

Saúde360

fesaúde

FEVEREIRO DE 2026 | ANO 03, N.6

SIGA EM FRENTE

Uma jornada estruturada para evoluir a cultura organizacional e posicionar hospitais em um novo patamar de excelência

Entrevista com Eleuses Paiva

O secretário de Saúde do Estado de São Paulo fala sobre o **subfinanciamento da saúde** e a **tabela SUS** paulista

Saúde começa no saneamento

O desafio da universalização exige investimento, gestão eficiente e compromisso federativo

Diálogos com os pré-candidatos à Presidência

O Diálogos amplia o debate estadual e nacional para transformar perspectivas em posicionamentos estruturados



Federação dos Hospitais, Clínicas
e Laboratórios do Estado de São Paulo



Aliança em prol da saúde privada



www.fesaudesp.org.br



/ fesaudesp



Uma bússola para decisões mais eficientes

Francisco Balestrin
Presidente da FESAÚDE

O primeiro registro de indicadores na área da saúde data do século XVII, quando o inglês John Graunt começou a analisar nascimentos e óbitos na cidade de Londres, quantificando o padrão de morbidade da população. Já a partir da segunda metade do século XX, com a expansão das avaliações de desempenho, das certificações de qualidade e estimulados por entidades como a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial, os indicadores se consolidaram como ferramentas essenciais de planejamento, monitoramento, avaliação e *benchmarking* - em todos os setores econômicos.

A matéria de capa desta edição apresenta o SIGA (Sistema de Indicadores para Gestão de Alto Desempenho), projeto da FESAÚDE que busca impulsionar uma cultura organizacional baseada no uso estratégico de indicadores e no aprendizado colaborativo. Por meio de uma parceria com a Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), os hospitais associados aos sindicatos que integram a Federação já podem participar do SINHA (Sistema de Indicadores Hospitalares Anahp), plataforma consolidada e utilizada atualmente por cerca de 200 instituições no país, entre hospitais privados, filantrópicos e públicos.

Tive a oportunidade de participar e acompanhar o desenvolvimento do SINHA durante minha passagem pela Anahp. A experiência reforçou como um sistema de indicadores, ao possibilitar a comparação de performances empresariais, se torna uma ferramenta poderosa para embasar o planejamento estratégico e tornar a tomada de decisões mais assertiva. Esse processo impacta diretamente a qualidade da assistência e a geração de receitas. Acredito que o SIGA, ao propor uma jornada contínua de transformação e modernização da gestão hospitalar, tem potencial para ser um divisor de águas para a maioria dos hospitais paulistas.

Uma entrevista exclusiva com o secretário de Estado da Saúde de São Paulo, Eleuses Paiva, permite aos leitores conhecer a visão de quem lidera a saúde no Estado mais populoso do país sobre temas centrais, como o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a criação e os resul-

tados da Tabela SUS Paulista, os impactos da judicialização na saúde, a expectativa com a abertura do primeiro hospital inteligente do país, entre outros.

Como agenda prioritária, a **Saúde 360** traz uma reportagem sobre saneamento básico que mostra os avanços registrados pelo país nos últimos anos e, ao mesmo tempo, os desafios para assegurar a universalização desses serviços até 2033, conforme determina o Marco Legal do Saneamento Básico (Lei nº 14.026/2020). No Brasil, cerca de 32 milhões de pessoas ainda vivem sem acesso a água potável e 90 milhões sem coleta de esgoto. A matéria mostra que saneamento é um direito fundamental que atua como propulsor de desenvolvimento social, econômico e ambiental.

Um artigo do consultor técnico do Núcleo de Inteligência e Conteúdo (NIC) do SindHosp/FESAÚDE, Evandro Félix, aborda a gestão baseada em evidências, modelo que propõe transformar a gestão por meio do uso consciente, explícito e criterioso das melhores evidências disponíveis. Em pauta também a próxima novidade do NIC: o Boletim Infográficos Saúde (BIS) Clínicas e Outros Serviços Ambulatoriais, que deve ser lançado no mês de abril. A edição ainda apresenta artigos sobre o aumento das ações trabalhistas no setor e outro com *insights* para a gestão de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

A **Saúde 360** nasceu para produzir e difundir conhecimento, ajudar a formar opiniões e garantir informações confiáveis em um mundo cada vez mais dominado por *fake news*. Dessa forma, a FESAÚDE espera construir relações e contribuir para a descoberta de novas propostas que garantam a sustentabilidade de todo esse importante complexo econômico e produtivo. O escritor, filósofo e sociólogo norte-americano, Noam Chomsky, acreditava que “uma sociedade mal-informada é facilmente manipulada”. Essa tônica cabe com perfeição a qualquer setor econômico, especialmente à saúde, onde informação de qualidade é decisiva.

Boa leitura! ▲

Expediente

FESAÚDE —

Conselho de Administração

Francisco Roberto Balestrin Andrade | Presidente
Yussif Ali Mere Junior | Vice-presidente
Luiz Fernando Ferrari Neto | Tesoureiro
Alvaro Otavio Isaias Rodrigues | Conselheiro
Luiz Ernesto Paschoalin | Conselheiro
Marcelo Soares de Camargo | Conselheiro
Rodrigo de Freitas Nóbrega | Conselheiro

Conselho Fiscal

Marcelo Rodrigo Aparecido Netto | Presidente
Luis Oscar Santin | Conselheiro
Luiz Augusto Tenório de Siqueira | Conselheiro

Diretoria Técnico-Científica

José Antonio Maluf de Carvalho

Diretoria Executiva

Larissa Eloi

Gerência de Relações Institucionais e Governamentais

Inaldo Leitão

A **Revista Saúde360** é uma publicação da FESAÚDE, SindHosp, SindJundiaí, SindMogi, SindPrudente e SindRibeirão

Coordenação de Comunicação

Luísa Fogaça

Publicidade

parcerias@sindhosp.org.br

Redação

Giuliano Agmont (MTb 29.055) | Editor
Ana Paula Barbulho | Redatora

Conselho Editorial

Monica Ozeki, Vanessa Tamara e Aline Yukimitsu

Projeto Gráfico | Diagramação

Edson Oliveira | Collabs

Periodicidade

Trimestral

Correspondência

Av. Brig. Faria Lima, 1912 - 18º andar
Jardim Paulistano - São Paulo - SP
E-mail: contato@fesaudesp.org.br
Site: fesaudesp.org.br
Redes Sociais:
@fesaudesp
facebook.com/fesaudesp
linkedin.com/in/fesaudesp

Opiniões e conceitos emitidos em conteúdos assinados não refletem necessariamente a opinião de *Saúde360*.

Federação dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas e Demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo - FESAÚDE

Sumário

SEÇÕES

06

 PLANTÃO
Notícias da saúde

46

 GALERIA
Personalidades do setor

48

 PALAVRA DO PRESIDENTE
Álvaro Otávio Isaías Rodrigues - SindMogi

50

 FALE CONOSCO
Os sindicatos da FESAÚDE

ARTIGOS E REPORTAGENS

08

 NIC
Um novo BIS

10

 POLÍTICA PÚBLICA
Reclamar não basta, participar é preciso


12

 MATÉRIA DE CAPA
SIGA em frente

16

 OPERAÇÃO
Gestão baseada em evidências

20

 ENTREVISTA
Eleuses Vieira de Paiva, Secretário de Saúde
do Estado de São Paulo

24

 LEGISLAÇÃO
A Reforma Tributária e o setor da saúde

30

 JURÍDICO-SINDICAL
O aumento da demanda trabalhista

36

 SUPRIMENTOS
Insights sobre OPME

40

 AGENDA PRIORITÁRIA
Saneamento básico e saúde

Diálogos da Saúde reúne governadores e lideranças

O Diálogos da Saúde reuniu governadores, lideranças políticas e representantes do setor hospitalar para discutir os desafios estruturantes da saúde no Brasil. Participaram dos encontros os governadores Ronaldo Caiado (GO) e Romeu Zema (MG), além de Francisco Balestrin, presidente da FESAÚDE e do SindHosp, e dirigentes da Federação.

A iniciativa consolida o projeto como um espaço qualificado de interlocução, onde temas como financiamento, regulação, ambiente de negócios e sustentabilidade do sistema são debatidos de forma estruturada. O movimento integra a construção dos “Inegociáveis da Saúde”, documento que busca dar continuidade a pautas prioritárias independentemente de ciclos eleitorais.



Gestão por indicadores avança no Interior

O Fórum Saúde & Gestão, promovido pela FESAÚDE e pelo SindHosp, reuniu dirigentes hospitalares, executivos e especialistas para aprofundar discussões sobre gestão, governança e sustentabilidade do setor. Com participação

de lideranças institucionais e técnicas, o encontro destacou a importância de decisões baseadas em dados, responsabilidade fiscal e integração entre público e privado.

A agenda reforça o papel das entida-

des como articuladoras de conhecimento e posicionamento estratégico, promovendo ambientes de diálogo qualificado e construção coletiva para o avanço da saúde no Estado e no país.



Diretor dá nome ao Estúdio Papo da Saúde

O SindHosp batizou o estúdio do videocast como Sala Dr. Luiz Fernando Ferrari Neto, em reconhecimento à trajetória de mais de três décadas dedicadas à entidade. A homenagem celebra seu legado na construção institucional e no diálogo permanente com o setor.



SindHosp inaugura comitê técnico para ILPI

O SindHosp lançou o Comitê Técnico de ILPI com a participação de dirigentes da entidade e especialistas do setor de longa permanência. A iniciativa fortalece a orientação técnica às Instituições de Longa Permanência para Idosos e amplia o suporte institucional às boas práticas assistenciais e de gestão.



Entre aspas

“Queremos produzir um manual de boas práticas... garantindo um melhor funcionamento de ILPI, tanto para aqueles idosos que já estão alocados como para aqueles que necessitam deste serviço de saúde.”

Dr. José Antônio Maluf de Carvalho, diretor técnico-científico do Comitê Técnico de ILPI do SindHosp

“Mais que ter dados no painel, as pessoas precisam saber o que estão medindo e por quê.”

Leonardo Giusti, sócio-líder da KPMG Brasil, reforçando o papel da cultura organizacional, debate presente no Fórum Saúde e Gestão em Campinas

“O futuro da saúde depende de três pilares: acesso e coordenação de cuidados, sustentabilidade e dados com qualidade.”

Amanda Bassan, gerente-executiva da Unidas, durante o Papo da Saúde

“Inovação na saúde não é apenas tecnologia. É propósito, é acesso, é impacto real na vida das pessoas. Quando conseguimos conectar desenvolvimento científico com sustentabilidade e gestão, criamos um ecossistema mais forte e preparado para o futuro.”

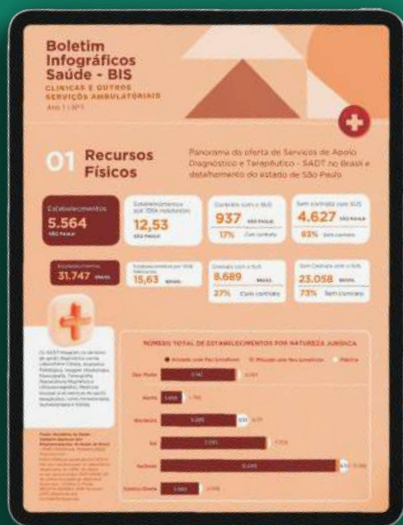
Mirangela Machado, diretora-executiva da MicroPort Brasil no Papo da Saúde

“Cuidar da saúde mental vai além de uma campanha pontual. Exige estratégia, cultura organizacional e liderança preparada para reconhecer sinais, acolher equipes e estruturar benefícios que realmente façam sentido. Instituições de saúde precisam entender que desempenho sustentável só é possível quando as pessoas estão bem.”

Juarez Fernandes de Araujo Júnior, sócio-diretor da Bentec Consultoria no Workshop da Saúde - Saúde mental nas organizações

Um novo BIS

Em abril, chega o Boletim Infográficos da Saúde voltado para clínicas e outros serviços ambulatoriais



A FESAÚDE, em parceria com o SindHosp, lançará em abril de 2026 o **Boletim Infográficos Saúde – BIS Clínicas e Outros Serviços Ambulatoriais**, ampliando a ferramenta de inteligência de mercado desenvolvida pelo Núcleo de Inteligência e Conteúdo (NIC). A nova versão completa o ciclo iniciado com o BIS Hospitais, em 2024, e o BIS Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT, em 2025.

Assim como nas edições anteriores, o BIS utiliza tecnologia de **Business Intelligence (BI)** para consolidar, em mapas e gráficos interativos, dados públicos estratégicos do segmento, permitindo análises em nível nacional, regional, estadual, municipal e por estabelecimento.

Para o desenvolvimento do BIS Clínicas e Outros Serviços Ambulatoriais foram utilizadas diversas bases públicas, como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), DataSUS, Receita Federal, Caged, RAIS e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), entre outras, contabilizando mais de oito bilhões de registros. O cruzamento desses dados oferece uma radiografia detalhada do mercado ambulatorial no país.

“O BIS Clínicas e Outros Serviços Ambulatoriais amplia a compreensão sobre um segmento fundamental da assistência à saúde, reunindo dados que apoiam o planejamento, a governança e a tomada de decisão de gestores públicos e privados”, destaca a gerente do NIC, Vanessa Tamara.

— Indicadores organizados

O painel disponibiliza indicadores organizados em eixos temáticos: Recursos Físicos, Recursos Humanos, Equipamentos, Produção Ambulatorial e Hospital Dia - SUS e Saúde Suplementar e Mercado da Saúde Suplementar, permitindo análises e o acompanhamento da evolução do setor ao longo do tempo.

Disponível para sócios e contribuintes dos sindicatos filiados à FESAÚDE, e para não associados por meio de assinatura no site bis.sindhosp.org.br, o BIS Clínicas e Outros Serviços Ambulatoriais reforça o compromisso da Federação com a transparência, o uso qualificado de dados públicos e o fortalecimento da gestão em saúde. As informações são atualizadas conforme a divulgação das bases oficiais, com indicação clara das fontes e datas de referência em cada painel.

O projeto encontra-se atualmente em fase de validação da curadoria pelo comitê técnico. Acompanhe em nossos canais de comunicação as próximas atualizações. ▲



Reclamar não basta, participar é preciso

"A democracia funciona melhor quando as pessoas participam." A afirmação de Nelson Mandela ajuda a compreender o espírito que orienta o debate público, especialmente em períodos eleitorais. No setor da saúde, essa participação não se resume à exposição de ideias, mas à criação de espaços em que posições possam ser construídas com método, escuta e responsabilidade.

A experiência acumulada em diálogos mais estruturados revela algo recorrente. Após conversas mais densas, é comum perceber uma mudança de perspectiva: a complexidade do sistema se impõe, ficam mais claras as conexões entre suas diferentes partes e soluções simples deixam de parecer suficientes.

É exatamente esse movimento que interessa ao setor. Mais do que disputar narrativas ou apresentar plataformas prontas, há um esforço deliberado de criar ambien-

tes em que posições sejam organizadas, limites explicitados e escolhas tratadas com mais cuidado. Para isso, é indispensável a presença de quem vive o sistema no dia a dia, público e privado, e compreende seus desafios para além do discurso.

Nesse contexto, o papel das entidades representativas ganha centralidade. Em São Paulo, consolidou-se ao longo do tempo a expectativa de que o SindHosp e a FESAÚDE assumam a responsabilidade de organizar esse diálogo, criando espaços de interlocução qualificada e estruturando encontros que permitam ao setor se posicionar com clareza. Organizar o debate interno, mediar interesses legítimos e transformar visões dispersas em posicionamentos estruturados faz parte dessa função institucional. Não para substituir o processo político, mas para qualificá-lo.

O Diálogos da Saúde se insere exatamente nesse



lugar. Não como evento de exposição, mas como espaço de interlocução. Um ambiente em que conversas menos performáticas e mais substantivas permitem que diagnósticos sejam aprofundados e argumentos testados antes de se traduzirem em documentos e orientações públicas.

A trajetória do Diálogos acompanha essa lógica. Em 2022, o foco esteve no âmbito estadual. Em 2024, o olhar se voltou aos municípios, onde a política de saúde se materializa. Em 2026, o Diálogos preserva sua atuação no plano estadual e amplia o olhar para o debate nacional, reconhecendo que grande parte das diretrizes que organizam o sistema de saúde é definida nessa esfera e repercute diretamente nos demais níveis de governo.

É desse processo que resultará “Os Inegociáveis da Saúde”. Não como programa de governo ou lista de reivindicações, mas como um documento de referência do

setor, voltado a explicitar temas e frentes de ação que exigem continuidade, coordenação e enfrentamento permanente, independentemente de ciclos eleitorais ou arranjos políticos.

Em um ambiente marcado por ruído e decisões de curto prazo, investir na participação qualificada é também uma forma de posicionamento. Um posicionamento que afirma que o setor da saúde prefere o trabalho consistente do diálogo estruturado à superficialidade das respostas fáceis. ▲



Inaldo Leitão é gerente de Relações Institucionais e Governamentais na FESAÚDE e SindHosp

SIGA em frente

Lançado pela FESAÚDE e pelo SindHosp no segundo semestre de 2025, o Sistema de Indicadores para Gestão de Alto Desempenho promete impulsionar uma cultura organizacional baseada no uso estratégico de indicadores, benchmarking e aprendizado colaborativo.

Por Ana Paula Borbulho

"S em indicadores estruturados, o trabalho diário dos hospitais para prestar uma assistência de qualidade e garantir a segurança do paciente permanece oculto, sem se traduzir em reconhecimento público, prestígio institucional ou diferenciação estratégica. O SIGA propõe uma jornada de alto desempenho que pode gerar valor aos participantes e, inclusive, contribuir para a ampliação de receitas", afirma a diretora-executiva da FESAÚDE e do SindHosp, Larissa Eloi, ao relatar alguns dos objetivos do sistema.

O projeto é fruto de uma parceria com a Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), que permite a participação dos hospitais associados aos sindicatos que compõem a FESAÚDE no SINHA – Sistema de Indicadores Hospi-

tares Anahp. "Trata-se de uma plataforma de inclusão de variáveis já consolidada, atualmente utilizada por cerca de 200 hospitais no país. Ela transforma informações em indicadores e permite o *benchmarking*, ou seja, um processo de avaliação baseado na mensuração e no acompanhamento de indicadores que possibilita ao gestor comparar os resultados da organização com os de outras instituições da mesma atividade econômica", explica a gerente do Núcleo de Inteligência e Conteúdo (NIC) do SindHosp, Vanessa Tamara.

A plataforma garante a confidencialidade dos dados, uma vez que é constantemente auditada, possui selo de segurança digital e está em conformidade com a Lei Geral de Proteção de

Dados (LGPD). Além disso, não exige *hardware* ou *software* específicos, pois funciona em ambiente *web*, por meio de login e senha.

Para desenvolver a cultura de mensuração de indicadores dentro das instituições, é imprescindível o envolvimento e a motivação dos profissionais. "Cientes dessa importância, instituímos duas personas fundamentais para o projeto nos hospitais: os embaixadores, que são os líderes, e os estrategistas, que são os profissionais técnicos. São eles que serão treinados e estarão diretamente em contato conosco ao longo de uma jornada contínua de transformação da cultura organizacional, já que a modernização da gestão hospitalar é um processo construído passo a passo", destaca Larissa Eloi.

— O início

O SINHA teve início em 2002, quando Francisco Balestrin, atual presidente da FESAÚDE e do SindHosp, atuava como responsável pela área de qualidade da Anahp. “Na época, constatamos que não havia, no setor de saúde do país, iniciativas estruturadas de *benchmarking*. O SINHA nasceu com o objetivo de preencher essa lacuna e produzir dados que contribuíssem para a gestão dos estabelecimentos em um ambiente altamente competitivo”, relata Balestrin.

Um convênio com o Departamento de Economia da Saúde da Escola Paulista de Medicina viabilizou o desenvolvimento da ferramenta. Paralelamente, um grupo composto por dirigentes hospitalares ficou responsável pela definição dos indicadores e pela metodologia de coleta. Inicialmente, o SINHA concentrava-se em indicadores operacionais, como taxa de ocupação, média de permanência e taxa de mortalidade institucional, entre outros.

Após assumir a presidência do Conselho de Administração da Anahp, Francisco Balestrin ampliou o escopo do SINHA, que passou a aferir também indicadores clínicos e epidemiológicos. Atualmente, o sistema caminha para se tornar a principal plataforma colaborativa de informações do setor hospitalar brasileiro. “Um sistema de indicadores, ao permitir comparar *performances* empresariais, possibilita aos gestores a elaboração de planejamentos estratégicos embasados em dados e a tomada de decisões mais assertivas. E isso, naturalmente, tem impacto direto na qualidade da assistência”, defende Balestrin.

— Por que medir?

Durante o workshop de lançamento do SIGA, o CEO da Opty Hospitais Oftalmológicos, Luiz Sergio Santana, destacou que organizações que não utilizam indicadores nem comparam seus resultados com os da concorrência desconhecem o próprio desempenho, o que compromete a capacidade de melhoria. “Implantar essa cultura nas organizações é trabalhar em prol da qualidade, da segurança do paciente e de melhores resultados”, frisou Santana, que acumula mais de três décadas de experiência no setor da saúde, com passagens por instituições renomadas como Rede D’Or, Rede Américas, Dasa e Beneficência Portuguesa (BP).

O professor da Fundação Getúlio Vargas (FGV) e consultor técnico do NIC, Evandro Felix, destacou que a grande quantidade de dados hoje disponível não garante, por si, uma boa tomada

de decisão. “A participação no SIGA vai ajudar a criar na instituição uma governança e uma cultura de dados”, afirmou. No mesmo *workshop*, a consultora técnica do NIC, Aline Yukimitsu, ressaltou a acuracidade e o rigor metodológico dos indicadores do SIGA.

Além de possibilitar a comparação de performances e garantir a privacidade dos dados, a participação no SIGA traz diversos benefícios, como a padronização dos indicadores, com fichas técnicas bem estabelecidas; a estratificação das informações de acordo com as necessidades do gestor (por tipo de hospital, região, número de leitos, especialidade, entre outros critérios); o acompanhamento do desempenho em tempo real; a análise de tendências; e o suporte à melhoria contínua e à tomada de decisões estratégicas.



— Etapas da jornada SIGA



A jornada SIGA é conduzida por quatro pilares: indicadores operacionais; indicadores assistenciais, voltados ao cuidado baseado em dados; governança, que abrange recursos humanos e indicadores financeiros; e excelência e alto desempenho, com foco no suporte às deliberações executivas.

O primeiro pilar, medir, consiste na construção do alicerce do sistema de informação. Nessa fase, serão trabalhados indicadores como taxa de ocupação, média de permanência, índice de giro de leito, taxa de mortalidade institucional, taxa de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, taxa de internação via emergência/urgência, entre outros.

O segundo pilar, denominado evoluir, é a fase em que a instituição aprende a transformar dados em *insights*, simulando o impacto real da melhoria dos indicadores na vida dos pacientes e na *performance* hospitalar. Nessa etapa, passam a ser medidos indicadores assistenciais, como densidades de incidências de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTIs adulto, pediátrica e neonatal; infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTIs adulto e pediátrica; infecção da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada associada a cateter venoso

central em UTIs adulto, pediátrica e neonatal etc.

A terceira base de sustentação é transformar, etapa em que os fundamentos já estão sólidos e, portanto, é o momento de colocar a governança em prática, por meio da criação de painéis de dados que conectem análises, decisões e ações em tempo real. Nessa fase, passam a ser analisados indicadores financeiros e de recursos humanos, como rotatividade e absenteísmo de pessoal, rotatividade da equipe de enfermagem, prazo médio de estoque, entre outros.

Por fim, o quarto pilar é sustentar, cujo desafio é consolidar a excelência, com análises executivas que orientem decisões estratégicas e práticas consistentes para manter o alto desempenho de forma contínua. “O hospital participante do SIGA terá um passaporte, símbolo dessa jornada rumo à excelência. Cada etapa percorrida receberá um carimbo, que representa o reconhecimento pelo trabalho realizado”, explica Larissa Eloi.

Três eventos foram realizados em cidades do Interior de São Paulo no segundo semestre de 2025 para divulgação do SIGA e captação de participantes.

— Kick-off

No final de 2025, um *kick-off* do projeto reuniu embaixadores e estrategistas do SIGA. “Foi um encontro para que os participantes se conhecessem e também para manter motivados os profissionais que estarão à frente do projeto”, explicou Larissa Eloí. Durante a reunião, foi apresentado o calendário de *workshops* das quatro etapas da iniciativa, com o objetivo de alinhar conceitos, desenvolver conteúdos e discutir casos práticos. “Nos *workshops*, será explorada a dimensão dos indicadores trabalhados em cada fase do SIGA. Após os encontros, os estrategistas terão 15 dias para lançar as variáveis na plataforma”, detalhou a consultora técnica do Núcleo de Inteligência e Conteúdo (NIC) do SindHosp, Aline Yukimitsu. 📌

Workshops

Eles estão agendados, veja como participar, são gratuitos

Os *workshops* da primeira, segunda, terceira e quarta fases estão agendados, respectivamente, para 24 de fevereiro (das 9h às 16h), 26 de março (das 9h às 13h), 28 de abril (das 9h às 13h) e 28 de maio de 2026 (das 9h às 16h). Todos os encontros serão realizados presencialmente na sede da FESAÚDE, em São Paulo, com possibilidade de participação *on-line* para instituições localizadas em regiões distantes da Capital.

A participação no SIGA dos hospitais associados aos sindicatos que compõem a FESAÚDE é gratuita. Mais informações e a ficha de inscrição ou adesão podem ser obtidas no site da FESAÚDE: www.fesaude.org.br, ou no do SindHosp: www.sindhosp.org.br.



APONTE A CÂMERA
DO SEU CELULAR E
ESCANEE O QR CODE



APONTE A CÂMERA
DO SEU CELULAR E
ESCANEE O QR CODE



Gestão baseada em evidências

Aplicação da GBE em organizações de saúde aproxima a prática gerencial da racionalidade científica

Por Evandro Felix



Nas últimas décadas, a saúde passou por uma revolução. O profissional de saúde não decide o tratamento de um paciente com base apenas em sua intuição ou no que aprendeu há anos na faculdade; ele recorre às melhores evidências científicas disponíveis, somadas à sua experiência clínica. Entretanto, na administração das organizações de saúde, frequentemente, decisões gerenciais continuam fortemente baseadas em experiência individual, tradição institucional e modismos gerenciais que carecem de comprovação empírica, em detrimento do uso sistemático do melhor conhecimento disponível e de pesquisa organizacional robusta. Tais decisões podem afetar significativamente os desfechos clínicos, a segurança dos pacientes, o clima organizacional e a sustentabilidade financeira da organização.

Nesse cenário, a Gestão Baseada em Evidências (GBE ou EBM, *Evidence-Based Management*) é uma mudança de paradigma ao aproximar a prática gerencial da racionalidade científica, de forma análoga ao movimento da Medicina Baseada em Evidências (MBE, ou *Evidence-Based Medicine*), do qual é originária. Assim como a MBE transformou a prática clínica ao integrar evidências científicas, experiência profissional e valores do paciente, a GBE propõe transformar a gestão por meio do uso consciente, explícito e criterioso das melhores evidências disponíveis.

— O conceito

A GBE tem como objetivo reduzir o hiato histórico entre pesquisa acadêmica e a prática gerencial, promovendo decisões mais bem informadas, menos arbitrárias e menos suscetíveis a vieses cognitivos. A GBE não se limita ao uso de artigos científicos. Ela se fundamenta em quatro fontes principais de evidências (informações) integradas:

- 1. Evidências científicas** oriundas de pesquisa acadêmica;
- 2. Evidência organizacional:** dados, fatos e números do contexto organizacional;
- 3. Experiência (prática) profissional e julgamento dos gestores:** acumulada pela reflexão sobre resultados de ações semelhantes em situações análogas (“conhecimento tácito”);

4. Valores, expectativas e preocupações dos envolvidos (stakeholders): fornece uma perspectiva de referência e ajuda a prever a reação às decisões.

— Convergência entre MBE e GBE

A GBE enfrenta desafios organizacionais complexos. Lida com múltiplos interesses e relações de poder. Não se pode negligenciar o contexto local, no qual princípios universais devem ser adaptados. Ao contrário da clínica, na qual os desfechos são relativamente bem definidos, os resultados gerenciais são frequentemente ambíguos, multidimensionais e de longo prazo.

A integração entre MBE e GBE cria coerência entre decisões clínicas e administrativas. Ambas rejeitam a confiança exclusiva no julgamento intuitivo ou na crença de que “cada situação é única”, reconhecendo que muitos problemas aparentemente singulares são, na verdade, variações de padrões conhecidos. Organizações que adotam MBE na clínica, mas mantêm decisões gerenciais baseadas em intuição ou pressão política operam sob uma lógica inconsistente.

— Competências para o gestor de saúde baseadas na GBE

Para que esse modelo saia do papel, são necessários gestores com competências técnicas, cognitivas e interpessoais específicas.

- **Dimensão técnica:** inclui não apenas conhecimentos gerenciais habituais (empresariais) e do segmento (indústria da saúde), mas a capacidade de realizar buscas bibliográficas e entender estatística básica para não achar que “correlação é igual a causa”, por exemplo.
- **Dimensão cognitiva:** pensamento sistêmico e crítico são essenciais. Precisa entender os impactos de suas decisões sobre pacientes, funcionários, organização e sociedade. Além disso, é necessária criatividade para gerar soluções inovadoras diante da escassez de recursos que frequentemente se apresenta.
- **Dimensão interpessoal e intrapessoal:** a GBE exige humildade intelectual (estar disposto a mudar de ideia diante de novos dados) e a capacidade de colaborar com profissionais de áreas e conhecimentos distintos. Competências em gestão de relacionamentos e liderança são fundamentais.

— Tomada de decisão gerencial por meio da GBE

Para aumentar a probabilidade de resultados favoráveis, na prática, a GBE orienta gestores a tomarem decisões a partir de perguntas bem estruturadas, semelhantes ao raciocínio clínico. O método dos “6 A’s” estabelece um passo a passo a ser seguido:

1. Perguntar (*asking*): traduzir um problema prático em uma questão que pode ser respondida;
2. Adquirir (*acquiring*): buscar e recuperar evidências de forma sistemática;
3. Avaliar criticamente (*appraising*): julgar a confiabilidade e relevância das evidências;
4. Agregar (*aggregating*): ponderar e consolidar as evidências;
5. Aplicar (*applying*): incorporar as evidências no processo de tomada de decisão; e
6. Avaliar (*assessing*): avaliar o resultado da decisão tomada.

Isso implica em:

- Identificar de forma clara o problema central que necessita de decisão;
- Formular pergunta que traduza o problema em questão;
- Identificar as diferentes fontes de evidências (informações) internas e externas;
- Buscar de forma sistemática evidências científicas;
- Analisar as perspectivas e expectativas de todos os envolvidos (*stakeholders*);
- Avaliar de forma crítica *benchmarks* (dados, experiências);
- Propor a melhor decisão baseada em evidências;
- Definir métricas de avaliação;
- Fazer testes-piloto e experimentação controlada;
- Monitorar e avaliar o resultado da decisão; e
- Gerar aprendizado organizacional contínuo.

O exemplo a seguir ilustra a formulação de uma pergunta que traduz o problema apresentado e para o qual se buscarão evidências (informações) para subsidiar a tomada de decisão. Por meio dela é possível definir estratégias de buscas em plataformas como PUBMED, SCIELO, Google Scholar, Scopus, JSTOR, entre outras.

Problema:

Uma rede de atenção primária à saúde (APS) identificou uma redução de 20% no comparecimento de pacientes adultos com doenças crônicas às consultas de rotina. Diante desse cenário, a gestão avalia a adoção de teleconsultas para o acompanhamento desses pacientes, com o objetivo de reduzir o número de pessoas sem seguimento regular.

Pergunta (utilizando-se o método PICOC - população/problema, intervenção, comparação, resultado/desfecho/outcome e contexto):

Em adultos com doenças crônicas (P), a oferta de teleconsultas para seguimento ambulatorial de rotina (I), em comparação ao modelo tradicional baseado apenas em consultas presenciais (C), é eficaz para aumentar a taxa de comparecimento e reduzir a proporção de pacientes sem acompanhamento regular (O), em redes de Atenção Primária à Saúde (C)?

Barreiras para implantação da GBE

Barreiras individuais: gestores frequentemente possuem pouco conhecimento sobre onde, como buscar e interpretar evidências científicas (níveis de evidência, por exemplo). Uma falha na formação tradicional em administração.

Outros têm medo de perder a autonomia e são resistentes às mudanças. Na frequente pressão por resultados de curto prazo, há falta de tempo (ou a percepção de que “não vale o esforço”).

Barreiras organizacionais: muitas organizações, particularmente aquelas em contexto de austeridade financeira, desenvolvem culturas que valorizam o “resolver rápido”, por meio de informações e análises muitas vezes superficiais, em vez de “resolver bem”.

Apesar de quantidades massivas de dados, frequentemente, faltam infraestrutura e capacidade de análise. Além de sistemas de incentivos que valorizam apenas resultados financeiros imediatos.



— Estratégias para institucionalizar a GBE

Nível individual (desenvolva as competências): as organizações devem capacitar seus profissionais nas competências descritas anteriormente – mas nem todos possuem predisposição para a GBE. Encontrar e valorizar quem lidera esse movimento pode influenciar outros colegas.

Nível organizacional (crie a estrutura): as organizações devem criar infraestruturas que facilitem a GBE.

1. Dê acesso a bases de dados de pesquisa e literatura em gestão;
2. Forme equipes dedicadas à coleta, à análise e à interpretação de dados da organização e externos (*benchmark*);
3. Crie processos e promova testes em pequena escala antes da implementação ampla;

4. Estabeleça uma cultura de “segurança psicológica”, por meio da qual as lideranças legitimam o uso de evidências, mesmo quando elas desafiam práticas estabelecidas.

5. Crie incentivos e valorize os gestores que praticam a GBE.

— Considerações finais

A GBE é uma estratégia para organizações de saúde que buscam alinhar qualidade assistencial e sustentabilidade. Sua maior contribuição não está na promessa de decisões “perfeitas”, mas na construção de decisões mais conscientes e responsáveis. Em um setor no qual decisões administrativas afetam vidas, fazer escolhas melhores não é apenas desejável, torna-se eticamente necessário. 📌



Evandro Felix é médico, consultor técnico do Núcleo de Inteligência e Conteúdo (NIC) do SindHosp/FESAÚDE e professor da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (EAESP-FGV)

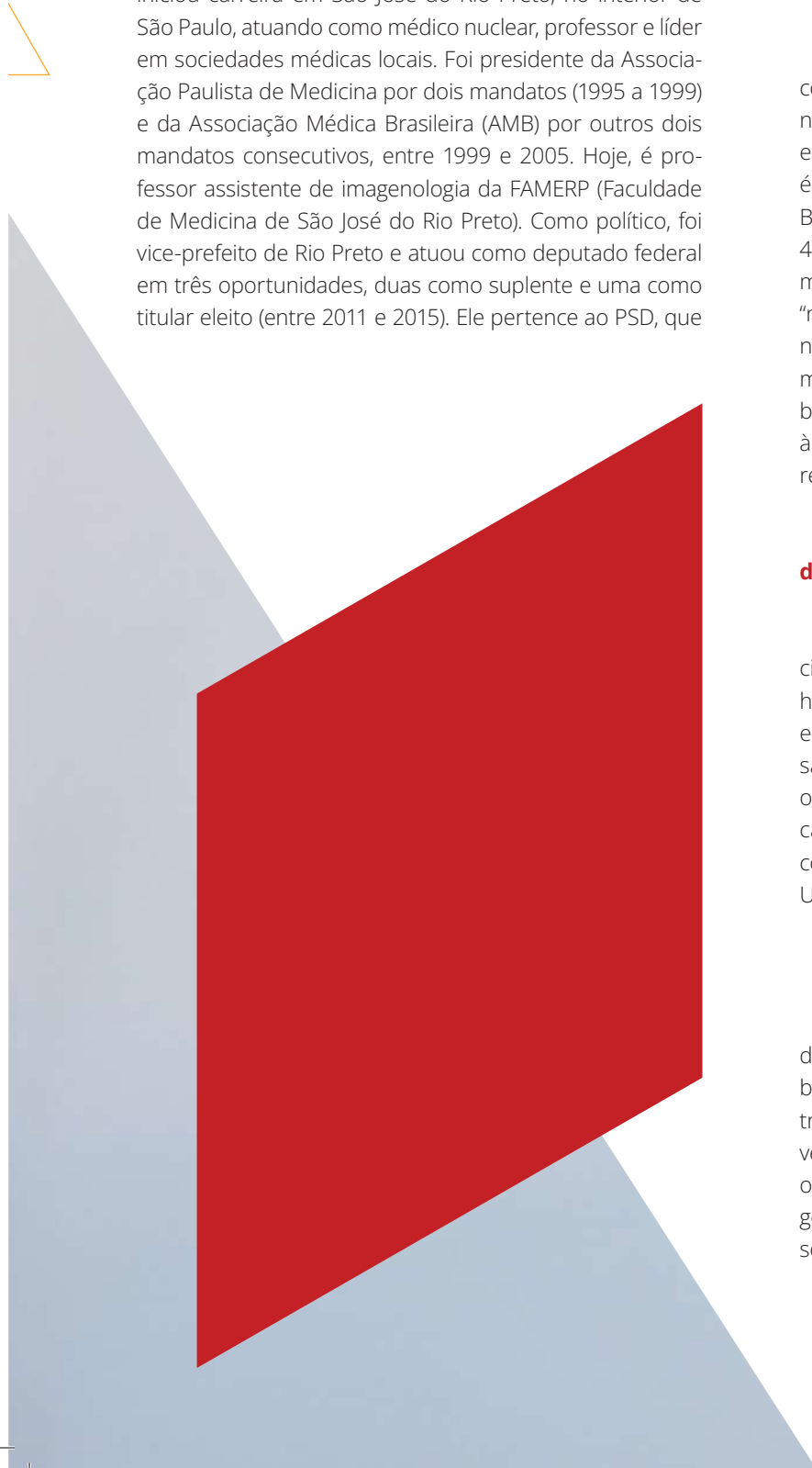
Referências bibliográficas

1. BARENDT, E. et al. *Evidence-Based Management: The Basic Principles*. Amsterdam: Center for Evidence-Based Management, 2014.
2. BRINER, R. B.; DENYER, D.; ROUSSEAU, D. M. Evidence-Based Management: Concept Cleanup Time? *Academy of Management Perspectives*, v. 23, n. 4, p. 19-32, 2009.
3. DAOUK-ÖYRY, L. et al. Evidence-Based Management Competency Model for Managers in Hospital Settings. *British Journal of Management*, v. 32, n. 4, p. 1384-1403, 2021.
4. FIGUEIREDO, A. R. Gestão baseada em evidências. *GV-Executivo*, v. 19, n. 1, p. 30-32, 2020.
5. PFEFFER, J.; SUTTON, R. I. Evidence-Based Management. *Harvard Business Review*, Jan. 2006.
6. ROUSSEAU, D. M. Is There Such a Thing as “Evidence-Based Management”? *Academy of Management Review*, v. 31, n. 2, p. 256-269, 2006.
7. RYNES, S. L.; BARTUNEK, J. M. Evidence-Based Management: Foundations, Development, Controversies and Future. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, v. 4, p. 235-261, 2017.

O secretário da Saúde de São Paulo, Eleuses Paiva, fala sobre o subfinanciamento do setor e a Tabela SUS Paulista

'País precisa de novo modelo nacional de remuneração'

Por Giuliano Agmont



Eleuses Vieira de Paiva, o atual secretário de Saúde do Estado de São Paulo, nasceu em Santos, com raízes ligadas ao porto da cidade, o principal do Brasil. Passou a infância na Baixada Santista, frequentando escolas locais antes de se mudar para Minas Gerais, onde estudou Medicina na Faculdade de Itajubá, formando-se em 1978. Especializou-se em Medicina Nuclear pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e iniciou carreira em São José do Rio Preto, no interior de São Paulo, atuando como médico nuclear, professor e líder em sociedades médicas locais. Foi presidente da Associação Paulista de Medicina por dois mandatos (1995 a 1999) e da Associação Médica Brasileira (AMB) por outros dois mandatos consecutivos, entre 1999 e 2005. Hoje, é professor assistente de imagenologia da FAMERP (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto). Como político, foi vice-prefeito de Rio Preto e atuou como deputado federal em três oportunidades, duas como suplente e uma como titular eleito (entre 2011 e 2015). Ele pertence ao PSD, que

tem como principal liderança Gilberto Kassab e é o partido com mais prefeitos e senadores do Brasil. Desde janeiro de 2023, a convite do governador Tarcísio de Freitas, comanda a área da saúde em São Paulo. Nesta entrevista, por e-mail, o secretário fala sobre o subfinanciamento da saúde e a tabela SUS paulista.

O que explica o atual estágio de subfinanciamento da saúde no Brasil?

O subfinanciamento se explica, em números, por uma conta que não fechou desde a Constituição: o SUS se tornou universal, mas a União não assumiu uma fonte estável e proporcional para financiar essa expansão. O resultado é a queda do peso federal no gasto total em saúde no Brasil, que já foi de cerca de 67% e hoje está em torno de 44%, mesmo com o governo federal concentrando aproximadamente um terço da arrecadação. A regra federal de “não gastar menos que o ano anterior, corrigido pelo PIB nominal” preservou um piso baixo. Em São Paulo, o orçamento da saúde encerrou o último ano em cerca de R\$ 40 bilhões, com incremento de R\$ 7 a 8 bilhões, associado à decisão política do governador Tarcísio de Freitas e ao reforço de financiamento via Tabela SUS Paulista.

Como foi estruturado o plano de implementação da Tabela SUS Paulista em São Paulo?

A Tabela SUS Paulista foi construída com método e, principalmente, com decisão política. Mapeamos a defasagem histórica da tabela federal, procedimento a procedimento, e atacamos onde a população mais sentia: cirurgias repressadas e áreas críticas, como a Oncologia. Para aproximar os valores do custo real, fizemos uma comparação técnica com preços praticados por operadoras e cooperativas, com base em aprofundada pesquisa conduzida pela Fipe/USP (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas).

Como o programa se sustenta?

Para sustentar o programa, garantimos previsibilidade de financiamento, com desenho orçamentário que combina aporte novo do Tesouro e reordenamento de instrumentos existentes, reduzindo a dependência de subvenções pontuais que desorganizam o sistema e elevam o custo administrativo. É isso que mantém a Tabela viva: governança, transparência e foco em resultado, mais acesso e menos espera para quem depende do SUS.

E quanto à desvinculação de receita via PEC da Saúde?

A PEC da Saúde mantém integralmente os percentuais mínimos constitucionais obrigatórios, de 30%, destinados ao ensino e autoriza apenas o uso de parte do excedente de arrecadação, acima desse piso, para reforçar o financiamento da saúde. Os recursos federais e demais verbas legalmente vinculadas à educação seguem preservados. A proposta estabelece uma maior flexibilidade orçamentária para atender às demandas da área da saúde, sem redução ou prejuízo aos investimentos educacionais.

Quais os resultados da Tabela SUS Paulista até agora?

O Estado de São Paulo já reduziu em 60% o tempo de espera das filas na regulação estadual. A queda é resultado da ampliação dos procedimentos cirúrgicos na rede, que, em três anos, realizou mais de 3,5 milhões de cirurgias eletivas, impulsionada pelo fortalecimento do financiamento da Tabela SUS Paulista. Desde o início da atual gestão, o governo de São Paulo mantém o compromisso de ampliar o acesso, qualificar o atendimento e reduzir o tempo de espera. Historicamente, São Paulo realizava cerca de 700 mil cirurgias eletivas por ano. Com a Tabela SUS Paulista, a rede ampliou esse volume e, em 2025, alcançou o maior total de cirurgias eletivas no SUS paulista em dez anos, com mais de 1,3 milhão de procedimentos, crescimento de 85,7% em relação a 2022, refletindo na redução consistente das filas. Também reativamos mais de 8 mil leitos, a maior expansão hospitalar em três anos, resultado da regionalização, da recuperação de estruturas hospitalares e de um novo desenho de financiamento que fortaleceu Santas Casas e instituições filantrópicas. Entre 2024 e 2025, o programa já destinou mais de R\$ 8,2 bilhões a cerca de 800 instituições filantrópicas conveniadas ao SUS em São Paulo. Em 2025, esse reforço se traduziu em aumento da oferta assistencial: 37,5% nas cirurgias de alta complexidade, 30,5% nas cirurgias de mama, 27,2% nas cirurgias cardíacas e 25,4% nos tratamentos oncológicos.

A Tabela SUS Paulista enfrenta a origem do problema de saúde ou é uma solução paliativa?

A Tabela SUS Paulista foi desenhada para atacar a causa do problema: a defasagem histórica da remuneração do SUS, que ficou décadas sem atualização e acabou criando um incentivo perverso, em que produzir mais pode significar aumentar o endividamento. Por isso, complementamos os valores, mudamos o incentivo e demos previsibilidade para a rede ampliar a produção com qualidade. Na prática, isso se traduz

em mais cirurgias, mais atendimentos e redução de filas. Ao mesmo tempo, para resolver o problema em sua origem de forma definitiva, o país precisa avançar no modelo nacional de remuneração e em mecanismos permanentes de atualização, com reajustes regulares. Temos recebido representantes de outros Estados para apresentar o programa. São Paulo mostrou que é possível fazer.

Como funciona o IGM SUS Paulista?

O governo de São Paulo criou o IGM SUS Paulista, o Incentivo à Gestão Municipal, programa que elevou o repasse estadual per capita de R\$ 4 para valores entre R\$ 15 e R\$ 40. O programa transfere os recursos financeiros aos municípios para fortalecer a atenção básica, com base em indicadores de performance, como a redução da mortalidade infantil, a ampliação da cobertura vacinal, cumprimento das consultas de pré-natal e as ações de combate às arboviroses. Entre janeiro de 2024 a dezembro de 2025, já foram repassados cerca de R\$ 1,3 bilhão para os 645 municípios do Estado.

Qual a sua avaliação sobre a explosão de glosas, a judicialização da saúde e a popularização de planos para usuários com coparticipação nos custos?

A coparticipação, quando bem regulada e com transparência, pode ser uma alternativa para viabilizar planos com mensalidades mais acessíveis ao cidadão. Trata-se de uma decisão de gestão de cada operadora, que deve sempre garantir previsibilidade ao usuário e evitar barreiras ao acesso. Em paralelo, é fundamental avançar em regras mais claras e em maior segurança jurídica nas relações entre operadoras e prestadores, para reduzir conflitos como glosas excessivas e a judicialização, preservando a sustentabilidade do setor e, principalmente, o cuidado ao paciente.

O primeiro hospital inteligente do Brasil será aqui em São Paulo, o HC da USP. O que muda para um hospital sem as mesmas soluções tecnológicas?

Um hospital inteligente integra assistência, gestão e infraestrutura por meio de sistemas digitais. Na prática, isso envolve prontuário eletrônico interoperável, monitoramento contínuo de pacientes com geração de alertas clínicos, automação de processos assistenciais e administrativos, rastreabilidade de medicamentos e materiais, gestão de leitos e fluxos em tempo real, apoio à decisão clínica com base em dados, além de conectividade segura e painéis de indicadores para qualificar a governança e a segurança do paciente. A criação do

Instituto Tecnológico de Emergência no HC da USP representa um novo patamar para a saúde pública em São Paulo, ao reunir alta complexidade com tecnologia para acelerar diagnósticos, reduzir tempo de resposta e aumentar a proteção do paciente, especialmente em cenários de emergência. O setor privado também tem a aprender com esse projeto ao observar, em escala, como a integração de dados e processos melhora eficiência, qualidade assistencial e resultados, com foco em valor e segurança, além de fortalecer formação profissional, pesquisa e inovação aplicada ao cuidado.

A FESAÚDE e o SindHosp lançaram nas eleições 2024 o Guia de Ações Municípios Saudáveis, com agendas prioritárias para a saúde. Quais as perspectivas para cada uma dessas agendas?

Doenças crônicas – A obesidade é hoje um dos principais fatores de risco para doenças metabólicas como diabetes, hipertensão e dislipidemia, com grande impacto na saúde da população e nos custos do sistema. O aspecto mais relevante é a necessidade de fortalecer a prevenção nos municípios, com ações integradas na atenção primária, promoção da alimentação saudável, estímulo à atividade física e educação em saúde ao longo do ciclo de vida.

Epidemias – O aumento dos casos de dengue evidencia a importância da vigilância epidemiológica e do controle vetorial contínuo. A vacina representa um avanço, mas não substitui ações estruturais de prevenção e mobilização social. O problema do metanol reforça o papel central da vigilância sanitária municipal na fiscalização e na prevenção de eventos evitáveis com alto risco à saúde pública.

Saúde mental – A pandemia agravou quadros de ansiedade, depressão e estresse, intensificados pelo uso excessivo de telas e pela sobrecarga cotidiana. O ponto central é o fortalecimento da rede de atenção psicossocial, com foco na atenção primária, no cuidado territorial, na prevenção e na promoção do uso saudável das tecnologias.

Envelhecimento saudável – As mudanças demográficas exigem políticas voltadas ao envelhecimento ativo, ao cuidado continuado e à integração entre saúde e assistência social. As ILPI ganham relevância estratégica, demandando regulação, vigilância sanitária e articulação com o SUS para garantir cuidado seguro e digno à população idosa. 📌



A Reforma Tributária e o setor da saúde

Os impactos práticos e as
perspectivas para hospitais,
clínicas e laboratórios

Por Renato Nunes

Com a promulgação da Lei Complementar nº 214, em janeiro de 2025, a Reforma Tributária brasileira ingressou em uma etapa decisiva de sua implementação. Após décadas de debates e tentativas frustradas de reorganização do sistema de tributação sobre o consumo, instituiu-se formalmente o chamado IVA Dual, materializado pelo Imposto sobre Bens e Serviços (“IBS”) e pela Contribuição Social sobre Bens e Serviços (“CBS”). Trata-se de uma transformação estrutural profunda, cujos efeitos práticos se estenderão ao longo do período de transição previsto até 2032 e impactarão de forma relevante o setor de saúde como um todo.

Hospitais, clínicas e laboratórios estão inseridos em um ambiente historicamente marcado por elevada complexidade regulatória, margens pressionadas, custos crescentes e forte dependência de previsibili-

dade econômica para a realização de investimentos de médio e longo prazo. Nesse contexto, compreender os efeitos concretos da Reforma Tributária se torna essencial não apenas sob a ótica fiscal, mas também do ponto de vista da governança corporativa, do planejamento financeiro e da sustentabilidade das operações assistenciais.

Um dos pilares centrais do novo modelo é a adoção plena do princípio da não cumulatividade. Diferentemente do sistema atual, no qual o IPI, a Contribuição ao PIS, a COFINS, o ICMS e o ISS geram, em maior ou menor medida, efeitos cumulativos ao longo da cadeia, o IBS e a CBS permitirão o desconto de créditos vinculados às aquisições de bens e serviços. Em tese, essa mudança representa um avanço conceitual relevante e aproxima o Brasil das melhores práticas internacionais em matéria de tributação sobre o consumo.

RN

Para o setor de saúde, os próximos anos exigirão planejamento estratégico, capacidade de adaptação e atuação institucional coordenada, de modo que a transição para o novo modelo não comprometa a prestação de serviços essenciais à população, mas, ao contrário, contribua para um ambiente econômico mais racional, transparente e sustentável

— **Sistemas coexistentes**

Na prática, contudo, a não cumulatividade plena exigirá um grau significativamente maior de controle, organização e rastreabilidade das operações. A tomada de créditos dependerá do correto cumprimento das obrigações fiscais por parte dos fornecedores, da consistência das informações prestadas ao Fisco e da integração eficiente entre sistemas contábeis, fiscais e operacionais. Isso impõe às empresas do setor de saúde a necessidade de revisar processos internos, investir em tecnologia, capacitar equipes multidisciplinares e fortalecer seus mecanismos de compliance tributário.

Esse desafio é potencializado pelo longo período de transição, durante o qual coexistirão o sistema atual e o novo regime. A convivência simultânea de diferentes bases de cálculo, alíquotas, obrigações acessórias e lógicas de apuração tende a aumentar o custo operacional e a complexidade da gestão fiscal, especialmente para organizações com estruturas mais descentralizadas, múltiplas unidades ou atuação em diversas localidades. A gestão dessa transição exigirá planejamento cuidadoso e acompanhamento permanente.

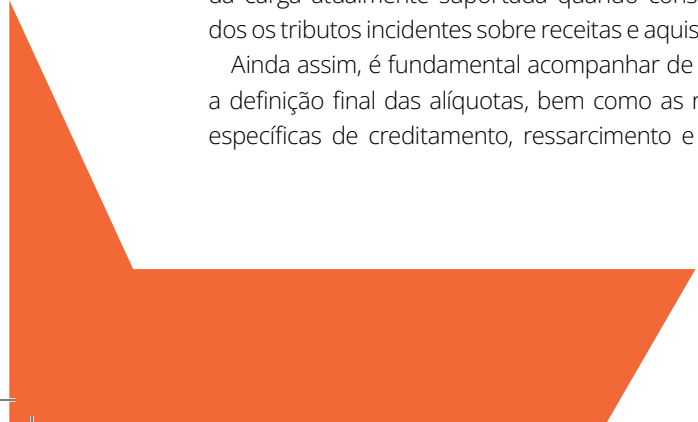
— **Alíquotas reduzidas**

Outro ponto de destaque é a previsão de redução de 60% nas alíquotas do IBS e da CBS aplicáveis ao setor de saúde. Essa diferenciação reconhece o caráter essencial dos serviços prestados e busca mitigar os efeitos de uma alíquota padrão que, segundo projeções oficiais, poderá se situar em torno de 28,5%. Caso esse patamar se confirme, a carga efetiva para hospitais, clínicas e laboratórios ficaria próxima de 11,4%, percentual que, em linhas gerais, se aproxima da carga atualmente suportada quando considerados os tributos incidentes sobre receitas e aquisições.

Ainda assim, é fundamental acompanhar de perto a definição final das alíquotas, bem como as regras específicas de creditamento, ressarcimento e com-

penção. Pequenas variações nesses parâmetros podem gerar impactos relevantes no fluxo de caixa das empresas, afetar decisões de investimento e alterar de forma significativa a carga tributária efetiva do setor, sobretudo em um ambiente de custos assistenciais crescentes.

A regulamentação infralegal da Reforma Tributária terá papel decisivo nesse processo. A clareza das normas, a estabilidade das interpretações administrativas, a coerência dos sistemas eletrônicos e a postura do Fisco durante os primeiros anos de implementação serão determinantes para que os objetivos declarados de simplificação, neutralidade e segurança jurídica sejam efetivamente alcançados.





— Diálogo institucional


Nesse cenário, o diálogo institucional entre o poder público e as entidades representativas do setor de saúde se mostra indispensável. A participação ativa de sindicatos, associações e demais organizações setoriais contribuirá para o aperfeiçoamento das regras, para a correção de eventuais distorções e para a construção de um ambiente mais previsível, equilibrado e compatível com a relevância social das atividades desempenhadas.

A Reforma Tributária não se resume à substituição de tributos ou à redefinição de alíquotas. Trata-se de uma mudança profunda na forma de arrecadar, controlar e fiscalizar o consumo no Brasil. Para o setor de saúde, os próximos anos exigirão planejamento

estratégico, capacidade de adaptação e atuação institucional coordenada, de modo que a transição para o novo modelo não comprometa a prestação de serviços essenciais à população, mas, ao contrário, contribua para um ambiente econômico mais racional, transparente e sustentável. 📈



Renato Nunes é sócio da Machado Nunes Advogados, Doutor em Direito Tributário e Professor Universitário



Saúde preventiva como diferencial estratégico para hospitais, clínicas e o seguro saúde



Quando o assunto é seguro saúde, hospitais e clínicas vivem uma equação complexa: são prestadores assistenciais e, ao mesmo tempo, empresas impactadas por custos crescentes já que o seguro saúde é uma das principais despesas corporativas. Nesse cenário, a redução da sinistralidade pode ser um diferencial estratégico capaz de equilibrar custos, fortalecer a gestão e sustentar o sistema de saúde.

Liza Mendes, responsável pela área comercial da Vila Velha Corretora de Seguros, compartilha sua visão sobre como a saúde preventiva pode gerar valor para hospitais e clínicas enquanto empresas consumidoras de seguro saúde, sem comprometer a sustentabilidade do negócio assistencial.

1. Hospitais e clínicas ocupam um duplo papel no sistema de saúde. Como a prevenção se encaixa nessa lógica?

Como empresas, essas instituições enfrentam custos crescentes com benefícios, especialmente o seguro saúde dos colaboradores. A prevenção ajuda a equilibrar essa conta ao reduzir eventos evitáveis e sinistros de alto custo. Como prestadores, ela qualifica o cuidado, direcionando a assistência para serviços de maior valor e melhor gestão do paciente.

2. Reduzir sinistralidade pode ser visto como risco ao faturamento assistencial?

Não. Reduzir sinistralidade significa reduzir desperdício, retrabalho e procedimentos evitáveis. Instituições orientadas à prevenção fortalecem a eficiência operacional, ampliam serviços de maior valor agregado e constroem relações mais sustentáveis com operadoras e empresas.

3. Como a prevenção se torna um diferencial competitivo para hospitais e clínicas?

Ao cuidar da saúde dos próprios colaboradores, hospitais reduzem absenteísmo, afastamentos e custos assistenciais. Além disso, fortalecem seu posicionamento institucional e ganham maior previsibilidade financeira nas negociações com operadoras.

4. O fato de o colaborador utilizar o próprio hospital influencia essa equação?

Sim. A prevenção cria um ciclo virtuoso: cuidado precoce, menos afastamentos e maior engajamento. Para a instituição, isso reduz custos com sinistros sem impacto negativo na operação assistencial.

5. Como a redução de sinistralidade contribui para a sustentabilidade do negócio hospitalar?

Ela favorece reajustes mais controlados e contratos mais estáveis de seguro saúde, liberando recursos para reinvestimento em tecnologia, qualificação assistencial e novos serviços.

6. Quais frentes preventivas trazem maior impacto gerencial?

Gestão de doenças crônicas, saúde mental e prevenção cardiovascular concentram grande parte dos custos e afastamentos, tanto do ponto de vista do seguro quanto da gestão de pessoas.

7. Como a Vila Velha apoia hospitais e clínicas nessa visão integrada?

A Vila Velha atua como parceira estratégica, ajudando instituições a transformar a prevenção em vantagem competitiva, conectando custo, risco e sustentabilidade do seguro saúde.

A prevenção não reduz valor — ela muda onde o valor é gerado. 📌

O aumento da demanda trabalhista

Livres de riscos financeiros por decisões do STF e do TST, trabalhadores voltaram a processar empregadores, especialmente hospitais, clínicas e laboratórios

Por Daniela de Andrade Bernardo e Rodrigo Marin





MAIS DE 4 MILHÕES DE PROCESSOS

*Segundo Relatório Geral da
Justiça do Trabalho, houve no
Brasil um recorde histórico
de mais 4.090.375 processos
recebidos em 2024*

Nos últimos anos, o Brasil tem registrado um crescimento expressivo no número de processos trabalhistas, e o setor da saúde não está imune a essa tendência. Hospitais, clínicas e laboratórios enfrentam um cenário cada vez mais judicializado, impulsionado pela insegurança jurídica decorrente da instabilidade das decisões judiciais — muitas vezes, proferidas de forma não uniforme ou com interpretações que contrariam ou alteram previsões legais com base no entendimento pessoal do julgador —, além de falhas nos procedimentos internos de gestão.

— Da Reforma Trabalhista à retomada das ações

A Reforma Trabalhista de 2017 provocou uma queda significativa no volume de processos — de 3,9 milhões em 2017 para 3,2 milhões em 2018, segundo o Relatório Geral da Justiça do Trabalho 2024 (TST). Essa redução decorreu da mudança da regra sucumbência, que passou a impor aos trabalhadores derrotados nas reclamações trabalhistas o pagamento de custas e honorários advocatícios relativos aos pedidos não reconhecidos judicialmente. Essa barreira desestimulou a litigância indiscriminada, antes comum, já que os trabalhadores eram isentos desses custos, independentemente do resultado da ação.

Contudo, em 2021, o STF, ao julgar a ADI 5766, afastou a aplicação das regras de sucumbência introduzidas na Reforma Trabalhista. Foram declarados inconstitucionais dispositivos do art. 790-B da CLT, garantindo que beneficiários da justiça gratuita não pagassem honorários e custas, mesmo em caso de derrota. Essa decisão provocou um aumento exponencial das reclamações trabalhistas, já que os trabalhadores, livres do risco financeiro, voltaram a propor ações genéricas e com pedidos amplos.

Em 2024, o TST ampliou ainda mais o acesso: quem ganha até 40% do teto do INSS passou a ter gratuidade automática; acima disso, basta uma declaração de hipossuficiência, inclusive por documento particular assinado pelo próprio interessado. Como consequência, segundo o Relatório Geral da Justiça do Trabalho

2024, houve recorde histórico de mais de 4 milhões de processos recebidos (4.090.375), alta de quase 39% em relação a 2021 (2.944.148).

Essa mudança eliminou o risco financeiro para o trabalhador, incentivando ações antes represadas e abrindo espaço para a retomada da litigância “predatória”, com pedidos frágeis baseados apenas em autodeclarações, muitas vezes sem provas apresentadas na instrução processual. Ressalta-se que o tema pode sofrer nova alteração jurisprudencial, já que o STF retomou o julgamento da ADC 80, que trata da necessidade de comprovação da insuficiência de recursos.

— Por que isso impacta o setor da saúde?

Além da maior facilidade para ingressar com ações, existem desafios de gestão característicos do setor da saúde que aumentam a exposição à judicialização. Entre eles: escalas de trabalho complexas, profissões regulamentadas e normas coletivas específicas, intervalos diferenciados, restrições à prática de horas extras, adicionais e benefícios sociais previstos em convenções coletivas, cumprimento rigoroso das normas sobre trabalho insalubre e uso de EPIs. Essas peculiaridades, somadas à ampliação da justiça gratuita, explicam por que o setor está entre os mais afetados pelo aumento das reclamações trabalhistas.

— Por que esses problemas chegam aos tribunais?

Muitos desafios poderiam ser tratados preventivamente — por meio do aprimoramento de controles, processos e práticas de conformidade —, mas acabam desaguando no Judiciário. Em diversas situações, as não conformidades só são identificadas após a propositura da ação, devido à deficiência na gestão interna ou à falta de acompanhamento das alterações legislativas e dos termos negociados coletivamente.

Isso reforça a importância de uma gestão trabalhista atenta e do acompanhamento das negociações coletivas, para mitigar riscos de condenações decorrentes de falhas ou desconhecimento das regras aplicáveis.





— Conclusão

O aumento das ações trabalhistas no setor da saúde reflete fragilidades de gestão e peculiaridades operacionais, agravadas pela decisão do STF que alterou a aplicação das regras de sucumbência criadas em 2017, garantindo gratuidade indiscriminada aos empregados e removendo a barreira que desestimulava ações sem provas consistentes.

Esse cenário exige das instituições uma postura proativa: investimento em gestão trabalhista (compliance), ações preventivas e capacitação contínua de gestores e líderes. Medidas essenciais para reduzir riscos e passivos trabalhistas, garantindo a sustentabilidade financeira do setor privado e reforçando o compromisso com o cumprimento das leis e convenções coletivas. 📌



Daniela de Andrade Bernardo é advogada e coordenadora das Relações Trabalhistas e Sindicais da FESAÚDE



Rodrigo Marin é advogado do SindHosp

PUBLIEDITORIAL



Inteligência a favor da vida

arca

o think tank da saúde

AstraZeneca



***Câncer de Pulmão:
o retrato dos desafios
assistenciais em
São Paulo***



O câncer de pulmão continua sendo uma das doenças mais letais do mundo⁽¹⁾. Em recente pesquisa realizada pela Arca em hospitais do Estado de São Paulo revelou que, apesar dos avanços, ainda há grandes desafios na jornada do diagnóstico e tratamento.

Os dados mostram que 72% das instituições pesquisadas atendem pacientes oncológicos, mas apenas 23% são centros habilitados de alta complexidade (CACON/UNACON).

Mais da metade (58%) não dispõe de ambulatórios específicos para avaliação de nódulos, e 80% não mensuram o tempo entre suspeita e diagnóstico, um dos principais indicadores de eficiência assistencial.

Quando o diagnóstico é confirmado, apenas 20% realizam avaliação molecular, ferramenta essencial para definição de terapias mais assertivas. Além disso, nenhum dos serviços utiliza inteligência artificial em seus fluxos de rastreamento ou manejo.

Esses números apontam para um cenário **com grandes oportunidades de transformação**, especialmente no investimento em tecnologias diagnósticas, incorporação de inteligência artificial e estruturação de linhas de cuidado integradas.

Avançar no diagnóstico precoce do câncer de pulmão exige mais do que recursos tecnológicos, requer integração entre profissionais, processos e gestão orientada a desfechos. O futuro da oncologia depende da nossa capacidade de agir sobre esses indicadores. 📈

Fontes:

(1) Instituto Nacional de Câncer – INCA/2022

(2), (3) Pesquisa Arca - Panorama sobre os Serviços de Saúde para Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Pulmão em São Paulo. Setembro/2025

BR-46037 Material destinado ao público geral. Novembro/2025



Insights sobre OPME

Uma análise integrada para otimização do sistema de utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais dentro da cadeia de valor da saúde

Por Carlos Oyama

Este artigo apresenta *insights* sobre o uso de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) nos procedimentos cirúrgicos e os desafios na busca de relações transparentes, éticas e sustentáveis em todo o seu ciclo. Atualmente, conflitos de interesse dificultam a construção de processos eficazes, gerando desconfiância e ineficiência. Atacar

as causas raízes é essencial para avançar na construção desses processos. Nesse sentido, é essencial identificar e combater as causas raízes, entendendo os incentivos dos principais decisores desse sistema:

- **Fornecedores** buscam maior receita e melhor margem, desenvolvendo novas tecnologias e buscando promover melhores resultados.
- **Hospitais** priorizam indicado-

res médico-assistenciais com foco no paciente.

- **Operadoras** focam na sinistralidade para melhorar o acesso.

Sem alinhamento, será difícil implementar um modelo disruptivo e sustentável. É necessário refletir sobre o papel de cada agente e promover mudanças estruturais.

— Fabricantes, importadores e distribuidores

As cirurgias são normalmente atendidas pelos distribuidores que acumulam três funções:

- Revenda de OPME (compra e venda)
- Logística, abastecimento e logística reversa
- Suporte técnico à equipe médica (capacitação para utilização de OPME, instrumentais e instrumentadores cirúrgicos, em sua maioria)

Com o aumento das tensões entre operadoras de saúde e hospitais, distribuidores também financiam o fluxo de caixa hospitalar devido aos longos prazos de recebimento e das glosas, situação que compromete ambos. Propõe-se revisar esse modelo:

Com o aumento das tensões entre operadoras de saúde e hospitais, distribuidores também financiam o fluxo de caixa hospitalar devido aos longos prazos de recebimento e das glosas, situação que compromete ambos. Propõe-se revisar esse modelo:

- **Fabricantes** devem negociar diretamente com hospitais, seguindo políticas de compliance, remunerando os serviços de forma adequada e não somente deixando os investimentos nos produtos, instrumentais e equipamentos a cargo dos distribuidores, que acabam arcando também com o risco de obsolescência e validade.

- **Logística e abastecimento** podem ser transferidos para operadores logísticos (3PL) com capacidade de trabalhar multimarcas.

- **Distribuidores** devem focar no suporte técnico, apoiando a cirurgia com instrumentadores habilitados, sendo remunerados pelo serviço, e não pela revenda.

— Corpo clínico: escolhas e desfechos

Um dos maiores desafios está na escolha dos materiais e técnicas envolvendo os procedimentos cirúrgicos e, quando incorporamos a visão de economia da saúde, invocamos a importância da sua sustentabilidade. Portanto, é importante termos um corpo clínico alinhado com as estratégias dos hospitais sem perder o foco no paciente, para um desfecho seguro e efetivo. As melhores práticas demonstram que a gestão do corpo clínico deve ser priorizada para que tenhamos previsibilidade e alinhamento.



— Hospitais e cirurgias: eficiência e qualidade médico-assistencial

A eficiência cirúrgica depende de organização das equipes, planejamento pré-operatório e disponibilidade de materiais. Muitos hospitais atribuem ineficiências a fatores externos, ignorando problemas internos como:

- **Custos ocultos:** retrabalho, processos complexos, desperdícios e falhas de controle.
- **Falta de materiais** durante a cirurgia, exigindo ações emergenciais.
- **Erros de comunicação e documentação,** gerando atrasos e desperdícios.
- **Cadastros duplicados,** ocasionando erros de coleta, abastecimento e faturamento das cirurgias.
- **Baixa taxa de utilização de materiais,** entre 10% e 20%, exigindo logística reversa onerosa e ineficiente.

Medidas recomendadas:

- Implementar **checklists**, protocolos de segurança e padronização de fluxos.
- Investir em **capacitação contínua** e prevenção de erros, proporcionando a cultura de qualidade e segurança do paciente.
 - Monitorar indicadores (tempo médio de cirurgia, taxa de complicações, tempo de internação, utilização de materiais). Fundamental para identificar gargalos e oportunidades de aprimoramento.
 - Saneamento periódico do **cadastro de materiais** para evitar duplicidades e glosas.
 - Confirmar aprovações cirúrgicas para reduzir cancelamentos e desperdícios. O cancelamento de cirurgias causa devolução de caixas cirúrgicas, uso da Central de Materiais (CME) gerando custos desnecessários, retrabalho operacional, uso de recursos humanos, onerando o custo do processo.



Soluções:

- Revisão de processos e eliminação de etapas redundantes.
- Uso de tecnologias para agendamento e planejamento de cirurgias e integração com os fornecedores.
- Acordo com fornecedores com melhor nível de serviço, compartilhamento de riscos, contratos de fornecimento com valores negociados e aceitos pelo corpo clínico e operadoras. A prática de cotar individualmente cada cirurgia e gerenciar múltiplos fornecedores aumenta a complexidade e não estabelece uma evolução no relacionamento e medição dos desfechos.
- Análise de produtividade para realocação de recursos conforme demanda.
- Gestão do corpo clínico para que sigam as políticas internas, protocolos, *guidelines* para evitar tensões e glosas junto as fontes pagadoras. Ter um programa de relacionamento e *feedback* que proporcione o reconhecimento dos cirurgiões alinhados à estratégia do hospital.
- Gestão eficiente do cadastro de materiais, para evitar duplicidade e erros que refletem no faturamento inadequado, ocasionando glosas.

— Operadoras de saúde e sinistralidade

Para prever custos, operadoras utilizam tabelas de preços negociadas e modelos de remuneração, em sua maioria, negociando “pacotes cirúrgicos”.

Essas práticas melhoram previsibilidade, mas, apesar de avaliarem a pertinência técnica e regulatória, as operadoras não conseguem avaliar a pertinência clínica e seu desfecho. Por que não valorizar boas práticas e desfechos como um dos critérios de remuneração? O alinhamento centrado no paciente deve ser o principal incentivo.

— Alinhamento do ciclo da receita

O gerenciamento adequado de OPME é essencial para equilíbrio financeiro, redução de custos, melhoria dos desfechos clínicos e garantia da segurança do paciente. Não existe uma solução única, mas a reflexão e a revisão estrutural dos modelos de negócios serão fundamentais para encontrarmos caminhos para o alinhamento do ciclo da receita, remunerando adequadamente todos os elos da cadeia, oferecendo transparência e relacionamento ético.

Medidas-chave:

- Reflexão genuína de todos os agentes, revisando papel dentro de um sistema integrado e justo.
- Revisão estrutural do modelo de remuneração alinhando operadoras, hospitais, corpo clínico e fornecedores, alinhando incentivos e privilegiando o paciente.
- Padronização de materiais e protocolos baseados em evidências.
- Reconhecimento de boas práticas para reduzir o uso de recursos desnecessários.
- Ciclo de receita que promova o equilíbrio da cadeia de valor na saúde. ▲



Carlos Oyama é engenheiro eletrônico, consultor e mentor de cadeia de suprimentos em saúde e coordenador do Grupo Técnico de Supply Chain do SindHosp

Saneamento básico e saúde

De acordo com levantamento do Núcleo de Inteligência e Conteúdo (NIC) da FESAÚDE/SindHosp, entre 2022 e 2024, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou cerca de 378 mil internações por doenças de veiculação hídrica, que custaram aos cofres públicos R\$ 181,7 milhões

Da redação

No Brasil, o saneamento básico é um direito fundamental por derivação constitucional e considerado mundialmente pré-requisito para o desenvolvimento socioeconômico de um país. “Assegurar a disponibilidade e a gestão sustentável da água e saneamento para todos” é uma das metas da ONU. Isso inclui o acesso universal e equitativo a água potável e segura, o fim da defecação a céu aberto, uma maior reciclagem e reutilização da água, a proteção e restauração dos ecossistemas relacionados com a água, como montanhas, florestas, zonas úmidas, rios, aquíferos, lagos e assim por diante.

Além de ser signatário da agenda da ONU, o Brasil tem como meta, até 2033, a universalização dos serviços, prevendo acesso de 99% da população à água potável e 90% ao esgoto tratado, de acordo com o que prevê o Marco Legal do Saneamento Básico no Brasil (Lei nº 14.026/2020). “Atualmente, mais de 83% da população já tem acesso à água por rede e mais de 60% possuem coleta de esgoto. Sabemos que ainda há cerca de 32 milhões de brasileiros sem água potável e 90 milhões sem coleta de esgoto, e isso exige um esforço adicional. Apesar desses números estarem diminuindo, eles ainda são inaceitáveis para um país do porte do Brasil”, reconhece o secretário nacional de Saneamento Ambiental do Ministério das Cidades, Leonardo Picciani. Segundo ele, para atingir os patamares previstos na lei, o Brasil precisará ampliar investimentos, melhorando a gestão e aumentando a eficiência na aplicação dos recursos.

— Investimento privado

A média histórica de investimento em saneamento no Brasil tem permanecido em torno de R\$ 20 bilhões por ano, segundo o Ministério das Cidades. Esse patamar vem apresentando trajetória de alta nos últimos anos, impulsionado pela maior participação do capital privado, por meio de concessões e Parcerias Público-Privadas (PPPs) ancoradas em contratos com metas e investimentos plurianuais. Com o novo marco legal, 73 milhões de brasileiros em pouco

mais de 1.500 municípios passaram a ser atendidos por companhias privadas.

Em São Paulo, a Sabesp foi privatizada em julho de 2024 e ganhou um acionista de referência, a Equatorial Energia, com 15% de participação, ficando uma fatia de 18% para o governo e o restante pulverizado no mercado. Com previsão de R\$ 70 bilhões de investimentos em cinco anos, a empresa tem como meta universalizar o saneamento em São Paulo até 2029, atendendo também áreas rurais. Desse total, 60% serão usados na expansão da rede de água e esgoto e o restante em combate a desperdício, redução de custos, aumento da produtividade, manutenção e renovação de equipamentos e instalações e projetos de suporte, principalmente TI. “A combinação de investimentos públicos e privados, associada à melhoria de gestão e à regulação por resultados, é o caminho para que o país reduza rapidamente o déficit e se aproxime, na prática, do objetivo de água e saneamento para todos”, garante Leonardo Picciani.

Além das PPPs, o governo espera um aumento dos investimentos em saneamento pela retomada do investimento federal via programas como o Novo Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) e pelo amadurecimento do ambiente regulatório. O caminho, porém, é longo e, principalmente fora de São Paulo, esbarra na questão orçamentária, na visão da presidente-executiva do Instituto Trata Brasil, uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) formada por empresas interessadas na universalização do saneamento básico e na proteção dos recursos hídricos, Luana Pretto. “Para alcançar as metas de universalização do saneamento básico, ou seja, 99% da população com acesso à água e 90% com coleta de esgoto até 2033, o Plano Nacional de Saneamento Básico (PLANSAB) estima uma necessidade de aproximadamente R\$ 516,4 bilhões. Para cumprir esse prazo, o país precisa investir por ano cerca de R\$ 45,1 bilhões, ou seja, precisará mais do que dobrar o volume de investimentos anuais e mantê-lo nesse patamar, para que a universalização seja uma realidade”, mostra Luana Pretto.

— Universalização

Levantamento do Instituto Trata Brasil, divulgado em novembro de 2023, revela que 46,3% das moradias brasileiras enfrentam algum tipo de privação de saneamento básico e que cerca de um em cada dois brasileiros vive essa realidade diariamente. Outro estudo do Instituto aponta que o acesso pleno à água potável, à coleta e ao tratamento de esgoto pode gerar ganhos de até R\$ 1,4 trilhão ao país até 2040. “Isso se traduz em melhorias significativas na saúde, a partir da redução de doenças de veiculação hídrica. Consequentemente, as pessoas ficam mais saudáveis para suas atividades laborais, o que aumenta a produtividade do trabalho e diminui a evasão escolar. Além disso, a oferta de água tratada e esgotamento sanitário resulta na valorização de imóveis e no impulsionamento do turismo. De forma mais ampla, a universalização do saneamento age como um propulsor de desenvolvimento social, econômico e ambiental”, mostra Luana Pretto.

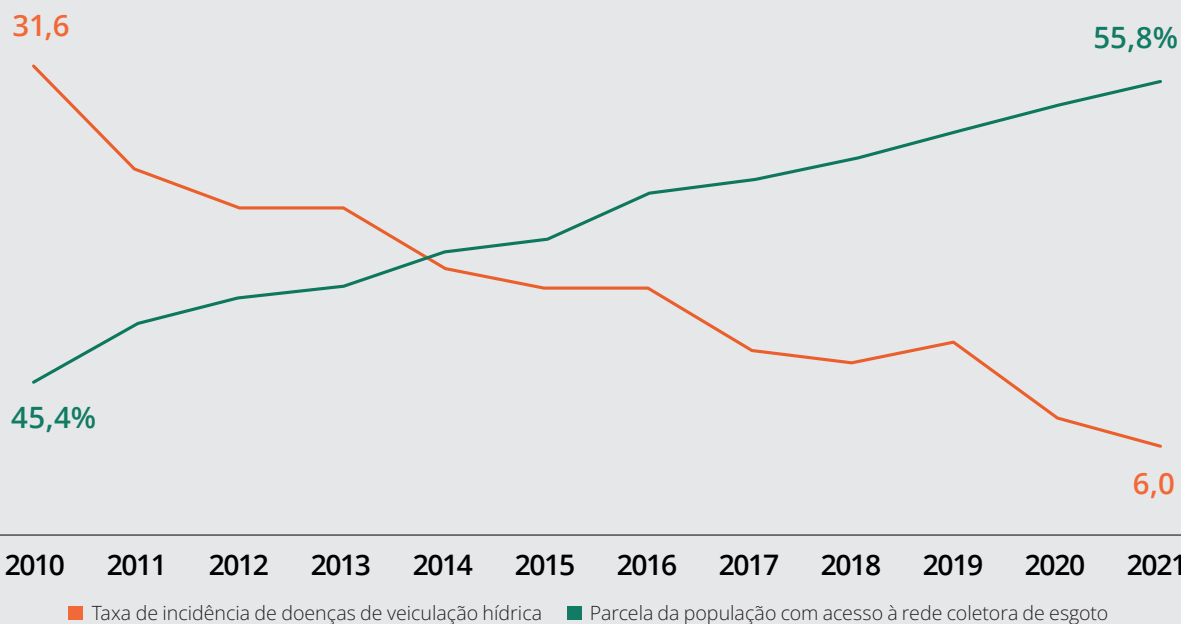
Para atingir esse patamar, é fundamental, na opinião da presidente-executiva do Instituto Trata Brasil, uma estruturação e um planejamento robustos da infraestrutura,

acompanhados de um aumento expressivo no volume de investimentos, seja por meio de leilões, concessões ou parcerias. “Sem a infraestrutura básica, o esgoto despejado irregularmente deteriora ecossistemas, compromete a biodiversidade local e contamina corpos hídricos que servem como fonte de abastecimento para milhões de pessoas. A universalização, portanto, é essencial para proteger a natureza, garantir a qualidade da água e sustentar atividades econômicas como agricultura, pecuária e turismo, que dependem diretamente da qualidade do ambiente”, defende.

Os benefícios da universalização do saneamento básico são reconhecidos por entidades, profissionais e pelo governo, ainda que essa meta pareça, diante do atual cenário, difícil de ser alcançada até 2033. Para o secretário nacional de Saneamento Ambiental do Ministério das Cidades, Leonardo Picciani, “cada estação de tratamento ou rede implantada não é apenas uma obra, mas uma redução permanente de despesa em saúde e um aumento estrutural de qualidade de vida e de oportunidades econômicas”.

Água tratada e doenças respiratórias

Evolução da parcela da população com acesso à rede de distribuição de água tratada e da taxa de incidência de internações por doenças respiratórias, Brasil



Fonte: IBGE, SNIS e DATASUS. Elaboração: Ex Ante Consultoria Econômica.



— Desafios regionais e desperdício

Na avaliação do presidente da Confederação Nacional de Municípios (CNM), Paulo Ziulkoski, os principais desafios para que as cidades avancem rumo à universalização são o subfinanciamento crônico do setor, a regionalização instituída pelos Estados e conduzida com baixa participação municipal, a limitada capacidade técnica dos municípios e o acesso condicionado a recursos federais, que tende a excluir aqueles que não aderiram aos arranjos regionais.

Soma-se a isso a pouca atenção dada nos processos de regionalização aos resíduos sólidos e à drenagem. “Sem um pacto federativo que garanta apoio técnico e financeiro contínuo, as metas legais permanecem distantes da realidade municipal”, acredita o presidente da CNM. Paulo Ziulkoski lembra que os investimentos federais em sanea-

mento representam uma fração inferior a 1% do Produto Interno Bruto (PIB), o que, segundo ele, evidencia a insuficiência do comprometimento federal para assegurar a expansão necessária.

Um problema grave que precisa ser enfrentado pelo Brasil é o alto índice de água potável perdida na distribuição, em torno de 40%. “Este é, de fato, um dos maiores desafios do setor. Além disso, cerca de um terço de tudo o que é produzido sequer é faturado. Por isso, o Ministério das Cidades vem condicionando e orientando investimentos para a redução de perdas, favorecendo operadores que assumam metas claras, com monitoramento por indicadores”, informa Leonardo Picciani.





O presidente da CNM ressalta que o índice de perdas é elevado porque grande parte das redes é antiga, pouco renovada e opera com manutenção insuficiente, além de perdas comerciais decorrentes de falhas de medição, fraudes e ligações irregulares.

Mais uma questão é o que se faz com o lixo. De acordo com a CNM, mais de dois mil municípios ainda destinam seus resíduos de forma inadequada, em lixões. “Aterros sanitários são estruturas complexas e de alto custo, cuja viabilidade econômica, em geral, restringe-se a cidades com mais de cem mil habitantes, sendo que 90% dos municípios brasileiros têm até 50 mil habitantes”, aponta Paulo Ziulkoski, da CNM. Para solucionar o problema, ele sugere a implantação de soluções compartilhadas, o fortalecimento dos consórcios públicos, a implementação efetiva da logística reversa e a criação de incentivos técnicos e financeiros que permitam aos municípios ampliar soluções de destinação final ambientalmente adequadas.

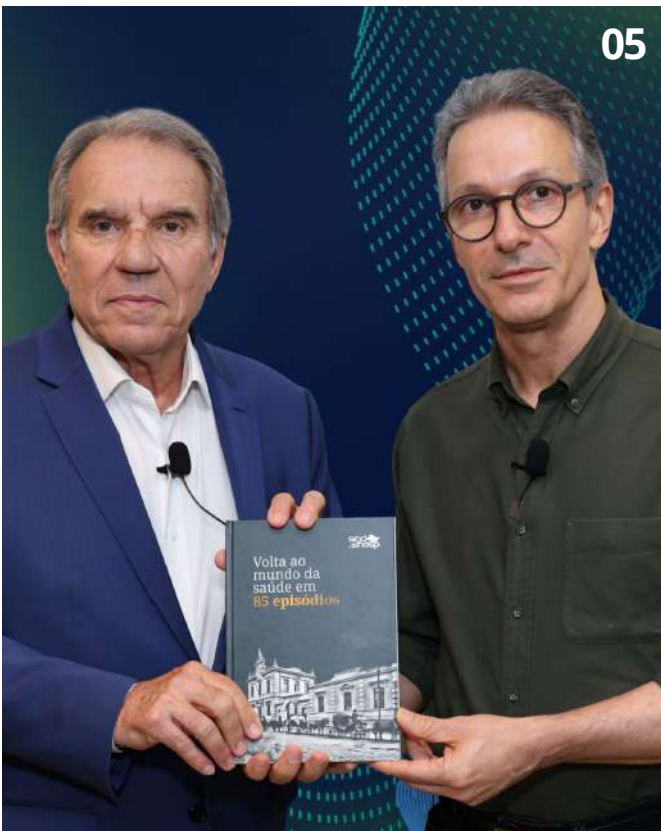
— Áreas de risco e águas pluviais

Além do abastecimento de água, do esgotamento sanitário, da coleta seletiva e do manejo de resíduos sólidos, o Plano Municipal de Saneamento Básico (PMSB), documento obrigatório por lei, deve contemplar o mapeamento de áreas de risco de inundação, bem como a drenagem e o manejo das águas pluviais urbanas.

Dados do SNIS mostram que cerca de 70% dos municípios brasileiros não possuem mapeamento dessas áreas, apesar dos impactos crescentes das mudanças climáticas; além disso, apenas 4,1% das cidades contam com algum tipo de tratamento das águas pluviais.

“Pesquisa da CNM com 2.871 municípios mostra que faltam instrumentos básicos para o mapeamento de áreas de risco de inundação, como planos de contingência, cartas de risco e Planos Municipais de Redução de Riscos. O levantamento também aponta escassez de servidores, baixa institucionalização da Defesa Civil e recursos muito limitados. Para mapear essas áreas, os municípios precisam de apoio técnico e financeiro da União e dos Estados”, reitera o presidente da CNM. ▲







01

Larissa Eloi | Diretora Executiva SindHosp
Henri Boteon | Diretor Executivo Fundação Centro Médico de Campinas
Francisco Balestrin | Presidente do Conselho de Administração | FESAÚDE
Flávio Leite Aranha Júnior | Diretor da Unimed Campinas

02

André Pinguer Kalonki | Sócio KR Law
Daniela Bernardo | Coordenadora de Relações Trabalhistas e Sindicais SindHosp
Bruno Cescato | Sócio KR Law

03

Silvia Regina Etori Alves de Britto | Diretora do Hospital Policlin
Pedro Etori Duarte Britto | Administrador hospitalar do Hospital Policlin

04

Naiara Azevedo | Arquiteta Screenline Brasil
Bia Gadia | Coordenadora GT Facilites

05

Francisco Balestrin | Presidente do Conselho de Administração FESAÚDE
Romeu Zema | Governador de Minas Gerais

06

Larissa Eloi | Diretora Executiva SindHosp
Cibele Carneiro da Silva | Supervisora de Qualidade Hospital Vivalle
Vanessa Tamara | Gerente do Núcleo de Inteligência e Conteúdo do SindHosp

07

Dr. Luiz Fernando Ferrari Neto | Homenagem do SindHosp por sua dedicação de mais de 30 anos ao sindicato

08

Mirangela Machado | Diretora-geral MicroPort Brasil
Larissa Eloi | Diretora Executiva SindHosp

09

Inaldo Leitão | Gerente de Relações Institucionais e Governamentais SindHosp
Gilberto Kassab | Secretário de Governo e Relações Institucionais do Estado de São Paulo

10

Ismael Alexandrino Junior | Deputado Federal (PSD - GO)
Claudia Cohn | Diretora de Negócios Nacionais Dasa
Ronaldo Caiado | Governador de Goiás
Francisco Balestrin | Presidente do Conselho de Administração FESAÚDE
Breno Monteiro | Presidente CNSaúde




CENTRO ONCOLÓGICO

***Quando a soma
das partes é maior
que o todo***

A qualidade do atendimento aos pacientes depende do trabalho de cada serviço, um entendendo o outro, participando e trocando informações

Por Álvaro Rodrigues



Sempre é óbvia a importância da FESAÚDE e do SindHosp como vozes políticas dos serviços particulares, inclusive filantrópicos, de saúde. São entidades que agregam empresas, muitas vezes, pequenas e com pouca estrutura. Nós, pequenos e médios hospitais e clínicas, estamos sempre comprometidos e sobrecarregados com os desafios do dia a dia, e seria impossível nos manifestarmos sem essa ajuda de uma federação.

Destaco as negociações com os vários sindicatos de classes, sempre procurando valores justos para todos, sempre procurando negociações do tipo “ganha, ganha”. Além disso, temos de ter atenção ao monitoramento e à crítica de legislação, sempre mudando, que pode afetar, ou comprometer, nosso setor – sendo nossa voz política, defende nossos interesses. Sua ação tem sido ainda muito importante na educação continuada, trazendo atualizações e novidades aos participantes.

Mas e os sindicatos regionais? Na nossa região de Mogi das Cruzes, Suzano e arredores, devemos olhar para as características regionais, necessidades e limitações dos nossos serviços de saúde para trazer o mais adequa-

do para eles. Também mostrar para nossa região a atuação do sindicato e levar as necessidades regionais para seu conhecimento.

Os cursos de capacitação e atualização, por exemplo, sempre têm muito sucesso e ótima adesão na nossa regional, mostrando a vontade dos serviços na nossa região de melhorar e se atualizar. Mas, como a FESAÚDE é maior que a soma dos seus sindicatos regionais, queremos mostrar que, na nossa região, a soma de todos os serviços trabalhando juntos, cada um entendendo o outro, participando, trocando referências e informações, e esquecendo a “concorrência”, pode gerar o crescimento de todos.

E, principalmente, um sindicato regional, atuando como um agregador, pode melhorar a experiência e a qualidade do paciente. Nosso verdadeiro cliente, maior objetivo, e razão de existir. ▲

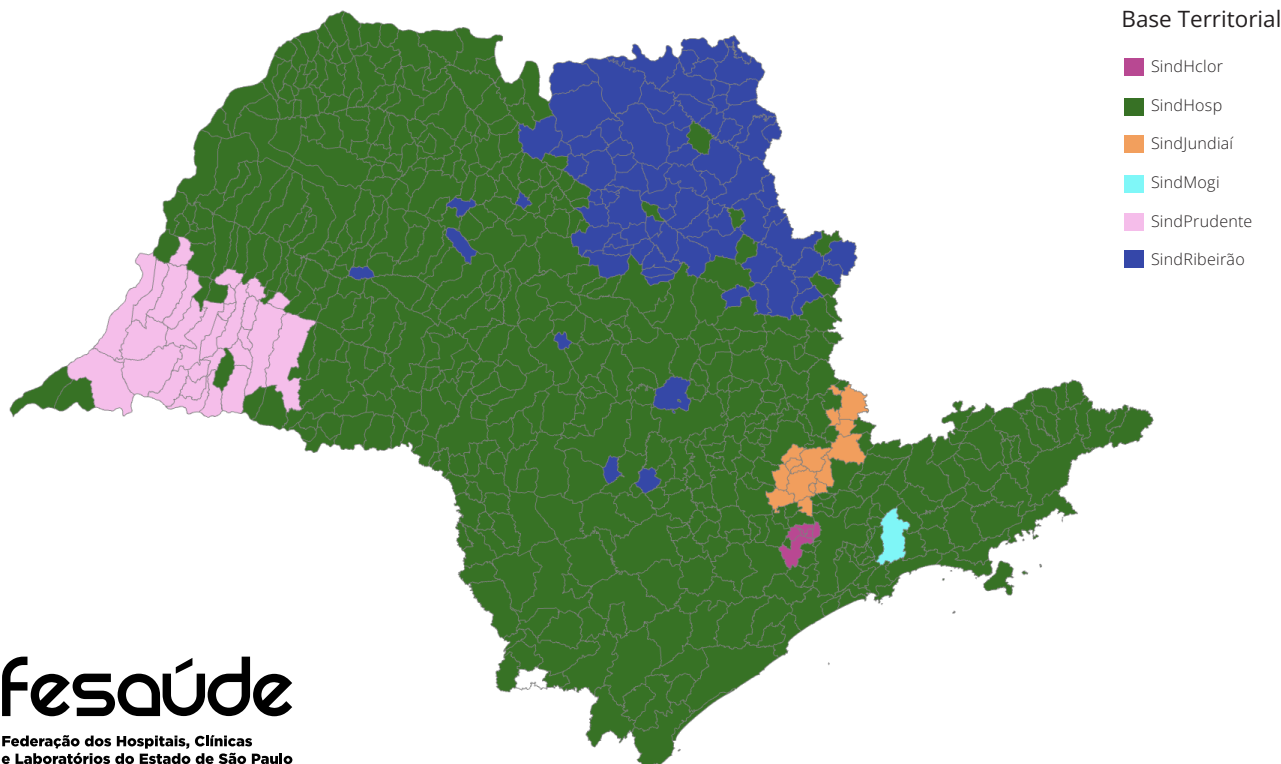
Álvaro Otávio Isaías Rodrigues
é o presidente do SindMogi (Sindicato dos Hospitais e Empresas de Saúde de Mogi das Cruzes e Região), que faz parte da FESAÚDE

Sindicatos Filiados

A FESAÚDE (Federação dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas e Demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo) tem um assento na CNSaúde (Confederação Nacional de Saúde) como representante dos prestadores de serviços de saúde paulistas. Ao todo, são filiados à FESAÚDE cinco sindicatos patronais de estabelecimentos de saúde com atuação em diferentes regiões do Estado de São Paulo.

E-mail: contato@fesaude.org.br

-  **SindHosp**
Presidente – Francisco Balestrin
-  **SindRibeirão**
Presidente – Yussif Ali Mere Junior
-  **SindPrudente**
Presidente – Luiz Ernesto Paschoalin
-  **SindMogi**
Presidente – Álvaro Isaías Rodrigues
-  **SindJundiaí**
Presidente – João Paulo da Silveira



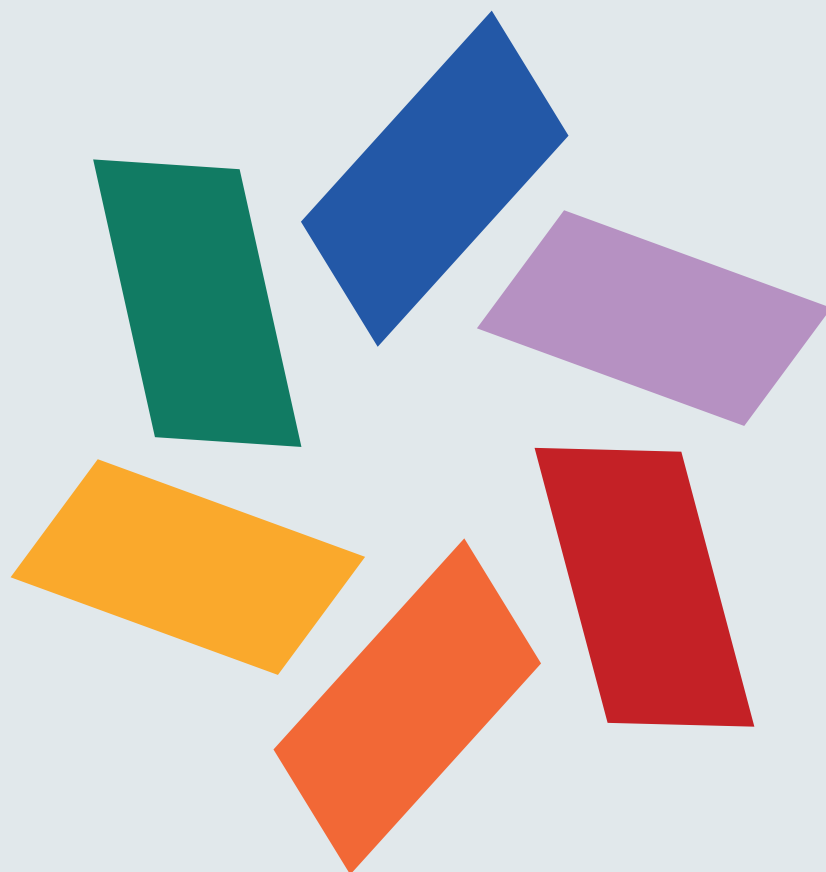


SindEduca

Capacitação, treinamento e conteúdo
para profissionais da **saúde**.



sindeduca.sindhosp.org.br



www.fesaude.sp.org.br

   / fesaude.sp