

MANUAL GOVERNANÇA NA SAÚDE



MANUAL

GOVERNANÇA NA SAÚDE



Autor

Dr. André Chiga

Coordenação

José Antonio Ramalho

Editor e Jornalista Responsável

Andrew Simek (DRT 10484/DF)

Revisão de Textos

Andrew Simek (DRT 10484/DF)

Isabella Queiroz

Camila Gonzalez

Projeto Gráfico

Thallys Guilande

Diagramação

Thallys Guilande

SOBRE O AUTOR



Dr. André Chiga

Palestrante, médico cardiologista, diretor do Hospital São Francisco de Assis (HSFA) e presidente da Sociedade Brasileira de Médicos Executivos (SOBRAMEX). Tem MBA em Gestão Estratégica de Negócios pela Universidade de São Paulo (USP). É professor de Estratégias na Saúde da Fundação Dom Cabral (FDC) e conselheiro da Universidade Corporativa Anadem (UCA).

PALAVRA DO PRESIDENTE.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	13
2 FUNDAMENTOS DA GOVERNANÇA CORPORATIVA NA SAÚDE.....	15
2.1 Definição e princípios básicos.....	15
2.2 Importância da governança corporativa no setor de saúde.....	17
2.3 Compreendendo a governança no âmbito da saúde.....	18
2.3.1 Governanças clínica e corporativa incorporam a gestão de riscos.....	19
2.4 Diferenças entre governança corporativa geral e na saúde.....	20
3 ESTRUTURA E PAPÉIS NA GOVERNANÇA.....	20
3.1 Composição do Conselho de Administração.....	20
3.2 Funções e responsabilidades de gestores e administradores.....	21
3.2.1 Presidente do Conselho.....	21
3.2.2 Presidente do hospital.....	21
3.2.3 CEO.....	22
3.2.4 Alta gerência.....	22
3.2.5 Conselho de Curadores ou de Administração.....	23
3.2.6 Secretários da Governança.....	24
3.2.7 Conselheiro Jurídico.....	24
3.2.8 Tesoureiro.....	25
4 REGULAMENTAÇÃO E COMPLIANCE NA SAÚDE.....	25
4.1 Principais leis e regulamentos aplicáveis nos Estados Unidos (EUA).....	25
4.1.1 O que as estatísticas indicam?.....	26
4.1.2 Salvaguardando dados do paciente – cronograma de regulamentações de saúde.....	27
4.2 Políticas de compliance e conformidade.....	28
4.3 Elementos-chave de um programa de conformidade de saúde eficaz.....	29
5 PROTEÇÃO E GOVERNANÇA DE DADOS NA SAÚDE.....	30
5.1 Coleta, armazenamento e uso de dados de saúde.....	30
5.2 Políticas de privacidade e proteção de dados.....	31
6 TECNOLOGIA E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	32
6.1 Sistemas de informação em saúde.....	33
6.2 Segurança cibernética e proteção contra ameaças digitais.....	34
6.3 Tome medidas para proteger sua organização.....	35
7 QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE.....	36
7.1 Indicadores de qualidade e métricas de desempenho.....	36
8 ÉTICA E CONDUTA PROFISSIONAL NA SAÚDE.....	37
8.1 Código de ética e conduta para profissionais de saúde.....	37
8.2 Inovação e transformação digital na saúde.....	40
8.2.1 Adoção de novas tecnologias e soluções digitais.....	40
8.3 Impacto da transformação digital na governança clínica.....	42
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	45

PALAVRA DO PRESIDENTE

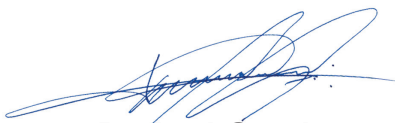
Bastante difundido no mercado corporativo nos últimos anos, o conceito de ESG (Environmental, Social and Governance), traduzido para o português como Ambiental, Social e Governança, embasa os processos de planejamento das organizações mundiais, inclusive as da área da saúde. Neste Manual, o conselheiro da Universidade Corporativa Anadem (UCA), Dr. André Chiga, aborda três tipos de governança: corporativa, clínica e de dados. O objetivo é apresentar fundamentos, diferenças e papéis de cada uma no setor, além de aspectos de regulamentação, compliance e tecnologias de segurança.

Uma das principais ações atualmente, na área da saúde, é garantir que responsabilidade social, transparência, sustentabilidade, integridade e ética sejam implementadas no dia a dia das instituições. Isso porque o impacto dessas práticas não será apenas na busca por uma melhor gestão e tomada de decisões, mas também na qualidade do atendimento ao paciente, que é uma das missões essenciais da governança na saúde.

Além disso, o presente Manual aborda os três pilares da geração de valor na saúde (eficiência operacional, eficácia da gestão e responsabilidade de governança) e como eles podem ajudar na criação de um sistema de saúde, seja público ou privado, mais resiliente, eficaz e centrado no paciente.

No cenário atual, em que a saúde é uma prioridade para as sociedades, adotar práticas de governança é fundamental para que as operações sejam eficazes e as metas sejam cumpridas, proporcionando mais agilidade e segurança nos serviços e menos desperdícios de recursos. Assim, mantém-se o mais importante: a confiança da população e de todos os *stakeholders* envolvidos em relação às organizações de saúde.

Boa leitura!



Dr. Raul Canal
Presidente da Anadem



1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o conceito de governança corporativa evoluiu de uma simples estrutura de gestão para um pilar estratégico nas organizações, especialmente no setor da saúde. Esse movimento é fortemente impulsionado pela crescente demanda por transparência, responsabilidade social e sustentabilidade, fatores que se consolidam no conceito de ESG (Environmental, Social and Governance), que significa Ambiental, Social e Governança.

O ESG, inicialmente associado ao setor financeiro, rapidamente se expandiu para diversas indústrias, sendo a saúde uma das áreas de maior impacto. A aplicação dos princípios de ESG na saúde envolve um compromisso não só com a qualidade do atendimento ao paciente, mas também com a gestão ambiental e social responsável, além de uma governança sólida que promova a ética e a integridade.



Foto: Reprodução | Freepik

Nesse contexto, a governança corporativa, a governança clínica e a governança de dados são elementos centrais para garantir que as organizações de saúde não apenas atendam às expectativas regulatórias, mas também alcancem uma postura proativa na busca pela excelência. A governança corporativa se concentra em definir e implementar estruturas e práticas que assegurem a transparência e a responsabilidade nas decisões estratégicas da organização. Por sua vez, a governança clínica garante que as melhores práticas médicas e padrões de segurança sejam rigorosamente seguidos, priorizando o bem-estar do paciente.

Outro aspecto fundamental é a governança de dados, especialmente em um mundo cada vez mais digitalizado. No setor da saúde, a gestão adequada de dados envolve não apenas a proteção de informações sensíveis, como também o uso ético e eficiente desses dados para melhorar a tomada de decisões clínicas e operacionais.

A ética e a integridade desempenham papéis centrais nesse contexto, servindo como balizadores para todas as ações e decisões. Empresas de saúde que se comprometem com a integridade em suas operações e nas relações com *stakeholders* garantem a conformidade com regulamentos e a confiança do público e de seus colaboradores.

Este Manual oferece um guia sobre como integrar os pilares de governança corporativa, governança clínica e governança de dados em consonância com os valores do ESG, garantindo que as empresas de saúde operem com responsabilidade, transparência e compromisso ético.

A governança na saúde é um componente essencial para assegurar a qualidade dos serviços prestados, garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde e promover a equidade no acesso aos cuidados. Em um cenário cada vez mais desafiador, no qual os recursos são limitados e a demanda por serviços de saúde cresce continuamente, torna-se imperativo adotar práticas de governança que priorizem a eficiência operacional, a eficácia da gestão e a responsabilidade no cumprimento das metas estabelecidas.

A eficiência operacional é crucial para maximizar o uso dos recursos disponíveis, permitindo que os serviços de saúde sejam prestados de maneira ágil e com o menor desperdício possível. Isso envolve a otimização de processos, a adoção de tecnologias inovadoras e a melhoria contínua das práticas de trabalho. Uma gestão eficiente não só reduz custos, mas também melhora a qualidade dos cuidados, garantindo que mais pessoas possam ser atendidas com os mesmos recursos.

A eficácia da gestão refere-se à capacidade de atingir os objetivos estabelecidos, com base em planejamento estratégico, monitoramento contínuo e adaptação às mudanças no ambiente de saúde. A eficácia da gestão é um indicativo do quão bem os líderes e gestores de saúde conseguem implementar políticas, programas e práticas que realmente fazem a diferença na saúde da população. Sem uma gestão eficaz, mesmo as melhores intenções podem não se traduzir em resultados tangíveis.

Por fim, a responsabilidade na governança é um princípio que assegura que todos os envolvidos na administração dos sistemas de saúde sejam responsáveis por suas ações e decisões. Isso inclui a transparência na prestação de contas, o cumprimento de normas e regulamentos e o comprometimento com a ética e a integridade. A responsabilidade de governança fortalece a confiança do público nas instituições de saúde e é fundamental para garantir a legitimidade e a sustentabilidade a longo prazo dos sistemas de saúde.

Portanto, neste Manual, será abordado como os três pilares da geração de valor na saúde – eficiência operacional, eficácia da gestão e responsabilidade de governança – podem ser integrados de forma harmoniosa para criar um sistema de saúde mais resiliente, eficaz e centrado no paciente.

2 FUNDAMENTOS DA GOVERNANÇA CORPORATIVA NA SAÚDE

2.1 Definição e princípios básicos

A implementação de uma estrutura de governança robusta impacta diretamente o sucesso de uma organização do ponto de vista corporativo e é fundamental para garantir cuidados seguros e de alta qualidade ao paciente. Por definição, governança é a estrutura geral por meio da qual as organizações são responsáveis por melhorar continuamente seu desempenho clínico, corporativo, de equipe e financeiro. Uma estrutura de governança forte estabelece a base para a tomada de decisões, alocação de recursos e priorização de investimentos.

Ao olhar para a construção de uma estrutura de governança, é vital primeiro entender que isso não vai acontecer por si só. Precisa ser um processo bem-pensado e estruturado, que se constrói junto às partes interessadas e aos membros da equipe. Também é importante associar a prioridade que está conduzindo suas equipes de governança com seus princípios organizacionais estratégicos. Durante o processo de estabelecimento e implementação dessa estrutura, também é preciso promover um movimento progressivo, por meio de ciclos de pesquisa, planejamento, implementação e avaliação. Essa avaliação contínua ajudará a dizer como a instituição está indo e incentivará a melhoria constante.

Então, como iniciar esse processo de criação de uma estrutura de governança bem-sucedida? Aqui estão os quatro princípios que qualquer organização deve revisar ao construir uma nova estrutura de governança ou otimizar uma atual.

Princípio 1: envolva as partes interessadas

- **Faça o chamado para ação:** o CEO ou o presidente deve articular a declaração de visão, comunicando-a amplamente. É crucial que essa declaração indique o destino para onde a organização está indo, garantindo que todos os membros estejam alinhados e trabalhando em direção a esse objetivo final.
- **Forme a equipe de liderança:** uma vez que o chamado para ação é estabelecido, é preciso criar uma equipe de liderança para apoiá-lo. Esse processo incluirá selecionar estrategicamente um grupo de membros multidisciplinares para conduzir suas iniciativas. É importante ter alguém que seja um visionário na equipe, juntamente aos primeiros adeptos, disposto a seguir trabalhando para articular a visão e levá-la adiante.

Princípio 2: garanta o entendimento e as possibilidades dos objetivos

- **Priorize áreas de foco:** como parte desse segundo princípio, é necessário identificar as oportunidades de alto impacto para melhorar os resultados, usando dados e auxiliando

a organização a encontrar os frutos mais fáceis de colher. Quais objetivos você não está fazendo bem, que poderiam te ajudar a economizar muito dinheiro e melhorar o seu atendimento? É preciso identificar a proposta de maior valor, que forneça um esforço focado em obter melhorias, e alinhar o que está sendo decidido com os objetivos estratégicos da sua organização.

- **Avalie as capacidades organizacionais:** enquanto você prioriza o foco e a estrutura de governança, também será preciso olhar para a organização e perguntar se ela está pronta para a mudança. Você é capaz de fazer as transformações necessárias para atingir essa proposta de alto valor? Essa etapa inclui conduzir uma avaliação da organização, seus processos, metodologia, infraestrutura, habilidade e cultura para identificar corretamente se você realmente pode seguir em frente e atingir essa meta.

Princípio 3: alinhe incentivos e regras de engajamento

- **Adote uma metodologia de melhoria consistente:** ao final desse processo de criação, o objetivo é estabelecer uma estrutura sólida que possa ser replicada e mantida ao longo do tempo, mesmo à medida que surgem novas prioridades e mudanças. Isso envolve capacitar as pessoas, garantindo que assumam responsabilidades para atingir essas novas metas, além de fornecer-lhes ferramentas para escalar questões quando enfrentarem obstáculos. Toda essa dinâmica deve estar embasada em uma estrutura de governança bem definida, sustentada por comitês e pelos estatutos que orientam suas atividades e decisões.
- **Alinhe os incentivos:** do ponto de vista financeiro, é necessário que os incentivos estejam devidamente alinhados. A remuneração de todos, desde o CEO até outros membros da equipe, deve estar conectada à mesma visão, metas e responsabilidades estabelecidas pela estrutura de governança. Isso significa que os bônus e as recompensas precisam refletir o compromisso com os objetivos estratégicos da organização, garantindo um alinhamento claro entre o desempenho e os resultados esperados.
- **Procure por potenciais prioridades concorrentes:** todas as metas devem estar alinhadas para garantir que não haja conflito de interesses. Esse alinhamento garantirá que todos estejam trabalhando em direção à mesma meta. Isso não quer dizer que não haverá conflito, mas se todos tiverem a mesma meta, será mais fácil determinar o que funciona melhor para a organização.

Princípio 4: priorização disciplinada

- **Priorize oportunidades estrategicamente:** ao considerar a proposta de alto valor, o próximo passo é buscar a liderança para desenvolvê-la. Envolver os *stakeholders* da linha de frente será essencial para moldar e compreender a visão e os objetivos compartilhados dessa meta. Esse processo deve ser levado ao nível dos comitês, no qual os líderes responsáveis precisam atuar como defensores dessa proposta, transmitindo-a de forma

clara e inspiradora aos seus colegas de trabalho, garantindo que todos estejam alinhados e comprometidos com seu sucesso.

- **Alocar recursos:** é essencial observar a alocação de recursos. O gerenciamento é um desafio generalizado para muitas organizações. Os líderes só conseguem gerenciar até certo ponto, por isso é preciso ter cuidado para não sobrecarregá-los ou esgotá-los. É importante ser estratégico ao tomar essas decisões para garantir que funcionem para todos os envolvidos.
- **Implementar processos para operacionalizar e sustentar a melhoria:** isso não pode ser visto como um projeto, mas como um processo, que deve ser continuamente melhorado e ser a estrutura em torno de como trabalhar em qualquer coisa que se avalie e quaisquer melhorias futuras. Inevitavelmente, há pessoas que tentam contornar a estrutura de governança ou pensam que estão acima dela. Ainda assim, quanto mais puder trazê-las de volta ao processo em prática, mais pessoas entenderão que é assim que as coisas avançam dentro de sua organização. A partir daí, se mede o sucesso. Pergunte a si mesmo, fomos bem-sucedidos? Observe todas as ações realizadas e comunique seu sucesso regularmente para que as pessoas possam acompanhar.

2.2 Importância da governança corporativa no setor de saúde

A governança em organizações de saúde envolve a responsabilidade por todos os processos que orientam o funcionamento da instituição, diferenciando-se de outras indústrias. Ela exige que conselhos e líderes respondam pela melhoria contínua das operações, da equipe clínica, dos processos, do impacto social e do desempenho financeiro. O Conselho de Diretores e a Gerência Executiva são responsáveis por todos os aspectos da governança corporativa.

No setor de saúde, um aspecto fundamental da governança é o lado clínico, que abrange o cuidado seguro dos pacientes e a gestão de protocolos médicos. Essa dimensão adiciona complexidade à governança em comparação com outras indústrias. Tanto o Conselho quanto os executivos têm a tarefa de equilibrar os desafios de ambos os lados da governança, estabelecendo metas e objetivos claros, além de gerenciar riscos operacionais e clínicos.

Dada a amplitude e a complexidade da governança no setor de saúde, muitas organizações investem em software de gerenciamento de conselhos, o que ajuda a garantir a conformidade com os padrões de governança, além de manter a confidencialidade das informações sensíveis.

2.3 Compreendendo a governança no âmbito da saúde

Manter e melhorar a qualidade e a segurança do atendimento ao paciente, além de gerir eficientemente os leitos hospitalares, são responsabilidades da governança clínica. Já a governança corporativa está focada no desempenho empresarial, no cumprimento de leis e regulamentos, bem como na ética organizacional. A governança corporativa é essencial porque as organizações de saúde devem prestar contas aos seus *stakeholders* e à comunidade que atendem.

Sem um modelo consolidado, as organizações de saúde estão tentando definir seus próprios modelos de governança para ajudar a atingir seus objetivos corporativos e clínicos. A governança em organizações de saúde continua a evoluir à medida que elas navegam em seu caminho, para implementar um sistema integrado que transcende a governança clínica e a governança corporativa de forma eficaz.



Foto: Reprodução | Freepik

Os Conselhos de Saúde têm que lidar com problemas causados por governança clínica ou corporativa fraca ou de baixo desempenho. Embora os líderes e a equipe reconheçam a importância e as diferenças entre governança clínica e corporativa, eles não entendem como os dois sistemas estão vinculados. Como resultado, há uma falta de comunicação e sintonia entre os sistemas dentro da organização.

Além disso, os limites entre governança corporativa e clínica são confusos ou inexistentes, o que contribui para os problemas gerados quando os líderes médicos delegam suas responsabilidades de governança à administração e aos líderes de nível menos estratégico.

A governança corporativa abrange muitos assuntos que não são participantes da governança clínica, como contabilidade, finanças, investimento, recursos humanos, Tecnologia da Informação (TI), instalações e segurança. No entanto, esses assuntos dão suporte ao atendimento ao paciente, protocolos de saúde e outras estruturas que as organizações de saúde precisam para atender os pacientes e cumprir as obrigações de conformidade.

Os sistemas de governança clínica e corporativa estão intrinsecamente ligados, embora cada um tenha seus próprios objetivos. Por exemplo, a governança clínica exige que a equipe forneça cuidados mensuráveis e eficazes ao paciente, que também sejam consistentes e seguros. As metas clínicas devem incorporar estruturas que ajudem a avaliar e a monitorar continuamente os riscos clínicos para atingir os melhores resultados possíveis.

As governanças corporativa e clínica devem atuar de forma integrada para assegurar que as organizações de saúde alcancem seus objetivos estratégicos, mantenham a qualidade dos serviços prestados e gerenciem seus recursos de maneira eficiente. Além disso, espera-se que essas organizações operem com elevados padrões éticos. A gestão de riscos é outro campo fundamental onde as governanças clínica e corporativa se conectam de maneira intrínseca, promovendo a segurança e a sustentabilidade das operações.

2.3.1 Governanças clínica e corporativa incorporam a gestão de riscos

Um grande problema de gerenciamento de risco diz respeito a como os sistemas de prontuário eletrônico atuais respeitam a confidencialidade do paciente e as regras da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), o que pode levar a processos e multas. Além disso, práticas impróprias para transferir informações confidenciais de saúde podem afetar negativamente o atendimento ao paciente.

Ambos os sistemas de governança podem avaliar melhor o custo e os riscos clínicos por meio de atividades de monitoramento de faturamento e conformidade. Como as atividades de governança corporativa se concentram em riscos regulatórios e de conformidade, as atividades de governança clínica se concentram na segurança do paciente e nos riscos do prontuário e da informação, usando a tecnologia para unir as informações.

É crucial que as organizações de saúde implementem programas de treinamento em todos os sistemas para que todos os funcionários conheçam e entendam seu papel único de governança e gerenciamento de riscos, especialmente em tempos de transição.

Outro componente crucial da gestão de riscos na área da saúde é estabelecer ciclos de feedback entre as partes interessadas para preparar o cenário para a melhoria contínua de como os sistemas de governanças corporativa e clínica interagem entre si em direção a resultados da mais alta qualidade para os pacientes.

2.4 Diferenças entre governança corporativa geral e na saúde

À primeira vista, a gestão de cuidados de saúde e a governança em saúde parecem idênticas. Não são sinônimos, as funções gerenciais e de governança são inerentemente diferentes. De acordo com o Dicionário de Medicina, Enfermagem e Profissões de Saúde de Mosby, “gestão é o ato, arte ou maneira de lidar, controlar, dirigir sobre serviços de cuidados de saúde primários em um serviço médico”, enquanto governança está relacionada à responsabilidade, à direção e à monitorização do que foi aprovado e pactuado com os *stakeholders*.



No entanto, as principais semelhanças dessas duas funções são a compreensão das responsabilidades éticas e legais no campo médico, da terminologia médica e das regulamentações da Agência Nacional de Saúde (ANS). Como profissionais de saúde, ambos trabalham principalmente em hospitais ou consultórios médicos particulares supervisionando tarefas administrativas ou gerenciais. Eles podem atribuir cronogramas de trabalho, manter registros, melhorar a funcionalidade de hospitais maiores e gerenciar faturamentos. Em essência, eles agem como equipe não médica responsável por manter as operações diárias de uma unidade médica.

O foco principal de um administrador ou gestor de saúde é a interação da unidade de assistência médica com os pacientes e sua equipe, dependendo, em grande parte, da especialidade da unidade. Para serem eficazes, os gestores devem ter um entendimento profundo dos métodos associados a uma faceta específica da pesquisa ou do tratamento médico para melhor utilizar os conjuntos de habilidades de sua equipe. As subdisciplinas exigidas de um administrador da saúde são o conhecimento das políticas atuais de assistência médica, cobrança, reembolso, prática de codificação, regulamentações, ética, prática financeira e recursos humanos.

3 ESTRUTURA E PAPÉIS NA GOVERNANÇA

3.1 Composição do Conselho de Administração

A reforma da assistência médica e o aumento das questões regulatórias estão tornando o setor mais complexo e desafiador para os diretores. Os hospitais possuem diferentes estruturas de

liderança, dependendo de seu tamanho e modelo de negócio, tanto para entidades privadas com fins lucrativos quanto para hospitais sem fins lucrativos. Em geral, o atendimento hospitalar está mudando de um modelo baseado em volume para um modelo baseado em valor, o que significa que os Conselhos de Administração precisam fazer grandes mudanças em seus objetivos e metas estratégicas. Apesar de todas as mudanças, os Conselhos devem continuar focados na sustentabilidade financeira do hospital e na qualidade do atendimento aos pacientes, mantendo sua responsabilidade social e ambiental.

Os Conselhos projetam suas estruturas de liderança para preencher todas as necessidades da organização de forma eficiente. Cada função tem uma descrição de cargo específica, com expectativas de deveres, responsabilidades e limites. A colaboração entre as pessoas nessas funções é o que faz tudo funcionar para o bem dos pacientes, acionistas, partes interessadas e funcionários.

3.2 Funções e responsabilidades de gestores e administradores

3.2.1 Presidente do Conselho

O presidente do Conselho é um membro que preside as reuniões do Conselho e do Comitê Executivo. Uma de suas principais funções é orientar o trabalho, direcionando as prioridades, os objetivos anuais e os planos estratégicos. Ele é a voz do Conselho para a equipe do hospital, grupos de *stakeholders* e a comunidade em geral. Como líder, serve aos melhores interesses da organização e do Conselho.

Normalmente, o presidente desenvolve um relacionamento especial com o CEO do hospital, oferecendo conselhos sobre questões de governança. A comunicação regular entre ambos facilita a definição de metas e objetivos, que são comunicados à alta gerência. Além disso, o presidente tem muitas responsabilidades com os outros membros, incluindo recrutamento, orientação, mentoria e desenvolvimento. Ele é um membro *ex officio* de todos os comitês e é responsável por nomear seus presidentes. Os presidentes que trabalham de forma eficaz com os comitês mantêm-se atualizados sobre suas atividades e estão disponíveis como uma caixa de ressonância.

3.2.2 Presidente do hospital

Nem todos os hospitais têm um presidente. A existência desse cargo depende de como o Conselho de Curadores projeta a estrutura de gestão. Alguns Conselhos Hospitalares optam por combinar as posições de CEO e presidente, enquanto outros combinam a posição de presidente com

a função de diretor de Operações (COO). Qualquer uma dessas estruturas pode funcionar bem. A questão-chave é que o Conselho do hospital elabore descrições de cargo claras, com expectativas bem definidas para os deveres e responsabilidades.

O papel do presidente do hospital, quando há um, é gerenciar eficazmente o relacionamento entre os proprietários e os tomadores de decisão, visando a aumentar o valor para os acionistas.

3.2.3 CEO

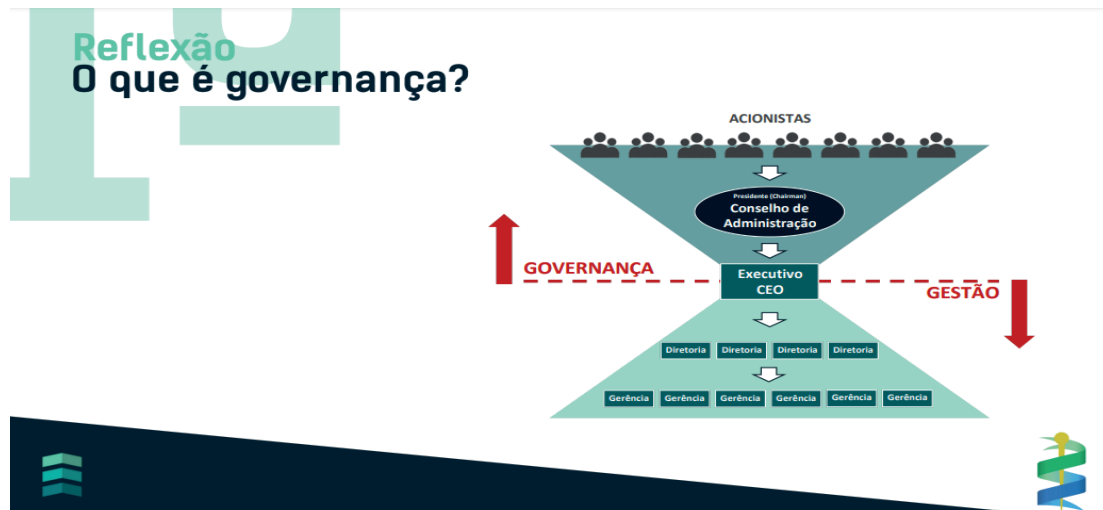
O CEO é o cargo executivo de mais alto escalão na infraestrutura do hospital. Ele gerencia as atividades diárias e trabalha com o presidente do Conselho para desenvolver e implementar as estratégias do hospital. O CEO supervisiona todas as operações e programas da instituição. O Conselho de Curadores geralmente recebe resumos regulares das atividades hospitalares, além de propostas de mudanças apresentadas pelo CEO. Junto ao presidente do Conselho, o CEO também atua como porta-voz público do hospital.

3.2.4 Alta gerência

A alta gerência em hospitais realiza grande parte do trabalho tático e operacional, conforme orientada pelo CEO. Os gerentes definem metas e orçamentos para seus departamentos, supervisionam os cronogramas de trabalho e coordenam questões operacionais com suas equipes.

Os gerentes são responsáveis pela supervisão de atividades como cobrança de taxas de pacientes e seguros. Eles são as figuras de linha de frente que garantem a conformidade com leis e regulamentos. Suas principais funções incluem criar estratégias para melhorar a eficiência do hospital e manter a qualidade do atendimento no mais alto nível possível.

Os gerentes de qualidade mantêm-se atualizados sobre leis, regulamentações e tecnologias de saúde, utilizando esse conhecimento para aprimorar o atendimento ao paciente. Como estão em contato direto com as operações, os gerentes superiores representam o hospital perante investidores e Conselhos Administrativos. Eles também avaliam as necessidades da comunidade e desenvolvem programas de extensão e educação para atender às necessidades dos pacientes locais. Gerentes de alto escalão precisam de habilidades de comunicação robustas, pois seus trabalhos exigem interação com outros departamentos, além de comunicação constante com médicos, enfermeiros e outros funcionários sobre suas necessidades.



3.2.5 Conselho de Curadores ou de Administração

Os diretores dos Conselhos Hospitalares podem ser chamados de curadores, pois os proprietários e a comunidade lhes confiam a supervisão dos interesses do hospital. O Conselho de Curadores é o órgão dirigente da instituição, responsável por desenvolver e revisar a missão e a estratégia, além de orientar as metas e políticas de longo prazo, tomando decisões estratégicas.

O Conselho não se envolve na gestão das atividades do hospital; ao invés disso, supervisiona-as. Parte de suas funções inclui definir a descrição de cargo do CEO, sendo responsável por contratá-lo, demiti-lo e monitorá-lo, bem como estabelecer metas e expectativas de acordo com o planejamento estratégico. Os curadores auxiliam e dão suporte ao CEO com informações sobre políticas, procedimentos e decisões de gestão.

A alta gerência, juntamente com os Recursos Humanos, é responsável pela contratação de funcionários. Os curadores supervisionam o processo de credenciamento dos profissionais, certificando-se de que eles tenham o treinamento, licenciamento e credenciamento adequados. Também garantem que os processos sejam seguidos para verificar qualquer histórico disciplinar dos profissionais e assegurar que possuam seguro adequado contra negligência médica.

Os curadores têm o dever de cuidado, supervisionando a saúde financeira e a sustentabilidade do hospital, garantindo o uso eficiente dos recursos. Como os hospitais prestam um serviço comunitário essencial, os curadores devem supervisionar para garantir a mais alta qualidade de atendimento. Os membros do Conselho precisam estar atualizados sobre as melhores práticas e novidades do setor.

Portanto, os Conselhos Hospitalares devem praticar a autorregulação, realizando autoavaliações regulares sobre si mesmos, seus pares e o desempenho geral do Conselho.

3.2.6 Secretários da Governança

Os secretários trabalham em estreita colaboração com o presidente e o CEO no recrutamento, na eleição ou na nomeação de novos membros do Conselho. Eles também ajudam o presidente no recrutamento e na seleção de presidentes e de membros de comitês, além de atuarem frequentemente como presidentes do Comitê de Governança.

Os secretários são responsáveis por orientar os membros do Conselho, organizando programas de mentoria e educação continuada. Quando necessário, auxiliam o Conselho na realização de autoavaliações e, em parceria com o presidente, tratam de questões relacionadas ao desempenho inadequado ou à baixa participação de membros.

Por praticidade, o secretário mantém os registros oficiais do hospital, como artigos de incorporação, estatutos, registros de votação, políticas e procedimentos do Conselho. Junto ao presidente, define e distribui as pautas e os materiais antes das reuniões do Conselho. Além dessas funções importantes, o secretário auxilia o presidente no cumprimento de suas responsabilidades.

3.2.7 Conselheiro Jurídico

Historicamente, os hospitais não nomeavam ninguém para preencher a função de conselheiro Jurídico. Quando precisavam de aconselhamento ou representação jurídica, eles normalmente contratavam empresas externas, após o Conselho identificar um assunto jurídico potencial ou pendente. Nos setores de saúde de hoje, dois fatores motivam os Conselhos Hospitalares a contratar equipes jurídicas internas. Primeiro, a área da saúde está se tornando cada vez mais litigiosa, o que leva à necessidade de uma reforma. Segundo, a queda do setor financeiro está promovendo mudanças nas práticas de governança, e os hospitais estão sentindo o impacto de restrições regulatórias cada vez mais rigorosas. Como resposta, muitos hospitais passaram a empregar equipes jurídicas robustas, lideradas pelo conselheiro Jurídico. Esse profissional pode atuar individualmente ou supervisionar uma equipe de advogados especializados em diferentes áreas do direito, indo além da prática geral.

O conselheiro Jurídico atua como um elo entre o Conselho e os advogados da equipe, participando de reuniões e ajudando a entender quaisquer implicações legais do processo de planejamento estratégico. Essas funções variadas são importantes porque os advogados dos hospitais interagem com muitas partes interessadas diferentes, incluindo universidades, provedores de saúde, pesquisadores, juízes e o público. Devido às muitas necessidades jurídicas, as equipes jurídicas precisam ser flexíveis, multidisciplinares e inovadoras.

A reforma da assistência médica é um tópico importante dentro da indústria da saúde. Os hospitais desejam ter participação, pois as mudanças legislativas estão se aproximando. Ter advo-

gados qualificados e competentes permite que os hospitais tenham um impacto maior em questões legislativas e melhorem a capacidade do Conselho de governar com eficácia.

Por fim, os Conselhos estão descobrindo que é mais eficiente e acessível contratar equipes jurídicas internas do que contratar advogados após uma crise. Essa abordagem apoia o dever de cuidado dos curadores em fazer o melhor uso dos recursos.

3.2.8 Tesoureiro

O papel do tesoureiro é o de consultor Financeiro, especialmente relevante diante das crescentes mudanças regulatórias, que tornam sua função mais desafiadora. Ele é responsável por produzir relatórios financeiros para aprovação do Conselho com frequência mensal, trimestral ou anual. Esses relatórios são essenciais para que os curadores tomem decisões sobre o lado financeiro do hospital.



Foto: Reprodução | Freepik

Além disso, o tesoureiro supervisiona os registros financeiros e contábeis da equipe, trabalhando em estreita colaboração com o CFO (Chief Financial Officer) ou diretor Financeiro. Ele auxilia o Conselho a entender e a interpretar os relatórios do CFO, dando-lhes significado ao apresentá-los com escopo e contexto. Atuando como um elo entre o Conselho e o CFO, o tesoureiro transmite a perspectiva dos curadores ao CFO.

As funções do CFO e do tesoureiro são distintas. Enquanto o CFO cuida das operações diárias de fluxo de caixa, pagamentos de dívidas, gestão de contas bancárias e aprovações de compras, o tesoureiro fornece supervisão e orientação para essas atividades. Ele também é responsável por cumprir os prazos dos relatórios financeiros e liderar o processo de auditoria.

Com as constantes mudanças regulatórias, os tesoureiros precisam ser ágeis, adaptáveis e possuir excelentes habilidades de comunicação.

4 REGULAMENTAÇÃO E COMPLIANCE NA SAÚDE

4.1 Principais leis e regulamentos aplicáveis nos Estados Unidos (EUA)

No cenário atual de saúde em rápida evolução, os “Regulamentos de Conformidade com a Saúde” ganharam imensa importância. Esses Regulamentos atuam como guardiões das informações dos pacientes, garantindo os mais altos padrões de confidencialidade e atendimento. Vamos

explorar o que são esses Regulamentos, por que foram implementados e suas implicações no mundo real, complementados por estatísticas e exemplos práticos. Ao final, entenderemos melhor as complexidades da conformidade com a saúde e o papel do governo na proteção dos dados de saúde.

As leis de conformidade com a assistência médica foram promulgadas por vários motivos cruciais:

- **Proteção da privacidade do paciente:** um dos principais motivadores por trás das regulamentações de conformidade com a assistência médica é proteger a privacidade e a confidencialidade das informações do paciente. O acesso não autorizado aos registros médicos pode levar ao roubo de identidade, fraudes e ao comprometimento do atendimento ao paciente.
- **Garantia de qualidade:** as leis de conformidade garantem que os provedores de assistência médica forneçam cuidados de alta qualidade. A adesão a essas regulamentações ajuda a prevenir erros e negligência em serviços de assistência médica.
- **Prevenção de fraude:** fraudes na assistência médica custam bilhões de dólares anualmente. Os regulamentos de conformidade visam a coibir atividades fraudulentas, como cobranças por serviços não prestados ou fornecimento de tratamentos desnecessários.
- **Segurança de dados:** a era digital trouxe maior vulnerabilidade a violações de dados. Os regulamentos de conformidade exigem a implementação de medidas eficazes para proteger as informações dos pacientes.

4.1.1 O que as estatísticas indicam?

Para ressaltar a necessidade de regulamentações de conformidade no setor de saúde, vamos dar uma olhada em algumas estatísticas:

- De acordo com o The Identity Theft Resource Center (ITRC), o setor de saúde foi responsável por 28,5% de todas as violações de dados em 2020.
- O Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (HHS) relatou que violações de dados de saúde afetaram mais de 26 milhões de indivíduos em 2020.
- O Escritório do Inspetor Geral do Departamento de Justiça dos Estados Unidos (OIG - DOJ) estimou que pagamentos indevidos em programas de saúde custaram ao governo federal US\$ 36,2 bilhões em 2020.

Além disso, violações de regulamentações de conformidade de assistência médica nos EUA podem levar a consequências severas. Aqui estão algumas violações comuns e suas multas associadas:

- **Violações à HIPAA:** violações à Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguros de Saúde (em inglês, Health Insurance Portability and Accountability Act – HIPAA) podem resultar em multas que variam de US\$ 100 a US\$ 50.000, dependendo do nível de negligência.
- **Violações antissuborno:** provedores considerados culpados de aceitar ou oferecer propinas por indicações podem enfrentar penalidades civis e criminais, incluindo multas de até US\$ 25.000 por violação e prisão.
- **Violações à Lei Stark:** proíbe autorreferências médicas, podendo resultar em multas de até US\$ 15.000 por serviço e exclusão de programas federais de saúde americana.

No reino das regulamentações de conformidade com a saúde, a adesão estrita não é apenas uma obrigação legal, mas um imperativo moral. Essas regulamentações são a espinha dorsal da privacidade do paciente, do atendimento de qualidade e da prevenção de fraudes no setor de saúde. A regulamentação governamental da saúde, incluindo leis como HIPAA, Anti-Kickback e Lei Stark, desempenha um papel fundamental na manutenção desses padrões.

4.1.2 Salvaguardando dados do paciente – cronograma de regulamentações de saúde

A proteção de dados do paciente é primordial na área da saúde. Várias regulamentações foram promulgadas ao longo dos anos para garantir a segurança do paciente. Entender as regulamentações de conformidade com a área da saúde é crucial para navegar pelas complexidades do setor de saúde. Para esclarecer esse assunto, vamos explorar uma linha do tempo de regulamentações significativas da área da saúde:

- **Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguros de Saúde (HIPAA), de 1996:** a HIPAA é uma legislação fundamental na proteção de dados de pacientes. É uma lei federal dos Estados Unidos que estabelece requisitos de segurança e privacidade para informações de saúde. Ela exige padrões rigorosos para a confidencialidade e a segurança de informações de saúde individualmente identificáveis. As entidades cobertas e seus associados comerciais devem implementar salvaguardas para proteger os dados dos pacientes e notificar os indivíduos sobre eventuais violações.
- **Lei de Tecnologia da Informação em Saúde para a Saúde Econômica e Clínica (HITECH), de 2009:** a HITECH Act complementa a HIPAA, aumentando as penalidades para violações de dados e promovendo a adoção de Registros Eletrônicos de Saúde (EHRs). A Lei enfatiza a importância da troca segura de informações eletrônicas de saúde, reforçando a proteção dos dados dos pacientes.

- **Lei de Curas do Século XXI (21st Century Cures Act), de 2016:** foi promulgada para promover a inovação científica, aliviar encargos administrativos, melhorar o compartilhamento de dados e a proteção da privacidade dos pacientes, além de aprimorar a assistência médica geral.
- **Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), de 2018 (UE):** embora não seja uma regulamentação dos EUA, e sim da União Europeia (UE), o RGPD impacta entidades de saúde americanas que lidam com pacientes europeus. Ele define regras rígidas sobre proteção de dados, incluindo dados de saúde, exigindo consentimento informado para o processamento de dados e impondo multas pesadas em casos de não conformidade.
- **Regra final sobre interoperabilidade e acesso do paciente, de 2021:** essa regra, aplicada pelos Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), promove o acesso e a troca de dados dos pacientes. Ela exige que os provedores de saúde compartilhem dados eletrônicos mediante solicitação do paciente, reforçando a proteção dos dados ao proporcionar mais controle aos próprios pacientes.

4.2 Políticas de compliance e conformidade

A conformidade com a assistência médica é a prática de aderir às leis e regulamentações locais, estaduais e federais que visam a proibir e a prevenir fraudes, abusos e desperdícios no setor de saúde. Seguir essas leis e regulamentações ajuda a garantir a segurança de todos os indivíduos envolvidos na assistência médica, tanto pacientes quanto profissionais.

No entanto, a conformidade vai além da simples adesão a regras. Ela também representa uma estrutura essencial para assegurar a integridade e a segurança dos sistemas de saúde de maneira mais ampla.

A conformidade exige o engajamento ativo e a colaboração de várias partes interessadas, incluindo provedores de saúde, administradores, órgãos reguladores, especialistas jurídicos, formuladores de políticas e pacientes. Protocolos rigorosos regem a privacidade dos dados dos pacientes, a segurança cibernética para proteger informações confidenciais, a adesão aos padrões de tratamento para garantir um atendimento de qualidade e a ética para orientar os profissionais de saúde.

Essa abordagem multifacetada é crucial não apenas para manter a conformidade regulatória, mas também para proteger o bem-estar dos pacientes. Como resultado, os trabalhos relacionados à conformidade na assistência médica são fundamentais para preservar a confiança e a integridade do sistema de saúde.

4.3 Elementos-chave de um programa de conformidade de saúde eficaz

Vários elementos compõem um programa de conformidade de assistência médica eficaz. Todos devem estar presentes para garantir o cumprimento dos aspectos fundamentais do atendimento de qualidade ao paciente e a preservação de seus direitos de privacidade. São eles:

Processos: políticas, procedimentos e padrões de conduta escritos

As políticas, os procedimentos e os padrões de conduta descrevem os passos que uma organização de saúde e seus funcionários devem tomar para lidar com riscos e manter o mais alto padrão de atendimento ao paciente. Devem ser escritos para torná-los acessíveis a todos os funcionários; como um lembrete sobre os padrões que eles devem seguir.

As políticas e os procedimentos escritos devem ser revisados e atualizados regularmente, para garantir que todos fiquem a par de quaisquer revisões das leis e para ajudar continuamente a organização a fornecer atendimento de qualidade ao paciente. Também servirão como guia para executar o trabalho, garantindo a conformidade.

Construção de um Comitê de Compliance

Uma organização de saúde precisa criar um Comitê dedicado a monitorar e a garantir a conformidade da organização. O líder desse Comitê será responsável por elaborar políticas e procedimentos que mantenham a conformidade.

Este Comitê também será responsável por detectar quaisquer áreas onde violações possam ocorrer e, então, tomar medidas proativas para preveni-las. Deve haver um procedimento padrão para relatar não conformidade ou violações internamente.

Educação e treinamento contínuos

Todos os membros da organização, em todos os níveis, devem passar por treinamento e educação regulares para garantir conformidade. Também deve haver tipos específicos de treinamento com base nos requisitos do trabalho.

Comunicação eficaz

Deve haver uma linha de comunicação bem definida, que deixe a mensagem de conformidade da empresa clara para todos os membros da equipe. Além disso, também deve haver diretrizes adequadas sobre a comunicação de relatórios de não conformidade.

Auditorias internas e monitoramento

É preciso designar uma equipe de auditores internos encarregados de monitorar medidas de conformidade dentro da organização de saúde. É um passo importante conduzir investigações

internas de relatórios de não conformidade para evitar violações não intencionais da LGPD que estariam sujeitas a multas caras.

Diretrizes disciplinares

A organização deve definir claramente as ações disciplinares que serão tomadas após a descoberta de uma não conformidade. Elas devem seguir um nível que será baseado na gravidade da violação. Aplicar diretrizes disciplinares dentro da organização melhorará a responsabilização da sua equipe.

Resposta à ofensa e medidas corretivas

Após a descoberta de violações e não conformidades, deve-se ter um plano em vigor para como responder a elas. Além disso, ações corretivas devem ser recomendadas para garantir que o mesmo incidente não ocorra no futuro.

5 PROTEÇÃO E GOVERNANÇA DE DADOS NA SAÚDE

5.1 Coleta, armazenamento e uso de dados de saúde

Desafios de armazenamento de dados no setor de saúde: o armazenamento de dados de saúde pode ser realizado localmente, em ambientes híbridos ou na nuvem, que estão entre as opções mais populares. O mercado global de armazenamento de dados de saúde atingiu US\$ 3,08 bilhões em 2023 e está projetado para crescer 10,7% ao ano, ultrapassando US\$ 6,12 bilhões até 2027. Entretanto, a indústria de saúde não está totalmente preparada para armazenar e gerenciar volumes massivos de dados. Provedores de saúde enfrentam diversos desafios relacionados ao gerenciamento de dados.

Necessidade de maior infraestrutura: a digitalização massiva do setor médico gera grandes volumes de dados diariamente em toda a cadeia de assistência. *Data centers* físicos, muitas vezes, não têm a capacidade adequada para lidar com essa demanda e dar suporte à transformação do setor e ao gerenciamento eficaz dos dados. Além disso, esses centros exigem hardware caro e instalações locais para hospedar servidores.

Custos de manutenção: o armazenamento de dados no local fornece controle total sobre os dados, mas geralmente vem com altos investimentos de capital e custos operacionais, como:

- compra de equipamento informático;
- manutenção e atualizações regulares;

- custo por eletricidade e refrigeração; e
- plano de recuperação de desastres.

Além disso, é necessário contratar especialistas para solucionar problemas e garantir que o hardware do servidor esteja sempre em funcionamento, o que também gera custos adicionais.

Problemas de segurança de dados: embora a infraestrutura de dados local possa parecer uma opção mais segura, ela exige manutenção constante, uso de softwares antivírus confiáveis, criptografia e autenticação multifator. Se os dados não forem bem protegidos, será difícil evitar vazamentos. Diante desses desafios, como armazenar dados de saúde, cumprir as regulamentações e estar pronto para escalar a qualquer momento sem comprometer o orçamento? A solução é optar por uma estratégia de armazenamento em nuvem ou híbrida.

Uma análise recente da Allied Market Research destaca a crescente popularidade das soluções de armazenamento híbrido, que combinam os benefícios do armazenamento local e na nuvem. Dessa forma, os provedores de saúde podem ser mais flexíveis, movendo cargas de trabalho entre a nuvem pública e o armazenamento local conforme necessário.

5.2 Políticas de privacidade e proteção de dados

O gerenciamento de dados enfrenta desafios relacionados ao acúmulo de informações mal-estruturadas. Todos os dias, hospitais recebem grandes volumes de dados provenientes de registros médicos, resultados de exames, testes de pacientes, relatórios de cirurgias e sistemas de monitoramento remoto de saúde.

Abaixo estão algumas dicas que uma instituição médica pode utilizar para aprimorar o gerenciamento de dados hospitalares:

Governança de dados: para armazenar as informações coletadas adequadamente, é necessário desenvolver uma estratégia de governança de dados. Ela abrange processos, tecnologias e pessoas necessárias para coletar, armazenar e proteger cada segmento de dados. Algumas etapas a seguir:

1. Categorize e classifique o sistema de arquivos para identificar e marcar informações pessoais de saúde confidenciais.
2. Rastreie as permissões de acesso de cada usuário.
3. Limpe dados obsoletos regularmente.
4. Reúna uma equipe de governança de dados para garantir a atualização sobre os requisitos e mudanças de legislação.

5. Tenha uma estratégia de governança bem-elaborada para permitir o acesso rápido ao tipo de dado necessário e responda às mudanças regulatórias com facilidade, tanto na assistência como na gestão.

Monitore a qualidade dos dados: erros e imprecisões em registros de saúde podem resultar em recusa de solicitações de seguro, testes diagnósticos desnecessários ou tratamento incorreto. A melhor maneira de monitorar a qualidade dos dados é empregar soluções que possam:

1. Limpar e padronizar dados.
2. Identificar e remover duplicatas.
3. Validar a entrada manual, corrigir erros de digitação e sinalizar discrepâncias ou possíveis erros.
4. Garantir dados coletados de várias fontes.

A maneira mais eficaz de conseguir isso é usar tecnologias de Inteligência Artificial (IA). Embora elas não possam preencher lacunas de dados, elas podem sinalizá-las para clínicos que adicionem as informações ausentes.

Aproveite a automação: a CAQH, uma organização de pesquisa do setor de saúde, descobriu que o setor médico dos EUA já economiza US\$ 122 bilhões anualmente ao automatizar transações administrativas. Ainda há potencial para economizar mais US\$ 16 bilhões ao simplificar completamente certas rotinas e migrar para transações totalmente eletrônicas. Provavelmente, essa economia também poderá ser observada no Brasil. No entanto, a digitalização é necessária não apenas para cortar despesas, mas também para permitir o gerenciamento eficaz de dados de saúde. Em geral, uma organização de saúde pode se beneficiar da implementação de uma ampla gama de soluções, desde software de codificação e cobrança médica até sistemas de engajamento de pacientes.

A importância da interoperabilidade: o gerenciamento sofisticado de dados de saúde dificilmente é possível sem interoperabilidade, que é a capacidade das instituições médicas de trocar, interpretar e usar dados de forma coesa. A interoperabilidade traz diversos benefícios, como:

- menor necessidade de testes repetidos;
- redução de tratamentos inadvertidos; e
- diminuição dos casos de falha de comunicação.

6 TECNOLOGIA E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Os sistemas de informação de saúde são portais que muitos hospitais e unidades de saúde disponibilizam para seus pacientes. Por meio deles, os indivíduos podem acessar informações,

agendar consultas e interagir com os provedores de saúde. Isso permite que os pacientes economizem tempo e dinheiro ao utilizar recursos essenciais, como visualizar resultados de exames, obter consultas virtuais e receber tratamento sem sair de casa.

O principal propósito dos sistemas de informação de saúde é facilitar o uso e o compartilhamento de dados relacionados à saúde, para que os tomadores de decisão possam identificar problemas, fazer escolhas baseadas em evidências sobre políticas de saúde e maximizar a alocação de recursos. Esses sistemas são desenvolvidos e implementados para promover melhores resultados para os pacientes e garantir o uso eficiente de recursos escassos.



Foto: Reprodução | Freepik

O Prontuário Eletrônico (PE) é um dos mais importantes componentes de um sistema de informação de saúde. Qualquer sistema que utilize computadores e dados digitais processa algum tipo de prontuário. Um PE contém uma grande quantidade de informações confidenciais sobre o paciente e deve ser protegido por medidas de segurança implementadas pelo sistema que o utiliza. A capacidade de diferentes sistemas de compartilharem PE compatível melhora a prestação de cuidados e contribui para melhores resultados de saúde.

6.1 Sistemas de informação em saúde

Os sistemas de informação em saúde podem ser usados por todos, de pacientes e clínicos a autoridades de saúde pública. Eles coletam dados e os compilam de uma forma que possam ser usados para tomar decisões. Exemplos de sistemas de informação de saúde incluem:

- **Prontuário Eletrônico Médico (PEM) e Prontuário Eletrônico de Saúde (PES):** esses dois termos são frequentemente usados de forma intercambiável. O PEM substitui a versão em papel do histórico médico de um paciente, enquanto o PES inclui mais informações, como resultados de testes e tratamentos. O PES também é projetado para compartilhar da-

dos com outros sistemas, permitindo que diferentes profissionais de saúde tenham acesso às informações de um paciente.

- **Software de gestão de consultórios:** esse tipo de software ajuda os provedores de saúde a gerenciar operações diárias, como agendamento e cobrança. Ele é utilizado por clínicas pequenas e grandes hospitais para automatizar tarefas administrativas, facilitando a gestão do fluxo de trabalho.
- **Portais do paciente:** permitem que os pacientes acessem seus dados pessoais de saúde, como informações de consultas, medicamentos e resultados de exames laboratoriais, por meio da internet. Alguns portais também oferecem a possibilidade de comunicação com os médicos, solicitações de renovação de receitas e agendamento de consultas.
- **Suporte à decisão clínica:** esses sistemas analisam dados de várias fontes clínicas e administrativas para auxiliar os profissionais de saúde na tomada de decisões clínicas. Eles podem ser usados para preparar diagnósticos ou prever eventos médicos, como interações medicamentosas, filtrando informações relevantes para ajudar os médicos a cuidar de seus pacientes de maneira mais eficiente.

6.2 Segurança cibernética e proteção contra ameaças digitais

As organizações de assistência médica são particularmente vulneráveis a ataques cibernéticos, pois armazenam informações de alto valor que interessam ladrões cibernéticos e atores de estados-nação. Os dados visados incluem informações de saúde protegidas dos pacientes, informações financeiras, como números de cartões de crédito e contas bancárias, dados de identificação pessoal, como números de previdência social, e propriedade intelectual relacionada à pesquisa e inovação médica.

Registros de saúde roubados podem ser vendidos por valores até 10 vezes maiores do que os de números de cartões de crédito. Infelizmente, as más notícias não param por aí. O custo para remediar uma violação no setor de saúde é quase três vezes maior do que em outros setores, com uma média de US\$ 408 por registro de saúde roubado, comparado a US\$ 148 por registro não médico roubado nos EUA.

Além disso, ataques cibernéticos a registros eletrônicos de saúde e outros sistemas representam um grande risco à privacidade dos pacientes, pois hackers podem acessar prontuários e outras informações confidenciais. Caso os registros dos pacientes não sejam mantidos em sigilo, a organização de saúde pode enfrentar penalidades substanciais sob as regras de privacidade e segurança da LGPD, além de possíveis danos à sua reputação na comunidade.

Mais importante ainda, a segurança dos pacientes e a prestação de cuidados podem ser diretamente comprometidas. A perda de acesso a registros médicos e dispositivos médicos essenciais, como em casos em que ransomware os mantêm reféns, impede que as instituições de saúde cuidem efetivamente dos pacientes. Quando hackers acessam dados privados, além de roubá-los, eles podem alterá-los, intencionalmente ou não, o que pode resultar em graves consequências para a saúde e o bem-estar dos pacientes.

Um exemplo notório é o ransomware WannaCry, um tipo de malware usado por cibercriminosos para extorquir dinheiro. Em maio de 2017, o ataque de ransomware atingiu o Serviço Nacional de Saúde da Grã-Bretanha e sistemas de computador em 150 países, resultando no desvio de ambulâncias e no cancelamento de cirurgias. Desde então, outros casos de desvio de ambulâncias, devido a ransomware, foram registrados, inclusive nos EUA. Contudo, com planejamento e investimento adequados, é possível mitigar esses riscos. O impacto do WannaCry nos hospitais e sistemas de saúde americanos foi muito menos grave, demonstrando os esforços significativos feitos para melhorar a segurança cibernética e as capacidades de resposta a incidentes.

Um estudo de 2018 chamado Round Up destacou o cenário de ameaças cibernéticas e os principais riscos para usuários de internet. A pesquisa revelou que o Brasil foi um dos países mais afetados pelo ransomware WannaCry.

6.3 Tome medidas para proteger sua organização

Os cibercriminosos passam cada momento pensando em como comprometer seus procedimentos e controles de segurança cibernética. A melhor defesa começa com a elevação da questão do risco cibernético como uma questão de gerenciamento de risco empresarial e estratégico. Se possível, é preciso dedicar pelo menos uma pessoa em tempo integral para liderar o programa de segurança da informação e priorizar essa função para que ela tenha autoridade, status e independência suficientes para ser eficaz em sua atividade. Além disso, é preciso receber atualizações regulares sobre o perfil de risco cibernético estratégico da organização e se medidas adequadas estão sendo tomadas dinamicamente para mitigar esse risco cibernético em constante evolução. E hoje existem seguros contra ataques cibernéticos que merecem atenção.

Por fim, a defesa mais importante é incutir uma cultura de segurança cibernética focada na segurança do paciente. Isso permite que as organizações de assistência médica alavanquem sua cultura existente de assistência ao paciente para transmitir uma cultura complementar de segurança cibernética. Uma cultura de segurança, onde os membros da equipe se veem como defensores proativos dos pacientes e seus dados, terá um impacto tremendo na mitigação do risco cibernético para a organização e para os pacientes.

7 QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

7.1 Indicadores de qualidade e métricas de desempenho

Os indicadores de qualidade visam a monitorar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde, tornando esses aspectos visíveis para que os serviços possam ser avaliados. Esses indicadores podem ser utilizados tanto para monitoramento interno quanto externo, ajudando a determinar se a qualidade e a segurança seguem padrões e critérios profissionais reconhecidos. Além disso, os indicadores de qualidade aumentam a conscientização sobre a importância dessas áreas, contribuindo para melhorias contínuas nos serviços de saúde.

Os KPIs (indicadores-chave de desempenho) operacionais em saúde focam no desempenho das unidades de saúde. Melhorar essas métricas ajuda hospitais e clínicas a aumentar a eficiência operacional, otimizar custos e melhorar a satisfação dos pacientes.

Exemplos de indicadores de qualidade na saúde:

- **Média de permanência hospitalar:** esse KPI monitora o tempo médio de internação dos pacientes. Para uma análise mais detalhada, os pacientes devem ser agrupados por tipo de tratamento, o que permite identificar *outliers* resultantes de complicações não detectadas. A fórmula para calcular a média de permanência hospitalar é:
 - Média de permanência = duração total da permanência/número total de permanências.
- **Rotatividade de leitos ou quartos:** esse indicador rastreia a rapidez com que os pacientes são admitidos e recebem alta. Deve ser monitorado junto às taxas de readmissão para garantir que os pacientes não estejam recebendo alta prematuramente, o que pode resultar em novas internações. A fórmula é:
 - Rotatividade de leitos = número de altas (incluindo óbitos)/número de leitos.
- **Utilização de equipamentos médicos:** esse KPI mede o uso de equipamentos avançados, como máquinas de ressonância magnética. É essencial para o controle de despesas, já que esses equipamentos têm altos custos de aquisição e manutenção. O uso excessivo pode gerar custos adicionais devido a manutenções frequentes e tempo de inatividade, impactando o tratamento.
- **Tempo médio de espera do paciente:** monitora o tempo médio que os pacientes esperam entre o check-in e a consulta com o médico. Essa métrica é importante para ajustar o agendamento, o número de pessoal e avaliar a satisfação dos pacientes. A fórmula é:
 - Tempo de espera = tempo total de espera/número de pacientes.

Esses são exemplos de indicadores qualitativos em saúde, e cabe à governança clínica direcionar e monitorar o núcleo de segurança do paciente. Isso inclui a realização de auditorias concorrentes, o funcionamento de comitês de óbitos e a criação de canais abertos para a comunicação de não conformidades.

8 ÉTICA E CONDUTA PROFISSIONAL NA SAÚDE

8.1 Código de ética e conduta para profissionais de saúde

A ética na assistência médica orienta o trabalho dos profissionais de saúde, sendo um componente essencial para garantir que os pacientes sejam tratados com dignidade e respeito. Além disso, a ética assegura que as decisões tomadas pelos profissionais de saúde sejam justas e imparciais, promovendo a confiança no sistema de saúde e assegurando que os profissionais ajam no melhor interesse de seus pacientes.

A ética ocupa um lugar de destaque na área da saúde desde a Grécia antiga, quando foi estabelecido o famoso Juramento de Hipócrates. Esse código de conduta foi criado para manter os médicos responsáveis por cuidar de seus pacientes e evitar causar-lhes danos. O conceito de um código de ética que estabelece diretrizes para a conduta profissional e as obrigações éticas dos médicos continua a ser relevante até hoje.

Após a Segunda Guerra Mundial, com o rápido avanço das técnicas, tratamentos e conhecimentos médicos, surgiu a necessidade de princípios éticos modernos para guiar a tomada de decisões no atendimento ao paciente. Esses princípios continuam sendo utilizados no campo da saúde para resolver dilemas éticos. A seguir, estão alguns dos princípios éticos essenciais que orientam essas decisões:

Beneficência

O princípio da beneficência é fundamental na ética da assistência médica e refere-se à obrigação dos profissionais de saúde de agir no melhor interesse de seus pacientes. Isso significa buscar sempre melhorar o bem-estar e a saúde do paciente, seja por meio de tratamentos para aliviar a dor, evitar danos ou promover a saúde de forma geral. É uma diretriz central que orienta as decisões dos profissionais, garantindo que qualquer ação tomada vise a trazer benefícios ao paciente.

Contudo, identificar o que é benéfico para cada paciente pode ser desafiador, pois as necessidades, crenças e experiências individuais devem ser levadas em conta. É essencial que os profissionais de saúde conheçam bem o histórico médico, as preferências culturais e as crenças religiosas dos pacientes antes de recomendar qualquer tratamento. Essas informações podem ser

cruciais para determinar a melhor abordagem, já que pequenas considerações podem influenciar diretamente o conforto e o sucesso do tratamento.

A beneficência, no entanto, não é uma regra rígida, mas sim um quadro de referência. Por exemplo, em casos de lesões graves, como uma perna com alto risco de infecção, um médico pode considerar a amputação como uma forma de salvar a vida do paciente. No entanto, as complicações associadas à perda de um membro podem ter um impacto significativo na qualidade de vida futura do paciente. Oferecer tratamentos alternativos, quando possível, pode ser mais benéfico, já que a preservação do membro, ainda que com algum risco, pode ser menos prejudicial do que uma amputação.

Em resumo, a beneficência assegura que os profissionais de saúde sempre busquem apresentar a melhor opção de tratamento para seus pacientes, levando em conta suas preocupações e desejos, e avaliando cuidadosamente os benefícios e riscos de cada decisão.

Não maleficência

O princípio da não maleficência, muitas vezes resumido pela expressão “não causar dano”, complementa o princípio da beneficência na ética médica. Ele enfatiza que os profissionais de saúde devem evitar prejudicar os pacientes, seja por negligência ou por ação direta. O conceito central é que os profissionais devem agir com cautela para garantir que suas decisões e ações não causem danos evitáveis aos pacientes ou a outras pessoas envolvidas, como colegas de trabalho.

Esse princípio exige que os profissionais avaliem cuidadosamente as consequências de suas decisões. Um exemplo seria um médico que prescreve um medicamento para tratar uma condição, mas, inadvertidamente, causa danos ao paciente por conta de interações com uma condição crônica preexistente. Mesmo que a intenção seja boa, o princípio da não maleficência exige que os profissionais considerem essas repercussões e ajustem suas decisões para evitar danos.

A não maleficência não significa que os profissionais de saúde devem evitar qualquer ação que possa causar dor ou desconforto temporário. Intervenções como cirurgias ou injeções, por exemplo, podem causar dor, mas são necessárias para o bem maior dos pacientes, como salvar vidas ou tratar doenças de forma eficaz. Nesse sentido, o princípio permite que ações potencialmente dolorosas ou desconfortáveis sejam tomadas, desde que os benefícios superem os riscos e o sofrimento causado.

Dado que essas situações podem envolver dilemas complexos, é comum que os profissionais de saúde precisem de orientação administrativa ou de um Comitê de Ética para tomar decisões baseadas tanto na beneficência quanto na não maleficência, garantindo que o equilíbrio entre evitar danos e promover o bem-estar seja mantido.

Autonomia

O princípio da autonomia na ética da saúde é essencial, pois reconhece e respeita o direito dos pacientes de tomarem decisões informadas sobre seu próprio tratamento médico. Ele valoriza

a capacidade dos indivíduos de exercer controle sobre suas escolhas em relação ao cuidado de saúde, permitindo que expressem seus valores, crenças e preferências no processo de tratamento.

A autonomia implica que os profissionais de saúde devem fornecer todas as informações necessárias, de forma clara e compreensível, para que os pacientes possam tomar decisões conscientes sobre suas opções de tratamento. Isso envolve apresentar os riscos, os benefícios e as alternativas de cada procedimento, garantindo que o paciente compreenda completamente o que está sendo proposto antes de dar seu consentimento informado.

O consentimento informado é um processo fundamental que vai além de simplesmente obter uma assinatura em um documento. Ele é baseado em uma comunicação transparente e contínua entre o profissional e o paciente, permitindo que o último avalie e decida sobre os cuidados médicos. Somente quando o paciente entende e aceita o que lhe é proposto, o tratamento pode ser iniciado, a menos que haja circunstâncias que limitem sua capacidade de decisão (como em emergências médicas ou quando o paciente não tem capacidade cognitiva para consentir).

Em casos em que os desejos do paciente entram em conflito com o que o profissional de saúde acredita ser o melhor tratamento — como na situação de ordens de “não ressuscitar” —, o princípio da autonomia garante que a escolha do paciente tenha prioridade. Mesmo que o profissional tenha a capacidade de prolongar a vida do paciente, ele deve respeitar os desejos expressos, como o direito de recusar tratamentos invasivos ou de manter decisões baseadas em crenças religiosas, por exemplo.

A autonomia é, portanto, um princípio ético que coloca o paciente no centro do processo de tomada de decisão, promovendo a dignidade, o respeito e a individualidade no cuidado em saúde.

Justiça

O princípio da justiça na ética da saúde envolve garantir que todos os pacientes sejam tratados de maneira justa, levando em consideração suas necessidades específicas e as circunstâncias em que se encontram. Embora a justiça não signifique necessariamente tratamento idêntico para todos, ela implica que o atendimento deve ser equitativo, ou seja, adaptado de acordo com as necessidades de cada indivíduo, independentemente de fatores como classe econômica, etnia, identidade de gênero ou outras características pessoais.

No contexto da assistência médica, equidade significa que o acesso aos serviços e à qualidade do atendimento não deve ser influenciado por fatores externos que possam prejudicar certos grupos. Todos os pacientes têm o direito de receber cuidados adequados e apropriados para sua condição de saúde, sem discriminação ou exclusão. Isso é especialmente importante em comunidades marginalizadas, onde o acesso aos serviços de saúde pode ser limitado. O princípio da justiça também implica que os recursos médicos devem ser distribuídos de forma justa, tanto entre indivíduos quanto entre comunidades, especialmente quando os recursos são escassos.

Em situações de emergência, como acidentes em massa ou pandemias, o princípio da justiça exige que os profissionais de saúde priorizem os pacientes com base na gravidade de suas condições, um processo conhecido como triagem. Isso garante que aqueles em situação mais crítica recebam o tratamento necessário primeiro, independentemente de quem eles sejam ou de suas conexões pessoais. O tratamento especial com base em influências externas seria contrário ao princípio da justiça.

A justiça também se torna um desafio em casos onde os recursos médicos são limitados, como durante a pandemia da covid-19, quando suprimentos de suporte à vida e outros recursos essenciais não estavam disponíveis para todos os que necessitavam. Nessas situações, os profissionais de saúde e os administradores enfrentam decisões éticas extremamente difíceis, como determinar quem receberá tratamento prioritário. As decisões devem ser fundamentadas em critérios éticos consistentes, visando beneficiar o maior número de pessoas de forma justa.

No geral, o princípio da justiça na ética da saúde exige que todas as decisões sejam tomadas com imparcialidade, focadas nas necessidades e nos direitos dos pacientes, assegurando que todos tenham uma chance justa de receber cuidados adequados.

8.2 Inovação e transformação digital na saúde

8.2.1 Adoção de novas tecnologias e soluções digitais

O setor de saúde passou por algumas das transformações mais significativas na última década. Tanto os avanços tecnológicos quanto a turbulência econômica são responsáveis por essas mudanças. O fenômeno da mudança acelerada é o motivo pelo qual a tecnologia está se desenvolvendo tão rapidamente. Além disso, como cada geração de tecnologia melhora a anterior, novas tecnologias são desenvolvidas mais rapidamente. Vamos explorar cada uma das inovações mencionadas:

Telemedicina

A comunicação dos pacientes com os médicos está mudando devido a inúmeras soluções criativas de assistência médica digital. Por exemplo, as soluções de telemedicina dão aos pacientes acesso sob demanda a profissionais médicos e permitem que eles façam tudo, desde encontrar um médico até marcar uma consulta virtual, além da comunicação por meio de um chat de voz ou vídeo.

Uma das mudanças mais notáveis na indústria de saúde dos EUA é a evolução da telemedicina. Uma pesquisa revelou que 90% dos executivos de saúde começaram a desenvolver ou implementar um sistema de telemedicina em suas empresas.

Big Data na área da saúde

O Big Data está revolucionando a forma como utilizamos, analisamos e gerenciamos dados em todos os setores. Por exemplo, a saúde é uma área em que a tecnologia pode ser usada para prevenir doenças, melhorar a qualidade de vida, reduzir custos de tratamento e prever surtos epidêmicos.

Os provedores de assistência médica podem reunir enormes quantidades de dados e determinar os métodos mais eficazes para usá-los. Como resultado, as organizações de assistência médica podem se beneficiar e salvar vidas usando o Big Data.

As tecnologias emergentes tornaram mais simples reunir dados cruciais de saúde e transformá-los em informações perspicazes, que podem ser usadas para fornecer um melhor tratamento. Como resultado, os profissionais de saúde podem antecipar problemas e encontrar soluções digitais de saúde, usando insights baseados em dados.

Internet das Coisas

Antes da Internet das Coisas (IoT), visitas presenciais e mensagens de texto eram os únicos meios de contato entre pacientes e médicos. Portanto, era necessário um método para que médicos ou hospitais monitorassem a condição do paciente e tomassem medidas apropriadas continuamente.

Os gadgets habilitados para a IoT oferecem monitoramento remoto no setor de saúde, liberando o potencial de manter os pacientes saudáveis e seguros e permitindo que os médicos ofereçam um tratamento melhor. Além disso, a IoT aumentou a satisfação e o engajamento do paciente, pois tornou as interações com os médicos mais eficazes.

Além disso, minimizar readmissões e reduzir estadias hospitalares são dois benefícios adicionais do monitoramento remoto de pacientes. A IoT também ajuda os pacientes a obter melhores resultados de tratamento e reduz gastos transformadores com assistência médica.

Realidade virtual

Uma pessoa pode ouvir, ver e interagir com a realidade virtual usando equipamentos especializados, como fones de ouvido, empregando tecnologia de realidade virtual, que usa simulações geradas por computador de imagens ou ambientes 3D.

O setor de saúde transformador adota a realidade virtual para fornecer aos pacientes um melhor atendimento.

Inteligência Artificial

A Inteligência Artificial (IA) torna a vida de médicos, pacientes e funcionários de hospitais mais fácil ao executar trabalhos que, normalmente, as pessoas executariam, mas com um custo menor.

A IA está reinventando e revitalizando a assistência médica moderna por meio de máquinas que podem perceber, prever, aprender e agir, desde detectar conexões entre códigos genéticos e operar robôs que auxiliam em cirurgias até monitorar condições crônicas e fazer avaliações de risco.

Comparado ao julgamento clínico e à análise convencional, a IA oferece uma variedade de benefícios. Quando algoritmos de aprendizado interagem com dados de treinamento, eles podem se tornar mais exatos e precisos. Ela permite que as pessoas aprendam informações antes inatingíveis sobre variações de tratamento, resultados de pacientes e diagnósticos.

8.3 Impacto da transformação digital na governança clínica

A transformação digital no setor de saúde tem revolucionado o modo como o atendimento é prestado, trazendo maior eficiência, conveniência e acessibilidade aos pacientes. O impacto da digitalização se faz presente em todas as etapas do atendimento, desde o diagnóstico até a consulta e acompanhamento, e sua relevância foi amplamente evidenciada e acelerada pela pandemia da covid-19. A preferência dos consumidores por serviços de saúde mais ágeis, acessíveis e disponíveis remotamente resultou em uma adoção mais rápida de estratégias digitais por parte de grandes sistemas de saúde.

As consultorias de transformação digital têm focado na implementação de tecnologias avançadas para aprimorar tanto a produtividade quanto a experiência do paciente. Isso inclui ferramentas como telessaúde, IA para diagnósticos mais rápidos, monitoramento remoto de pacientes e a integração de dados em plataformas seguras e acessíveis para profissionais de saúde. A adoção de tais tecnologias não apenas melhora a eficiência dos hospitais, mas também eleva a qualidade do atendimento, permitindo que os pacientes recebam cuidados de forma mais ágil e personalizada.

A digitalização também tem ajudado a otimizar procedimentos internos dos hospitais, garantindo que as demandas dos pacientes sejam atendidas de maneira mais eficaz. Isso inclui o uso de sistemas eletrônicos de prontuários, gestão automatizada de fluxos de trabalho e aplicativos de agendamento e consulta.

Entretanto, essa transformação exige investimentos significativos em infraestrutura tecnológica e capacitação de profissionais. A expansão da saúde digital, portanto, depende tanto de recursos financeiros quanto de estratégias bem delineadas para enfrentar os desafios e as complexidades que o setor enfrenta, como a segurança de dados e a adaptação cultural das equipes.

Portanto, a transformação digital na saúde está moldando um novo paradigma de cuidado, onde a tecnologia não é apenas um suporte, mas uma peça central para melhorar a experiência do paciente e o desempenho das instituições de saúde.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Conselhos de Administração e os Conselhos Consultivos desempenham papéis distintos dentro de uma organização, cada um com funções e responsabilidades específicas. O Conselho de Administração possui poder decisório e é responsável por tomar decisões estratégicas importantes, como aprovar políticas, supervisionar a gestão executiva, definir a direção estratégica da empresa e tomar decisões financeiras e operacionais. Além disso, os membros do Conselho de Administração têm responsabilidades fiduciárias e legais perante a empresa e seus acionistas, podendo ser responsabilizados por decisões que impactem negativamente a organização.



Foto: Reprodução | Freepik

A composição do Conselho de Administração geralmente inclui acionistas, executivos da empresa e membros independentes, eleitos pelos acionistas com mandatos específicos. Esse Conselho tem o papel de supervisionar o trabalho da equipe executiva, incluindo a contratação e demissão do CEO, e garantir que a gestão atue em conformidade com os interesses dos acionistas.

Por outro lado, o Conselho Consultivo atua de forma consultiva, sem poder decisório. Sua principal função é fornecer orientação e aconselhamento aos gestores ou ao Conselho de Administração, com base na experiência e conhecimento de seus membros. Os conselheiros Consultivos não têm responsabilidades fiduciárias ou legais, já que sua atuação é limitada a um papel de consultoria.

O Conselho Consultivo é composto por especialistas e profissionais experientes em áreas específicas, que oferecem conselhos valiosos. Eles são escolhidos pela expertise e não necessariamente têm vínculos com os acionistas. O Conselho Consultivo é, geralmente, mais flexível e informal, focado em oferecer suporte e orientação em questões específicas, sem a formalidade e o rigor que o Conselho de Administração exige.

Em resumo, o Conselho de Administração tem poder decisório, responsabilidades legais e fiduciárias e supervisiona a gestão da empresa, enquanto o Conselho Consultivo atua de forma consultiva, sem poder decisório ou responsabilidades legais, oferecendo orientação com base em sua expertise. Ambos são fundamentais, mas servem a propósitos distintos dentro da governança de uma organização.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Governança clínica e gestão de riscos em saúde. **ANS**, 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-qualidade/governanca-clinica>. Acesso em: 25 jul. 2024.

DATA SUS. Uso de dados em saúde: big data e suas aplicações. **Data Sus**, 2023. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/uso-de-dados-em-saude-big-data>. Acesso em: 25 jul. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA (IBGC). **Código das melhores práticas de governança corporativa**. 5. ed. São Paulo: IBGC, 2015. Disponível em: <https://www.ibgc.org.br/codigo>. Acesso em: 25 jul. 2024.

MACHADO, M. A. V.; RIBEIRO, R. **Governança corporativa no Brasil: estrutura, evolução e perspectivas**. São Paulo: Atlas, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. **Ministério da Saúde**, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/informacoes-classificadas/politica-nacional-de-informacao-e-informatica-em-saude>. Acesso em: 25 jul. 2024.

PORTAL SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS. Governança clínica: um novo modelo de gestão para a saúde. **Portal Saúde Baseada em Evidências**, 2021. Disponível em: <https://www.saudebaseadaemevidencias.com.br/governanca-clinica-novo-modelo-de-gestao>. Acesso em: 25 jul. 2024.

SANTOS, A. F.; PEREIRA, S. M. **Big data na saúde: aplicações e desafios na era digital**. São Paulo: Editora Manole, 2021.

SILVA, M. J.; CARVALHO, R. L. **Governança clínica: teoria e prática para a qualidade na gestão de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.



Central de Atendimento e Relacionamento com o Cliente: 0800-61-3333

SHS Quadra 02 - Bloco J - Sala 103 - Mezanino - CEP 70322-901 - Brasília (DF)

www.anadem.org.br

