima. Os dados apontam uma média de 1,95 leitos para cada mil habitantes.

Se analisarmos a rede privada de saúde suplementar de forma isolada, em 2019 temos um total de 260.695 leitos para 47 milhões de usuários, o que disponibiliza cerca de 5,54 leitos para cada mil habitantes. Por outro lado, se analisarmos a rede pública isoladamente, onde, segundo dados da ANS, cerca de 70% da população brasileira não possui plano de saúde e depende dessa rede pública, são cerca de 164 milhões de usuários da rede pública para cerca de 149.530 leitos disponíveis.

Então, podemos dizer que, em 2019, a oferta de leitos na rede pública é de 1 leito para cada mil habitantes, muito abaixo do que propõe a Portaria nº 2.809/2012, mostrando a falta de investimento e de políticas públicas de saúde por parte do governo federal para equacionar essa questão da falta de leitos na rede pública. Isso explica o motivo das filas para procedimentos, pacientes acumulados em macas e cadeiras de rodas nos corredores, entre outros problemas na saúde pública que observamos nas mídias locais e nacionais.



Como a maior quantidade de leitos disponíveis na rede privada é proveniente dos hospitais sem fins lucrativos, pode-se afirmar que parte destes leitos são utilizados por usuários do SUS. Esses hospitais filantrópicos e beneficentes precisam destinar um percentual de sua estrutura para rede pública em troca de benefícios dados pelo governo. Por esse motivo, é prudente considerarmos o valor médio de 1,95 leitos para cada mil habitantes, conforme constam nos dados oficiais da Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Mesmo assim, acende o sinal de alerta, pois se toda população da rede privada e da rede pública forem precisar de leitos, resultará em um colapso do sistema hospitalar público e privado no Brasil.

3.2 NORMAS PARA CONSTRUÇÃO, AMPLIAÇÃO OU REFORMAS

De acordo com o Ministério da Saúde, existem normas para elaboração de projetos físicos para construção de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), independentemente se haverá ou não internação ou seu nível de complexidade. Tudo que for edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, é classificado como EAS, sendo obrigatório o cumprimento das normas, inclusive as clínicas de diagnóstico por imagem.

A instituição hospitalar ou clínicas, seja de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos, que descumprirem quaisquer uma das normas, estão sujeitas a penalidades que constam na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que trata das infrações sanitárias.

Prezado acadêmico, é importante ficar atento às datas das pesquisas realizadas em livros e artigos publicados antes do ano de 2002, pois algumas bibliografias trazem como referência a Portaria nº 1.884, de 11 de novembro de 1994, do Ministério da Saúde. Todavia, esta Portaria foi revogada em 2002 pelo próprio Ministério da Saúde, com base na Portaria nº 554, de 19 de março de 2002.

Depois da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), cujo regulamento é aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1990, cabe à ANVISA a criação das normas pertinentes à construção, ampliação e reforma

da EAS. Até o presente momento, a principal normativa que deve ser seguida é a Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regula as questões técnicas para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS).

São oito atribuições dadas a um estabelecimento assistencial de saúde (EAS): 1) Ambulatório e Hospital-Dia; 2) Atendimento imediato; 3) Internação; 4) Diagnóstico e Terapia; 5) Apoio Técnico; 6) Ensino e Pesquisa; 7) Apoio Administrativo; e 8) Apoio logístico.

Com base na atribuição que se enquadra a EAS, será apresentado para aprovação da Vigilância Sanitária local (municipal ou estadual) o Projeto Básico de Arquitetura (PBA) com o relatório técnico. Após analisado e aprovado o PBA da EAS, então é dada a liberação para início da construção, reforma ou ampliação da EAS. Depois do término da execução da obra, para obtenção do Alvará Sanitário, a Vigilância Sanitária fará uma inspeção no local da obra para garantir que a construção seguiu fielmente o PBA que foi aprovado por ela.

3.3 SETORES DO HOSPITAL

O hospital é dividido em setores e, dentre estes setores, existem aqueles de atividade-meio e outros de atividade-fim. É importante que o setor administrativo tenha uma área física própria; se for um hospital multibloco é recomendado que tenha uma edificação própria; se for monobloco, recomenda-se que tenha uma área bem separada da área assistencial.

Por que essa separação? Isso é recomendado pelo fato de a área assistencial ter normas rígidas de segurança, formação específica, riscos biológicos, entre outras situações as quais os colaboradores do setor administrativo não precisam estar expostos.

• Unidades de Internação (enfermarias/quartos)

São os setores de maior atenção do hospital, de acordo com Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), é importante planejar bem as unidades de internação com relação as suas características, especialidades e localização.

Em unidades clínicas, é comum pacientes com diferentes patologias serem internados no mesmo setor, porém, é importante isolar pacientes que possuem patologias infectocontagiosas. Nesse contexto, segundo Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), é recomendável também ter unidades separadas para psiquiatria, ala pediátrica, materno infantil e de recuperação pós-cirúrgica.

Conforme Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), deve-se destinar uma área mínima de 16 m² por leito, com exceção nas enfermarias comuns. A tendência dos hospitais é terem poucos quartos privativos (com apenas um leito),

alguns quartos semiprivativos (com dois leitos) e enfermaria (com até quatro leitos). Importante destacar que, na rede pública, a classificação de enfermaria poderá acomodar muito mais que quatro leitos, o importante é que deve haver banheiro com pia, vaso sanitário e chuveiros em todos os quartos.

Para o paciente e seus acompanhantes, quanto menos leito no quarto melhor, pois tem mais privacidade, mas para o hospital, quanto mais leitos no quarto melhor a gestão dos processos, mais ágil é o atendimento e menor é o custo por leito.

- **Ambulatório (consultórios)**

Classificado em alguns hospitais como pronto atendimento (PA) ou pronto-socorro (PS), é a unidade responsável por fazer o atendimento de pacientes externos, podendo ser pacientes que procuram o hospital por uma dor de barriga, até um politraumatizado de um acidente de trânsito trazido pelo SAMU. Tudo vai depender da característica de atendimento deste hospital.

De acordo com Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), é recomendado que os ambulatórios sejam alocados no térreo do hospital, com acesso fácil para os pacientes e ambulâncias. Deve ter uma ampla sala de espera, banheiro, sala de triagem; na infraestrutura assistencial deve ter consultórios e sala de procedimentos funcionais, espaço para coleta de exames, uma farmácia satélite, sala de emergência, sala com leitos e posto de enfermagem para pacientes em observação e, preferencialmente, ter uma sala de raios X ou estar próximo do centro de diagnóstico por imagem e exames complementares.

- **Centro Cirúrgico**

Havia uma tendência que o espaço físico destinado ao centro cirúrgico fosse alocado no último andar da edificação hospitalar, de forma que o acesso a essa área fosse restrita, deixando um ambiente com menor fluxo, menor ruído e mais isolado. No entanto, segundo Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), isso não faz mais sentido, o centro cirúrgico pode ser posicionado em outras partes ou andares do hospital, desde que seja respeitada as condições ideais de ambiente, ventilação especial, higiene, isolamento e seja funcional com antessalas para vestiários de médicos e colaboradores e antessalas para o preparo pré-operatório dos pacientes. A sala de recuperação deve ser construída anexa ao centro cirúrgico e a unidade de internação cirúrgica deve ser próxima, facilitando o transporte do paciente.

- **Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI)**

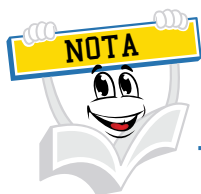
O CDI, também conhecido como setor de radiologia, é um setor de prestação de serviço de exames complementares de diagnóstico para o paciente. Um CDI completo vai contemplar: exames de raios X, mamografia, densitometria óssea, ultrassom, ecocardiograma, tomografia computadorizada, ressonância magnética e radiologia intervencionista (biópsias e punções).

De acordo com Nobrega (2006a), os serviços de diagnóstico por imagem criam preocupação para os gestores do hospital, primeiramente por causa do custo de aquisição e manutenção dos equipamentos e acessórios de radiologia, que são desproporcionais à realidade financeira da maioria dos hospitais. Segundo, pela questão dos custos com mão de obra especializada e infraestrutura de salas blindadas. Por fim, questões relacionadas à legislação específica dessa área, pois o fato de envolver o uso de radiações ionizantes fazem com que as questões de segurança sejam fielmente aplicadas.

Equipamentos como os de ultrassom não exigem blindagem na sala de exames, pois não fazem uso de radiação ionizante, porém, necessitam de uma sala com banheiro interno e lavabo para o médico, além disso, a instalação elétrica tem que ser de qualidade para evitar interferência nas imagens.

Os equipamentos que fazem uso de radiação ionizante (raios X) para produção das imagens, devem ter salas adequadas com base na RDC nº 50 e obedecer a nova RDC nº 330, vigente desde dezembro de 2019 (revogou a antiga Portaria nº 453/1998). As salas que possuem equipamentos emissores de raios X devem possuir pelo menos 22 m², sem janelas ou ter janelas em uma altura superior a 2,20 m, paredes e portas blindadas com chumbo ou barita (alguns casos o piso também deverá ter blindagem), além de outras questões que constam nas normativas.

O equipamento de ressonância magnética utiliza radiação não ionizante, porém, possui um fortíssimo campo magnético, fazendo com que seja necessária uma infraestrutura chamada “gaiola de Faraday”, composta com alumínio ou cobre para garantir o isolamento da radiofrequência; isopor ou lã de rocha para o isolamento acústico do ruído dos gradientes; e aço silício para o isolamento magnético. Com relação à instalação de um serviço de ressonância existem algumas variáveis que devem ser observadas e discutidas com os fabricantes dos equipamentos para viabilizar sua aquisição e instalação.



Há algumas décadas, em hospitais mais antigos, principalmente, ligados a alguma entidade religiosa, era comum observarmos os setores de raios X alocados nos porões dos hospitais. Com base em informações de profissionais mais experientes da área, isso ocorria por dois motivos: primeiramente o medo das irmãs e das pessoas em relação ao uso da radiação; segundo pela questão de custo, como o alicerce do prédio era bem robusto e com paredes espessas, o próprio material servia como blindagem para absorção da radiação, reduzindo o custo adicional com material como chumbo ou barita.

- **Setores de apoio**

Segundo Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), as atividades de apoio como lavanderia, cozinha, manutenção, almoxarifado, caldeira, entre outros, devem estar localizadas em regiões da edificação com acesso acessível para fornecedores e prestadores de serviço, de forma que não interfiram no ambiente da assistência (atividade-fim) do hospital.

O mesmo deve ocorrer com os setores administrativos, salas de aula e auditório, se houver, limitando o acesso de pessoas que não são da assistência no ambiente hospitalar de atendimento ao paciente.

- **Tecnologia da Informação (TI)**

Em pleno Século XX, vivemos a era da informação, tudo muito rápido, moderno e tecnológico, impossível imaginar uma empresa com tamanho e complexidade de um hospital sem o uso do sistema de informática robusto organizando todos os dados e agilizando alguns processos/atividades.

Para isso, é necessário que seja planejado uma área física para alocação dos servidores, com controle de umidade e temperatura, segurança com relação a acidentes que danifiquem os hardwares. Por fim, um setor onde ficarão alocados os profissionais de TI.

De maneira resumida, atualmente, o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) contempla um conjunto de informações dos pacientes e um conjunto de ferramentas que permitem executar e gerenciar o fluxo de atividades de cada área assistencial específica, integrando vários processos entre os setores, inclusive administrativos. Em um único sistema, tem cadastro de pacientes, prontuário eletrônico, lançamento de materiais e medicamentos, controle de estoque, contas a pagar, contas a receber, faturamento, indicadores, relatórios, entre outras diversas ferramentas.

4 O AMBIENTE HOSPITALAR

O conceito de “ambiente” pode ser um tanto amplo, pode ser separado em ambiente interno ou externo, sendo que, no primeiro, delimitado e com uma determinada quantidade (volume) de ar. O segundo, um ambiente bem mais amplo, onde prevalece o ar atmosférico. Então, dentro do conceito de habitat natural, o meio ambiente é a união de várias condições diferentes que, em conjunto, afetam a vida e o desenvolvimento de qualquer tipo de organismo vivo.

Nesse momento, para compreensão dessa temática, vamos nos deter ao conceito de ambiente definido por Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), que afirma que o ambiente é definido como o meio em que vive o indivíduo, podendo este ambiente ser saudável ou não para seu desenvolvimento, bem-

estar e sobrevivência. Nesse contexto, o ambiente hospitalar é o conjunto de condições humanas, físicas, químicas, biológicas, técnicas, sociais e econômicas que influenciam na saúde do indivíduo, afetando o equilíbrio do seu organismo (homeostase).

O conceito de saúde é o bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo, isso faz com que o ambiente seja um fator de grande influência na saúde do indivíduo nele inserido. Isso vale para o ambiente doméstico, profissional e, mais importante ainda, no ambiente de tratamento e reabilitação de pessoas doentes (hospitais e clínicas).

Como já vimos anteriormente, no planejamento de um hospital é importante que seja construído em um local que receba luz solar, que tenha pouco ruído externo, não seja um ambiente muito úmido e com muita poeira, não haja muita corrente de vento ou odores desagradáveis, preferencialmente, longe de áreas industriais. Os aspectos relacionados a ambientes externos não são totalmente controláveis pelos gestores, afinal, o ambiente externo, fora dos limites do hospital, ou é público (prefeitura) ou possui um outro proprietário, ambos podem fazer o que “quiserem” com suas respectivas áreas.

A responsabilidade dos gestores é garantir que o ambiente interno do hospital seja o melhor possível. Conforme Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), o ambiente hospitalar deve ser higiênico, amigável, asséptico, humanizado, agradável, silencioso, confortante e de respeito.

Segundo Kuazaqui e Tanaka (2008), o ambiente hospitalar é classificado de acordo com a sua complexidade e amplitude, considerando suas características, particularidades e utilização. É de responsabilidade dos gestores a formulação de procedimentos internos e externos para melhorar a devida sinalização e controle de acesso das pessoas nas áreas consideradas mais críticas.

- **Áreas críticas:** são basicamente a área da UTI e a unidade de emergência, onde há maior ou menor risco de transmitir infecções para os pacientes que ali estão em tratamento.
- **Áreas semicríticas:** unidades de internação e ambulatorios, onde há risco de transmissão de doenças (vírus e bactérias) entre os pacientes, pois possuem patologias diferentes e permanecem no mesmo ambiente.
- **Áreas não críticas:** são as áreas administrativas, fora das áreas assistências, sem a presença de pacientes.

Para garantir um ambiente hospitalar interno saudável, é importante aplicar alguns controles administrativos e técnicos. Segundo Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), é importante um olhar técnico sobre a qualidade do ar respirado no interior do hospital, a temperatura do ambiente interno, controle de infecções, controle das radiações, controle dos ruídos e odores, condições da água, controle de qualidade e validade dos alimentos e o tratamento de resíduos e dejetos.

- **Controle da qualidade do ar**

Existe uma deterioração importante das condições do ar que respiramos, resultante das emissões fixas das indústrias, comércios, agropecuária e resíduos sólidos expostos a céu aberto. Somando as emissões fixas com as emissões móveis, dos carros e demais veículos automotores que queimam combustível, os níveis de monóxido de carbono e hidrocarbonetos se elevam cada vez mais no ar atmosférico externo que respiramos. Nas cidades grandes, esse processo de deterioração é ainda mais acentuado, estima-se que do total de poluição do ar, 39% seja causado por emissores de contaminantes fixos, e 61% causado por emissores de contaminantes móveis.

De acordo com Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), o ar no interior do hospital não está livre de ser afetado por essa deterioração de agentes externos. Além disso, afirmam que, em condições de qualidade normal, o ar que respiramos é composto por 78% de nitrogênio, 21% de oxigênio e quase 1% de argônio misturado com pequeníssimas quantidades de gases raros (néon, hélio, criptônio e xenônio). Nessa mistura são encontrados traços de anidrido carbônico e vapor d'água.

Dentro do ambiente hospitalar, é importante manter o ar que nós e o paciente respira dentro da máxima qualidade, com o mínimo de deterioração possível. Não é só isso, temos que ficar atento às questões internas, afinal, no ambiente interno do hospital, encontram-se pacientes com infecções, patologias com agentes eliminados por vias aéreas, entre outros, cujo patógenos e germes podem ser transportados pelo ar e serem depositados em paredes, mobílias, utensílios e equipamentos. Por esse motivo, é preciso estabelecer uma rotina rigorosa de limpeza e desgerminação constante das salas, das mobílias e de equipamentos, e proceder a lavagem frequente das mãos, com o uso posterior do álcool em gel.

De acordo com Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), são consideradas áreas críticas que requerem mais atenção com a qualidade do ar: centro cirúrgico, sala de parto, sala de endoscopia, UTI, unidade de isolamento, centro de tratamento de queimados (CTQ), cozinha, despensas, lavanderias, casa de máquinas, laboratório de análises clínicas e necrotério.



Setores como ambulatórios e pronto-socorro, normalmente, são considerados como áreas de risco intermediário (semicríticas), mas essa classificação pode mudar para área crítica com alto risco, de acordo com o tipo de atendimento realizado e as patologias que aparecem para serem tratadas.

- **Controle da temperatura interna**

A temperatura interna do hospital deve ser regulada de forma que seja proporcionada uma condição de bem-estar para o paciente, familiares e colaboradores. De acordo com Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), nas áreas assistenciais, como as unidades de internação e UTI, a temperatura muito alta ou muito baixa pode resultar em complicações para o estado de saúde dos pacientes. Nessas áreas do hospital, é recomendado manter a temperatura ambiente de conforto, em torno de 23 °C.

Já em áreas específicas como centro cirúrgico, centro de diagnóstico por imagem e espaços destinados à conservação de medicamentos e tecidos, as temperaturas devem ser mais baixas, de acordo com a especificação e as particularidades de cada setor.

Nas áreas administrativas, não há tanto rigor, sendo o ideal a temperatura que melhor agrada a maioria das pessoas que convivem naquele ambiente.

- **Controle da qualidade da água**

A água é recurso vital para o ser humano e de grande valia para o hospital. Segundo Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), no planejamento do hospital deve ser garantido o fornecimento de água dentro das necessidades da instituição, sem que haja prejuízo das atividades assistenciais e de higienização por escassez ou falta de água.

Um hospital utiliza a água tratada da rede para limpeza, regar jardins, preparar alimentos, laboratório, lavanderia, procedimentos de esterilização de materiais, consumo direto etc. Além de ser utilizada para dar banho nos pacientes, lavagem das mãos para procedimentos cirúrgicos, lavagem de feridas e outras práticas. Por isso, precisa ter qualidade e ser aferida periodicamente pela equipe de engenharia do hospital, garantindo que não haja proliferação de microrganismos patogênicos (protozoários, vírus e bactérias).



Para uso intravenoso, lavagem de tecidos, cavidades externas e internas durante a cirurgia é sempre utilizado água esterilizada.

- **Controle da contaminação dos ambientes**

O risco de infecção hospitalar é um dos maiores medos de pacientes, familiares e de toda equipe multiprofissional de saúde. Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000) destacam a importância de instituir uma política de prevenção e

controle de infecção para todas as pessoas que convivem no ambiente hospitalar: profissionais da saúde, pacientes e familiares.

A comissão de controle de infecção e vigilância epidemiológica do hospital deve promover, com frequência, ações educativas sobre os tipos de infecção, áreas de risco e vias de contágio. Reforçar a importância da lavagem correta das mãos e a segregação correta dos resíduos, separando o que é lixo comum do lixo infectante.

Os profissionais da saúde devem usar corretamente os EPIs de segurança contra agentes biológicos e a higienização dos ambientes, utensílios e equipamentos pós-procedimentos.

- **Controle dos resíduos e dejetos**

De maneira geral, os resíduos são classificados de acordo com sua origem, propriedades físicas, químicas ou biológicas, tempo de degradação, possibilidade de tratamento, depósito final e riscos para saúde e meio ambiente.

De acordo com Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), a instituição hospitalar é produção dos mais variados tipos de resíduos, e em grande quantidade, variando entre: dejetos patológicos ou anatômicos, secreções, excrementos humanos infectados, sangue e derivados, ataduras, sondas cateteres, materiais perfurocortantes, resto de alimentos, papéis e outros tipos de lixo.

É importante que as pessoas (profissionais, pacientes e familiares) respeitem as regras de separação dos resíduos e utilizem corretamente os recipientes de destino de cada tipo de resíduo ou lixo. Entretanto, como isso depende da educação e cultura das pessoas, os gestores precisam garantir a eficiência da segregação correta dos resíduos, para que o lixo hospitalar infectado não pare no lixão da cidade e contamine as famílias que lá trabalham.

Dessa forma, Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000) destacam a importância de estabelecer um processo para manipulação desses resíduos e o treinamento das pessoas encarregadas dessa tarefa tão importante para saúde das pessoas da comunidade em geral e do meio ambiente. Sobre a questão dos resíduos de saúde, para minimizar os riscos, os hospitais utilizam algumas técnicas para tratar os resíduos infecciosos, destacando: a trituração, a incineração, a inativação térmica, a desnaturação, a esterilização a vapor e a desinfecção química. A variação da técnica pode levar em consideração o tipo de resíduo infectado.

A questão do manejo, transporte e tratamento dos resíduos de saúde mudou logo após o ano de 2003, com normativas e recomendações publicadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pelo Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). A primeira foi a RDC nº 33, de 25 de fevereiro de 2003, cujo texto tratava do regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, essa RDC foi revogada pela RDC nº 306, publicada pela ANVISA em 7 de dezembro de 2004.

De acordo com a RDC nº 306, os resíduos das Entidades de Assistência em Saúde (EAS) são classificados em:

- **Grupo A (potencialmente infectantes):** agentes biológicos presentes em materiais de maneira que apresentem risco de infecção.
- **Grupo B (químicos):** materiais que contenham substâncias químicas capazes de causar risco à saúde ou ao meio ambiente, independentemente de suas características inflamáveis.
- **Grupo C (rejeitos radioativos):** são os materiais que contêm radioatividade em carga acima do padrão e que não podem ser reutilizados.
- **Grupo D (resíduos comuns):** qualquer lixo que não tenha sido contaminado ou possa provocar acidentes, como gesso, luvas, materiais passíveis de reciclagem e papéis.
- **Grupo E (perfurocortantes):** objetos e instrumentos que possam furar ou cortar, como lâminas, bisturis, agulhas e ampolas de vidro.

Além disso, torna obrigatório que toda EAS, geradora de resíduos, deverá ter um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), baseado nas características e na classificação dos resíduos gerados citados anteriormente. No PGRSS, devem constar as formas de manejo, segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo e, por fim, a coleta externa com destino final.

• Controle das radiações

Atualmente, está em vigor a RDC nº 330, da ANVISA, publicada em dezembro de 2019, que trata das questões de proteção radiológica no âmbito de hospitais e clínicas que utilizam as radiações nos equipamentos de radiologia e diagnóstico por imagem. Além disso, para áreas de radioterapia e medicina nuclear, existem as normativas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN).

Os princípios de proteção radiológica são: a justificativa, a otimização, o controle de dose e a prevenção de acidentes. Espera-se que todos os profissionais (da radiologia ou não) respeitem esses princípios e as normas de proteção radiológica.

• Controle dos ruídos

É importante que o ambiente interno do hospital e as áreas assistenciais sejam munidos de um rigoroso controle dos ruídos e barulhos. Segundo Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), ruídos indesejáveis, com amplitudes e frequências que causem desconforto são prejudiciais à saúde dos pacientes. Esses ruídos causam irritabilidade, angústia e até insônia.

O bom senso por parte dos colaboradores e médicos é fundamental na preservação do silêncio das unidades assistenciais, controlando o tom de voz, risadas, uso de eletrônicos, tipo de sapato usado para caminhar nos corredores, entre outros.

No caso de obras, o hospital precisa preservar o paciente desse transtorno, reduzindo o incômodo dos ruídos e barulhos que chegam no quarto ou realocando o paciente.

- **Controle dos odores**

No ambiente interno do hospital, assim como em qualquer empresa, é importante ter um controle sobre os odores, com uso de ventilação e exaustão de ar que elimine os maus odores e utilizando produtos químicos para higienização que garanta um cheiro agradável e refrescante.

Conforme Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), os maus odores que são sentidos no hospital podem ser originados no ambiente externo, provenientes de áreas urbanas, industriais e outras causas específicas, mas também podem ser causados dentro do ambiente interno, neste caso, podem ter origem: em laboratórios, cozinhas, depósitos de alimentos, feridas infectadas, pacientes oncológicos em estado terminal, ambientes mal ventilados ou sem ar-condicionado, que favorecem a transpiração excessiva dos pacientes internados, entre outros.

Um mal odor pode causar incômodo aos pacientes, familiares e equipe multiprofissional, é preciso controlar essa questão. Neste contexto, também é importante que os profissionais da saúde tenham bom senso no uso de cremes, cosméticos ou perfumes muito fortes, pois podem causar enjoo e mal-estar em alguns pacientes mais sensíveis a determinados cheiros.

- **Controle dos alimentos**

Segundo Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), os responsáveis pelo setor de nutrição e dietética do hospital têm um importante trabalho de prevenir a contaminação dos alimentos, seja no armazenamento, na preparação, manipulação e/ou distribuição desse alimento para os pacientes.

Entre muitas causas ou fatores de contaminação dos alimentos estão: a preparação muito antecipada do alimento antes do seu consumo, o resfriamento inadequado, antes ou depois de cozido, o reaquecimento inadequado de alimentos já preparados, contato dos alimentos já preparados com pessoas infectadas e a contaminação direta por outros alimentos portadores de microrganismos patogênicos ou por já estarem em estado de decomposição pela má conservação ou manejo incorreto.

Os efeitos desses alimentos no organismo humano será uma infecção gastrointestinal ou intoxicação alimentar, cujos sintomas são similares e difíceis de diferenciar. No entanto, uma situação indesejada para pacientes que já estão sofrendo de outras patologias, e essa intoxicação poderá agravar seu quadro de saúde.

- **Controle de pragas**

A ação desse controle consiste em promover a desinsetização rotineira de insetos e roedores. De acordo com Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), essas desinsetizações podem ocasionar complicações em colaboradores e pacientes alérgicos, resultando em manifestações respiratórias e cutâneas.

Para minimizar a periodicidade das desinsetizações, os gestores devem adotar o uso de telas finas nas janelas, condições sanitárias de limpeza, desinfecção e armazenamento de materiais e sobras que possam atrair insetos e roedores.

- **Humanização do atendimento**

Para os pacientes, é extremamente importante cultivarmos um ambiente agradável e amável, de compreensão e atenção para com o paciente e seus acompanhantes. Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000) afirmam que o paciente perdoa possíveis falhas de estrutura ou de acomodações do hospital, porém não perdoa um mal atendimento prestado por profissionais da saúde. Leva consigo essa imagem negativa do atendimento ruim e ainda divulga para outros membros da comunidade, prejudicando a imagem da instituição hospitalar.

Os gestores precisam se preocupar em criar um ambiente profissional agradável para que as pessoas se sintam bem trabalhando ali e se relacionando bem umas com as outras. Isso vai impactar diretamente na “experiência” do paciente durante seu período de internação. Isso se aplica para pacientes do ambulatório, que vem realizar exames ou simplesmente visitar o hospital.

O paciente, no papel de doente, espera um atendimento com eficiência, carinho, compreensão, clareza, respeito, ética e decência por parte dos colaboradores do hospital, principalmente, os da área assistencial.

5 BIOSSEGURANÇA HOSPITALAR

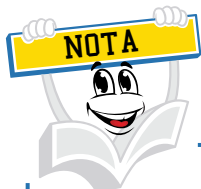
De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a “biossegurança”, de uma forma geral, é uma condição de segurança obtida por meio de um conjunto de ações com objetivo de prevenir, controlar, reduzir ou eliminar os riscos relacionados às atividades e processos que possam prejudicar à saúde das pessoas, animais e o meio ambiente.

É uma obrigação do profissional da saúde seguir as normas de biossegurança, garantindo a sua segurança e a dos pacientes. Conforme destaca Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), negligenciar às normas básicas de biossegurança pode resultar em danos à saúde do indivíduo negligente e, ainda, danos graves às demais pessoas (coletividade) que estão ao seu redor.

Segundo Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), observa-se com determinada frequência, com o passar dos anos, que alguns profissionais da saúde vão ganhando experiência e passam a executar suas atividades numa rotina quase que de forma “automática/subconsciente”, ganham tanta confiança e são

tão assertivos que, sem perceber, começam a omitir procedimentos básicos de segurança na sua rotina diária, como a lavagem das mãos, por exemplo. Muitas vezes, com o argumento de que sua rotina é exaustiva e não há tempo para se prender em detalhes, são muitos pacientes para atender.

Por esse motivo, é responsabilidade da instituição hospitalar estabelecer programas de conscientização, como meio facilitador da promoção da prevenção de riscos de infecções e acidentes. Esses programas educativos devem ser direcionados aos colaboradores, pacientes, visitantes e todas as pessoas que por algum motivo profissional ou pessoal circulam pelo ambiente hospitalar.



Não vamos generalizar a afirmação de Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), pois muitos profissionais da saúde seguem corretamente as normas de biossegurança.

Assim como foi tratado anteriormente nas questões de ambiente hospitalar, a limpeza é, sem dúvida, o pilar básico para evitar os problemas de infecção dos profissionais, pacientes e familiares. Segundo Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), essa prática envolve:

- Lavagem correta e frequente das mãos, com água e sabão desinfetante (se possível usar álcool em gel após a lavagem).
- Limpeza do piso e paredes com água e detergente desinfetante (ou produto específico para tal).
- Limpeza frequente de equipamentos e acessórios que tenham contato com pacientes.
- Limpeza adequada de materiais e utensílios utilizados nos procedimentos.
- Transporte adequado de material contaminado.
- Manutenção dos lugares limpos e secos.
- Controle dos excrementos e vetores transmissores de agentes patogênicos.

Os gestores precisam supervisionar o cumprimento das normas internas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e o cumprimento da legislação que trata da “proteção e segurança dos trabalhadores” é a Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32). Essa norma trata dos riscos aos quais o profissional de saúde vai estar exposto em um serviço de saúde, sendo estes classificados pelo Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA).

Com base nessas informações, o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) vai formular um mapa de risco que deve ficar exposto aos trabalhadores em seu ambiente de trabalho. Essa classificação de risco vai determinar quais serão os EPIs de uso obrigatório para os profissionais de cada setor ou área do hospital.

O PPRA classifica os riscos em: **biológicos, físicos, químicos, ergonômicos e de acidentes (traumas)**. Como prática de biossegurança para evitar esses riscos, de acordo com a NR nº 32, as seguintes medidas são adotadas:

- **Riscos biológicos:** causados por microrganismos, cultura celular, parasitas, toxinas e outros vetores patogênicos. Para minimizar o risco, o profissional vai receber luvas de procedimento, máscaras comuns e as denominadas “bico de pato” e, também, óculos de proteção contra respingos de substâncias. A cor de identificação desse risco é marrom.
- **Riscos químicos:** causados por ácidos, reagentes oxidantes ou redutores, gases, formol, medicamentos etc. Para minimizar o risco, o profissional vai receber luvas de procedimento, máscaras comuns e as denominadas “bico de pato” e, também, óculos de proteção contra respingos de substâncias. A cor de identificação desse risco é vermelha.
- **Riscos ergonômicos:** causados por postura inadequada, levantamento de peso excessivo, esforço repetitivo etc. O profissional vai receber treinamento e orientações de como levantar pacientes, usar o passante, sentar-se corretamente, fazer alongamentos e, sempre que possível, solicitar ajuda ao erguer peso. A cor de identificação desse risco é amarela.
- **Riscos de acidentes:** estrutura predial e física inadequada, pouca iluminação, equipamentos, utensílios pontiagudos, eletricidade, quedas etc. Para minimizar os riscos será realizado treinamento e orientações, por exemplo: não corra, utilize sapato fechado, não use adornos, no caso das mulheres, sempre cabelos presos, não reencapar agulhas, respeitar o limite de transbordo do coletor de perfurocortante (descarpak), uso correto dos EPIs, entre outros. A cor de identificação desse risco é azul.
- **Riscos físicos:** causados por exposição à radiação, campos elétricos, umidade, equipamentos ou ambientes com muito frio ou calor, entre outros. O mais preocupante aqui é a exposição à radiação ionizante; para minimizar os riscos, o profissional vai receber o avental de chumbo, luvas de chumbo, óculos plumbíferos e protetor de tireoide de chumbo. Observe que, neste caso, está recebendo Equipamento de Uso Coletivo (EPC), pois devem ficar nos setores ou equipamentos emissores de radiação para uso de todos os profissionais que estiverem expostos no momento da emissão de raios X. A cor de identificação desse risco é verde.

No contexto do uso das radiações ionizantes, a aplicação das questões de biossegurança envolve diretamente a utilização dos princípios de proteção radiológica: **justificativa, otimização, redução de dose e prevenção de acidentes**.

No princípio da otimização cabe ao profissional ter bom senso no ajuste dos parâmetros das técnicas radiológicas tomando para si o princípio do ALARA, que recomenda que a dose de radiação seja o mínimo possível, mas que, ao mesmo tempo, garanta a qualidade da imagem do exame realizado, a ponto que esse não precise ser repetido, respeitando o biotipo do paciente e com uma exposição compatível com a região anatômica que está sendo estudada.

O profissional deve fazer uso da colimação do equipamento, para reduzir ao máximo o campo de exposição e, sempre que possível, fornecer vestimenta plumbífera (chumbo) para proteger as partes mais radiossensíveis do paciente e dos acompanhantes (caso seja necessária a contenção do paciente).

Com relação à otimização das instalações, cabe a instituição de saúde obedecer às questões de infraestrutura predial conforme a RDC nº 50, e medidas de proteção radiológica da RDC nº 330, publicado pela ANVISA em 20 de dezembro de 2019, que substitui a antiga Portaria nº 453/98. Essa nova RDC está bem atualizada, normatiza novas tecnologias, mas também reitera em seu texto pontos importantes que eram abordados na antiga Portaria nº 453.

Cumprindo essas regulamentações, o serviço de saúde vai receber o Alvará Sanitário, então, entende-se que cumpriu todas as normas de segurança com dimensões e blindagens de áreas controladas, levantamento radiométrico, memorial descritivo com o plano de proteção radiológica, possui equipamentos emissores de radiação com registro na ANVISA, entre outros itens descritos na normativa da ANVISA.

De acordo com o segundo parágrafo, do Art. 50 da RDC nº 330, os ambientes onde são realizados os procedimentos radiológicos ou intervencionistas devem ser classificados como **áreas livres, supervisionadas ou controladas**.

- **Área livre:** área isenta de necessidade de blindagem ou regras de proteção radiológica, pois os limites de dose não ultrapassam 1 mSv/ano.
- **Área supervisionada:** área que tem necessidade de blindagem e regras de proteção radiológica, pois os limites de dose podem ultrapassar 1mSv/ano. As pessoas que frequentam esse ambiente devem estar monitoradas com dosímetro. Exemplo: sala de comando da tomografia.
- **Área controlada:** área que tem necessidade de blindagem e regras de proteção radiológica, restrição de acesso, identificação do símbolo internacional da radiação na porta, luz vermelha que deve acender no momento da emissão de radiação, entre outros. Exemplo: sala onde fica os aparelhos emissores de radiação.

A RDC nº 330 exige que as áreas controladas sejam identificadas com a imagem do símbolo internacional denominado de Trifólio (Figura 13).

FIGURA 13 – EXEMPLO DO SIMBOLO INDICADOR DE PRESENÇA DE RADIAÇÃO IONIZANTE – TRIFÓLIO



FONTE: <http://www.conter.gov.br/uploads/legislativo/portaria_453.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2020.

A normativa destaca a importância de um quadro com orientações de proteção radiológica em lugar visível:

Não é permitida a permanência de acompanhantes na sala durante o exame radiológico, salvo quando estritamente necessário e autorizada. Acompanhante, quando houver necessidade de contenção do paciente, exija e use corretamente vestimenta plumbífera para sua proteção. Nesta sala somente pode permanecer um paciente de cada vez. Mulheres grávidas ou com suspeita de gravidez: favor informar ao médico ou ao técnico antes do exame (PORTARIA SVS-MS nº 453, 1998, s.p.).

Por fim, o parágrafo único, do Art. 39 da RDC nº 330, solicita que o serviço de saúde de atenção secundária ou terciária institua um Comitê de Gerenciamento de Riscos em Radiologia Diagnóstica ou Intervencionista.



Os setores responsáveis em padronizar rotinas internas de biossegurança, fiscalizar os cumprimentos das normas externas vigentes, e promover a educação continuada nas questões de biossegurança para profissionais, paciente e familiares serão o CCIH e o SESMT. Paralelamente, o hospital poderá criar uma comissão que atuará em conjunto, dando suporte para estes setores.

RESUMO DO TÓPICO 2

Neste tópico, você aprendeu que:

- O planejamento da construção de um hospital deve ser baseado em um estudo epidemiológico da população e geopolítico da região onde será construído.
- Deve haver uma comissão de obra para construção, ampliação ou reforma de áreas do hospital, sendo que o gestor da área em questão seja um dos membros dessa comissão.
- O projeto básico de arquitetura deve ser feito com base nas normas da RDC nº 50 e apresentado para aprovação da Vigilância Sanitária local antes de iniciar a obra ou reforma.
- O engenheiro clínico tem um papel importante dentro da instituição hospitalar.
- Um hospital pode ter sua edificação classificada como pavilhonar, multibloco ou monobloco (vertical ou horizontal).
- O porte de um hospital varia de acordo com a quantidade de leitos que possui, sendo este de pequeno, médio ou grande porte.
- Hospitais com mais de 501 leitos são considerados de porte-extra.
- A Portaria nº 2.809/2012 define um parâmetro de cálculo de 2,5 leitos para cada mil habitantes, porém, em 2019, o Brasil possui uma média de 1,95 leitos para cada mil habitantes (incluído a rede pública e privada).
- O hospital internamente é dividido em setores, cada um com suas particularidades.
- O ambiente hospitalar deve ser higiênico, amigável, asséptico, humanizado, agradável, silencioso, confortante e de respeito.
- No ambiente hospitalar deve ser observado a qualidade do ar respirado no interior do hospital, a temperatura do ambiente interno, controle de infecções, controle das radiações, controle dos ruídos e odores, condições da água, controle de qualidade e validade dos alimentos e o tratamento de resíduos e dejetos.
- Toda entidade de assistência de saúde (EAS) deve ter um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

- Biossegurança é uma condição de segurança obtida por meio de um conjunto de ações com objetivo de prevenir, controlar, reduzir ou eliminar os riscos relacionados às atividades e processos que possam prejudicar a saúde das pessoas, animais e o meio ambiente.
- As normas de biossegurança devem ser obedecidas por profissionais da saúde, pacientes, familiares e todas as demais pessoas que circulam pelo ambiente hospitalar.
- Com base na NR nº 32 existe o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), que trata dos riscos os quais os profissionais da saúde estão expostos, sendo estes: biológicos, físicos, químicos, ergonômicos e de acidentes (traumas).



- 1 Uma das formas de dimensionar o tamanho de um hospital é com base no seu porte, podendo este ser de pequeno, médio ou de grande porte, e, ainda, ser considerado de porte-extra. Nesse contexto, qual o parâmetro utilizado para determinar o porte de um hospital?
 - a) () A forma de edificação (monobloco, multibloco ou pavilhonar).
 - b) () O nível de assistência à saúde (primário, secundário ou terciário).
 - c) () O nível de especialização (especializado ou geral).
 - d) () A quantidade de leitos que disponibiliza para internação.
 - e) () A região de cobertura de atendimento (local, regional ou de base).
- 2 Com relação às questões de ambiente hospitalar e biossegurança, as áreas do hospital são classificadas como:
- 3 A normativa NR nº 32 exige que seja feito o chamado “mapa de risco” de cada setor do hospital, neste mapa devem constar todos os riscos que os profissionais estão expostos ao realizar suas atividades naquele setor. Cite os riscos que um profissional da saúde poderá estar exposto nas suas atividades nas áreas assistenciais.



ÉTICA E BIOÉTICA

1 INTRODUÇÃO

Neste tópico, abordaremos o assunto relacionado à ética profissional, pois ela está inserida no contexto da maioria das atividades profissionais, principalmente, na área da prestação de serviços, em que as relações humanas são intensificadas, exigindo uma postura ética entre as partes.

Tratar sobre a ética é sempre complexo, em alguns casos pode parecer muito subjetivo e até abstrato. A ética e a moral caminham juntas, levando em consideração costumes e valores de determinadas regiões, culturas etc. O que é aceito em uma sociedade, pode não ser aceito em outra. No entanto, ética e moral não são a mesma coisa, é preciso compreender cada conceito.

Na ética, a linha é muito tênue entre certo e errado, uma situação ou atitude pode ser moral e, ao mesmo tempo, ser considerada antiética. Tomaremos a liberdade para citar aqui uma frase do Professor Clovis de Barros Filho: “a moral é aquilo que não faríamos de jeito nenhum, mesmo que não tivesse ninguém olhando, ou que fôssemos invisíveis”.

Neste tópico, não entraremos no contexto filosófico da ética e moral, não será abordado sobre Kant, Aristóteles ou outros pensadores. Seremos pragmáticos e objetivos com relação à bioética, considerando-a como um conjunto de princípios que, obrigatoriamente, devem ser presentes nas decisões e ações inerentes às atividades dos profissionais da área da saúde.

2 CONCEITOS IMPORTANTES

Para criar uma base bem fundamentada com relação à ética, primeiramente, torna-se importante definir alguns conceitos, como: o que é a conduta humana? Segundo Sá (2015), a conduta humana é a resposta do indivíduo a um estímulo mental, ou seja, a ação que surge a partir de um comando vindo do cérebro que pode ser observada e avaliada.

Esta resposta, esta conduta, varia sob diversas circunstâncias e condições, podendo também variar entre os indivíduos para uma mesma circunstância, levando em consideração as experiências e a inteligência emocional de cada um.

Qual a diferença entre conduta e comportamento? De acordo com Sá (2015), o comportamento também é uma resposta do cérebro após receber um estímulo. A diferença é que o comportamento é sempre constante, a resposta é sempre igual, já a conduta pode variar de acordo com o efeito que pode ocasionar como resultado (causa-efeito).

Em uma concepção fisiologista, podemos dizer que a ética estuda a ação comandada pelo cérebro, sendo esta variável, porém observável, representando a conduta do indivíduo. Essa resposta do cérebro (ética) vai depender da moral que o indivíduo possui, pois todo ser humano possui uma “consciência moral” que permite distinguir o certo do errado, mesmo sendo uma criança e nunca ter estudado conceitos sobre ética formalmente. Então, nesse contexto: qual o conceito de “moral”? O que é moral ou imoral?

A moral é o conjunto de comportamentos e regras aceitas por uma sociedade com base nos seus costumes, crenças e tabus. Está diretamente ligada à resposta do cérebro, intrínseca à tomada de decisão no momento de agir em uma determinada situação. Linha tênue entre o certo (moral) e o errado (imoral).

Quando a ética se difere do moral? O conceito de ética está relacionado com o caráter, o modo de ser de um indivíduo. No entanto, esse modo de ser do indivíduo deve seguir regras que permitem o equilíbrio das relações humanas e o bem-estar social. São essas regras que se baseiam nos valores morais e princípios inerentes àquela sociedade específica (nesse momento, a ética usa a moral como embasamento).



Você precisa compreender que a moral tem como base os costumes e a cultura de uma sociedade, sendo considerada temporal, ou seja, pode mudar com o tempo. Já a ética é a regra instituída, é permanente, sendo o princípio que diz para o indivíduo pensar se isso é certo ou errado. É importante que a ética, como princípio, assim como as leis jurídicas e normas, seja dinâmica e atualizada constantemente, acompanhando a evolução da sociedade.

3 BIOÉTICA

A bioética surgiu em consequência dos grandes avanços tecnológicos na área da saúde e da biologia e da aplicação de novas ciências e técnicas em seres vivos. De acordo com Koerich, Machado e Costa (2005), bioética é o estudo sistemático de caráter multidisciplinar, da conduta humana, na área das ciências da vida e da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais.

Segundo Koerich, Machado e Costa (2005), a bioética tem como base quatro princípios: o princípio da beneficência, o princípio da não maleficência, o princípio da autonomia e o princípio da justiça.

O primeiro princípio está relacionado ao dever do profissional de saúde em ajudar o próximo, promover o bem sem ver a quem, afinal, escolheu uma profissão que o foco é lidar com a saúde das pessoas; o segundo princípio está relacionado a não ter qualquer atitude ou realizar qualquer procedimento que possa fazer algum mal ao paciente ou colocá-lo em risco, é compromisso do profissional da saúde buscar sempre o máximo de benefício, reduzindo os riscos; o terceiro princípio está relacionado a respeitar a liberdade do paciente em decidir sobre si, se autodeterminar; por fim, o último princípio está relacionado com o princípio da equidade e da universalidade do direito à saúde, que consta na Constituição Federal de 1988.

3.1 A TECNOLOGIA EM DETRIMENTO DA HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

As novas e modernas tecnologias trazem inúmeros benefícios, mas se alguns princípios das relações humanas forem deixados de lado, essas tecnologias poderão trazer consequências não desejáveis para o ambiente hospitalar.

De acordo com Nobrega (2006a), os avanços tecnobiológicos vêm mudando a relação interpessoal entre o profissional da saúde e o paciente, tornando essa relação menos familiar e mais impessoal. Considerando ainda a estruturação organizacional do hospital moderno, onde passou a ter a concepção de uma empresa, os pacientes passaram a fazer parte dos processos dentro do hospital, resultando em um distanciamento entre as pessoas.

O paciente espera que o profissional da saúde tenha uma conduta durante o atendimento, baseada na atenção, no cuidado, na responsabilidade e no auxílio de suas necessidades. Ali é o momento de o profissional mostrar seus dons e talentos.

Segundo Nobrega (2006a), nos centros de diagnóstico por imagem, existe uma linha tênue entre a tecnologia e a tecnolatria. O desafio é manter a humanização no atendimento, mesmo quando o protagonista é uma máquina que parece uma “nave espacial”, sendo idolatrada pela equipe dos profissionais de saúde. Nobrega (2006a) exemplifica com o caso da ressonância magnética, que é cara e luxuosa, e por questões de fluxo de exames, o profissional das técnicas radiológicas dedica-se integralmente a sua operação, não participando do posicionamento ou tendo contato com o paciente.

Dá a impressão, ao paciente, que o profissional de enfermagem o posiciona dentro do equipamento e a ressonância faz o exame sozinha. É importante que o paciente saiba que existe um profissional especializado e competente por trás

daquele equipamento, afinal o equipamento é apenas mais uma ferramenta assistencial para auxiliar no diagnóstico e cura da enfermidade do paciente. O paciente é a figura protagonista do exame e não a ressonância, sem o paciente ali para fazer o exame, não teria como se manter um equipamento de ressonância magnética.

A bioética entra em questão para reforçar a humanização do atendimento ao paciente nestas áreas muito tecnológicas, melhorando a experiência do paciente durante a realização de exames, por exemplo.

3.2 OS DIREITOS DO PACIENTE

Os direitos sociais dos pacientes estão resguardados pela Constituição Federal de 1988 e nas políticas públicas de saúde, destacando-se, mais uma vez, o princípio da universalidade, da equidade e o respeito à dignidade humana.

Alguns hospitais filantrópicos fazem distinção entre pacientes que buscam assistência por meio da Saúde Suplementar e pacientes que buscam assistência pelo Sistema Único de Saúde. Você acha isso correto? Há alguns argumentos em que o paciente particular ou do plano de saúde está pagando e o SUS é gratuito, porém, na verdade, todos pagamos impostos e temos direito de ser atendidos pelo SUS.

O valor recebido pelo convênio é maior, então o paciente do plano de saúde vale mais. É parente do “fulano”, conhecido do “ciclano”. Separar a sala de espera da Saúde Suplementar e do SUS é uma estratégia de marketing do hospital. Lá dentro, o atendimento será todo igualitário.

Os diversos argumentos utilizados para fazer distinção, separando pacientes da saúde suplementar de pacientes do Sistema Único de Saúde são válidos, por ser um costume e ser aceito pela maioria das pessoas da comunidade, dessa forma, até pode ser considerado “moral” dentro dos costumes da população. No entanto, para o profissional da saúde, todos devem ser atendidos de forma igual, então para esses profissionais fazer tal distinção é considerado “antiético”.

Todos os pacientes devem ser igualmente tratados pelo profissional da saúde, sem distinção de cor, raça, religião, opção sexual, questão financeira, entre outros.

- Alguns direitos adquiridos pelo paciente que devem ser respeitados:
 - **Uso do nome social:** com base no Decreto Presidencial nº 8.727/2016 é permitido que o paciente utilize o nome social desejado durante seu atendimento hospitalar. No cadastro do paciente no sistema, constará o nome civil e o nome social, ficando a cargo do paciente decidir qual deseja utilizar, sendo que jamais deverá ser identificado por um número, um código, parte anatômica ou tipo de patologia.

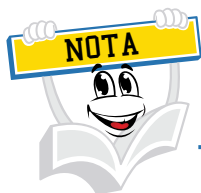
- **Sua integridade física e moral:** o paciente deve ser atendido e responder questionários sobre sua situação de saúde em locais reservados e apropriados para isso, de forma que suas informações não sejam expostas para outros pacientes ou profissionais que não estão relacionados ao seu atendimento
- **Direito de saber tudo que será feito com ele durante o exame/procedimento:** o paciente tem o direito de receber dos profissionais de saúde informações claras e detalhadas sobre o exame ou procedimento que será realizado nele.
- **Presença de um familiar/acompanhante:** todo paciente menor de 18 anos ou com idade igual ou maior que 60 anos tem direito a um acompanhante em tempo integral, devendo o hospital ser responsável pela acomodação básica e refeições desse acompanhante.
- **Autonomia para recusar determinados procedimentos:** após receber as informações sobre os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, o paciente tem o direito de consentir ou recusar expressamente a realização de todo ou parte destes procedimentos. Por isso é importante fazê-lo preencher sempre um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Exemplo: a realização de exames de raios X, tomografia ou ressonância magnética com uso do meio de contraste.

4 ÉTICA PROFISSIONAL

Todo órgão de classe dos profissionais da saúde tem um código de ética que deve ser conhecido e obedecido por todos os profissionais. De acordo com Sá (2015), é importante ainda que a pessoa tenha algumas virtudes profissionais básicas, ou seja, uma boa conduta moral que vá de encontro com os princípios éticos dos códigos de ética profissionais. Nesse contexto, o autor destaca: “virtudes básicas profissionais são aquelas indispensáveis, sem as quais não se consegue a realização de um exercício ético competente, seja qual for a natureza do serviço prestado” (SÁ, 2015, p. 197).

São consideradas virtudes profissionais básicas:

- Ter **zelo** pelo que se está fazendo ou cuidando.
- Ter **honestidade** no campo profissional.
- Ter **sigilo** com relação aos assuntos dos pacientes, colegas e da empresa.
- Ter **competência**, executando suas tarefas com qualidade.
- Ter **coleguismo**, praticando a empatia, o respeito e a fraternidade profissional na relação com os colegas.



Prezado acadêmico, considerando tudo que foi exposto neste último tópico, esperamos que você busque conhecer e compreender o código de ética da sua profissão e tenha uma postura profissional pautada na moral e nos princípios éticos que permeiam a área da saúde e as relações humanas de toda a sociedade a qual está inserido.

LEITURA COMPLEMENTAR

Prezado acadêmico, a seguir, uma leitura interessante que vai corroborar com o seu aprendizado! Dentro desse conceito de hospital moderno, na concepção do hospital como empresa, tornou-se necessário buscar sistemas de gerenciamentos e padronização dos processos, da mesma forma, meios que garantam processos de “qualidade total” dentro do ambiente hospitalar. Se empresas da indústria, que lidam com matéria-prima e produtos inanimados, detêm certificações que garantem a qualidade de produtos e processos, por que um hospital que trabalha com a saúde das pessoas não pode ter?

Conheceremos mais sobre o processo de certificação da qualidade dos serviços de assistência de saúde em nossa leitura complementar. Boa Leitura!

GESTÃO DA QUALIDADE E ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

As origens da acreditação hospitalar

Embora do ponto de vista histórico muitas ações tenham sido feitas para a melhoria do atendimento dos serviços de saúde, pode-se admitir que o eixo da acreditação hospitalar é o trabalho apresentado pelo cirurgião norte-americano Ernest Codman, que defendia a urgência da implantação de um sistema de gerenciamento e padronização das atividades médicas e administrativas hospitalares. Desde então, essa ideia ganhou adeptos e os debates levaram à criação, em 1951, da *Joint Commission On Accreditation of Hospitals*. Essa comissão passou a elaborar padrões que deveriam existir nas organizações prestadoras de serviços de saúde para serem consideradas confiáveis e padronizadas (CUSTÓDIO; SCHULER SOBRINHO, 1998).

Essa corrente de melhoria contínua e voluntária nos serviços de saúde se espalhou rapidamente por diversos países do mundo. No Brasil, desde 1998, a acreditação passou a ser um tema diário para as organizações que atuam no setor de saúde. Já no ano seguinte, foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), responsável pelo estabelecimento de padrões de acreditação para as organizações brasileiras.

A ONA é uma pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo não governamental. Ela atua em todo o território nacional, tendo como objetivo geral promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde. Assim é possível o aprimoramento contínuo das atividades desenvolvidas pelas prestadoras de serviços de saúde, visando à garantia da qualidade na assistência digna, confiável e de qualidade aos usuários que necessitam deste tipo de serviço. Para isso, existem várias Instituições Acreditadoras Credenciadas (IACs), que são

as responsáveis em orientar, avaliar e, se for o caso, certificar as organizações prestadoras de serviços de saúde, seguindo a metodologia descrita no Manual Brasileiro de Acreditação (ONA).

As Instituições Acreditoras Credenciadas até o presente momento são:

- IPASS – Instituto Paranaense de Acreditação de Serviços em Saúde: <http://www.ipass.org.br/institucional.html>.
- FCAV – Fundação Carlos Alberto Vanzolini: www.vanzolini.org.br.
- DNV – Det Norske Veritas: www.dnv.com.
- IQG – Instituto Qualisa de Gestão: www.iqg.com.br.
- GLCSA – Germanischer Lloyd Certification South America: www.glc.de.
- BSI – British Standards Institution: www.bsi-global.com.
- DICQ – DICQ Sistema Nacional de Acreditação Ltda: www.dicq.org.br/paginas/clientes.htm.

Avanços ocorrem nos últimos anos, principalmente com a conjugação de ações do Ministério da Saúde e de diversas entidades prestadoras de serviços de saúde que bifurcaram seus interesses para escrever o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde como sendo o alicerce nacional de acreditação dessas organizações.

Da mesma forma que a acreditação hospitalar internacional, este manual não tem o caráter punitivo, mas sim educativo e colaborativo para a gestão das organizações que atuam no segmento de saúde e que precisam estar sendo constantemente adaptadas às exigências do mercado.

A busca pela acreditação hospitalar precisa ser voluntária e previamente preparada pela organização hospitalar interessada. O caráter de acreditação é reservado e não punitivo, sendo revisto periodicamente conforme o nível de acreditação alcançado pela organização prestadora de serviço de saúde.

FONTE: ROCHA, R. A. da. **Gestão da qualidade e acreditação hospitalar**. Florianópolis: FUNDASC, 2009.

RESUMO DO TÓPICO 3

Neste tópico, você aprendeu que:

- A ética é importante no dia a dia do profissional da saúde.
- Há diferença entre comportamento e conduta do indivíduo.
- A moral é o conjunto de comportamentos e regras baseadas nos costumes, crenças e cultura de uma sociedade.
- A ética é o conjunto de regras que usa como base os valores da moral da sociedade, as quais o indivíduo precisa seguir para manter o equilíbrio das relações e o bem-estar da sociedade a qual está inserido.
- A bioética é o estudo sistemático de caráter multidisciplinar, da conduta humana, na área das ciências da vida e da saúde, na medida em que essa conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais.
- São quatro os princípios em que a bioética se baseia, sendo estes: o princípio da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça.
- Mesmo em áreas com equipamentos de alta tecnologia é importante reforçar as questões de humanização do atendimento ao paciente, tendo este como o protagonista das atividades realizadas pelo profissional da saúde.
- É importante respeitar os direitos do paciente.
- Todos os pacientes devem ser igualmente tratados pelo profissional da saúde, sem distinção de cor, raça, religião, opção sexual, questão financeira, entre outros.
- São virtudes profissionais básicas: o zelo, a honestidade, o sigilo, a competência e o coleguismo.



Ficou alguma dúvida? Construímos uma trilha de aprendizagem pensando em facilitar sua compreensão. Acesse o QR Code, que levará ao AVA, e veja as novidades que preparamos para seu estudo.





1 Considerando os conceitos de moral e ética, correlacione as colunas e depois numere as lacunas conforme o seu entendimento sobre o que está mais relacionado a questões éticas ou questões morais:

- | | |
|------------|----------------|
| (1) Moral. | (3) Imoral. |
| (2) Ético. | (4) Antiético. |

- () No último dia de aula, antes da avaliação final, João deixou uma maçã sobre a mesa da professora em agradecimento aos conhecimentos transferidos por ela, pois ele era um excelente aluno e aprendeu muito durante as aulas.
- () Paulo era o responsável pelo controle de qualidade dos equipamentos cirúrgicos, passando boa parte do seu tempo dentro do centro cirúrgico. Ele tinha um bom relacionamento com o seu gestor direto. Um certo dia, Paulo foi convidado para jantar na casa do seu chefe, aceitou sem hesitar o convite. Neste dia, estavam lá também os gestores de outras áreas, onde inadvertidamente, um deles comentou sobre duas demissões que ocorreriam no centro cirúrgico. Paulo fez que não ouviu e agiu naturalmente, porém, no outro dia, ao entrar no centro cirúrgico, começou a questionar entre os colegas se sabiam quem seria demitido, e que tinha certeza de que seriam duas pessoas.
- () Joana era a gerente de enfermagem das unidades de internação de um hospital de grande porte. Um certo dia, ao fazer sua passagem de rotina pelas alas de internação, deparou-se com uma porta aberta e uma técnica de enfermagem e mais duas estagiárias realizando um procedimento de punção em um paciente ruim de acesso e muito queixoso. Joana prontamente entrou no quarto, fechou a porta, e perguntou como estavam as coisas por ali e se precisavam de algum auxílio. Neste momento, observou que a técnica estava ensinando uma das estagiárias a punccionar, porém, como não estavam tendo sucesso, ofereceram o intracath para que a enfermeira pudesse tentar. Esta, por sua vez, questionou se havia um mais fino e com esse novo instrumental realizou a punção com sucesso. Ao sair da sala, chamou a técnica de enfermagem para conversar em um ambiente reservado para chamar sua atenção com relação a realizar um procedimento de porta aberta, permitir que uma estagiária aprendesse punção em um paciente oncológico ruim de acesso, e ter utilizado um tamanho de agulha incompatível com a rede venosa do paciente.

Assinale a alternativa CORRETA:

- a) () 1, 2 e 3.
- b) () 1, 4 e 2.
- c) () 3, 4 e 1.
- d) () 4, 3 e 1.
- e) () 2, 1 e 3.

2 Qual é o conceito de ética?

3 Qual é o conceito de bioética?

GESTÃO APLICADA AO CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A partir do estudo desta unidade, você deverá ser capaz de:

- compreender como é estruturado um centro de diagnóstico por imagem;
- conhecer os métodos de produção de imagens;
- saber quem são os membros da equipe multiprofissional;
- conhecer os órgãos e conselhos de classe que se relacionam com o serviço de diagnóstico por imagem;
- conhecer e compreender alguns conceitos de gestão aplicados ao centro de diagnóstico por imagem;
- conhecer o papel do tecnólogo em radiologia no papel de gestor.

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está dividida em três tópicos. No decorrer da unidade você encontrará autoatividades com o objetivo de reforçar o conteúdo apresentado.

TÓPICO 1 – COMPREENDENDO O CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

TÓPICO 2 – FAZENDO A GESTÃO DO CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

TÓPICO 3 – O PAPEL DO TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA COMO GESTOR



Preparado para ampliar seus conhecimentos? Respire e vamos em frente! Procure um ambiente que facilite a concentração, assim absorverá melhor as informações.



COMPREENDENDO O CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

1 INTRODUÇÃO

Neste tópico, faremos uma abordagem geral da área do diagnóstico por imagem, permitindo que você, futuro profissional das técnicas radiológicas, possa compreender sobre o mercado o qual está ingressando. Para esse tipo de abordagem, considerando a escassez de material e bibliografia sobre o tema, usaremos como base o conhecimento, a experiência e a prática do autor, que atua há quase 20 anos na área da radiologia e diagnóstico por imagem.

2 CONTEXTUALIZANDO A ÁREA DA RADIOLOGIA E O DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

A radiologia é uma especialidade dentro da medicina, assim como a pediatria, a cirurgia, a oncologia, a neurologia, a ortopedia, entre outras. A origem da palavra “radiologia” vem de *radio* (radiação) e *logia* (estudo), se pensarmos no sentido literal da palavra, seria o “estudo das radiações”. De acordo com Bastos (2016), o significado que consta no dicionário para radiologia é a aplicação dos raios X nos diagnósticos e tratamento das doenças; a radiografia.

A radiologia é o uso das radiações ionizantes ou não, na produção de imagens do interior do corpo humano. Posteriormente, as imagens serão analisadas pelo médico radiologista, o qual vai emitir um relatório (laudo) com os detalhes observados nessas imagens. Com base nisso, surge outra palavra: “imagenologia”, um neologismo que se aplica bem as atividades realizadas pelos profissionais da área, pois significa o “estudo da imagem”. Nos primórdios da radiologia como especialidade, as radiografias eram realizadas pelos próprios médicos. Depois, com o passar do tempo, os médicos foram treinando algumas pessoas para executar as tarefas de produção das imagens. Pessoas sem nenhuma formação, sendo considerados como “práticos”, denominados de operadores de raios X.

A primeira escola de formação técnica para operadores de raios X foi fundada pelo médico Dr. Walter Bonfim Pontes, um reconhecido professor e mestre da área de radiologia na região de Sorocaba/SP; ele formou a primeira

turma de operadores em 1952. Entre os primeiros profissionais formados destaca-se Aristides Negretti, que teve um papel político importante na regulamentação da profissão de técnicos em radiologia no Brasil (BASTOS, 2016). Em 29 de outubro de 1985 foi regulamentada a profissão de Técnico em Radiologia por meio da Lei nº 7.394, regularizada pelo Decreto nº 92.790, de 17 de junho de 1986. Logo, foi fundado o Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia (CONTER).

Com a evolução tecnológica da área, não tardou para vir a evolução da profissão dos técnicos em radiologia. Em 1992, foi criado o primeiro Curso Superior de Tecnologia em Radiologia, que formava profissionais Tecnólogos em Radiologia, proporcionando uma formação mais acadêmica e científica sobre as questões relacionadas aos equipamentos e técnicas radiológicas.



Tendo em vista o que foi exposto, poderíamos nos atrever a dizer que a denominação “radiologista” se encaixaria melhor ao profissional que executa o exame, estuda as radiações e as técnicas, chamando-o de “Técnico Radiologista” ou “Radiólogo”, como é denominado nos países vizinhos de idioma espanhol. No entanto, a denominação “imagenologista” se encaixaria perfeitamente ao médico que analisa a imagem e faz o diagnóstico com base naquilo que está observando nessa imagem, chamando-o de “Médico Imagenologista”. No entanto, não é assim que funciona, então é apenas um mero devaneio para reflexão.

O termo radiologia ou radiografia, conforme consta no dicionário, faz muita referência ao exame de raios X convencional, denominado de “radiologia geral”. Com a evolução tecnológica da radiologia, com novos equipamentos e técnicas de aquisição, sendo que alguns nem utilizam os raios X, o termo radiologia ficou um pouco delimitador para a magnitude da especialidade dentro da área da medicina. Assim, teve origem a denominação “Radiologia e Diagnóstico por Imagem”, pois, dessa forma, contempla todos os tipos de exames de imagem utilizados com objetivo de diagnosticar e tratar as patologias dos pacientes.

Com esse ponto de vista, a “radiologia” fica referindo-se à ciência da especialidade e ao “diagnóstico por imagem”, como a ampla área que envolve a radiologia. O parágrafo VII, do art. 3º, da RDC nº 330, apresenta o conceito de “procedimento radiológico: “exame diagnóstico ou utilização intervencionista de radiações em seres humanos”.

2.1 MÉTODOS DE EXAMES DENTRO DO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

O gestor deve conhecer quais são os produtos, ou seja, os exames e procedimentos que são oferecidos aos clientes/pacientes no serviço de diagnóstico

por imagem. Da mesma forma, precisa treinar a equipe do agendamento e recepção para que tenham um conhecimento básico, sabendo explicar e tirar dúvidas dos pacientes, afinal são essas equipes que fazem o primeiro contato com o futuro cliente (paciente que virá realizar o exame conosco). Considerando um centro de diagnóstico por imagem (CDI) completo e de alta complexidade, encontraremos os seguintes métodos de produção de imagem:

- **Raios X convencional**

É o método mais antigo dentro dos métodos de exame da área do diagnóstico por imagem, muitos pacientes ainda tratam dessa modalidade como “radiografia” ou “chapa”. Utiliza um equipamento emissor de raios X, que pode ser analógico, com processamento ainda em câmara escura (processadora automática). Ser analógico, porém com um sistema de digitalização chamado de CR (*Computed Radiography*), que elimina a necessidade de câmara escura onde todo processamento da imagem ocorrerá na chamada câmara clara. Ou ser um equipamento de raios X digital DR (*Digital Radiography*), que pode até eliminar o uso da câmara clara.

A utilização da radiografia digital (sistema CR ou DR) possibilitou à radiologia fazer parte das especialidades médicas que podem ser praticadas por telemedicina. Nesse caso mais específico, a telerradiologia, quando o médico radiologista consegue visualizar as imagens em um lugar diferente daquele onde o exame foi realizado e emitir um laudo à distância.

- **Raios X contrastado**

Segue os mesmos princípios dos raios X convencionais, porém determinados exames exigem o uso de um equipamento com fluoroscopia acoplada. Isso permitirá ao médico/técnico acompanhar em tempo real a passagem do meio de contraste nas estruturas e órgãos internos do paciente.

Os exames contrastados pelos raios X têm sido cada vez menos utilizados, seja pelo alto custo que envolvem e o tempo de sala que ocupam, não havendo lucro para o prestador de serviço; seja pelo avanço de outros métodos de imagem que substituem a necessidade de realizar alguns exames contrastados. É um tipo de exame que se encontra ainda em hospitais universitários e de alta complexidade.

- **Mamografia**

É uma radiografia das mamas realizada com equipamento de raios X específico para esse estudo, chamado mamógrafo. O mamógrafo poderá ser analógico, com o uso de um sistema digitalizador CR ou digital DR. É uma modalidade de exame que tem volume de pacientes, principalmente, quando o serviço dispõe de densitometria óssea e o exame de ultrassom de mamas, pois, com isso, a paciente tem a opção de fazer todos seus exames de rotina em um

único local. Isso é um diferencial do serviço de diagnóstico por imagem frente à concorrência.

O investimento em um equipamento de tomossíntese mamária também é um diferencial de mercado, mas essa avaliação precisa ser bastante criteriosa sob a ótica de volume de exame, liderança de mercado, diferencial tecnológico e tempo de retorno do investimento.

- **Densitometria óssea**

É um estudo para avaliação da densidade mineral óssea de pacientes mulheres pós-menopausa, ou homens acima de 60 anos, para avaliação de osteopenia ou osteoporose. Equipamentos modernos fazem avaliação, também, da composição corporal, podendo ser realizado em qualquer idade para fins de avaliação física e nutricional. O equipamento tem características próprias para realização desse tipo de estudo e utiliza uma baixíssima quantidade de raios X, é chamado de densitômetro.

- **Ultrassom**

Conhecido também como ecografia, o ultrassom é um dos métodos de diagnóstico por imagem mais versáteis e de baixo custo, sendo encontrado com facilidade na maioria das clínicas de diagnóstico e hospitais. Não utiliza radiação ionizante e é um exame médico dependente, pois quem produz as imagens e precisa estar presente executando a agenda de exames é o próprio médico.

- **Tomografia Computadorizada**

A tomografia é uma modalidade de diagnóstico que estuda as estruturas anatômicas do paciente em um volume de imagens tridimensionais, com espessura de corte bastante fino, fazendo com que o método tenha grande sensibilidade diagnóstica para diversas patologias, principalmente, encefálicas, traumas de coluna e doenças do parênquima pulmonar e estruturas mediastinais. Utiliza os raios X em um equipamento apropriado denominado de tomógrafo.

- **Ressonância Magnética**

Modalidade de exame que não utiliza radiação ionizante, no entanto, possui um forte campo magnético e emissão de ondas de radiofrequência que necessitam de uma blindagem especial para não causar problemas na qualidade das imagens e evitar acidentes com o campo magnético.

Os exames por ressonância magnética têm excelente qualidade na avaliação de tecidos moles, sendo um método de destaque frente aos demais, tanto na qualidade e sensibilidade na detecção de patologias encefálicas, de coluna e músculo esquelético, como também no retorno financeiro para o serviço de diagnóstico por imagem.

• Radiologia Intervencionista

A radiologia intervencionista envolve as biópsias, punções e drenagens realizadas em um serviço de diagnóstico por imagem pelo médico radiologista intervencionista.

- Nas biópsias, é retirado uma amostra de tecido ou células de um determinado local e encaminhado para avaliação anatomopatológica em um laboratório fora do serviço de imagem.
- Nas punções, são realizados procedimentos para alcoolização, infiltração de analgésicos, infiltração para remoção de excesso de líquido articular, punção para injeção de contraste intra-articular para realização de artroressonância, entre outros.
- Nas drenagens, é realizada uma punção onde é introduzido um dreno para aspiração de uma coleção ou abscesso, normalmente, da região abdominal. Em alguns casos, é deixado um dreno para ir, gradativamente, eliminando a quantidade de pus do local.



É importante ressaltar que nenhum método de exame por imagem substitui o outro, todos são complementares entre si. Por isso, será comum o gestor ver exames de ressonância serem complementados na tomografia ou raios X; exames de tomografia sendo complementados no ultrassom e vice-versa. Tudo com o objetivo de tornar o diagnóstico do médico radiologista o mais seguro e assertivo possível.

2.2 O MÉDICO RADIOLOGISTA

É importante que o gestor compreenda que o médico radiologista é o protagonista dessa área, pois é este profissional que assina o produto final que é entregue ao paciente: **o resultado do exame**. Para se tornar esse profissional, é necessário cursar os seis anos da faculdade de medicina e depois fazer a residência médica na área da radiologia e diagnóstico por imagem, cujo tempo de residência pode ser relativo. Em via de regra, o tempo de residência médica na radiologia é de três anos, porém, tem médicos que fazem quatro anos quando focam mais na ressonância magnética e, outros, até cinco anos quando se especializam também na parte intervencionista. O local onde é feito a residência médica também reflete no tempo em que o médico fica cursando a residência.

O médico radiologista tem habilitação para laudar exames de raios X convencionais e contrastados, mamografias, densitometrias, tomografias computadorizadas e ressonância magnética, normalmente, exames realizados pelos profissionais das técnicas radiológicas. Os médicos radiologistas realizam e laudam os exames de ultrassom, ultrassom com doppler, as biópsias e outros procedimentos intervencionistas.

De acordo com o tamanho e a complexidade do serviço, pode ser encontrado uma equipe de radiologista que trabalha de forma generalista, ou seja, laudam todas as modalidades e tipos de exames. Em outro formato de trabalho, dividem-se por área de especialidade, ou seja, alguns são especialistas nos raios X, mamografia e densitometria; outros são especialistas em exames de tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM); e aqueles dedicados apenas aos exames de ultrassom e biópsias.

Em serviços de grande complexidade diagnóstica e volume de exames, é comum observar que, na área da tomografia e, principalmente, da ressonância magnética, os médicos radiologistas se dividem em subespecialidades: neurorradiologia (crânio e coluna), medicina interna (corpo = pescoço, tórax, abdome e pelve), mamas (no caso da RM), musculoesquelético (ossos longos e articulação) e exames de cardiologia (angiotomografia, escore de cálcio e RM do coração). Os estudos angiográficos são distribuídos de acordo com a região anatômica, dentro das subespecialidades.



Essa formatação do trabalho médico é apenas para ilustrar uma dinâmica de trabalho que observamos no mercado do diagnóstico por imagem, podem variar bastante entre serviços, regiões e equipes. É apenas para que você se familiarize com algumas questões do trabalho do médico radiologista.

O médico radiologista é o que responde como Responsável Técnico (RT) pelo serviço de radiologia e diagnóstico por imagem. Na ausência de outro profissional devidamente habilitado, vai responder como Supervisor de Proteção Radiológica (SPR), frente à Vigilância Sanitária. Todos da equipe multiprofissional vão trabalhar supervisionados pelo médico RT.

2.3 A ENFERMAGEM NO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

O gestor precisa compreender que o profissional da enfermagem tem um papel importante nos processos realizados dentro de radiologia e diagnóstico por imagem. É uma equipe fundamental para apoio dos médicos radiologistas e profissionais das técnicas radiológicas.

O profissional de enfermagem possui a competência e a habilidade assistencial e de acolhimento ideal para o atendimento e o preparo do paciente para a realização do exame, fazer a anamnese, a punção, o preparo da injetora de meio de contraste e injetar o meio de contraste, quando necessário. A equipe é composta por técnicos de enfermagem para realização das atividades de rotina e um enfermeiro para supervisionar a equipe de enfermagem e para atividades mais complexas. Segundo Nobrega (2006), o profissional de enfermagem é fundamental para suporte nos procedimentos intervencionistas, uso de anestesia, em situação de emergência e parada cardiorrespiratória.

A atuação do profissional de enfermagem no diagnóstico por imagem é baseada nas normas técnicas estabelecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), conforme consta na Resolução COFEN nº 211/1998 e pareceres técnicos a respeito do assunto.

De acordo com Nobrega (2006), é importante que os profissionais de enfermagem sejam treinados com relação ao cuidado com os equipamentos e acessórios, a complexidade das atividades que envolvem o uso da radiação ionizante, as questões de proteção radiológica, o uso e os riscos dos meios de contraste e demais questões peculiares de um serviço de radiologia e diagnóstico por imagem.

É importante que os profissionais de enfermagem e os profissionais das técnicas radiológicas trabalhem em sincronismo e harmonia. O técnico ou tecnólogo em radiologia é o responsável pela execução e qualidade do exame realizado, porém, para esse resultado ser obtido, é necessário o sucesso de todas as etapas do processo de realização do exame, então, torna-se importante o apoio da equipe de enfermagem para o sucesso do exame realizado.

2.4 O PROFISSIONAL DAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS

Existente no mercado desde 1952, quando se formou a primeira turma de operadores de raios X, tornou-se profissão regulamentada em 1985, onde o profissional foi denominado de Técnico de Radiologia, com formação de nível técnico. Cerca de 10 anos depois, já haviam no mercado o profissional denominado de Tecnólogo em Radiologia, com formação de nível superior.

Poucas faculdades e universidades ofereciam o Curso Superior de Tecnologia em Radiologia, em contrapartida os Cursos de Técnico em Radiologia se espalharam muito rapidamente. Um dos motivos os quais percebemos uma quantidade significativamente maior no mercado de técnicos em relação a tecnólogos. Segundo dados do CONTER, em 2018 eram 120 mil profissionais inscritos no Conselho, sendo em torno de 110 mil técnicos e 10 mil tecnólogos em radiologia.

É importante que o gestor compreenda que o profissional das técnicas radiológicas é o braço do médico radiologista na execução do exame, pois estará realizando o exame com base nos requisitos e protocolos definidos pelo médico.

A principal matéria-prima do profissional das técnicas radiológicas é a radiação eletromagnética, seja esta ionizante ou não. Em conjunto com outros insumos e acessórios, vai produzir o seu **produto final**, que é a **imagem radiológica**. O médico radiologista utiliza essa imagem radiológica como matéria-prima para produzir o seu **produto final**, que é o **laudo com o diagnóstico do paciente**.

3 ÓRGÃOS RELACIONADOS À ÁREA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

O gestor precisa conhecer os órgãos cujas ações vão interferir no serviço de diagnóstico por imagem o qual está gerindo, além do Conselho Federal de Medicina (CFM), é comum as especialidades médicas terem suas entidades representativas na forma de associações, sociedades, colégios etc.

- **Associação Médica Brasileira**

Fundada em 1951, a Associação Médica Brasileira (AMB) tem como objetivo representar, defender e valorizar a classe médica em todas as suas especialidades, fomentando a importância da qualidade na assistência à saúde da população.

A AMB criou as tabelas de honorários médicos com sua devida codificação, chamada de AMB-90, AMB-92 e depois AMB-96. Mais tarde, a AMB, em conjunto com o Conselho Federal de Medicina, Sociedades de Especialidades e algumas outras entidades médicas, criou a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).

A CBHPM foi criada em 2003, já está na sua 5ª edição, sendo sua codificação e nomenclaturas usados como referência para o padrão da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Até o momento, a última versão da CBHPM lançada é a de 2018, disponível para compra no site da AMB.

- **Colégio Brasileiro de Radiologia**

No Brasil, o representante oficial, que reúne os médicos especialistas é o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), sendo um filiado da Associação Médica Brasileira (AMB). O CBR existe desde 1948, com propósito de difundir conhecimentos científicos, estimular o aperfeiçoamento profissional, defender a especialidade da radiologia e parametrizar os princípios de excelência das técnicas e procedimentos na área do diagnóstico por imagem.

Desde 1992, o CBR fomenta a busca por excelência e qualidade na área, concedendo o Selo e o Certificado de Qualidade do CBR para aqueles serviços de diagnóstico por imagem que tenham interesse em participar do programa de qualificação. O CBR tem certificação (Selo) para Mamografia, Ultrassom, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética, em que será feito um processo para cada área específica, sendo que o serviço opta para quais áreas deseja obter o selo ou obtém para todas as áreas.

O que temos observado no mercado é que a maioria dos serviços de diagnóstico por imagem possuem o selo de qualidade para mamografia. É um grupo muito seleto de serviços que possuem os selos para todas as áreas descritas anteriormente.

Recentemente, em 2017, o CBR foi reconhecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar como uma entidade acreditadora. Assim como os hospitais são acreditados pela ONA e/ou pela *Joint Comission*, as clínicas e serviços de diagnóstico por imagem podem ser acreditados pelo Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem (PADI).

O PADI é um programa de qualidade diferente do selo de qualidade das áreas. O selo de qualidade está relacionado a questões de qualidade de imagem (questões técnicas), qualidade e padrão do diagnóstico (laudo médico). Já o PADI avalia questões relacionadas com os processos internos do serviço, considerando: governança e gestão, gestão da qualidade, processos relacionados à realização do exame, apoio diagnóstico, infraestrutura, controle das doses de radiação e segurança do paciente e dos processos.

Pode-se dizer que um serviço de diagnóstico por imagem com acreditação do PADI é um serviço com seus processos bem ajustados, qualidade de imagem e diagnóstico. Com certeza um serviço com diferencial frente aos demais. Além do exposto, o médico, ao término da residência em radiologia, precisa prestar a prova teórico-prática do exame de suficiência do CBR, para então receber o título de especialista em radiologia.

- **Associação Brasileira das Clínicas de Diagnóstico por Imagem**

A ideia da criação da Associação Brasileira das Clínicas de Diagnóstico por Imagem (ABCDI) foi fomentada pelo CBR, pois entendia haver a necessidade de um órgão cujo objetivo fosse defender os interesses dos seus associados (clínicas) em negociações com planos de saúde, órgãos reguladores, fiscalizadores e legisladores. Faz assessoria jurídica e administrativa para seus associados, disponibilizando para consulta o rol de pareceres já existentes até o momento.

A ABCDI foi criada em 2002, após aprovada a alteração e atualização do estatuto do CBR, em Assembleia Geral, que ocorreu durante a Jornada Paulista de Radiologia (JPR), desse mesmo ano. É importante destacar que a ABCDI não tem CNPJ próprio, é considerada um departamento dentro do CBR.

• Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica

Fundada em 2010, a Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (ABRAMED) tem em seu corpo de associados empresas que, em conjunto, representam cerca de 60% de todos os exames realizados pela saúde suplementar no Brasil, envolvendo grupos fortes da área do diagnóstico por imagem, análises clínicas, entre outros (Figura 1).

A ABRAMED atua na relação de seus associados com instituições públicas, regulatórias e governamentais. Além disso, tem o compromisso de estimular o mercado a manter sempre comportamentos éticos e transparentes, garantindo a sustentabilidade do sistema de saúde.

FIGURA 1 – LISTA DE HOSPITAIS E CLÍNICAS ASSOCIADOS NA ABRAMED

ASSOCIADOS EM DEZEMBRO DE 2019	
Albert Einstein- Medicina Diagnóstica	DB Diagnósticos do Brasil
Alliar Médicos à Frente	Grupo Fleury
Boris Berenstein	Hospital Nove de Julho
Bp - Medicina Diagnóstica	HCor
Cedi - Diagnósticos	Hospital Sírio-Libanês
Cepem - Centro de estudos e Pesquisa da Mulher	Idengene Medicina Diagnóstica
Cetac - Diagnóstico por Imagem	Hermes Pardini
Clínica da Imagem do Tocantins	Sabin Medicina Diagnóstica
Clínica Imagem	Lab Rede
CSV - Central Sorológica de Vitória	Omnimagem
Cura - Imagem e Diagnóstico	Senne Liquor Diagnóstico
Dasa	Sidi - Medicina por Imagem
DMS Burnier	Radiologia Sir
	Quest Diagnóstics

FONTE: <<http://abramed.org.br/publicacoes/relatorio-de-2019/>>. Acesso em: 1º maio 2020.

• Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Fundada em 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é uma autarquia federal, com sede no Distrito Federal, com objetivo de promover a proteção da saúde da população, por meio do controle sanitário, consumo de produtos, faz avaliações de ambientes, processos, insumos, tecnologias e, ainda, controle dos portos, aeroportos e fronteiras.

As Vigilâncias Sanitárias de Estados e Municípios são extensões do controle da ANVISA por todo território brasileiro. Todo equipamento ou acessório da área do diagnóstico por imagem, para ser comercializado no Brasil, precisa ter registro na ANVISA. Então, é importante que os gestores fiquem atentos a essa questão.

A ANVISA determina as normas para funcionamento e os critérios de proteção radiológica dos serviços de radiologia e diagnóstico por imagem. Isso era realizado, antigamente, por meio da Portaria Ministerial nº 453, de 1º de junho de 1998, e da Resolução ANVISA/RE nº 1.016, de 3 de abril de 2006. Ambos dispositivos foram revogados em 20 de dezembro de 2019.

Em 20 de dezembro de 2019, o Ministério da Saúde, por meio da Diretoria Colegiada da ANVISA, criou a Resolução RDC nº 330, uma atualização dos termos constantes na antiga Portaria, fazendo uma abordagem geral dos requisitos sanitários necessários para a organização e funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica e intervencionista, contemplando os avanços tecnológicos da área. Além disso, separou em normas específicas cada segmento dentro da área do diagnóstico por imagem, criando Instruções Normativas (IN) para cada um desses segmentos.

- **Comissão Nacional de Energia Nuclear**
 - IN nº 52 para os raios X.
 - IN nº 53 intervencionistas.
 - IN nº 54 para a mamografia.
 - IN nº 55 para a tomografia.
 - IN nº 56 raios X odontológicos extraoral.
 - IN nº 57 raios X odontológicos intraoral.
 - IN nº 59 para a ressonância.

A Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) é uma autarquia federal que iniciou suas atividades em 10 de outubro de 1956. Paralela à CNEN, temos o Instituto de Radioproteção e Dosimetria (IRD), que também desenvolve ações no âmbito da proteção radiológica.

Em 1973, a CNEN criou a primeira norma brasileira de proteção radiológica (baseada na ICRP): a CNEN-NN 3.01, com o título de **Normas Básicas de Proteção Radiológica**. A Norma CNEN-NN 3.01 teve três importantes atualizações: 1) a primeira em 2005, quando alterou o nome para **Diretrizes Básicas de Proteção Radiológica** e teve seu conteúdo adaptado com base na ICRP-60 de 1990; 2) a segunda em 2011, que traz referências aos limites primários de doses estabelecidos pela IAEA; 3) a terceira em 2014, quando fez algumas alterações no texto anterior publicado em 2011.

Importante destacar que, além da Norma CNEN-NN 3.01, também temos para os serviços de Medicina Nuclear a Norma CNEN-NN 3.05 e, para a Radioterapia, a Norma CNEN-NN 3.06. É importante também que o gestor saiba que, para o âmbito hospitalar e de clínicas de diagnóstico, deve ser aplicado o que consta na RDC nº 330, pois é o exigido pelo Ministério da Saúde e a ANVISA. Tanto a nova RDC nº 330 quanto a antiga Portaria nº 453 tem como base a Norma CNEN-NN 3.01.

4 CONSELHOS DE CLASSE

Dentro de um centro de diagnóstico por imagem (CDI), o serviço é realizado por uma equipe multiprofissional, em que algumas profissões são regulamentadas e possuem conselhos de classe. Algumas decisões realizadas pelos conselhos com relação a seus profissionais podem afetar alguma atividade ou processo de trabalho dentro do CDI, por isso, o gestor deve conhecer quais são os conselhos de classe que estão relacionados aos profissionais do CDI.

Além disso, é um compromisso de a empresa exigir, no momento da contratação do profissional, cópia da credencial com o respectivo número de registro do profissional junto ao seu conselho de classe, e, anualmente, cópia do pagamento da anuidade e uma negativa com relação a processos éticos ou administrativos.

Todos os conselhos de classe têm ação fiscalizadora, sendo assim, os fiscais têm direito a adentrar o ambiente do hospital ou clínica de diagnóstico para fiscalizar e conversar com o responsável pelo serviço.

- **Conselho Federal de Medicina (CFM)**

O CFM foi fundado em 1951, atua diretamente no controle do registro profissional dos médicos, defende interesses da classe médica e aplica sanções, quando houver o não cumprimento do Código de Ética Médica. Indiretamente, o CFM contribui para luta na melhoria da qualidade da saúde no Brasil. Seu representante nos estados são os Conselhos Regionais de Medicina (CRM).

- **Conselho Federal de Medicina (CFM)**

O CFM foi fundado em 1951 e atua diretamente no controle do registro profissional dos médicos, defende interesses da classe médica e aplica sanções, quando houver o não cumprimento do Código de Ética Médica. Indiretamente, o CFM contribui para luta na melhoria da qualidade da saúde no Brasil. Seu representante nos estados são os Conselhos Regionais de Medicina (CRM).

- **Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia (CONTER)**

O CONTER foi fundado em 1985, atua diretamente no controle do registro profissional dos Técnicos e Tecnólogos e registro de empresas prestadoras de serviços técnicos. Além disso, defende o interesse dos profissionais junto a outros órgãos de classe, entidades reguladoras ou governamentais, é o guardião do Código de Ética dos Profissionais das Técnicas Radiológicas e, indiretamente, contribui para a melhoria da qualidade da saúde no Brasil, fomentando a prática da educação continuada entre os profissionais. Seu representante nos estados são os Conselhos Regionais de Técnicos em Radiologia (CRTR).

- **Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)**

O COFEN foi fundado em 1973, com responsabilidade de controle do registro profissional dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Além disso, deve normatizar e aplicar sanções relacionadas ao não cumprimento do Código de Ética do Profissional de Enfermagem.

O COFEN tem um papel importante na questão da qualidade na assistência à saúde dos pacientes, pois fomenta a humanização, o profissionalismo e o aperfeiçoamento profissional. Sua representação nos estados se dá por meio do COREN.

- **Órgãos de Classe dos Físicos**

A profissão de físico no Brasil foi regulamentada em pela Lei nº 13.691, de 10 de julho de 2018. Com isso, em breve será criado o Conselho de Física no Brasil. No entanto, desde 1966 existe a Sociedade Brasileira de Física (SBF) e a Associação Brasileira de Física Médica (ABFM), sendo esta última o órgão mais específico para o profissional físico que exerce suas atividades de controle de qualidade e assessoria nos centros de diagnóstico por imagem.

É a ABFM que concede o Título de Especialista para os físicos na área do radiodiagnóstico, radioterapia e/ou medicina nuclear.

RESUMO DO TÓPICO 1

Neste tópico, você aprendeu que:

- O termo “diagnóstico por imagem” é mais abrangente que a “radiologia”, pois envolve todas os métodos de imagem, inclusive os que não possuem radiação ionizante.
- Em um serviço de diagnóstico completo, o gestor terá como prestação de serviços os exames de: raios X, raios X contrastado, mamografia, densitometria, ultrassom, tomografia computadorizada, ressonância magnética e radiologia intervencionista (biópsias, punções e drenagens).
- A formação do médico radiologista envolve a formação em medicina para depois fazer a residência na área da radiologia.
- A dinâmica do trabalho do médico radiologista pode variar de acordo com o tamanho e a complexidade do serviço de diagnóstico por imagem.
- O médico é o responsável técnico (RT) do serviço de diagnóstico por imagem, pois possui CRM e atende aos requisitos da legislação.
- O profissional da enfermagem tem um papel importante nos processos realizados dentro de radiologia e diagnóstico por imagem, é uma equipe fundamental para apoio dos médicos radiologistas e profissionais das técnicas radiológicas.
- É importante que os profissionais de enfermagem sejam treinados com relação ao cuidado com os equipamentos e acessórios, à complexidade das atividades que envolvem o uso da radiação ionizante e, principalmente, às questões de proteção radiológica.
- A matéria-prima do profissional das técnicas radiológicas é a radiação eletromagnética; em conjunto com outros insumos e acessórios vai produzir o seu produto final, que é a imagem radiológica.
- A matéria-prima do médico é a imagem radiológica; aliado ao seu conhecimento e técnicas de análise dessa imagem, ele vai fazer o seu produto final, que é o laudo com o diagnóstico do paciente.
- Existem órgãos ligados à área da radiologia e diagnóstico por imagem, cujas ações influenciam de forma positiva ou negativa no serviço do hospital ou clínica de diagnóstico por imagem.

- A Associação Médica Brasileira (AMB) criou as tabelas de honorários dos exames e procedimentos realizados pelos médicos; com base na 5ª edição da CBHPM foi escrito o padrão de Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS).
- O CBR tem um papel fundamental na defesa dos interesses dos médicos radiologistas e, através da ABCDI, defende os interesses dos serviços de diagnóstico por imagem (empresas).
- A nova legislação que normatiza as questões dentro do serviço de diagnóstico por imagem e intervencionista é a RDC nº 330, da ANVISA.



- 1 Com base na nova RDC nº 330, qual o conceito de “procedimento radiológico”?
- 2 A atividade principal da enfermagem na radiologia é a assistência e o acolhimento do paciente no início, durante e depois do exame ou procedimento dentro do serviço de diagnóstico por imagem. Qual o produto final dos profissionais das técnicas radiológicas e do médico radiologista, respectivamente?
- 3 Qual o significado da sigla PADI?
- 4 É o órgão que determina as tabelas de honorários médico, criador da CBHPM, a qual foi referencial para qual padrão de Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS)?
 - a) () Associação Médica Brasileira (AMB).
 - b) () Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR).
 - c) () Associação Brasileira das Clínicas de Diagnóstico por Imagem (ABCDI).
 - d) () Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (ABRAMED).
 - e) () Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).



FAZENDO A GESTÃO DO CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

1 INTRODUÇÃO

Neste tópico, apresentaremos conceitos, estratégias e metodologia para fazer a gestão de um centro de diagnóstico por imagem (CDI). As ferramentas da Administração como ciência podem ser adaptadas aos mais diferentes tipos de organizações, mas não há uma “receita de bolo” pronta para fazer essa adaptação, principalmente, no caso das empresas de diagnóstico por imagem. Tanto é que existem formas diferentes de se obter bons resultados no setor.

Existem três formas de como o serviço de diagnóstico por imagem pode se apresentar: 1) os serviços que estão alocados dentro de um hospital, sendo mais um setor desse hospital; 2) o serviço está alocado dentro de um hospital, porém o serviço não pertence ao hospital, é terceirizado por outra empresa que faz toda sua gestão; e 3) o serviço é fora de um hospital, em uma clínica de diagnóstico por imagem independente.

Para cada uma dessas situações que envolvem o serviço de diagnóstico por imagem, poderá ser necessário criar um modelo próprio de gestão. Nenhuma empresa é igual à outra e, dessa forma, nem sempre um modelo de gestão que tem sucesso em uma empresa vai dar os mesmos resultados em outra, sem que haja qualquer ajuste ou adaptação.

O importante é que devem ser administrados todos os recursos de forma profissional, levando em consideração toda a conjuntura a qual a empresa está inserida, observando suas particularidades e efeitos estratégicos no mercado. O gestor precisa estar com um olho dentro da empresa e o outro observando o mercado!

2 FORMAS DE APRESENTAÇÃO DO CDI DENTRO E FORA DO HOSPITAL

Um CDI pode se apresentar de algumas maneiras diferentes. Isso vai impactar diretamente na forma de fazer a gestão e nos limites dessa gestão.

- **O centro de diagnóstico por imagem de um hospital**

Fazer a gestão de um CDI dentro de um hospital pode, ou não, ser mais fácil do que fazer a gestão de um CDI de uma clínica, vai depender do porte do hospital, complexidade dos pacientes, o parque tecnológico de equipamentos (novos ou sucateados), os recursos humanos disponíveis e da equipe médica de radiologistas e, claro, a condição financeira da instituição hospitalar, pois a prática tem demonstrado que é sempre mais fácil gerir uma organização com saúde financeira do que uma organização com limitação de recursos.

Normalmente, quando o CDI é um setor do hospital, o gestor precisa se concentrar mais nas questões estratégicas e fazer a gestão dos processos principais que envolvem o atendimento ao paciente, pois as atividades de apoio serão realizadas em outros setores do hospital.

Setores como: compras, almoxarifado, call center, financeiro, faturamento, TI etc. serão utilizados em conjunto com o hospital. Serviços de zeladoria, higienização e manutenção também serão do hospital. Cada setor tem seu gestor responsável, isso alivia a carga do gestor do CDI.

O gestor do CDI precisa manter um relacionamento próximo com os gestores desses setores, pois depender de terceiros que não estão sob seu comando poderá engessar um pouco algumas demandas e processos dentro do serviço de imagem.

Além disso, o gestor precisa estar por dentro dos custos do seu setor e avaliar sempre os critérios de rateio que são adotados para custear as despesas, que são comuns com outros setores do hospital.

- **O centro de diagnóstico por imagem terceirizado dentro de um hospital**

Já vimos algumas variáveis da questão da gestão de um CDI pertencente ao hospital, agora veremos o caso do CDI dentro de um hospital que é gerido por um terceiro, em que o hospital recebe um valor de aluguel (arrendamento) ou um percentual da produção do serviço.

Nesse formato, podemos ter a situação onde toda a infraestrutura e equipamentos pertencem ao hospital e o terceiro entra com os materiais e insumos, a mão de obra técnica de radiologia, de enfermagem e equipe médica, podendo, ainda, utilizar o serviço de higienização, agendamento e recepção do hospital, em alguns casos, até fazer o faturamento pelo hospital.

Outro caso é o formato totalmente independente, em que o hospital só cede o espaço físico. O terceiro entra com todos os equipamentos, acessórios, materiais e insumos, mão de obra administrativa, higienização, equipe técnica de radiologia, enfermagem e médicos radiologistas. Toda a infraestrutura administrativa será do terceiro. Nesse caso, o gestor já tem um trabalho maior

e mais complexo, podendo, inclusive, vir a ter algum conflito entre o fluxo dos processos ajustados no CDI com o macrofluxo dos processos internos do hospital, principalmente, com relação aos exames de pacientes internados, da UTI e centro cirúrgico.

Nesse formato, mesmo o CDI sendo uma organização independente por estar dentro de um hospital como terceiro, o gestor ficará um pouco limitado em determinadas situações, tendo que aderir a rotinas impostas pelo hospital.

- **O centro de diagnóstico por imagem em uma clínica independente**

Este será o formato que exploraremos mais neste tópico, pois no centro de diagnóstico por imagem de uma clínica, o gestor tem a oportunidade de atuar em todos os setores, tendo um leque maior de processos, que se integram entre si, para gerenciar e, com certeza, muito mais responsabilidades.

3 TÓPICOS GERENCIAIS

O gestor de um CDI precisa estar preparado, buscar uma especialização, conhecer o mercado da radiologia e as políticas públicas de saúde no Brasil. Precisa ter um perfil arrojado, dinâmico, proativo, comprometido, responsável e ser um bom negociador. Ter uma postura de líder, nunca de chefe, porém, precisa impor limites e ter o controle administrativo.

O gestor precisa conhecer os pontos fortes e fracos da sua organização, conhecer os custos dos exames e, na área do diagnóstico por imagem, buscar sempre a atualização tecnológica dos equipamentos.

De acordo com Kuazaki e Tanaka (2008), as empresas prestadoras de serviços em saúde, assim como alguns consultórios médicos, têm profissionalizado mais sua estrutura administrativa. O motivo para adotarem mais a ciência da Administração em seus processos foram a mudança no mercado consumidor, o aumento da concorrência, a perda do poder aquisitivo dos consumidores e o aumento dos custos e despesas. Isso acontece também com os serviços de diagnóstico por imagem, à medida que vão crescendo, precisam sair do modelo tradicional, onde o médico é o dono e comanda tudo, precisa adotar uma estrutura organizacional adequada a sua necessidade.

O desafio é grande para uma empresa prestadora de serviços de diagnóstico por imagem. É necessário estruturar seus serviços de acordo com as necessidades do mercado e manter a excelência e humanização na assistência à saúde do paciente e os padrões médicos. O médico, na maioria das vezes, é o dono da clínica, porém à medida que o volume de exames cresce e a complexidade do serviço aumenta, passa a não dar mais conta da gestão e da interpretação dos exames. Nesse momento, não pode haver inversão de valores, o médico não pode perder a qualidade da interpretação dos exames para dar conta de atividades administrativas que podem ser feitas por um gestor designado para tal. Até porque, o produto final do CDI é o laudo médico, se ele perder qualidade, o

objetivo principal do negócio começa a ser prejudicado e vai refletir no crescimento do CDI.

Conforme destaca Kuazaki e Tanaka (2008), a Administração traz princípios, conceitos e ferramentas importantes para serem aplicadas na área da saúde, mas, em hipótese alguma, será o foco principal. A assistência à saúde, a qualidade das imagens e do diagnóstico médico, além do bem-estar do paciente (sua experiência conosco), são os maiores objetivos do serviço de diagnóstico por imagem.

3.1 ESTRATÉGIAS EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Segundo Kuazaki e Tanaka (2008), a partir de modelos teóricos, foram criadas várias estratégias (metodologias) que as empresas prestadoras de serviços de saúde podem utilizar para obterem melhores resultados, a escolha deve considerar as características e particularidades de cada empresa.

O conceito de metodologia em Administração é o conjunto de ações coordenadas e interativas que visam obter um resultado ou resolver um problema. A escolha da metodologia será resultante de um diagnóstico prévio e análise detalhada do ambiente da empresa naquele momento.

- **Benchmarking ou Benchmark**

Segundo Sandroni (2008), o termo benchmark, traduzido para o português, significa “ponto de referência” ou “unidade padrão”. Utilizamos o benchmarking no nosso cotidiano para fazer a comparação entre produtos, serviços, processos, preços, entre outros.

Na prática de benchmarking por empresas de saúde, o foco principal é a comparação de métodos, processos e atitudes, com objetivo de resolver alguma fraqueza interna ou implantar uma melhoria, um novo serviço ou instalar um equipamento com uma nova tecnologia.

De acordo com Kuazaki e Tanaka (2008), o benchmarking não é tão simples, precisa ser feito de forma científica e de maneira compartilhada, preservando os direitos da empresa que está sendo usado como meio de comparação.

Para fazer um benchmarking eficaz, Kuazaki e Tanaka (2008) recomendam algumas questões a serem analisadas previamente:

- **Identificar o problema:** saber qual o processo, atividade ou comportamento que precisa ser alterado ou transformado para obter a melhoria (questão crítica do negócio).
- **Identificar a situação:** analisar todas as informações referentes ao problema identificado, inclusive se ocorre na concorrência.
- **Defina o que será analisado:** aqui serão elencados os itens que deverão ser analisados durante o benchmarking.

- **Incorporação das descobertas:** análise de tudo que foi coletado para identificar, implementar ou adaptar a melhor metodologia a ser aplicada e criar os índices comparativos para avaliação dos resultados (benchmark).



Fique atento às interfaces das atividades dentro do processo, ou seja, onde muda os executores da tarefa ou fluxo intersetorial, são momentos em que pode haver as maiores oportunidades de melhoria, impactando diretamente do desempenho de ambas as partes.

Segundo Kuazaki e Tanaka (2008), existem quatro tipos de benchmarking:

- **Interno:** é a comparação dos processos semelhantes entre os diferentes setores (departamentos) da organização empresarial.
- **Funcional:** é a comparação dos processos semelhantes entre empresas que atuam em mercados diferentes (empresa de saúde com uma empresa da indústria).
- **Genérico:** sistema de reformulação contínua dos processos de uma empresa, comparando de forma contínua a produção de duas ressonâncias magnéticas, por exemplo, para entender por que uma produz mais que outra.
- **Competitivo:** comparação de processos semelhantes entre concorrentes diretos, visitar outro serviço de diagnóstico por imagem.



A escolha do tipo de benchmarking a ser realizado deve tomar como base a análise prévia da questão crítica do negócio e, depois, em qual dos tipos vai conseguir trazer uma oportunidade de melhoria que resulte na solução dessa questão crítica. Por vezes, uma análise funcional de outro segmento de outro mercado, fazendo a devida adaptação para o segmento do diagnóstico por imagem, pode trazer uma nova metodologia, sendo mais eficiente do que fazer uma análise competitiva.

• Terceirização e Quarteirização

Segundo Sandroni (2008), é a prática empresarial de contratar outra empresa de produtos ou serviços para realizar atividades periféricas ou complementares a atividade-fim do negócio. Em alguns casos, pode ocorrer a terceirização da atividade principal da empresa. Tem-se essa prática com o objetivo de reduzir custos operacionais e melhorar a qualidade de seus produtos ou serviços.

De acordo com Kuazaki e Tanaka (2008), uma empresa terceirizada pode ficar com uma parte das atividades que foram dela contratada e contratar uma terceira para executar a outra parte das atividades, fazendo, assim, uma quarteirização do trabalho prestado ao cliente. Como exemplo, podemos utilizar a estratégia de uma clínica de diagnóstico em terceirizar a sua equipe de zeladoria, higienização e lavanderia, a empresa contratada assume tudo, porém, com o passar do tempo, percebe que o volume de roupa é muito grande para sua estrutura atual, então fica com a prestação de serviço de zeladoria e higienização, e quarteiriza o serviço de lavanderia para outra empresa. Sem adicionar custos para a clínica de diagnóstico e melhorando a qualidade do serviço prestado.

Nos centros de diagnóstico por imagem, é comum a terceirização da equipe de médicos radiologistas, isso permite que eles possam prestar serviços a outras clínicas ou hospitais e ainda reduz a carga tributária deles, pois como são bastante elevados os valores de honorários, receber pela pessoa física teria um impacto muito grande quando comparado com a pessoa jurídica. Em alguns serviços, observa-se, também, a equipe técnica de radiologia terceirizada.

- **Global sourcing**

De acordo com Kuazaki e Tanaka (2008), após a década de 1980, a economia brasileira se abriu à realidade internacional, a chamada “globalização”. Dessa maneira, os hospitais e clínicas de diagnóstico por imagem passam a usufruir da estratégia do *global sourcing*, mas o que é essa estratégia de global sourcing? O global sourcing permite a empresa adquirir equipamentos ou serviços em outros países com melhores preços e condições de pagamento.

No serviço de diagnóstico por imagem, é comum a importação de equipamentos de maior tecnologia, como raios X digital, tomografia computadorizada, ressonância magnética, injetoras de contraste, entre outros. Os maiores fabricantes de equipamentos desse porte, como Siemens, Philips, GE e Canon (antiga Toshiba), só instalaram fábricas no Brasil a partir de 2008; a partir desse momento, os equipamentos passaram a ser nacionalizados e os hospitais e clínicas puderam contar com o financiamento por meio do Finame, no Banco Nacional do Desenvolvimento (BNDES).

Mesmo assim, é necessário que o gestor avalie as opções no mercado externo, em alguns casos, mesmo com a carga tributária de uma importação (IPI, Imposto de Importação, PIS, COFINS e ICMS) ainda pode haver alguma vantagem. Principalmente se a empresa de saúde tiver o CEBAS, sendo considerada uma instituição filantrópica, a isenção de alguns tributos (IPI e ICMS) torna a compra no exterior mais atrativa.

O gestor precisa conhecer as siglas de frete no exterior, pois nesse momento será decidido na negociação quem ficará com a responsabilidade e os custos da entrega. Isso impactará no valor final do equipamento e no custo final do projeto.

A seguir, serão apresentados alguns termos internacionais de comércio (*Incoterms – International Commercial Terms*); estes termos podem sofrer alterações de acordo com decisões de órgãos internacionais que os normatizam, inclusive há um projeto de uma nova edição dos *Incoterms* para 2020. Vamos expor, a seguir, os mais tradicionais utilizados até o momento:

- EXW (*ex Works*): é o preço oferecido para o equipamento entregue na porta da fábrica, tem que retirar lá.
- FCA (*free carrier*): é o preço oferecido para o equipamento entregue, colocado no aeroporto ou no porto (multimodal), dali para frente as despesas correm por conta do comprador.
- FOT: é o preço oferecido para o equipamento entregue colocado no transportador rodoviário, dali para frente as despesas correm por conta do comprador.
- FOB (*free on board*): é o preço oferecido para o equipamento entregue colocado no transportador marítimo, dali para frente as despesas correm por conta do comprador.
- CIF (*cost, insurance and freight*): é o preço do equipamento entregue incluindo carregamento, seguro e o frete. O equipamento é entregue no local de destino e as despesas são por conta do fornecedor.



Você deve estar pensando: qual a vantagem de o cliente querer se estressar com os trâmites, despesas de transporte e entrega? Parece óbvio que a CIF seja a melhor opção, mas nem sempre! Se for na modalidade de frete CIF, o comprador está pagando todos os custos de frete, seguro e entrega embutidos no equipamento, dessa forma, estarão os custos inseridos na nota fiscal, ou seja, o cliente ainda vai tributar esses custos. A modalidade FOB vai valer a pena se os custos de entrega, frete e seguro de que serão subtraídos, deixarem o valor final do equipamento mais atrativo, a ponto que, considerando os demais custos, o equipamento ainda fique com um valor final mais baixo que na modalidade CIF. Por isso, essa questão deve ser avaliada com muito carinho e calma pelos gestores.

• Fidelização Reversa

A fidelização reversa consiste na identificação do perfil completo dos clientes na hora da venda de um produto ou serviço, ou seja, com base na coleta de dados do cliente, a empresa poderá desenvolver campanhas de marketing com ações direcionadas para determinados grupos de clientes.

Segundo Kuazaki e Tanaka (2008), assim como outros tipos de empresas, os hospitais precisam criar mecanismos de controle para garantir a qualidade, custos e prazos de entrega dos serviços prestados aos clientes/pacientes. É comum

o hospital passar por momentos onde os recursos financeiros são mais escassos, principalmente, os serviços dependentes dos repasses do SUS. Isso pode fazer com que o hospital atrase pagamentos de fornecedores e o risco de ficar sem materiais, medicamentos, fazer manutenção de equipamentos, entre outros; situação que se não for bem administrada poderá acarretar impactos no usuário final, que são o paciente e os familiares.

Para contornar esse tipo de situação, é importante que o hospital esteja bem inserido na comunidade, promovendo ações de saúde, atividades que possam arrecadar recursos para a instituição e se relacionar bem com uma gama grande de fornecedores.

Mesmo que passe por um momento de grande dificuldade, a imagem do hospital não será prejudicada, mantendo a percepção de valor do cliente com relação a sua qualidade de atendimento e eficiência no diagnóstico.

- **Reengenharia**

Segundo Kuazaki e Tanaka (2008), a reengenharia, basicamente, consiste no conjunto de ações com objetivo de reduzir os custos da empresa, deixando-a mais flexível e adaptável às mudanças do mercado. A questão é que, nesse conjunto de ações, o que se destaca é a redução do quadro funcional da empresa, como forma de ganhar fôlego financeiro, o que não se mostrou resultado positivo a médio e longo prazo.

O que deve ser pensado nesse conceito de reengenharia é focar em ações que preservem os colaboradores, muitas vezes já treinados e conhecedores dos processos, por isso, Kuazaki e Tanaka (2008) destacam a reengenharia gerencial, em que o foco está na melhoria dos processos para aumentar a produção, reduzir custos e retrabalhos. Esse modelo de reengenharia da gerência pode ser aplicado tanto em empresas públicas como privadas.

- ***Downsizing***

De acordo com Kuazaki e Tanaka (2008), o *downsizing* tem como base conceitos da reengenharia, porém focando na redução dos níveis hierárquicos, achatando a pirâmide do organograma organizacional, diminuindo os níveis operacionais.

Para fazer isso com sucesso, é necessário criar uma estratégia para redistribuir funções e responsabilidades, identificando quais colaboradores e setores têm mais perfil para absorver isso ou aquilo. Essa desburocratização e racionalização de processos precisa ser feita com cautela e estar de acordo com o planejamento estratégico da empresa.

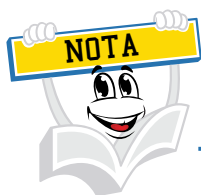
Com menos níveis operacionais e de chefias, o objetivo é melhorar as relações de trabalho, dos processos e a comunicação entre os níveis. Além, é claro, conseguir reduzir despesas operacionais, com poucas ou nenhuma demissão.

- **Rightsizing**

O termo *rightsizing* significa “tamanho certo”, conforme Kuazaki e Tanaka (2008), é uma estratégia organizacional que tem como objetivo remodelar a empresa de forma que acompanhe as tendências do mercado.

A empresa cria ou adapta modelos de gestão e estruturas organizacionais em áreas específicas dessa empresa. Um exemplo usado por Kuazaki e Tanaka (2008) é o fato de um hospital manter a estrutura organizacional que preserve as unidades assistenciais (atividade-fim) e mudar todas as demais setores (atividades-meio), inclusive terceirizando algumas atividades de apoio.

O gestor planeja isso junto ao planejamento estratégico de médio prazo, pois como estrategista, precisa garantir a perenidade da empresa, deixando-a flexível para acompanhar as mudanças do mercado e evitar crises futuras.



Você percebe que downsizing e rightsizing são estratégias de reengenharia (reestruturação) semelhantes, mas a principal diferença está quando se aplica uma estratégia ou outra. No caso da estratégia rightsizing, será aplicada de forma proativa, com base em uma perspectiva de evolução do mercado, em conjunto com o planejamento estratégico. Já a estratégia downsizing será aplicada de forma reativa, ou seja, uma solução para tentar resolver uma crise dentro da empresa. Ilustrando a diferença com uma analogia da área médica: o rightsizing é a ação de “prevenção a saúde da empresa”, já o downsizing é um dos remédios no “tratamento da empresa já doente”.

- **Assertividade**

Segundo Kuazaki e Tanaka (2008), a assertividade é uma filosofia que pode levar ao sucesso corporativo. A assertividade consiste no gestor ter uma visão do todo (holística) da situação, utilizando diferentes ferramentas pessoais e gerenciais, aliado ao bom senso, para fazer a melhor tomada de decisão. Avaliando prós e contras, ações e reações, prevendo e agindo de forma proativa nas consequências da decisão em prol da obtenção dos melhores resultados para empresa e seus stakeholders.

- **O uso da lógica**

Analisando a questão conceitual do termo, lógica significa as formas de pensar com base em dedução, hipóteses ou algo óbvio com base em questões intelectuais que discernem entre o que é verdadeiro ou falso, melhor ou pior.

De acordo com Kuazaki e Tanaka (2008), a lógica empresarial é o gestor ter a capacidade de fazer uma análise do ambiente (micro e macroambiente) com tamanho discernimento, que o torna uma ferramenta competitiva para empresa.

Por mais ferramentas administrativas, indicadores e relatórios que se tenha e disponibilize, alguém precisa analisá-las. Munir uma pessoa de dados sem que gerem uma ação, em uma empresa, é uma perda de tempo e esforço de quem reuniu os dados. A “informação” útil é aquele conjunto de dados que, analisado, gera uma “ação”.

O gestor, com bom discernimento lógico, consegue fazer uma boa triagem das informações que são úteis para analisar, e quais darão melhores resultados para tomada de decisão. Por isso, o uso de softwares de gestão como o *Business Intelligence – BI* –, intuitivos e de fácil cruzamento de dados, trazem valiosas informações para os gestores.

No entanto, é uma estratégia um tanto subjetiva, pois depende do nível de influência da empresa ou do gestor sobre as variáveis, o conhecimento do problema, o grau cognitivo do gestor e sua capacidade reflexiva. Além da formação, competências, habilidades e experiências de cada indivíduo.

3.2 CARACTERÍSTICA BÁSICA DOS SERVIÇOS DE UM CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Os serviços prestados por um centro de diagnóstico por imagem são o resultado de suas atividades e dos seus processos internos. Normalmente, as atividades de uma organização são caracterizadas como tangíveis ou intangíveis.

FIGURA 2 – IMPLICAÇÕES DAS CARACTERÍSTICAS EM BENS X SERVIÇOS

Bens	Serviços	Implicações decorrentes
Tangíveis	Intangíveis	Serviços não podem ser estocados. Serviços não podem ser patenteados. Serviços não podem ser exibidos ou comunicados com facilidade. É difícil determinar o preço.
Padronizados	Heterogêneos	O fornecimento de um serviço e a satisfação do cliente dependem das ações dos funcionários. A qualidade dos serviços depende de diversos fatores incontrolláveis. Não há certeza de que o serviço executado atenda o que foi planejado e divulgado.
Produção separada do consumo	Produção e consumo simultâneos	Clientes participam e interferem na transação. Os clientes afetam-se mutuamente. Os funcionários afetam o serviço prestado. A descentralização pode ser essencial. É difícil ocorrer produção em massa.
Não perecíveis	Perecíveis	É difícil sincronizar a oferta e a demanda em serviços. Os serviços não podem ser devolvidos ou revendidos.

FONTE: Castro e Gabriel (2012, p. 39)

Com base na adaptação dos conceitos de Kuazaki e Tanaka (2008), será exposto a seguir como são as caracterizados os serviços prestados por um CDI.

• São intangíveis

A intangibilidade do serviço se dá pelo fato de que os serviços de assistência à saúde não têm natureza física, não podem ser tocados ou sentidos, diferentemente de um “produto físico” como comprar um eletroeletrônico ou um carro.

No entanto, o desafio do gestor é agregar um valor ao serviço prestado que seja percebido de alguma forma pelo cliente/paciente. A psicologia explica que as pessoas são muito visuais, então usar o marketing visual das instalações do CDI pode ser uma estratégia de transmitir a sensação de qualidade e sofisticação ao cliente.

- Mantendo o ambiente limpo.
- Equipamentos com aparência mais moderna e tecnológica.
- Colaboradores uniformizados e bem apresentados (aparência saudável).
- Ambiente iluminado e confortável.

- Fazendo um pós-venda, conversando com o paciente sobre como foi o atendimento.
- Entregar as imagens do exame com uma apresentação adequada (qualidade de impressão, do papel, envelope e, no caso das tomografias, fazer reconstruções etc.).
- Demonstrar, de alguma forma, a qualidade técnica e funcional da equipe de médicos e colaboradores do CDI.



O foco aqui tem que ser tornar a “experiência do paciente” a melhor possível desde o agendamento do exame até a entrega do resultado.

• São variáveis

A variabilidade do serviço está na percepção de qualidade de quem recebe e na qualidade da prestação de serviço de quem oferece. Por exemplo: um prestador de serviço pode ser um excelente profissional, com várias qualificações, mas em um dia não estava bem! Influências externas (problemas pessoais) ou mesmo internas (questões profissionais) mexeram com ele naquele dia. O resultado final da sua atividade não será alterado, porém a qualidade do seu contato com o paciente pode ter sido diferente daquela realizada, em outro atendimento, algum tempo atrás. Tudo isso pode ser percebido pelo paciente. Por outro lado, ele pode estar no seu melhor dia, porém o paciente vem com uma condição emocional bastante abalada e blindado de qualquer tipo de empatia. Por melhor que seja o exame e por melhor que seja o atendimento, a percepção de qualidade dele pode ser distorcida por influência do seu estado emocional.

Afinal, é importante lembrarmos que por mais tecnologia embarcada que tenhamos no nosso CDI, a essência é a assistência à saúde, então são pessoas cuidando de pessoas, e pessoas têm emoções e sofrem influências do ambiente interno e externo.

Em um exemplo mais corporativista, é o caso de clínicas de diagnóstico por imagem que possuem filiais em outras regiões. Pode-se até garantir a mesma qualidade de laudo em todas, utilizando da telerradiologia para que os médicos locais façam o laudo com o diagnóstico do paciente, porém lá na filial teremos outro gestor, outra equipe técnica de radiologia, outra equipe de enfermagem, outra equipe de recepção etc. Pode até ter uma infraestrutura predial e tecnológica semelhante, mas as pessoas são diferentes e farão um ambiente interno variável.



Essa questão de variabilidade de serviços e produtos é percebido em empresas com franquias ou várias filiais, como no caso do ramo alimentício em shopping centers, em que a mesma marca de fast food oferece o mesmo produto, porém com qualidade diferente de serviços, em diferentes regiões do país. Essa variabilidade entre os serviços é causada pela influência das pessoas no processo e vai impactar na percepção do cliente, seja para melhor ou para pior.

- **São inseparáveis**

A inseparabilidade ocorre justamente com relação às pessoas que os produzem. Pode-se ter dois profissionais que vieram da mesma instituição formadora, tem o mesmo tempo de experiência, receberam o mesmo treinamento interno, porém possuem níveis de percepção diferentes que influenciarão na execução de determinadas atividades dentro do processo.

- **São perecíveis**

Essa característica pode ser um pouco mais complexa de entender dentro de um serviço de diagnóstico por imagem, pois quando pensamos em perecibilidade, logo pensamos em algum alimento ou remédio que pode passar do prazo de validade e estragar. Então, como pode esse conceito para o CDI? Basicamente, utilizamos bens duráveis (equipamentos, acessórios, macas, cadeiras) para produzir nossas imagens para diagnóstico!

Vamos exemplificar com o setor de ressonância magnética (RM) dentro do CDI: um equipamento de RM depende do funcionamento de outros equipamentos periféricos que ficam em funcionamento mesmo que o equipamento de RM não esteja realizando exames. Durante um dia inteiro de agenda, mesmo que haja poucos pacientes agendados, é necessário manter uma equipe técnica de radiologia e enfermagem à disposição, caso seja necessário atender algum paciente de encaixe ou surjam novos agendamentos. São questões que geram custos fixos, os quais somente serão amortizados com as receitas da produção de exames.

É importante ter a percepção de que os **horários da agenda da RM são perecíveis**, por exemplo, se uma capacidade de agenda é de 30 exames por dia (15 de manhã e 15 à tarde), e no período da manhã a RM realizou apenas cinco exames, o tempo que a RM ficou parada durante a manhã não terá como recuperar na produção do período da tarde, pois existe um limite de capacidade de agenda, ou seja, os horários não preenchidos na agenda da manhã não serão compensados.

4 DEPARTAMENTALIZAÇÃO DO CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

A departamentalização é uma forma de estrutura organizacional que setoriza em departamentos a empresa, tornando-a mais funcional, facilitando seu gerenciamento e maximizando recursos. Os gestores deverão conhecer todos os departamentos e terem uma visão holística da empresa, conseguindo enxergar todos os departamentos em conjunto.

A seguir, será apresentado uma metodologia de divisão de departamentos baseada na experiência de quase 20 anos atuando na área do diagnóstico por imagem. Envolve a divisão de áreas administrativas e operacionais para que cada setor tenha uma maior desenvoltura em suas atividades. Essa divisão dependerá do tamanho do centro de diagnóstico por imagem, pois no caso de estruturas menores, um setor pode acumular a função de outro.

4.1 DEPARTAMENTO DE MARKETING E MERCADO

Este departamento terá um líder e uma equipe que devem ser focados no mercado, nos nossos clientes e nos nossos concorrentes.

- **Mercado**

Nas questões relacionadas ao mercado, devem estar avaliando e projetando as tendências, promovendo campanhas de promoção da saúde, participação em eventos relacionados com patologias aos quais os exames de diagnóstico por imagem influenciam diretamente no prognóstico e recuperação do paciente, como exemplo o outubro rosa e o novembro azul.

Buscar meios de parcerias com novos convênios de planos de saúde e captação de novos clientes, fazendo parceria com empresas de grande porte, associações, sindicatos, entre outros.

- **Clientes**

Nas questões relacionadas aos clientes, deve-se atentar tanto no cliente externo como no cliente interno. Facilitar os canais de comunicação para obter informações da satisfação dos clientes externos, seja por pesquisa de satisfação ou práticas de pós-venda. Com relação ao cliente interno, criar meios de obter informações sobre a satisfação e promover ações que melhorem o ambiente e as relações das equipes multiprofissionais. É importante elencarmos quem são os clientes internos e externos.

- **Clientes internos:** médicos radiologistas, profissionais das técnicas radiológicas, enfermagem, equipes do administrativo, recepção, agendamento, higienização e todos os demais colaboradores da empresa, inclusive os terceirizados (se houver).

- **Clientes externos:** pacientes, familiares, médicos solicitantes, planos de saúde, empresas parceiras, fornecedores, entre outros.

É importante que esse departamento identifique as necessidades de cada tipo de cliente. Por exemplo:

- **Cliente paciente:** querem preço competitivo, qualidade no atendimento, prazo curto para entrega do laudo, querem um exame confiável e um ambiente limpo e confortável.
- **Cliente médico solicitante:** querem resposta rápida no diagnóstico, laudo confiável e conclusivo e, quando necessário, assessoria do médico radiologista.
- **Cliente planos de saúde e parceiros:** querem variedade de exames, localização favorável, capacidade de produção e confiabilidade.

• Marketing

Nas questões relacionadas ao marketing do CDI, esse departamento estará em contato direto com a empresa de marketing para criar as ações de promoção do centro de diagnóstico para comunidade local. Essas ações podem ser por meio de mídias, ações comunitárias, homenagens, doações, patrocínios, brindes, participação em eventos, visitas aos clientes, entre outros. É importante que a estratégia de marketing envolva os seguintes tipos de marketing:

- **Institucional:** que trabalham em cima da marca, ou seja, o nome do centro de diagnóstico por imagem.
- **Dirigido:** que desenvolve uma ação com base em um dos métodos de exame do CDI, exemplo da mamografia no outubro rosa.
- **Basal:** são aquelas ações contínuas do dia a dia.
- **Campanhas:** ações que promovem o nome do CDI e seus métodos de exames de forma impactante, em diferentes mídias e por um determinado período de tempo.

O CDI precisa passar para o mercado uma imagem positiva de credibilidade e confiança, pois presta um serviço de assistência à saúde.

4.2 DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Segundo Kuazaki e Tanaka (2008), o capital intelectual dos seus colaboradores é o principal ativo de uma empresa. Infelizmente, alguns empresários sofrem da “anorexia empresarial”, dando importância exagerada aos ativos fixos e patrimonial da empresa em detrimento dos recursos humanos.

Há casos em que as habilidades e competências da equipe médica e/ou técnica sobrepõem-se ao poder financeiro e econômico de um CDI, pois o que adianta uma tecnologia de ponta se não houver quem saiba manipular com excelência esses equipamentos e ter médicos para interpretar os exames mais complexos.

Esse departamento é de grande importância para a empresa, deve ser segmentado em: atividades relacionadas ao departamento de pessoal, atividades de recrutamento, atividade de desenvolvimento de pessoas. No entanto, terá um gestor que vai fazer a gestão geral do departamento.

- **Departamento de Pessoal**

Cuida da folha de pagamento, férias, crachás, uniformes, EPI, aplicação e fiscalização do regulamento interno, exames da medicina ocupacional, atestados, segurança do trabalho, questões jurídicas de RH, entre outros.

- **Recrutamento**

Cuida da descrição dos cargos e tarefas, dimensionamento das equipes, processos de seleção, admissão e demissão, integração de novos funcionários, e, ainda, questões de remuneração e benefícios.

- **Desenvolvimento de Pessoas**

Essa área que atua na questão das avaliações, feedback, treinamentos dos colaboradores e lideranças, contratos de estágios, responsável por promover ações que estimulem um ambiente de coleguismo, harmonia e união, entre outros.

4.3 DEPARTAMENTO OPERACIONAL

O departamento operacional deve ter um gerente ou coordenador exclusivo, pois envolve a atividade-fim do CDI. É aqui, neste departamento, que estarão os nossos centros de custos, cada sala de exame será considerada um centro de custo, pois são os geradores de receitas para o CDI. Deve ser segmentado em estratégico e assistencial.

- **Operacional assistencial**

Envolve o atendimento ao paciente pela equipe médica, enfermagem e os profissionais das técnicas radiológicas. É onde são realizados os exames de raios X, mamografia, densitometria, ultrassom, tomografia computadorizada, PET/CT, hemodinâmica, medicina nuclear, ressonância magnética e a radiologia intervencionista.

O líder da área deve ter os controles de estoque, fazer o pedido de materiais, insumos, meios de contraste, ter o controle das manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos. Cuidar da limpeza e organização das salas de exames e garantir a qualidade no atendimento ao cliente e a qualidade das imagens radiológicas produzidas. Acompanhamento dos testes de qualidade realizados pela equipe de física médica.

- **Operacional estratégico**

Envolve as questões relacionadas à criação e à manutenção dos manuais (POP), fluxogramas, avaliação dos colaboradores da área assistencial, reuniões e treinamentos com a equipe, aplicação e fiscalização do regulamento interno, questões relacionadas à proteção radiológica, criar e alimentar os indicadores de sua área.

Manter atualizado o memorial descritivo e o plano de proteção radiológica, e a aplicação da RDC nº 330 da ANVISA. Avaliação contínua do processo e fluxo de trabalho, buscando melhorias que possam agregar mais qualidade aos processos e redução de custos para o setor.

É importante obter informações relacionadas a desperdícios fazendo controle de rejeitos das películas ou papel couché, sobras de meio de contraste na injetora, horários em branco na agenda/pacientes que não compareceram, taxa de ocupação das agendas, quantidade de reconvocações para complementar os exames (separando retornos para fechamento do diagnóstico médico dos retornos por questões técnicas, onde foi necessário repetir o exame).

4.4 DEPARTAMENTO DE INFRAESTRUTURA

O departamento de infraestrutura abrange as questões do patrimônio (imóveis e móveis), transporte, arquivo (armazenamento de exames não retirados, documentos e prontuários dos pacientes), construções, ampliações e reformas. Além disso, na nossa metodologia de departamentalização vai abrigar o setor de tecnologia de informação (inclusive o PACS) e o setor de manutenção predial e de equipamentos.

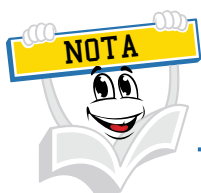
Nesse setor, o gestor tem o compromisso de cuidar dos contratos de prestação de serviços de manutenção corretivas e preventivas, assim como tem link direto com o gestor e equipe do setor operacional. Com relação à questão das informações digitais dos pacientes, entende-se, neste caso, aos dados de prontuário e imagens de exames, é importante que o gestor do departamento de infraestrutura esteja por dentro dos seguintes dispositivos legais:

- **Resolução do CFM nº 1.821, de 23 de novembro de 2007:** trata das normas técnicas para digitalização e uso de sistemas informatizados para guarda e manuseio dos documentos e prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel.
- **Resolução do CFM nº 2.218, de 29 de novembro de 2018:** revoga o Art. 10 da Resolução CFM nº 1.821/2007.
- **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018:** a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), que trata sobre as questões relacionadas aos dados pessoais, seja em documentos físicos ou meios digitais, por pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado. Essa Lei tem o objetivo de garantir os direitos

fundamentais de liberdade e privacidade da pessoa natural, complementado a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014, considerada o Marco Civil da Internet. Uma quantidade significativa dos artigos da Lei 13.709/2018 foi alterado pela Lei nº 13.853/2019.

- **Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018:** que dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, armazenamento e manuseio do prontuário do paciente.
- **Lei nº 13.853, de 8 de julho de 2019:** que altera alguns artigos da Lei nº 13.709/2018 e cria a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD).

O gestor e a equipe de TI, que armazena e trata das informações digitais dos pacientes, precisam ficar atentos no que constam nestes dispositivos, principalmente, na Lei nº 13.709/2018.



A Lei nº 13.709/2018 era para entrar em vigor no início de 2020, pois havia um prazo de 24 meses para as empresas se adequarem às questões exigidas na normativa, porém, em função das questões relacionadas à pandemia do novo coronavírus, foi emitida a Medida Provisória nº 959, de 29 de abril de 2020, que prorroga a vacatio legis da Lei nº 13.709/2018. Assim, a Lei passa a vigorar na sua íntegra a partir de maio de 2021.

- Temporalidade de alguns documentos comuns no CDI

Com base na Resolução do CFM nº 1.821/2007, foi determinada a temporalidade de arquivamento dos seguintes itens:

- **Ficha do paciente:** arquivar por 20 anos a partir do último registro.
- **Laudo médico:** arquivar por 20 anos a partir do último registro.
- **Questionário de anamnese:** arquivar por 20 anos a partir do último registro.
- **Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE):** utilizado para que o paciente assine, autorizando a realização do procedimento ou injeção do meio de contraste, deve ser arquivado por 20 anos a partir do último registro.
- **Protocolo de entrega de exames:** arquivar por 20 anos a partir do último registro.
- **Pedido médico:** arquivar por seis meses.
- **Guia de exames:** arquivar por seis meses.
- **Exames de imagem:** arquivar por seis meses.
- **Justificativa para sedação:** arquivar por seis meses.

4.5 DEPARTAMENTO DE COMPRAS

É o departamento responsável pela aquisição de materiais diretos ou produtivos (insumos para realização dos exames, materiais e medicamentos de enfermagem, meios de contraste etc.) e os materiais indiretos ou auxiliares (materiais de escritório, informática etc.), e também aqueles básicos da rotina diária (itens de copa e cozinha, material de limpeza, higiene etc.).

O departamento de compras também é responsável pela compra de equipamentos, cujas especificações devem ser conversadas com a equipe médica e técnica da área, para chegar em uma configuração e qualidade desejada, com custo-benefício que a empresa possa adquirir.

O departamento de compras deve ter o controle do almoxarifado, fazendo um inventário correto e conferir semanalmente o estoque. O ideal é ter um sistema confiável para a gestão do consumo entre os setores.

O gestor do compras deve garantir que os produtos solicitados pelos setores sejam entregues no prazo estabelecido entre as partes. Deve organizar os dias de entrega dos materiais e medicamentos no CDI.

Para garantir sempre uma boa qualidade e o menor custo possível, é importante que o gestor do departamento de compras seja um bom negociador e esteja sempre desenvolvendo novos fornecedores.



A empresa, sempre que possível, deve evitar compras emergenciais, pois a urgência tira o poder de barganha do comprador que precisa resolver o problema operacional da empresa, garantindo uma entrega rápida.

É importante ter uma classificação dos itens a serem comprados e estocados, pois um estoque grande de itens de valor alto impactam no departamento financeiro da empresa; para tal, recomenda-se o uso da metodologia da Curva ABC, desenvolvida pelo economista Vilfredo Pareto, considerada uma forma de garantir o suprimento adequado dos setores, com o menor custo de estoque possível.

- Classe A: são 20% dos itens, cujo valor corresponde a 60% do orçamento.
- Classe B: são 30% dos itens, cujo valor corresponde a 30% do orçamento.
- Classe C: São 50% dos itens, cujo valor corresponde a 10% do orçamento.

Com essa estratégia, o setor de compras consegue focar nos itens de maior valor e impacto financeiro, pois nos itens de classe “A” e “B”, terão um estoque baixo e controle rigoroso; nos itens de classe “A”, terão um alto giro de entrada e nos itens de classe “B”, terão um médio giro de entrada. Os itens de classe “C” terão um controle menos rigoroso, um estoque médio e um baixo giro de entrada.

Para clínicas de diagnóstico por imagem com várias filiais, ou que possuem outros grupos parceiros, pode ser interessante firmar contratos corporativos com alguns fornecedores os quais são comprados sempre os mesmos itens. A vantagem da compra em grande quantidade é o poder de barganha do comprador para conseguir um preço excelente. A vantagem do contrato corporativo é garantir, durante um ano, que o valor ficará congelado, principalmente, em períodos onde há uma instabilidade econômica no país.

Lembre-se de deixar claro ao fornecedor que deverá fazer a entrega diretamente nas filiais ou nas unidades parceiras, pois, caso contrário, você arcará com os custos de entrega e aquisição conjunta ou aderir a um contrato corporativo pode deixar de ser vantajoso.



O comprador, na negociação, sempre deverá adotar uma postura de “ganha-ganha”, negociando com ética e com base nos valores da organização a qual trabalha, sem levar vantagens pessoais no processo de compra.

4.6 DEPARTAMENTO DE FATURAMENTO DE CONTAS MÉDICAS

O faturamento de contas médicas já foi mais complicado, na época do papel, fazia-se malotes com as guias para enviar ao convênio. No período anterior ao TISS, cada operadora de plano de saúde tinha regras próprias para seu faturamento, precisando que os profissionais do setor do CDI tivessem que proceder o faturamento de várias formas diferentes.

Depois que a ANS padronizou a Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) e adotou a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), aliado a um sistema informatizado de faturamento, melhorou muito as atividades dos processos para faturar as contas médicas.

De acordo com Rodrigues *et al.* (2018), o faturamento de contas da saúde suplementar adota, preferencialmente, o modelo de pagamento de contas por

unidade de serviço, ou seja, todos os itens de materiais e medicamentos utilizados em um exame de diagnóstico por imagem precisam ser contabilizados na conta do paciente, sendo que, em determinados tipos de materiais ou medicamentos, precisam ser acompanhados de uma justificativa assinada pelo médico radiologista. Alguns planos de saúde têm adotado a modalidade de pagamento por pacote, ou seja, é previamente estipulado em contrato o que é gasto de material e medicamento em cada tipo de exame e definido um valor fechado para o exame/procedimento.

É importante que haja a máxima atenção durante os processos que envolvem o faturamento, isso começa quando o paciente agenda o exame. Durante o agendamento, é importante coletar os dados importantes do paciente e o documento com os dados do convênio, pois exames de alto custo (tomografia, ressonância e procedimentos intervencionistas) necessitam de autorização prévia do convênio. Essa autorização nem sempre ocorre no mesmo dia e, por isso, é importante ter uma logística bem estruturada para essa questão, alguns CDI criam postos de atendimento com função exclusiva para autorização de exames.

Uma vez agendado o exame, quando o paciente chegar para fazer a ficha de entrada para realização do exame, é importante que a recepção confira os dados do documento do paciente com a carteira do convênio, além disso, é importante checar a validade da carteira.

O ideal é que a solicitação médica/guia do convênio original não siga o fluxo da ficha de entrada, apenas uma cópia desse documento vai anexo à ficha de entrada. A guia original já deve ser arquivada em uma pasta com outras guias, as quais no final do dia serão encaminhadas para o faturamento.

É importantíssimo o cumprimento de vários detalhes para evitar glosa dos convênios no momento do pagamento, a seguir citaremos os mais críticos:

- Ter o número correto da autorização do convênio, permitindo que o paciente realize o exame/procedimento.
- Preenchimento correto de todos os campos da guia do convênio.
- Lançamento correto no sistema (conta do paciente) de todos os materiais e medicamentos utilizados por ele durante a realização do exame/procedimento.
- Realizar corretamente todas as atividades referente ao processo de faturar a conta junto ao sistema do convênio na internet.

Você deve estar pensando: o que são glosas? Segundo Rodrigues *et al.* (2018), as glosas são cancelamentos da remuneração da fatura da conta hospitalar, podendo ser uma glosa parcial ou total. Todas as guias faturadas por um prestador de serviços passam por um auditor do plano de saúde. Esse auditor busca detalhes no faturamento para evitar cobranças indevidas. Por isso, a importância de efetuar corretamente todo o processo interno de faturamento antes de encaminhar as contas para o plano de saúde.

As glosas poderão ser classificadas como técnicas, quando os profissionais da assistência cometem alguma falha, ou classificadas como administrativas, quando os colaboradores da recepção ou setor de faturamento cometem alguma falha.

O CDI deve ter um indicador da quantidade de glosas e os motivos, pois um alto índice de glosas pode impactar em questões financeiras do serviço e na remuneração dos honorários médicos. O prazo médio de pagamento de um plano de saúde é de 30 a 60 dias depois do faturamento, se ocorrer uma glosa, até receber o retorno do plano de saúde, fazer e encaminhar o recurso, o recebimento dos valores poderá passar de 90 dias, sendo assim, o CDI terá que dispor de capital de giro para manter o fluxo operacional de atendimentos.

4.7 DEPARTAMENTO FINANCEIRO

Esse departamento é o coração da empresa, pois a má gestão dos recursos financeiros colocará em risco toda a organização e seus colaboradores. De acordo com Kuazaki e Tanaka (2008), é importante que a empresa tenha competência e habilidade para gerir seus recursos, equilibrando receitas e despesas. Os problemas financeiros de uma empresa impactam diretamente na qualidade final do serviço ofertado ao cliente.

É recomendável que todo serviço de diagnóstico por imagem faça, no último trimestre do ano vigente, um planejamento orçamentário para o ano que virá. Esse planejamento deve dispor de uma projeção de estimativa de receita e um plano de contas com todas as despesas.

Segundo Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), com este orçamento, o gestor vai conseguir prospectar como será o próximo ano, correlacionar com as metas do planejamento estratégico e começar a pensar nos planos de ação para que tudo ocorra da melhor forma possível e dentro do planejado. Se haverá sobras para novos investimentos, se haverá necessidade de contenção de despesas ou, ainda, a necessidade de buscar recursos externos.



Para fins de planejamento, vamos definir: quando algo é planejado a curto prazo estamos nos referindo aos próximos meses, ou ao ano seguinte. O planejamento a médio prazo envolve um período de quatro a cinco anos, e, por fim, um planejamento a longo prazo pode ser considerado para período superior a cinco anos.

- Um orçamento bem-feito é aquele que esteja o mais próximo possível da realidade da empresa naquele momento. Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000) estabelecem algumas recomendações:
 - Deve ser coordenado pelo departamento financeiro, de forma que este departamento vai consolidar os dados de orçamentos realizados em cada um dos departamentos e centros de custos do centro de imagem.
 - Deve ser elaborado com a participação de diferentes gestores de cada área, pois cada um conhece seus processos e custos de forma mais profunda.
 - Deve ser o mais próximo da realidade e estabelecer padrões de análise.
 - Deverá ser flexível, adaptando-se às mudanças que podem ocorrer de um ano para o outro.
 - Deve ser o mais simples possível, facilitando a manipulação e o controle.
 - Deverá ter base estatística e flexibilidade ajustadas às tendências futuras do CDI.
- **É de responsabilidade do departamento financeiro:**
 - Contas a pagar.
 - Contas a receber.
 - Fechamento de caixa.
 - Estipular a tabela de preços dos exames particulares (avaliar o mercado).
 - Avalia o resultado (lucro ou prejuízo).
 - Fluxo de caixa.
 - Rateios entre centro de custos.
 - Contabilidade.
 - Alimenta indicadores financeiros.
 - Define a margem de contribuição.
 - Ponto de equilíbrio.
 - Emite relatórios gerenciais.

Segundo Bruni (2010), é importante que os gestores conheçam alguns conceitos importantes da área financeira. Isso auxilia na análise dos indicadores e relatórios gerenciais para a futura tomada de decisão e planos de ação:

- **Conceitos importantes sobre o departamento financeiro:**
 - **Contabilidade financeira:** registra o passado da empresa, aquilo que já ocorreu com base nos princípios contábeis.
 - **Contabilidade gerencial:** registra o futuro da empresa e os custos de oportunidade.
 - **Conceito de custo:** são os gastos relativos à produção de um bem ou serviço, só ocorrem se houver a realização do exame ou procedimento (materiais, medicamentos, filme, contraste, envelope etc.).
 - **Custo incremental:** aquele custo que aconteceu no processo por uma tomada de decisão ou procedimento incorreto (exemplo, usou mais de uma agulha para punção, pois uma delas caiu no chão).
 - **Conceito de despesa:** são os gastos com consumo temporal, ou seja, tem os gastos com ou sem produção, contempla a folha de pagamento, benefícios, aluguel, prestação de equipamentos e acessórios etc.

- **Gastos fixos:** são os gastos que não variam com a quantidade de exames/procedimentos realizados. Os custos fixos estão relacionados com a capacidade instalada da empresa, como a depreciação, a amortização, os seguros, o IPTU, o aluguel etc.
- **Gastos variáveis:** são os gastos que oscilam de acordo com o volume de exames/procedimentos realizados, sendo estes diretamente proporcionais à produção de exames, quanto mais exames o CDI realizar, maior serão os custos para realizar os exames.

Segundo Bruni (2010), uma curiosidade precisa ser observada quando os gastos são comparados, os gastos fixos totais se mantêm fixos, independentemente da quantidade de exames realizados, porém os gastos fixos unitários podem diminuir (variar) quando aumenta a quantidade de exames realizados. Por outro lado, os gastos variáveis totais aumentam de forma proporcional à quantidade de exames realizados, mas os gastos variáveis unitários tendem a ficar fixos com o aumento da quantidade de exames realizados. Isso justifica quando a empresa adota uma estratégia de ganhar no volume de exames, por exemplo, quando vendem serviço para o SUS.

• Margem de Contribuição

De acordo com Bruni (2010), a margem de contribuição é um dos indicadores mais importantes para tomada de decisão em custos, preços e lucros. A margem de contribuição é dada pela diferença entre a receita de um exame pela soma dos gastos variáveis para realizar este exame.

Para criar a margem de contribuição correta, é necessário conhecer os custos para realização de cada exame, de cada modalidade de diagnóstico, dentro do CDI. É importante, na contabilidade financeira, que os custos diretos sejam empregados no custeio por absorção, porém os custos indiretos precisam utilizar critérios de rateio para depois ser empregado o custeio por absorção.

Os critérios de rateio sempre geram questionamentos, pois são utilizados critérios subjetivos para realizar o rateio.

Vamos exemplificar esta questão para você!

Imagine o “centro de custo do setor de raios X” (C1) e o “centro de custo do setor da “ressonância” (C2). O primeiro centro de custo C1 envolve um custo fixo operacional muito baixo em relação aos custos fixos do centro de custo C2, sendo que, este segundo centro de custo C2, gera muito mais receita e tem mais margem que o primeiro centro de custo C1. Então, frente ao exposto, nada mais justo que, em um critério de rateio, onde o centro de custo da ressonância (C2) absorva mais custos fixos do que o centro de custo dos raios X (C1).

• Ponto de Equilíbrio

Segundo Bruni (2010), o ponto de equilíbrio (PE) do negócio é o volume mínimo de operação para cobrir as despesas. No caso do CDI, será o número mínimo de exames a ser realizado por centro de custo ou o total de exames correlacionando as modalidades de exames. Existem o ponto de equilíbrio contábil, financeiro e econômico.

- Ponto de equilíbrio contábil: basicamente, esse PE tem que ser sempre nulo (zero), pois será a receita total menos os gastos totais. Bruni (2010) recomenda a seguinte equação:

$$\text{Preço} \times \text{quantidade} - [\text{gastos fixos} + (\text{gasto variável unitário} \times \text{quantidade})] = 0$$

O ponto de equilíbrio contábil em quantidade (PECq) pode ser representado pela equação:

$$\text{PECq} = \frac{\text{Gasto Fixo}}{\text{Preço} - \text{Gasto Variável Unitário}}$$

O ponto de equilíbrio contábil, expresso em valor monetário (PEC\$), pode ser representado pelas equações a seguir:

$$\text{PEC\$} = \text{PECq} \times \text{Preço}$$

$$\text{PEC\$} = \frac{\text{Gasto Fixo} \times \text{Preço}}{\text{Preço} - \text{Gasto Variável Unitário}}$$



O ponto de equilíbrio financeiro vai incluir nos custos fixos a depreciação dos equipamentos (considerar 10 anos) e predial (considerar 20 anos). O ponto de equilíbrio econômico vai incluir nos custos fixos a remuneração desejada sobre o capital próprio investido pelos sócios.

5 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

De acordo com Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), o conceito de planejamento estratégico é o processo mediante o qual quem toma as decisões em uma organização (estrategista) obtém informações e que, a partir delas, elabora os fins (metas) que, com os meios e os recursos, permitem a ele elaborar os planos.

O bom modelo de planejamento estratégico é aquele que é flexível, podendo ser modificado conforme as circunstâncias e com base em resultados de uma área, adaptá-lo em outras áreas. O gestor estará sempre planejando, executando, checando e fazendo planos de ação para corrigir a direção (rodando o PDCA) no planejamento estratégico.

• Princípios do Planejamento Estratégico

Segundo Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), existem alguns princípios gerais do planejamento estratégico:

- **Primeiro princípio:** o diagnóstico da organização, saber onde estamos, aonde queremos chegar e como faremos para chegar no objetivo.
- **Segundo princípio:** planejamento de alternativas.
- **Terceiro princípio:** possibilidade de mudanças no ritmo, pois haverá momentos em que devemos acelerar o passo, outros em que será necessário segurar.
- **Quarto princípio:** fazer a análise das causas.
- **Quinto princípio:** fazer a análise das variáveis.
- **Sexto princípio:** compromisso com o “como”.
- **Sétimo princípio:** compromisso com a “mudança”.

• Análise Interna da Organização

Segundo Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2000), essa ação consiste em avaliar as forças e as fraquezas da empresa.

Será considerado como “força”, toda situação que facilita atingir a nossa missão e visão corporativa. Será considerado como “fraqueza”, toda situação que limita ou impeça atingir a nossa missão corporativa. Neste contexto, deverão ser observados:

- Capacidade gerencial organizacional.
- Capacidade competitiva e de mercado.
- Capacidade financeira.
- Capacidade tecnológica.
- Capacidade de recursos humanos.

Além disso, deve ser analisada as oportunidades e ameaças externas à organização.

RESUMO DO TÓPICO 2

Neste tópico, você aprendeu que:

- Há diferença nos processos de gestão de um CDI dentro e fora de um hospital.
- O benchmarking é uma estratégia importante para criar uma melhoria e resolver um problema de processo.
- A escolha do benchmarking correto pode melhorar o resultado obtido com essa estratégia.
- A prática do global sourcing pode ser uma estratégia vantajosa, principalmente, para serviços que possuem o CEBAS e são considerados filantrópicos.
- É importante conhecer alguns *Incoterms* de logística do comércio exterior.
- Existe a estratégia de reengenharia, cujas variáveis são o *downsizing* e o *rightsizing*.
- O serviço prestado pelo CDI é intangível, perecível, inseparável e variável.
- É importante a divisão do CDI em departamentos.
- O gestor precisa ter uma visão holística sobre os departamentos.
- É preciso muita atenção nas tarefas relacionadas ao faturamento para evitar glosas e perda de receitas.
- A diferença nos tipos de gastos, pois existe o conceito de custo e despesa.
- O custo pode ser fixo ou variável.
- A margem de contribuição é um indicador importante para o gestor.
- É importante usar um critério de rateio justo entre os centros de custo de cada modalidade de exame.
- É importante conhecer o ponto de equilíbrio de cada centro de custo e uma consolidação total das várias modalidades.
- O planejamento estratégico é o processo mediante o qual o gestor obtém informações e, a partir delas, elabora as metas que, com os meios e os recursos, permitirão elaborar os planos.

- No planejamento estratégico, é importante analisar as forças e fraquezas, assim como as oportunidades e ameaças.
- A Lei nº 13.709/2018 é a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), as quais todos os estabelecimentos de saúde precisam cumprir com relação às informações de prontuário eletrônico e imagens diagnósticas dos pacientes.



1 Com relação à departamentalização do centro de diagnóstico por imagem, pensando na atividade e no seu departamento, relacione os itens, utilizando o código a seguir:

I- Campanha do outubro rosa.	() Recursos Humanos.
II- Controle de glosas.	() Infraestrutura.
III- Desenvolvimento de pessoas.	() Marketing.
IV- Segurança dos dados do paciente.	() Financeiro e contabilidade.
V- Definição da margem de contribuição.	() Faturamento.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

- a) () I - II - III - V - IV.
- b) () IV - II - V - III - I.
- c) () III - II - IV - V - I.
- d) () III - IV - I - V - II.

2 Qual o conceito de planejamento estratégico?



O PAPEL DO TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA COMO GESTOR

1 INTRODUÇÃO

Em qualquer área do mercado de trabalho, é cada vez mais presente a necessidade de profissionais qualificados e flexíveis, que se adaptem rapidamente às mudanças e necessidades desse mercado.

No mercado da radiologia não é diferente, o profissional das técnicas radiológicas precisa, constantemente, estar se aperfeiçoando e se atualizando sobre novas tecnologias de equipamentos e novas técnicas de exames para que possa se adaptar ao mercado que exige cada vez mais dos profissionais da radiologia.

Além disso, os serviços de radiologia e diagnóstico por imagem estão cada vez mais carecendo de ferramentas e estratégias de gestão, pois quanto mais crescem e se desenvolvem, menos aquele conhecimento empírico de práticas antigas dá resultados práticos. De acordo com Pereira *et al.* (2015), as técnicas de gestão ainda são pouco utilizadas na área da saúde.

O tecnólogo em radiologia tem a competência para mudar essa realidade dentro dos centros de diagnóstico por imagem, tem qualificação para exercer o papel de líder no setor e sua formação acadêmica permite buscar cursos de pós-graduação na área da administração de clínicas e hospitais que irão permitir, quem sabe, ocupar cargos de gestão dentro da organização.

2 ATRIBUIÇÕES DO TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA

Os profissionais das técnicas radiológicas ainda aguardam os deputados federais do Congresso Nacional apreciarem o Projeto de Lei (PL) nº 2.247/2007, o qual vai regulamentar a profissão de tecnólogo em radiologia oficialmente no Brasil.

Em 2011, os profissionais tecnólogos de todas as áreas passaram a ser reconhecidos pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sob o número de identificação 3241-20.

Em 2012, o Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia (CONTER) cria a Resolução nº 02/2012, que institui e normatiza as **atribuições, competências e funções do Tecnólogo em Radiologia**.

Na Resolução nº 02/2012 do CONTER, é possível observar alguns trechos que direcionam o tecnólogo em radiologia para a função de gestor do serviço de radiologia e diagnóstico por imagem (SRDI):

- Art. 5º: é atribuição do tecnólogo em radiologia **coordenar e gerenciar** as equipes e processos de trabalho nos SRDI.
- Art. 6º: compete ao tecnólogo em radiologia **elaborar e coordenar** a execução PGRSS.
- Art. 7º: é atribuição do tecnólogo em radiologia realizar a **supervisão** de proteção radiológica em instalações e ambientes clínicos e hospitalares.
- Art. 11º: é atribuição privativa do tecnólogo em radiologia a **coordenação** dos cursos de graduação em Tecnologia em Radiologia.

O tecnólogo tem formação plena, podendo atuar em todas as áreas da radiologia, por ter uma maior carga horária de curso, subentende-se que seja melhor conhecedor dos processos e pode ter seu foco direcionado para área da gestão.



Com base do CONTER, até o ano de 2018, estavam registrados no Sistema CONTER/CRTR cerca de 10 mil tecnólogos em radiologia, e cerca de 110 mil técnicos em radiologia. Neste contexto, para fazer valer o que consta na Lei nº 7394/1985 e resguardar os direitos dos profissionais das técnicas radiológicas, o CONTER criou, com base na Resolução nº 11/2011, o Supervisor das Aplicações das Técnicas Radiológicas (SATR). O tecnólogo em radiologia poderá acumular a função de gestor com a função de SATR, ou na ausência do tecnólogo, o técnico em radiologia será designado para função de SATR.

3 O TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA NA GESTÃO

Se o centro de diagnóstico por imagem estiver dentro de um hospital, este setor será foco da atenção do administrador do hospital, pois é um setor gerador de receita para instituição, assim como a UTI, o centro cirúrgico e o ambulatório. Neste caso, o tecnólogo em radiologia poderá ser de grande valia para auxiliar ou coordenar os processos operacionais desse CDI.

Se o centro de diagnóstico por imagem estiver fora de um hospital, será o negócio principal da organização, uma oportunidade para o tecnólogo em radiologia propor várias melhorias e padronizar os processos desse CDI.

Segundo Nobrega (2006), o tecnólogo em radiologia poderá utilizar um modelo de **administração sistêmica**, caracterizada por um processo que reúne todas as partes (departamentos) na busca dos objetivos e metas gerais da organização. Ou aplicar um modelo de **administração por objetivos**, caracterizada pela divisão de metas a serem alcançadas, de forma individual, em cada departamento ou área específica da organização (Figura 3).

FIGURA 3 – ILUSTRAÇÃO DE ALGUNS OBJETIVOS POR ÁREA/DEPARTAMENTO

ÁREA DA EMPRESA	OBJETIVOS
Financeira	♦ Equilíbrio das contas ♦ Superávit
Recursos Humanos	♦ Qualificação do pessoal ♦ Assiduidade
Marketing	♦ Vendas ♦ Satisfação do cliente
Produção	♦ Cumprimento do volume de produção ♦ Qualidade dos produtos

FONTE: Nobrega (2006, p. 358)

É recomendado que o tecnólogo em radiológica procure usar mais a administração por objetivos, pois, de acordo com Nobrega (2006), proporciona à empresa a eficiência e eficácia necessárias à prática da administração.

O grande paradigma da gestão está em gerenciar recursos limitados ou escassos para atender às necessidades do mercado, dos clientes externos e internos que são ilimitadas. O tecnólogo em radiologia na função de gestor (seja como gerente, coordenador ou supervisor) terá que desenvolver algumas qualidades:

- **Visão Administrativa**

Ter uma visão holística sobre o workflow do CDI, compreender que o exame começa no agendamento (contratação do nosso serviço) e termina na entrega do resultado (entrega do produto final). Entre a contratação do serviço e a entrega do produto final, tem uma quantidade de processos que precisam ser padronizados e gerenciados diariamente.

O profissional precisa conhecer a missão, a visão e os valores da empresa, pois esses princípios organizacionais devem orientar sua tomada de decisão.

- **Conhecer seus clientes**

Atender às demandas dos clientes externos (pacientes, familiares, médicos solicitantes e fornecedores) sempre com qualidade e de forma humanizada. Atender às demandas dos clientes internos (médicos radiologistas, colegas das técnicas radiológicas, enfermagem e demais colegas de trabalho e colaboradores da empresa), tratando todos com respeito e atenção.

- **Reconhecer suas principais atividades na gestão**

- Controlar as rotinas de realização de exames.
- Controlar as manutenções dos equipamentos.
- Alimentar e controlar os dados do RIS e do PACS.
- Controlar os materiais e insumos utilizados nos exames e materiais de escritório.
- Fazer a gestão dos recursos humanos que compõem sua equipe de trabalho (dar valor a importância do feedback).

- **Conhecer e aplicar as ferramentas de qualidade na gestão**

Segundo Campos (2004), existe um processo chamado de Método de Análise e Melhoria dos Processos (MAMP), em que, aplicando determinadas ferramentas, permitirá a você identificar e solucionar as não conformidades (problemas) que estão prejudicando alguma etapa do seu processo. As ferramentas da qualidade são:

- Criar e atualizar os manuais de procedimento operacional padrão (POP).
- Criar fluxogramas para os processos.
- Criar mapas interligando os processos.
- Metodologia SIPOC.
- Coleta correta dos dados.
- Brainstorming.
- Diagrama de Pareto.
- Matriz de Decisão.
- Diagrama de Causa e Efeito.
- Técnica 3Q1POC (O que? Quando? Quem? Por quê? Onde? Como?).
- Técnica 4Q1POC (O que? Quando? Quem? Quanto? Por quê? Onde? Como?).
- Gráficos.
- Ferramentas 5s.



É importante que o gestor identifique as causas do problema para depois criar as alternativas para solução. Se o gestor não aplicar uma solução efetiva trabalhando na causa do problema, estará, diariamente, fazendo o que chamamos de "apagar incêndios". Em momentos de crise, onde há várias questões a serem ajustadas, o gestor deve elencar quais ações merecem prioridade.

• Trabalhar com indicadores de desempenho

Já dizia o famoso consultor de negócios Joseph Moses Juran: “quem não mede, não gerencia, quem não gerencia não melhora”. O uso de indicadores de desempenho é uma das melhores maneiras de gerenciar, e devem ser o nosso *dashboard*, que vai nos guiar!

Indicadores importantes:

- Taxa de ocupação das agendas, pode ser geral ou por modalidade de exame.
- Taxa de retorno dos pacientes para complemento.
- Taxa de rejeito de impressão de imagens.
- Produção técnica.
- Produção médica.
- Satisfação do cliente etc.

4 EXERCENDO A LIDERANÇA

Um líder é aquela pessoa que influencia um determinado grupo de pessoas sem ser coercitivo, ou seja, sem forçá-las a fazer nada, consegue os resultados desejados, trabalhando em conjunto, fazendo com que toda equipe compreenda a necessidade de fazer determinadas tarefas.

O tecnólogo em radiologia, que atua na gestão, pode ser enquadrado na área tática-operacional da organização (Figura 4).

FIGURA 4 – EXEMPLO DE UMA PIRÂMIDE ORGANIZACIONAL



FONTE: <https://www.researchgate.net/profile/Adelaide_Targino_Casimiro/publication/333184718/figure/fig2/AS:759715311140869@1558141653517/Figura-4-Piramide-organizacional.ppm>. Acesso em: 3 maio 2020.

O líder deve despertar o entusiasmo das pessoas para que estes estejam constantemente motivados em realizar seu trabalho com afinco. Segundo Nobrega (2006), a liderança é classificada de três formas:

- **Liderança autocrática:** onde o líder centraliza o poder e exerce controle rígido sobre seus subordinados.
- **Liderança liberal:** que transfere aos subordinados a tomada de decisões, apenas gerenciando-as posteriormente.
- **Liderança democrática:** dá mais ênfase ao trabalho em equipe, pois o líder discute as ações com seus subordinados, definindo as melhores condutas.

O tecnólogo em radiologia transita no exercício da liderança e transita entre os três tipos de liderança. Recomendamos que utilize a liderança democrática a maior parte do tempo, porém, tenha a sensibilidade de saber o momento de mudar o tipo de liderança de acordo com cada situação que demande uma ação diferente. Lembre-se! Use a liderança em prol dos interesses da organização e não em prol de interesses próprios.



O profissional precisa ter a nobreza de entender suas limitações, pois nem todos os cursos Superiores de Tecnologia em Radiologia têm o foco na gestão. Dessa forma, se o profissional realmente deseja atuar nessa área é preciso que busque uma especialização em cursos de pós-graduação voltados para a área administrativa.

LEITURA COMPLEMENTAR

Prezado acadêmico, a seguir uma leitura interessante que aborda a diferença em ter uma postura de chefe e uma postura de líder. Caso você tenha a oportunidade de ser um gestor em sua área de atuação, esperamos que adote uma postura de líder frente a sua equipe. Boa Leitura!

SER CHEFE E SER LÍDER

Nenhum chefe é líder, porque ser líder é ter outra dimensão como ser humano. A pessoa que aceitou exercer um cargo de chefia aceitou também a limitação de si mesmo como ser humano e a limitação de todos os que o cercam, assim com a tarefa de tratar tecnicamente de tudo. Ao chefe falta grandeza para entender e perceber que a vida não é feita apenas de certos ou errados, de brancos ou pretos, pois sua beleza está justamente nas nuances de cores e na riqueza de suas variações.

O chefe, tal qual o conhecemos, é um técnico que se dispôs a realizar determinado trabalho por intermédio das pessoas. O líder é um ser humano que se dispôs a assumir a realização de uma missão com as pessoas. Chefe e líder são incompatíveis, pois o líder não é o chefe melhorado, mas sim outra forma de ser, viver e se realizar.

A motivação do chefe é material, portanto, temporal; a do líder é espiritual, portanto, atemporal. O chefe quer que as coisas sejam feitas de forma certa; e o líder quer que as coisas certas sejam feitas, não importando de que forma. Para o chefe, o erro é sempre um problema grave e sinônimo de custo/desperdício; para o líder, o erro é uma lição a ser muito bem aproveitada. O chefe pensa e fala eu; o líder pensa e fala nós.

Como se vê, há total incompatibilidade entre os dois papéis. O chefe olha para o ontem, quer fazer o hoje e jamais vê o amanhã; enquanto o líder olha sempre para o amanhã (seu objetivo), para fazer o hoje e jamais vê o ontem. O que não significa em absoluto que um seja o bom (o líder) e o outro o ruim (o chefe). Não há esse negócio de bom ou ruim. Há, isso sim, competências diferentes, o que significa dizer que em alguns momentos o chefe é a melhor solução, e em outros a liderança é a melhor alternativa.

É claro que o exercício da liderança exige muito mais talento e competência que o da chefia. Para esta, basta sentar na cadeira do chefe e exercer controles mecânicos, basta saber planejar, organizar, coordenar, controlar e corrigir. Já para a liderança se faz necessário ter sensibilidade, arte, intuição e total dedicação ao coletivo. A liderança primeiro se ocupa com o interior das pessoas, e a partir daí é que constrói sua obra. O líder constrói e melhora pessoas.

Para ser líder é preciso exercitar a liderança: testar a si mesmo seguidamente, estudar com profundidade a natureza humana, desenvolver a sensibilidade e a intuição. O líder cativa as pessoas pelo comportamento e pela ética irrepreensíveis. Para ele não há dois pesos e duas medidas e a sua flexibilidade jamais será moral. As pessoas sentem que podem confiar plenamente nele, em qualquer circunstância, e ele nunca as desaponta.

O líder é todo ser capaz de realizar mudanças com amor e coragem, o que em absoluto significa que ele aceite ou se torne conivente com qualquer deslize ou seja o “bonzinho” da história. Não. Amor, aqui não quer dizer falta de comando. Muito pelo contrário. As pessoas sentem que ele se coloca inteiro na construção da obra coletiva e, portanto, jamais permitirá colocá-la em risco, nem que alguém a coloque.

O poder do chefe reside no cargo; o poder do líder reside nele mesmo – o que significa que para o exercício da liderança não se faz absolutamente necessário Ter cargo, basta Ser. O poder que confere ao chefe tem sua origem e hierarquia e mete medo nas pessoas; o poder do líder é uma das armas que ele tem para atrair, aproximar e unir cada vez mais as pessoas em torno dele e do objetivo coletivo a ser atingido.

Nós estamos, infelizmente, condicionados a estudar a liderança a partir dos conceitos da chefia. Isso é um tremendo equívoco, pois não se chegará nunca ao amanhã partindo do ontem.

FONTE: <<https://pcbarros.wordpress.com/nenhum-chefe-e-lider/>>. Acesso em: 11 maio 2020.

RESUMO DO TÓPICO 3

Neste tópico, você aprendeu que:

- A profissão do tecnólogo em radiologia ainda aguarda regulamentação.
- As atribuições do tecnólogo em radiologia são normatizadas pela Resolução nº 02/2012 do CONTER.
- Nas atribuições do tecnólogo em radiologia há bastante direcionamento para áreas de coordenação e supervisão.
- Existem os modelos de administração sistêmica e objetiva, sendo recomendado que o tecnólogo utilize mais o modelo objetivo.
- É importante ter uma visão holística do workflow do CDI, desde o agendamento do paciente até a entrega do resultado do exame.
- É importante conhecer as ferramentas da qualidade para auxiliar na identificação e solução de problemas que estão prejudicando os processos.
- Devem ser definidos os principais indicadores de desempenho para serem os medidores da nossa gestão.
- Existe a gestão autocrática, liberal e democrática, sendo que o tecnólogo transita entre estas lideranças constantemente durante sua gestão, porém, deve procurar exercer mais a liderança democrática sempre que possível.



Ficou alguma dúvida? Construímos uma trilha de aprendizagem pensando em facilitar sua compreensão. Acesse o QR Code, que levará ao AVA, e veja as novidades que preparamos para seu estudo.



AUTOATIVIDADE



- 1 Cite as principais atividades exercidas pelo tecnólogo em radiologia quando gestor de sua área dentro do centro de diagnóstico por imagem:
- 2 Explique por que é melhor que, no exercício da liderança, o tecnólogo em radiologia opte pela liderança democrática?
- 3 Explique o que é o Supervisor das Técnicas Radiológicas (SATR)?

REFERÊNCIAS

ABCDI. **Histórico da ABCDI**. [s.d.]. Disponível em: <https://abcdi.org.br/sobre-a-abcdi/historico/>. Acesso em: 30 abr. 2020.

ABRAMED. **Quem somos**. [s.d.]. Disponível em: <http://abramed.org.br/a-abramed/quem-somos/>. Acesso em: 30 abr. 2020.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. **Nicola Casal Caminha**. [s.d.]. Disponível em: [http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=591&descricao=Nicola+Casal+Caminha+\(Cadeira+No.+45\)](http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=591&descricao=Nicola+Casal+Caminha+(Cadeira+No.+45)). Acesso em: 21 jun. 2019.

AMARAL, J. L. G. do. **Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos**: CBHPM. 5. ed. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 2008.

AMB. **A Instituição**. [s.d.]. Disponível em: <https://amb.org.br/apresentacao/>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BASTOS, R. da S. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. Caxias do Sul: Culturama, 2016.

BRASIL. **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): quem somos**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. [s.d.]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/institucional>. Acesso em: 1º maio 2020.

BRASIL. **Conselho Federal de Enfermagem – COFEN**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/o-cofen>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. **Conselho Federal de Medicina – CFM**. [s.d.]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20671&Itemid=23. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. **Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia**. Resoluções do Conter. [s.d.]. Disponível em: <http://conter.gov.br/site/resolucoes>. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. **Conselho Regional dos Técnicos de Radiologia – CONTER**. [s.d.]. Disponível em: <http://conter.gov.br/site/historico>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Resolução RDC nº 330, de 20 de dezembro de 2019. A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe confere o art. 15, III e IV, aliado ao art. 7º, III e IV, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e ao art. 53, V, §§ 1º e 3º do Regimento Interno aprovado pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 255, de 10 de dezembro de 2018, resolve adotar a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada, conforme deliberado em reunião realizada em 17 de dezembro de 2019, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-330-de-20-de-dezembro-de-2019-235414748?inheritRedirect=true>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 103, de 13 de novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/emenda-constitucional-n-103-227649622>. Acesso em: 2 abr. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.853, de 8 de julho de 2019. Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e para criar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13853.htm#art2. Acesso em: 2 maio 2020.

BRASIL. Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/661763804/lei-13787-18>. Acesso em: 2 maio 2020.

BRASIL. Resolução do CFM nº 2.218, de 29 de novembro de 2018. Revoga o artigo 10º da Resolução CFM nº 1.821/2007, de 23 de novembro de 2007, que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2218>. Acesso em: 2 maio 2020.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm. Acesso em: 2 maio 2020.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Resolução CFM nº 2.147, de 27 de outubro de 2016. Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. Disponível em: <https://>

sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2147. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014.** Regulamenta a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social e sobre procedimentos de isenção das contribuições para a seguridade social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8242.htm#art70. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). 17. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2014.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 2 abr. 2020.

BRASIL. **Portaria GM nº 1.748, de 30 de agosto de 2011.** Norma Regulamentadora 32 – NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Disponível em: <http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr32.htm>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. **Resolução do CFM nº 1.821, de 23 de novembro de 2007.** Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2007/1821_2007.pdf. Acesso em: 2 maio 2020.

BRASIL. **Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.** Comissão Intergestores Tripartite. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 2 abr. 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 37, de 12 de junho de 2002.** Altera os arts. 100 e 156 da Constituição Federal e acrescenta os arts. 84, 85, 86, 87 e 88 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc37.htm. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201611/01172245-20120418113514resolucao-rdc-50-2002-projetos-fisicos-dos-estabelecimentos-de-saude.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art1. Acesso em: 2 abr. 2020.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm. Acesso em: 2 abr. 2020.

BRASIL. Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000. Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3327.htm. Acesso em: 2 abr. 2020.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm. Acesso em: 2 abr. 2020.

BRASIL. Portaria SVS/MS nº 453, de 1º de junho de 1998. Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências. Disponível em: http://www.conter.gov.br/uploads/legislativo/portaria_453.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando que está expirado o prazo para apresentação de contribuições ao aperfeiçoamento da Norma Operacional Básica – NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993.** Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992.** O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do Instituto Nacional de Assistência. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. **Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991.** Aprova a Norma Operacional Básica/NOB-SUS nº. 01/91, sobre a nova política de financiamento do SUS para 1991. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923.** Lei Eloy Chaves. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html>. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRUNI, A. L. **A administração de custos, preços e lucros.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

CAMPOS, E. de S. **História e evolução dos hospitais.** Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Saúde, pertencente ao Ministério da Saúde, 1944.

CAMPOS, V. F. **Gerenciamento da rotina de trabalho do dia a dia.** 8. ed. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda., 2004.

CAPRA, F. **O ponto de mutação:** a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 15. ed. São Paulo: Cultrix, 1993.

CASTRO, A. C.; GABRIEL, M. **Programa de Melhoria Contínua na Gestão e Assistência em Serviços de Saúde - PROGESS.** Florianópolis: Instituto Santé, 2012.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração.** 4. ed. São Paulo: Manole, 2014.

COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA. **Histórico do CBR.** [s.d.]. Disponível em: <https://cbr.org.br/quem-somos/historico/>. Acesso em: 30 abr. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA. **Profissionais das técnicas radiológicas merecem reconhecimento no Dia da Radiologia.** [s.d.]. Disponível em: <http://conter.gov.br/site/noticia/parabens-classe>. Acesso em: 15 jun. 2019.

CURY, A. **Organização e métodos: uma visão holística.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

GOIS, D. **Quais as diferenças entre hospital público e privado?** Tudo Saúde. São Paulo: Zelas Saúde, 2020. Disponível em: <https://saude.zelas.com.br/tudo-saude/hospitais-no-brasil>. Acesso em: 10 abr. 2020.

HISTÓRICO DA RADIOLOGIA. **Sociedade Paulista de Radiologia.** [s.d.]. Disponível em: <https://spr.org.br/institucional/historico-da-radiologia/>. Acesso em: 21 jun. 2019.

IBGE. População. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 20 abr. 2020.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e Bioética: para dar início à reflexão. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, jan./mar. 2005.

KUAZAQUI, E.; TANAKA, L. C. T. **Marketing e gestão estratégica de serviços de saúde.** São Paulo: Thomson Learning, 2008.

LACOMBE, F.; HEILBORN, G. **Administração: princípios e tendências.** 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

LIMA-GONÇALVES, E. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **Revista de Administração de Empresas/FGV**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 1-20, 2002.

MALAGÓN-LONDOÑO, G.; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. **Administração Hospitalar.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

MATARAZZO, H.; ZOCA, B. **Relatório da situação dos hospitais privados no Brasil.** Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde). Brasília-DF: Viva Comunicação, 2019. Disponível em: http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2019/05/CenarioDosHospitaisNoBrasil2019_10maio2019_web.pdf. Acesso em: 10 abr. 2020.

MORAES, M. F. de. **Algumas considerações sobre a história dos hospitais privados no Rio de Janeiro: o caso clínico São Vicente.** Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6123>. Acesso em: 18 abr. 2020.

NEUFELD, P. M. Uma breve história dos hospitais. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1-4, p. 7-13, 2013.

NOBREGA, A. I. da. **Tecnologia radiológica e diagnóstico por imagem**. v. 1. São Paulo: Difusão, 2006a.

NOBREGA, A. I. da. **Tecnologia radiológica e diagnóstico por imagem**. v. 2. São Paulo: Difusão, 2006b.

OLIVA, F. A.; BORBA, V. R. **BSC – Balanced Scorecard**: ferramenta gerencial para organizações hospitalares. São Paulo: Latria, 2004.

OLIVEIRA JUNIOR, M. de. O financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: GOULART, F. de A. (Org.). **Os médicos e a saúde no Brasil**. Brasília-DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. Tiragem 7000. 200 páginas. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/medicos_saude_brasil/cap5.htm. Acesso em 20 mar. 2020.

OLIVEIRA, C. **Em todo o país pelo menos 90% das Santas Casas estão endividadadas**. Rede Brasil Atual (RBA) – Saúde e Ciência. 2017. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2017/05/em-todo-o-pais-pelo-menos-90-das-santas-casas-estao-endividadadas/>. Acesso em: 16 abr. 2020.

OLIVEIRA, L. L. **Revolução de 1930**. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDO). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas – FGV, 2009.

ORNELLAS, C. P. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 2, p. 253-262, abr./jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v51n2/v51n2a07.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2020.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, out. 2013.

PEREIRA, A. G. *et al.* Soluções no serviço de Radiologia no âmbito da gestão: uma revisão da literatura. **Revista Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 5, set./out. 2015.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L. do; CAETANO, J. C. Saúde Suplementar no Brasil: o papel da agência de saúde suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008.

PINTO, T. dos S. **A Igreja Católica no Brasil**. [s.d.]. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/historiab/igreja-catolica-no-brasil.htm>. Acesso em: 29 mar. 2020.

POLIGNANO, M. V. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina/UFMG, 2001.

PORTELA, M. C. *et al.* Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600009. Acesso em: 16 abr. 2020.

QUINTO NETO, A.; BITTAR, O. J. N. **Hospitais**: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Da Casa Editora, 2004. Resolução CFM nº 1.821/2007, de 23 de novembro de 2007, que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2218>. Acesso em: 2 maio 2020.

RIVEIRA, C.; FLACH, N. **Só 10% das cidades do país têm a quantidade mínima de leitos segundo OMS**. 2020. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/brasil/so-10-das-cidades-do-pais-tem-a-quantidade-minima-de-leitos-segundo-oms/>. Acesso em: 20 abr. 2020.

ROCHA, R. A. da. **Gestão da qualidade e acreditação hospitalar**. Florianópolis: FUNDASC, 2009.

RODRIGUES, J. A. R. M. *et al.* Glosas em contas hospitalares: um desafio à gestão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 5, set./out. 2018.

RONCALI, Â. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. *In*: PEREIRA, A. C. (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Disponível em: http://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/desenv_pol_pub_saude_brasil.pdf. Acesso em: 30 mar. 2020.

SÁ, A. L. de. **Ética profissional**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

SANDRONI, P. **Dicionário de administração e finanças**. Rio de Janeiro: Record, 2008.