

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE

CAROLINA VILELA BORGES JULIANO

**A APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE COMPLIANCE COMO FERRAMENTA DE  
PREVENÇÃO NA GESTÃO DOS SERVIÇOS DO BLOCO CIRÚRGICO DO  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO – UM ESTUDO  
OBSERVACIONAL TRANSVERSAL QUALITATIVO**

RIBEIRÃO PRETO

2023

**CAROLINA VILELA BORGES JULIANO**

**A APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE COMPLIANCE COMO FERRAMENTA DE  
PREVENÇÃO NA GESTÃO DOS SERVIÇOS DO BLOCO CIRÚRGICO DO  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO – UM ESTUDO  
OBSERVACIONAL TRANSVERSAL QUALITATIVO**

**Versão Original**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da  
Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Gestão  
de Organizações de Saúde.

Área de concentração: Gestão de organizações de saúde.

Professor orientador: Dr. João Abrão

**RIBEIRÃO PRETO**

**2023**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Nome: Carolina Vilela Borges Juliano

Título: A aplicação do programa de compliance como ferramenta de gestão dos serviços do bloco cirúrgico do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – um estudo observacional transversal qualitativo

Juliano, Carolina Vilela Borges  
A APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE COMPLIANCE COMO FERRAMENTA  
DE PREVENÇÃO NA GESTÃO DOS SERVIÇOS DO BLOCO CIRÚRGICO DO  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO – UM ESTUDO  
OBSERVACIONAL TRANSVERSAL QUALITATIVO / Carolina Vilela  
Borges Juliano; orientador João Abrão. -- São Paulo, 2023.

80 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da  
Universidade de São Paulo, 2023.

1. . I. Abrão, João, orient. II. Título.

JULIANO, Carolina Vilela Borges

A aplicação do programa de *compliance* como ferramenta de gestão dos serviços do bloco cirúrgico do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – um estudo observacional transversal qualitativo

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Gestão de Organizações de Saúde, programa de Mestrado Profissional de Gestão de Organizações de Saúde.

Aprovado em ...../ ...../ .....

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

*Dedico esse trabalho as minhas queridas filhas: Júlia e Aline e ao meu amado marido Gustavo, pois sempre foram o meu esteio.*

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, por ter me proporcionado uma vida repleta de oportunidades e bênçãos.

Um agradecimento muito especial à minha mãe Vera, esta rocha que se faz sempre presente em minha vida. Ao meu saudoso pai Odair que, embora esteja distante fisicamente, continua zelando por mim em outro plano. Às minhas amadas filhas, Júlia e Aline, importantes figuras no meu processo de transformação. Minhas queridas irmãs Paty e Lu, aos meus sobrinhos queridos, Thiago, Luiza e Madu, meus tios, tias e prima Iris, a vocês, muito obrigada por transmitirem a mim toda a força e energia positiva para enfrentar de cabeça erguida as dificuldades encontradas na minha jornada.

Ao meu marido Gustavo, base da minha sustentação e companheiro de vida. Me faltam palavras para descrever a admiração que tenho por você. Essa conquista é nossa!

À minha sogra e ao meu sogro Dr. Ernesto, meu maior incentivador nesta nova etapa que sigo adiante.

Aos mestres que passaram em minha vida semeando conhecimento e sabedoria no meu processo de formação pessoal e profissional.

Não poderia de deixar de expressar a minha eterna gratidão à querida professora da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, Doutora Iara Pereira Ribeiro, pelos momentos de reflexão e pelos seus ensinamentos que levarei sempre comigo.

À Doutora Fabiana Costa Machado Zacharias da Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo, figura fundamental para o desfecho do trabalho. Muito obrigada por todo o suporte emocional e técnico que me foi dado.

Agradeço ao meu orientador Doutor João Abrão pela parceria nesse desafio.

Finalmente, agradeço a todos que fizeram parte desse trabalho e contribuíram para a sua conclusão. Da mesma forma, agradeço àqueles que, por algum motivo, deixei de citar aqui e que fizeram parte da minha história.

O meu muito obrigada!

“No momento em que nos comprometemos, a providência divina também se põe em movimento. Todo um fluir de acontecimentos surge ao nosso favor. Como resultado da atitude, seguem todas as formas imprevistas de coincidências, encontros e ajuda, que nenhum ser humano jamais poderia ter sonhado encontrar. Qualquer coisa que você possa fazer ou sonhar, você pode começar. A coragem contém em si mesma, o poder, o gênio e a magia”. (GOETHE, Johann Wolfgang Von)

## RESUMO

Com as constantes mudanças sociais, culturais, tecnológicas, científicas, econômicas, ambientais e legais, as organizações de saúde são obrigadas a se adaptarem a esses novos cenários propostos para o fornecimento dos seus serviços.

Toda a mudança gera uma necessidade de controle e adequação a padrões éticos, morais e legais pré-estabelecidos para aquela realidade cultural.

Dessa forma, ao utilizar o *Compliance* como ferramenta de gestão organizacional o que se estabelece é controle normativo capaz de prevenir a ocorrência de irregularidades que possam interferir no ambiente hospitalar e criar uma cultura interna voltada para a importância normativa como regulamentação e padronização dos atos a serem seguidos.

A oferta de um serviço adequados aos preceitos normativos oferecem aos serviços maior confiabilidade nas tomadas de decisão e prevenção de riscos.

Para a realização do trabalho, houve a coleta de dados por meio de questionários preenchidos pelos funcionários que atuam no Bloco cirúrgico do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto com o registro de suas análises e perspectivas sobre o ambiente de trabalho.

A partir dos resultados foi possível apontar as questões relevantes que necessitam de um processo de reestruturação para na oferta dos serviços de saúde com mais qualidade e segurança.

**Palavras-chave:** *Compliance*, saúde, prevenir, éticos, cultura interna e segurança.



## ABSTRACT

With constant social, cultural, technological, scientific, economic, environmental and legal changes, healthcare organizations are forced to adapt to these new scenarios proposed for providing their services.

Every change generates a need for control and adaptation to ethical, moral and legal standards pre-established for that cultural reality. Thus, when using Compliance as an organizational management tool, what is established is normative control capable of preventing the occurrence of irregularities that may interfere in the hospital environment and creating an internal culture focused on normative importance such as regulation and standardization of acts to be followed. Offering a service that complies with regulatory requirements offers the service greater reliability in decision-making and risk prevention. To carry out the work, data was collected through questionnaires filled out by employees who work in the surgical block of the Ribeirão Preto's Clinical Hospital, recording their analyzes and perspectives on the work environment. From the results it was possible to point out the relevant issues that require a restructuring process to offer health services with higher quality and safety.

Keywords: Compliance, health, prevention, ethics, internal culture and security.

**LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS**

<b>CAAE</b>	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
<b>CC</b>	Código Civil
<b>CADE</b>	Conselho Administrativo de Defesa Econômica
<b>CDC</b>	Código de Defesa do Consumidor
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CGU</b>	Corregedoria Geral da União
<b>CLT</b>	Consolidação das Leis Trabalhistas
<b>EAD</b>	Ensino a Distância
<b>FAEPA -</b>	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência
<b>HCFMRP-USP</b>	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
<b>IBGC</b>	Instituto Brasileiro de Governança Corporativa
<b>MPPR</b>	Ministério Público do Paraná
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCU</b>	Tribunal de Contas da União

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 <i>Compliance</i> : conceito, origem e estrutura.....	11
1.2 Mapeamento de riscos.....	16
1.3 Códigos de condutas e políticas de <i>compliance</i> .....	18
1.4 <i>Compliance</i> nos serviços de saúde .....	21
1.5 Responsabilidade civil na área da saúde .....	22
1.6 Direito à Saúde e responsabilidade do Estado.....	26
1.7 Estrutura político-administrativa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.....	28
1.8 Conceito de gestão organizacional e estrutura organizacional do Bloco Cirúrgico do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.....	33
<b>2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO .....</b>	<b>35</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>35</b>
3.1 Objetivo geral.....	35
3.2 Objetivos específicos .....	35
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>36</b>
4.1 Tipo de estudo .....	36
4.2 Local do Estudo .....	37
4.3 Tamanho amostral.....	38
4.4 Participantes do estudo.....	38
4.5 Coleta de dados.....	38
4.6 Análise de dados.....	39
4.7 Aspectos éticos .....	40
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>40</b>
5.1 Categoria temática.....	40
5.2 Perfil dos entrevistados.....	65
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>74</b>
Questionário.....	74
<b>ANEXOS.....</b>	<b>77</b>
Código de ética.....	77

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 *Compliance*: conceito, origem e estrutura

A palavra *Compliance* se origina do verbo inglês *to comply* e tem como tradução o significado: “obedecer”. A partir desse verbo surgiu o termo *compliance* que, nada mais é, do que “estar em conformidade normativa (regras, leis, padrões e políticas)<sup>1</sup>”.

Dentre todos os conceitos trazidos pela literatura, o que mais se adequa ao trabalho proposto é aquele abordado pelo autor Edmo Colnaghi Neves, no seu livro “*Compliance Empresarial o tom da liderança*”, a saber:

“*Compliance* constitui-se de um conjunto de práticas administrativas que objetivam assegurar a adesão da empresa à legislação em geral, a um código de condutas, políticas e princípios. Acontece não somente com medidas, mas implica também a atividade de detectar as violações e posteriormente responder, aplicando as sanções às eventuais violações. Vale reiterar que *compliance* implica prevenir, detectar e responder”.  
(NEVES, Edmo Colnaghi, 2018, p. 29)

Sob esse prisma, *o Compliance* irrompe pela necessidade de obedecer um arcabouço normativo, interno e externo, proposto pela Instituição e para a Instituição, com o objetivo de se estruturar conforme as demandas do mercado cada vez mais competitivo, no qual a postura dessas Instituições terá um impacto direto na sua imagem perante terceiros e na oferta dos seus serviços.

A título de complementação do assunto, insurge a importante missão de discorrer sobre o *Compliance* no seu aspecto jurídico. Para isso, Ana Paula Gonzatti da Silva se apoiou na literatura estrangeira para trazer uma importante observação: “o cumprimento da Lei é, ou deveria ser, regra de conduta comum a todos os indivíduos” e portanto, o *Compliance* não se limita apenas a “estar em conformidade com a lei”<sup>2</sup>, mas como um processo de gestão muito mais complexo, no qual a obediência legal é apenas uma das características estruturais do Programa.

---

<sup>1</sup>SINGH, Nitish; BUSSEN, Thomas J. *Compliance management: a how-to guide for executives, lawyers, and other compliance professionals*. Santa Barbara: Prager, 2015. p. 4.

<sup>2</sup>ROTSCH, Thomas. Criminal Compliance in Theorie und Praxis des Wirtschaftsstrafrechts. In: ROTSCHE, Thomas (Hrsg.). *Criminal compliance vor den Aufgaben der Zukunft*. Baden-Baden: Nomos, 2012. p. 3.

Nesse ângulo, o *Compliance* implica, além do cumprimento das normas<sup>3</sup> e leis que o regulamenta, em instrumento de mitigação de riscos, preservação de valores éticos e sustentáveis e, principalmente, em uma mudança de cultura interna, capaz de assegurar o sucesso dos negócios e o interesse dos *stakeholders*<sup>4</sup>.

A pesquisa indigitada nesta proposta é empregar o *Compliance* como ferramenta para o apontamento de vulnerabilidades jurídicas na execução dos serviços do Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e avaliar os riscos decorrentes no descumprimento das normas.

A origem do *Compliance* aconteceu no cenário internacional, a partir de escândalos de corrupção que impactaram diretamente na necessidade de adequação de um ambiente de trabalho mais íntegro e seguro.

Um caso relevante e que merece destaque foi o escândalo eleitoral “*Water Gate*”, no qual o ex-presidente norte-americano Richard Nixon foi acusado de influenciar nas investigações para dificultar a identificação dos envolvidos em espionagem eleitoral, em sua segunda eleição. (COSTA, Fernando Medeiros; MEDEIROS, Nilton Carvalho Lima de, 2019, pg. 81).

Posteriormente, surgiram os crimes macroeconômicos, o que reforçou ainda mais a necessidade do poder legislativo norte-americano implementar em seu instrumento normativo o combate à corrupção de agentes públicos estrangeiros a “*Foreign Corrupt Practices Act (FCPA)*”. (COSTA, Fernando Medeiros; MEDEIROS, Nilton Carvalho Lima de, 2019, pg. 81).

Elementos éticos no desenvolvimento do código de conduta para implementação de um programa de compliance. Fernando Medeiros Costa Nilton Carvalho Lima De Medeiros Revista Brasileira de Direito Empresarial | e-ISSN: 2526-0235 | Goiânia | v. 5 | n. 1 | p. 81 - 96 | Jan/Jun. 2019

---

<sup>3</sup> Segundo definição abarcada por Hans Kelsen em sua obra *Teoria Geral das Normas*, a palavra “norma” “designa um mandamento, uma prescrição, uma ordem”. Mandamento não é a única função de uma norma. Conferir poderes, permitir e derrogar são funções de normas. A norma confere um sentido de algo que deve ser ou acontecer, desde que a norma indique uma prescrição, um mandamento. É um imperativo ou uma proposição de deve ser. (KELSEN, Hans, 1881-1973, p. XVII e 2) (KELSEN, Hans, 1881-1973. *Teoria Geral das Normas*. Tradução de José Florentino Duarte, Proto Alegre, Fabris, 1986. 509 p.

<sup>4</sup> Freeman definiu *stakeholder* (tradição para o português: parte interessada) em seu livro como “qualquer grupo ou indivíduo que pode afetar ou é afetado pelas ações, decisões, políticas, práticas ou objetivos da organização”. (FREEMAN 1984, p. 46). FREEMAN, R. E. *Strategic management: A stakeholder approach*. Boston: Pitman, 1984. Nesta esteira, o stakeholder no ambiente hospitalar são, por exemplo: os pacientes, operadoras de saúde e convênios médicos, empresas de medicina de grupo que prestam serviços médicos (como cooperativas médicas e empresas terceirizadas), o Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde, médicos e profissionais de saúde, Indústria de Equipamentos Hospitalares Indústria de Material Médico Hospitalar e Indústria Farmacêutica.

Com essas inovações normativas, as organizações criaram meios para se adequar ordenamento jurídico e atender aos regramentos e critérios de integridade inseridos na norma, originou-se então a expressão “*Compliance*”.

De igual forma, outras normas e legislação americana aderiram ao tema, tais como: *compliance programs* nas *US Federal Sentencing Guidelines* (diretrizes para sentenças federais nos Estados Unidos), sob a negativa da diminuição das penas impostas a empresas e coibindo a persecução criminal; o *Sarbanes-Oxley Act* (SOX), lei norte-americana de 2002; a criação da *Prudential Securities*, em 1950; a regulação da *Securities and Exchange Commission* (SEC) e por fim, em um âmbito mais abrangente, a Convenção sobre o Combate da Corrupção de Funcionários Públicos Estrangeiros em Transações Comerciais Internacionais, de 1997, que trouxeram grande ênfase ao instituto.<sup>5</sup> (ANDRADE, Adriana; ROSSETTI, Jose Paschoal, disponível em: <https://www.ussc.gov/guidelines/archive/1987-federal-sentencing-guidelines-manual>).

Outro marco na origem do *Compliance* decorreu dos casos Enron e WorldCom<sup>6</sup> que repercutiu e alertou o mundo corporativo para a necessidade de mecanismos de controle para a coibir ilicitudes nas atividades empresariais.

Com o passar do tempo, o *Compliance* ou programas de integridade (termo mais usado no texto legal), passou a compor o ordenamento jurídico brasileiro, a partir das modificações na Lei nº. 9.613/1998 (Lei da Lavagem de Dinheiro), introduzidas pela Lei nº. 12.683/2012 e a Lei nº. 12.846/2013, também conhecida como Lei Anticorrupção ou Lei da Empresa Limpa, regulada pelo Decreto nº. 8.420/2015.

Assim como aconteceu com as empresas americanas Enron e WorldCom, no

<sup>5</sup> ANDRADE, adriana; rossetti, jose paschoal. governança corporativa: fundamentos, desenvolvimento e tendências. 6. ed. atual. e ampl. são paulo: atlas, 2012. p. 140-141. united states sentencing commission. *federal sentencing guidelines manual*. november 1, 1987. disponível em: <https://www.ussc.gov/guidelines/archive/1987-federal-sentencing-guidelines-manual>. Acesso em: 17 fev. 2023. Organisation for economic co-operation and development. *convention on combating bribery of foreign public of cials in international business transactions*. dec. 7, 1997. disponível em: [http://www.oecd.org/daf/anti-bribery/convcombatbribery\\_eng.pdf](http://www.oecd.org/daf/anti-bribery/convcombatbribery_eng.pdf). Acesso em: : 17 fev. 2023

<sup>6</sup> A Enron era uma das maiores companhias do ramo de energia (eletricidade e gás natural) dos Estados Unidos e realizou fraudes contábeis em desacordo com a legislação americana, manipulando o mercado ao ocultar a real situação financeira da empresa. A WorldCom era a segunda maior operadora de telefonia de longas distâncias nos Estados Unidos e uma das maiores em fornecimento de tráfego de dados da internet. A empresa se utilizou de ações fraudulentas em que ela lançava débitos na conta de ativos, créditos na conta de despesas, e despesas eram registradas na demonstração de resultado, tornando-se ativo. Tal reclassificação, associada a falta de governança corporativa, deu origem a uma das maiores fraudes contábeis. (Ramos, Patrícia keiko, fraudes contábeis: análise dos grandes escândalos corporativos ocorridos no período de 2000 a 2012. Fonte: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/51296/r%20-%20e%20-%20patricia%20keiko%20ramos.pdf?sequence=1&isallowed=y>)

Brasil o *Compliance* ganhou maior repercussão a partir da operação Lava-jato<sup>7</sup>, que desencadeou uma grave crise econômica no país e reforçou a percepção social a respeito da corrupção.

Foi a partir desse contexto que o tema Corrupção ganhou fortes proporções e isso deu ensejo a mencionada Lei nº 12.846/2013, a Lei Anticorrupção, responsável por introduzir no ordenamento jurídico do país importantes diretrizes no combate a corrupção.

Posteriormente, o Decreto nº 11.129/2022 tratou em seu texto normativo, no artigo 56, a definição de programa de integridade.

“Art. 56. Para fins do disposto neste Decreto, programa de integridade consiste, no âmbito de uma pessoa jurídica, no conjunto de mecanismos e procedimentos internos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades e na aplicação efetiva de códigos de ética e de conduta, políticas e diretrizes, com objetivo de: I - prevenir, detectar e sanar desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados contra a administração pública, nacional ou estrangeira; e II - fomentar e manter uma cultura de integridade no ambiente organizacional. Parágrafo único. O programa de integridade deve ser estruturado, aplicado e atualizado de acordo com as características e os riscos atuais das atividades de cada pessoa jurídica, a qual, por sua vez, deve garantir o constante aprimoramento e a adaptação do referido programa, visando garantir sua efetividade”.

Existem outros dispositivos legais voltado ao setor público que remetem a ideia de *compliance*, são eles:

- **Lei nº 13.303/2016** - Estatuto das Estatais (com destaque aos artigos 8º e 9º que prevê medidas para a transparência dos atos e regras para controle interno e gestão de riscos, assim como a elaboração de um código de condutas);
- **Decreto nº 9.203/2017** - dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional (especificamente no seu artigo 5º e 19, que definem a prática de boa governança pública e critérios para estruturação de um programa de integridade);

---

<sup>7</sup> A operação Lava-jato, iniciada em 2014, foi executada pelo Ministério Público Federal em conjunto com a Polícia Federal, para desmontar um esquema de corrupção com a prática de crimes financeiros para a obtenção de vantagens indevidas praticado entre Empresas brasileiras e agentes da administração pública.

- **Lei nº 13.848/19** - lei das agências reguladoras (que dispõe sobre a gestão, a organização, o processo decisório e o controle social das agências reguladoras);
- **Lei nº 8.429/92** - lei de improbidade administrativa (dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional);
- **Decreto nº 1.171/94** – o decreto estabelece o Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal (compreende os princípios e valores que devem ser seguidos ao exercer a função, inclusive o de denunciar ações ilegais);
- **Decreto nº 5.480/05** (define que o Sistema de Correição do Poder Executivo Federal e compreende as atividades relacionadas à prevenção e apuração de irregularidades, no âmbito do Poder Executivo Federal);
- **Lei Complementar nº 101/00 – Lei de Responsabilidade Fiscal** (impõe ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas)
- **Lei nº 12.813/13** (dispõe sobre o conflito de interesses no exercício de cargo ou emprego do Poder Executivo Federal e direciona a conduta do agente público e dispõe sobre o controle que o órgão tem sobre seus funcionários).

Fonte: <https://clickcompliance.com/compliance-publico-principais-leis/>

Assim, o *Compliance* foi consolidado e exposto pelo ordenamento jurídico brasileiro através dos Programas de Integridade, criados com o objetivo de impedir e controlar irregularidades, bem como, aplicar códigos de conduta, políticas e diretrizes a serem obedecidas.

Ante a importância depositada no tema, a Corregedoria Geral da União (CGU) e o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) criaram guias e manuais para os programas de *Compliance* com o fito de nortear as empresas e entidades na elaboração do programa de integridade.

A Portaria nº 750 de 20 de abril de 2016, o Decreto nº 9203 de 22 de novembro de 2017 e o Decreto nº. 10.756 de 27 de julho de 2021, dentre outros dispositivos, contribuíram para o Programa de integridade da CGU, estruturado em quatro eixos de atuação: a) Comprometimento e apoio da alta gestão; b) Definição e fortalecimento das



instâncias de integridade; c) análise e gestão de riscos; d) Estratégias de monitoramento contínuo. FONTE <https://www.gov.br/cgu/pt-br/aceso-a-informacao/governanca/programa-de-integridade-da-cgu>

Tais atividades são executadas a partir de um Plano de integridade criados por ações e medidas que visam padrões éticos e de condutas, comunicação e treinamento, canais de denúncia e ações de controle, medidas disciplinares, mediação e aprimoramento dos processos de trabalho.

Dando sequencia ao tema, o CADE destaca em seu guia, os seguintes benefícios pelo programa de *compliance* para as instituições:  
FONTE:<https://cdn.cade.gov.br/Portal/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-do-cade/guia-compliance-versao-oficial.pdf>

- 1) Prevenção de riscos;
- 2) Identificação antecipada de problemas;
- 3) Reconhecimento de ilicitudes em outras organizações;
- 4) Benefício reputacional;
- 5) Conscientização dos colaboradores; e
- 6) Redução de custos e contingências.
- 7) Redução de sanção imposta.

Importante mencionar que todos esses dispositivos têm por objetivo orientar as Instituições sobre os elementos que compõem os programas de integridade, igualmente denominados “pilares” do programa, porém não existe um modelo obrigatório, previsto pelo ordenamento jurídico a ser seguido, pois os seus contornos se condicionarão às necessidades de cada Instituição e o seu sucesso dependerá da forma de execução empregada no processo de gestão.

## 1.2 Mapeamento de Riscos

Um dos pontos importantes para a implantação, desenvolvimento e manutenção do programa de *Compliance* ou de integridade é o mapeamento dos riscos realizado a partir de técnicas e métodos específicos para essa finalidade, no qual as organizações ao definirem as suas metas, estabeleçam os obstáculos em potencial e formas de superá-los ou mitigá-los. (NEVES, Edmo. 2018, p.32)

O objetivo do mapeamento é trazer segurança para o desenvolvimento das atividades propostas, auxiliar os gestores na tomada de decisões e monitorar continuamente os serviços prestados, readequando-os, quando necessário, ao cumprimento dos objetivos definidos.

No setor público brasileiro, a gestão de riscos é relativamente recente e vem ocupando um importante papel para o aumento no empreendedorismo no setor e no desenvolvimento de suas atividades com maior eficiência.

Sua inclusão nos diversos setores públicos visa, basicamente, mitigar os riscos no desenvolvimento do trabalho e auxiliar na oferta de um serviço de qualidade ao cidadão com custos compatíveis e, assim, trazer benefícios “diretos e imediatos para a sociedade”<sup>8</sup>.

O processo de gestão de riscos deve ser desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, em suas respectivas áreas de atuação e deve ser conduzido por um profissional de cada especialidade, com aptidão e conhecimento técnico para desempenhar essa função de modo a: a) identificar os objetivos e resultados traçados e o trabalho que deverá ser desenvolvido para alcançar tais objetivos e os resultados; b) identificar as pessoas envolvidas e as áreas de atuação; c) mapear os principais fatores internos e externos (por exemplo, pessoas, sistemas informatizados, estruturas organizacionais, legislação, recursos, *stakeholders* etc.) capazes de afetar o alcance dos objetivos e resultados e d) definir os objetos de gestão de risco mais importantes para a sua área de trabalho <sup>9</sup>;

As ferramentas mais usadas no mapeamento são aquelas capazes de coletar o maior número de informações possíveis para a identificação dos riscos, como por

---

<sup>8</sup> Brasil. Tribunal de Contas da União. Manual de gestão de riscos do TCU / Tribunal de Contas da União. – Brasília : TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão (Seplan), 2020. 46 p.: il. [https://portal.tcu.gov.br/data/files/46/B3/C6/F4/97D647109EB62737F18818A8/Manual\\_gestao\\_riscos\\_TCU\\_2\\_edicao.pdf](https://portal.tcu.gov.br/data/files/46/B3/C6/F4/97D647109EB62737F18818A8/Manual_gestao_riscos_TCU_2_edicao.pdf).

<sup>9</sup> Brasil. Tribunal de Contas da União. Manual de gestão de riscos do TCU / Tribunal de Contas da União. – Brasília : TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão (Seplan), 2020. 46 p.: il. [https://portal.tcu.gov.br/data/files/46/B3/C6/F4/97D647109EB62737F18818A8/Manual\\_gestao\\_riscos\\_TCU\\_2\\_edicao.pdf](https://portal.tcu.gov.br/data/files/46/B3/C6/F4/97D647109EB62737F18818A8/Manual_gestao_riscos_TCU_2_edicao.pdf).

exemplo, as técnicas do brainstorming<sup>10</sup>, brainwriting<sup>11</sup>, entrevistas, visitas técnicas, pesquisas, auditorias internas e externas, etc.

Com a aplicação adequada da técnica fica mais fácil apontar os problemas e riscos (infraestrutura, Recursos Humanos, processos, ambiente e tecnologia) aptos a afetar o alcance do trabalho exitoso.

### 1.3 Códigos de condutas e políticas de *compliance*

As normas internas são importantes instrumentos para garantir o correto funcionamento do *Compliance* na gestão institucional.

O Código de conduta é definido por ser:

O “conjunto de normas internas que servirá de guia para o questionamento que se tiver em termos de *compliance*, além da legislação do país que opera a empresa ou organização. E vai mais além, eis que ali estão os princípios e valores morais que nem sempre constam da legislação, mas que ela permite que sejam normatizados conforme a empresa”. (NEVES, Edmo Colnaghi, 2018, pg. 38)

Ainda, sob a ótica do autor, as normas possuem três comandos: “obrigações, permissões e proibições” (NEVES, Edmo Colnaghi, 2018, pg. 38). Tais comandos servem para expor de modo claro a forma de prestar o serviço, as relações interpessoais, a valorização da qualidade dos serviços em relação a terceiros e seus usuários e, mesmo não sendo ele uma norma jurídica propriamente dita, deve esclarecer a todos, quais são as condutas permitidas e quais são proibidas, além de determinar as sanções aplicadas no seu descumprimento.

---

<sup>10</sup> *Brainstorming* é uma ferramenta para geração de novas ideias, conceitos e soluções para qualquer assunto ou tópico num ambiente livre de críticas e de restrições à imaginação. É feita uma reunião com as pessoas que atuam na área, para abordar um determinado tema, sob os seguintes procedimentos: as ideias afins serão reunidas e classificadas em temas e categorias, dentro de cada categoria, as ideias similares são combinadas, eliminando as duplicidades. Posteriormente as melhores ideias são analisadas, melhoradas e aproveitadas. SIQUEIRA, Jaime, Ferramentas da Criatividade Brainstorming (Disponível em: <file:///Users/carol/Downloads/Material%20projeto%20Mestrado%20USP/Brainstorming.pdf>).

<sup>11</sup> *Brainwriting*: as ideias são anotadas em tiras de papel e passadas ao líder-organizador que as anota numa folha, sem identificar os autores. Pode-se também usar *post-its* (tiras de papel adesivas) que são colocados na parede ou quadro. SIQUEIRA, Jaime, Ferramentas da Criatividade Brainstorming (Disponível em: <file:///Users/carol/Downloads/Material%20projeto%20Mestrado%20USP/Brainstorming.pdf>).

Desse modo, é fundamental que haja o comprometimento da alta direção nessa implementação, com a manifesta adesão para que todos sigam os mesmos valores. Talvez este seja o maior desafio: a mudança na cultura interna para a necessidade do cumprimento das normas estabelecidas e sua efetiva adesão por todos os prestadores de serviços.

Cabe ressaltar que, o código de conduta não é o mesmo que código de ética. O código de conduta, está direcionado a governança corporativa, com imposições de limites e sanções ao descumprimento de suas normas. Da mesma forma que ocorre com as normas jurídicas, ele serve para garantir sua eficácia social na execução dos serviços como um todo. (NEVES, Edmo Colnaghi, 2018, pg. 196).

O código de conduta se inspira na ética e visa o cumprimento das atividades conforme condutas éticas. Por isso, “não se codifica a ética, pois o que vem a ser codificado é a conduta, a ser inspirada na ética e na busca dela, na qual cada negócio deve se pautar”. (NEVES, Edmo Colnaghi, 2018, pg. 196).

Diante disso, vimos muitas instituições adotarem um “código de Ética”, quando na verdade deveria implementar um “código de condutas”, pois o código de conduta é um instrumento que expõe os valores éticos, ou seja, a ética está intrínseca nos seus mandamentos, mas ele se estende para determinar as normas de funcionamento do serviço, com os indicativos do que é permitido e o que não é, assim como as sanções previstas para o seu descumprimento.

O código de conduta é, portanto, mais abrangente, uma vez que ele determina as práticas a serem seguidas dentro da empresa e a maneira como estruturam seus métodos de governança corporativa<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> “Segundo o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC, 2009), a governança corporativa é um conjunto de mecanismos de melhoria com a finalidade de dirigir, monitorar e incentivar os processos de uma organização, aumentando sua transparência na prestação de contas para acionistas e investidores”. (DALLAGNOL, Evelyze Cruz, SOUSA, Henrique Adriano de, PASSOS, Gabriela de Abreu, JUNIOR, Joacir Celso Duarte, COSTA, Mayla Cristina, 2019)  
DALLAGNOL, Evelyze Cruz, SOUSA, Henrique Adriano de, PASSOS, Gabriela de Abreu, JUNIOR, Joacir Celso Duarte, COSTA, Mayla Cristina, 2019. Os Princípios da Governança Corporativa: o Enfoque dado pelas Empresas Listadas na B3. XVI Congresso USP de Iniciação Científica em Contabilidade, São Paulo, 2019.  
Disponível em: <https://congressosp.fipecafi.org/anais/19UspInternational/ArtigosDownload/1374.pdf>  
Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. (2009). Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa. (4a ed). São Paulo: IBGC, 2009. Recuperado de [http://www.ibgc.org.br/userfiles/Codigo\\_julho\\_2010\\_a4.pdf](http://www.ibgc.org.br/userfiles/Codigo_julho_2010_a4.pdf)

Contudo, de nada adiantaria uma instituição criar o seu código de condutas se este não estiver ao alcance de todos que ali desempenham sua função. Ele deve ser amplamente divulgado e acessível para que haja uma coerência entre o que está escrito e o que é praticado.

O fator determinante para a observância das normas pelos membros da instituição é a publicidade. Quando a própria gestão intercede no processo interno e dissemina nesse ambiente a importância no cumprimento das normas preestabelecidas, existe uma mudança de cultura e uma mudança no olhar daqueles que compõem aquela instituição, ante a existência normativa interna fundamental, que alicerça os atos ali praticados.

Desta forma, o treinamento periódico dos funcionários, o acompanhamento e monitoramento das condutas desempenhadas nos serviços, com os apontamentos para as melhorias no setor, juntamente com a publicidade das normas e o seu acesso facilitado é o diferencial para que as normas tenham eficácia, tornando-se coesas. Do contrário, as regras criadas para o funcionamento do serviço serão apenas um emaranhado normativo sem aplicabilidade prática, sem função e sem sentido!

Um cuidado necessário, é o direcionamento para as políticas de *compliance* dissonantes das normas de conduta. Entende-se por política de *Compliance* “temas específicos que aprofundam em detalhes operacionais, os quais não caberiam em um código de conduta”, sob o risco da previsão de normas genéricas sem eficácia social e da criação de políticas em excesso. (NEVES, Edmo Colnaghi, 2018, pg. 52-53)

A política de *compliance* serve para nortear os assuntos relevantes de cada Instituição ou determinados setores que a compõe e definir suas especificidades operacionais quanto ao tema em pauta.

São exemplos de política de *compliance*: Políticas sobre conflito de interesses, Políticas sobre relacionamento com governo, Política de contratação de empregados e terceirizações de mão de obra, Políticas sobre participação societária, Políticas sobre doações de entidades sociais, Políticas sobre contribuições políticas, Políticas sobre contratação de fornecedores, etc..

Desta forma, uma empresa, ao definir suas políticas e metas, cria uma base norteadora para que determinado setor desenvolva o seu código de conduta, com as suas próprias peculiaridades, considerando as políticas adotadas por aquela instituição.

Por derradeiro, vale frisar que o Código de conduta tem o escopo de orientar o comportamento dos indivíduos dentro da instituição e mesmo que essas normas não possuam natureza jurídica, elas têm relevância jurídica, seja por força de contrato

(cláusulas contratuais de *compliance*) ou por força de lei (quando o fato das empresas adotarem um código conduta, essas normas internas causam um impacto na aplicação da pena) SARLET, Ingo Wolfgang Sarlet, SAAVEDRA, Giovani Agostini Saavedra, 2017).

#### 1.4 *Compliance* nos serviços de saúde

O *Compliance* na área da saúde ainda é tratado de modo restrito, sendo mais comum em hospitais ou clínicas privadas, como ocorre, por exemplo, nos Hospitais Sírio Libanês e no Hospital Albert Einstein, que já dispõem de um programa de integridade coeso e cursos de especialização direcionados ao assunto.

No âmbito da saúde quando o tópico é corrupção o risco é grande, pois como é cediço, o sistema de saúde público brasileiro é volumoso e suas atividades são desenvolvidas por órgãos e entidades estatais, mas também ocorre a atuação de empresas e instituições privadas e isso implica em um intenso volume de transferência de recursos do setor público ao setor privado, favorecendo a prática de atos de corrupção, com o desvio de verbas públicas, conflitos de interesses e afins. (MÂNICA, Fernando Borges, pg. 462).

A saúde é tema que prevê uma gama de Códigos, leis, decretos, portarias, normas e regulamentações, jurídicas e administrativas, efetuadas pelo poder executivo, (pelos seus Órgãos Públicos), pelo poder legislativo e aplicadas pelo poder judiciário e que precisam ser criteriosamente observadas das práticas diárias na execução dos serviços de saúde.

No direito a saúde, a natureza do bem envolvido é a vida humana e isso reforça a importância da implementação do *compliance* nas instituições de saúde, bem como o seu impacto para coibir falhas na prestação dos serviços de saúde que possam colocar a vida dos seus usuários em perigo, além de propor uma mudança na cultura interna organizacional para a necessidade do cumprimento das normas na oferta dos serviços de saúde com qualidade e segurança. (MÂNICA, Fernando Borges, pg. 462).

No Hospital de Clínicas de São Paulo, existe uma diretoria própria de Compliance, com cartilhas e guias para orientar o funcionamento do Hospital bem como esclarecimento, porém não é possível determinar a sua efetividade ou aplicabilidade prática pela falta de dados.

A pesquisa de campo apontou para o desconhecimento dos funcionários sobre *Compliance* no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Todavia, existe no HCFMRP-USP uma Unidade de Controle Interno que coordena os procedimentos, métodos e rotinas do Hospital, visando: a proteção dos seus ativos, a produção de dados contábeis confiáveis; o apoio administrativo na realização dos negócios e a garantir que a execução das atividades de gestão esteja em conformidade com os princípios básicos da Administração Pública. (FONTE: <https://site.hcrp.usp.br/unidade-de-controle-interno/>)

Tem, ainda, a Resolução FAEPA nº. 23/2023, que dispõe sobre o Programa Interno de Conformidade as leis e regulamentos nacionais e internacionais antissuborno e anticorrupção, através de medidas para prevenir, identificar, coibir e sanar atos contrários a legislação. Essa recente Resolução da FAEPA (2023), abarca apenas normas direcionadas aos temas antissuborno e anticorrupção.

FONTE: <https://faepa.br/doc/RESOLUCAO-FAEPA-23-2023.pdf>

Tendo em vista que a implementação do *compliance* tem por objetivo justamente modificar toda uma cultura interna, disseminar valores éticos e conscientizar os seus funcionários para o cumprimento de normas, as respostas nos questionários em conjunto à pesquisa empírica, apontam que não há ainda uma estruturação efetiva do programa de integridade capaz de surtir os efeitos almejados nos Serviços do Bloco, do contrário, as pessoas teriam conhecimento e treinamento das normas e políticas internas, que compõe o Instituto.

Para completar o assunto, cabe mencionar que o Hospital disponibiliza canais de comunicação, reclamações e ouvidoria abertos ao público, mas devido a falta de acesso a esses dados, não foi possível definir se esses canais realmente cumprem o seu propósito.

### 1.5 Responsabilidade civil na área da Saúde

A Responsabilidade Civil é um ramo do direito civil que estuda a reparação civil, isto é, o agente que causou um ato ilícito tem a obrigação legal de reparar o dano, moral ou material, causado a uma outra pessoa. (GAGLIANO, Pablo Stolze; FILHO, Rodolfo Pamplona, 2002)

Pablo Stolze Gagliano; Rodolfo Pamplona Filho, Novo Curso de Direito Civil — Parte Geral, 2. ed., São Paulo: Saraiva, 2002, v. I, p. 462

Em uma sociedade civilizada, o Direito Positivo propõe regras para a convivência social, com a previsão de sanções em caso de descumprimento e lesão aos direitos jurídicos tutelados. <sup>13</sup>. GAGLIANO, Pablo Stolze; FILHO, Rodolfo Pamplona, 2002).

Logo, se um ato ilícito é praticado contra um terceiro, causando-lhe dano ao bem tutelados, surge o direito de reparação para que a parte lesada seja indenizada monetariamente e restituída ao “*status quo ante*”<sup>14</sup>. GAGLIANO, Pablo Stolze; FILHO, Rodolfo Pamplona, 2002).

Para haver o dever de reparação civil, alguns elementos são imprescindíveis: a) Conduta (positiva ou negativa); b) dano e c) nexos de causalidade. (GAGLIANO, Pablo Stolze; FILHO, Rodolfo Pamplona, 2002).

O elemento “conduta” está descrito no artigo 186 do Código Civil, Vejamos: “186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito” (Código Civil, 2002).

A conduta pode ser: comissiva (agir) ou omissiva (não agir), dolosa (intencional) ou culposa (sem intenção). A conduta culposa é revestida de: negligência (descuido, desatenção, ausência de precauções), imprudência (ação precipitada, sem cautela, agir diverso do esperado) e imperícia (falta de conhecimento ou habilidades técnicas, inaptidão) (MPPR, 2021). (Ministério público do Paraná. Entenda direito: Negligência, Imprudência e Imperícia, 2021. Disponível em: <https://mppr.mp.br/Noticia/Negligencia-Imprudencia-e-Impericia>)

O dano configura o prejuízo experimentado pela vítima. Ele pode ser de cunho patrimonial, também denominado de dano material, Moral (extrapatrimonial) que atinge o direito de personalidade do sujeito e está definido no art. 5º, incisos V e X, CF/88 e o dano estético, muito comum no direito a saúde, prevê a indenização pela lesão a integridade física causando mudanças permanentes no indivíduo, como por exemplo, deformidades, cicatrizes, perdas de membros, dentre outros. (GAGLIANO, Pablo Stolze; FILHO, Rodolfo Pamplona, 2002).

Por derradeiro, há o nexo causal, que é a “ponte” que liga a conduta do agente ao

<sup>13</sup> Locução latina que significa "no estado em que estava antes".

"**statu quo ante**", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2023, <https://dicionario.priberam.org/statu%20quo%20ante>.

<sup>14</sup> Locução latina que significa "no estado em que estava antes".

"**statu quo ante**", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2023, <https://dicionario.priberam.org/statu%20quo%20ante>.



dano causado. É a relação entre a conduta praticada e o evento danoso, sem a qual não é cabível o direito indenizatório à vítima. (GAGLIANO, Pablo Stolze; FILHO, Rodolfo Pamplona, 2002).

A responsabilidade civil pátria prevê as Teorias: da Responsabilidade objetiva e subjetiva.

Na responsabilidade subjetiva, o elemento “culpa” é fundamental para caracterização da responsabilidade civil, logo, não havendo culpa (desde a culpa no sentido estrito ao dolo), não há responsabilidade. Segundo essa Teoria, cada sujeito responde pela sua própria culpa e cabe ao indivíduo que sofreu o dano apresentar o ônus da prova da culpa do réu, condicionando a reparação civil se dessa culpa resultar um prejuízo (FRANÇA, 2014).

Na responsabilidade objetiva, não exige a prova de culpa do agente para a obrigação de reparar o dano. Toda pessoa que exerce atividade capaz de criar um risco para o sujeito, terá o dever de indenizá-lo, em caso de prejuízo, independente da comprovação da culpa (GAGLIANO, Pablo Stolze; FILHO, Rodolfo Pamplona, 2002).

A responsabilidade profissional dos médicos é subjetiva e dependente da comprovação de culpa. Já a responsabilidade do hospital é objetiva em função do artigo 14 do CDC, que define a responsabilidade objetiva para o prestador de serviços, quando for única e exclusivamente relacionada com o estabelecimento empresarial propriamente dito (FRANÇA, 2014).

Seguindo no aspecto da culpa, duas figuras têm relevância no contexto da responsabilidade civil: A culpa *in vigilando* (na falta de fiscalização dos atos de um terceiro do qual se é responsável) e a culpa *in eligendo*, (derivada da má escolha do empregado, subordinado e comitente) (FRANÇA, 2014).

O Código Civil, nos artigos 932 e 933 reza que, independe da análise da culpa do empregador em vigiar e eleger o empregado ou comitente para desempenhar alguma função. Assim, qualquer ato danoso por eles desempenhados gera responsabilidade objetiva e direta para o empregador. (CÓDIGO CIVIL, 2002)

“Art. 932. São também responsáveis pela reparação civil: I - os pais, pelos filhos menores que estiverem sob sua autoridade e em sua companhia; II - o tutor e o curador, pelos pupilos e curatelados, que se acharem nas mesmas condições; **III - o empregador ou comitente, por seus empregados, serviços e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele;** IV - os donos de hotéis, hospedarias, casas ou estabelecimentos onde se albergue por dinheiro, mesmo para fins

de educação, pelos seus hóspedes, moradores e educandos; V - os que gratuitamente houverem participado nos produtos do crime, até a concorrente quantia. Art. 933. As pessoas indicadas nos incisos I a V do artigo antecedente, ainda que não haja culpa de sua parte, responderão pelos atos praticados pelos terceiros ali referidos”. (CÓDIGO CIVIL, 2002)

Quando o autor da culpa, tem o estado funcional como agente do hospital e, portanto, é servidor com vínculo empregatício, o hospital responde segundo a Súmula 341 do STF: “É presumida a culpa do patrão ou comitente pelo ato culposo do empregado ou preposto”. Ainda que tenha ele o direito de regresso (o direito de reaver a indenização paga em decorrência da conduta ilícita praticada pelo comitente a terceiro) em relação ao agente faltoso (FRANÇA, 2014).

Porém, se o agente não tem relação profissional com o hospital e apenas utiliza do espaço a responsabilidade será subjetiva, com a análise da conduta do profissional, e não do hospital. (FRANÇA, 2014).

O hospital é responsabilizado de forma objetiva quanto há a atividade de seu profissional, dispensada a demonstração da culpa do hospital relativamente a atos lesivos decorrentes de culpa de médico integrante de seu corpo clínico (Súmula n. 7/STJ). (FRANÇA, 2014).

Em relação ao médico que atua em hospital público, o artigo 37, § 6º da Constituição Federal e o artigo 43 do Código Civil, preveem as figuras da culpa *in vigilando* e culpa *in eligendo*, a saber:

Artigo 37, § 6º CF: “As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável, nos casos de dolo ou culpa” (BRASIL, 1988)

Artigo 43 do Código Civil em vigência: “As pessoas jurídicas de direito público interno são civilmente responsáveis por atos de seus agentes que nessa qualidade causem danos a terceiros, ressalvado direito regressivo contra os causadores do dano, se houver, por parte destes, culpa ou dolo”. A não ser que exista um dos excludentes da responsabilidade: culpa da vítima ou de

terceiros, caso fortuito, ausência denexo causal e força maior.  
(CÓDIGO CIVIL, 2002)

Nesta esteira, s hospitais públicos, da União, Estados, Municípios, suas empresas públicas, autarquias e fundações, assim como acontecem nos hospitais privados, se sujeitam a teoria da responsabilidade objetiva, no qual as pessoas de direito público respondem pelos danos que seus servidores causem a terceiros, podendo propor uma ação regressiva contra o servidor causador do dano diante da comprovação da culpa.

### 1.6 Direito à Saúde e responsabilidade do Estado

Diante da previsão do direito à saúde como garantia constitucional, surge para União, Estados e Municípios brasileiros a necessidade de sua efetivação aos cidadãos *erga omnis*<sup>15</sup>.

A obrigatoriedade da garantia do direito a saúde pelo Estado está formalizada, no artigo 196 da Constituição de 1988, no título sobre a ordem social e reza que:

“ A saúde é direito de todos e **dever do Estado**, garantido mediante **políticas sociais e econômicas** que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário às ações e serviços** para sua **promoção, proteção e recuperação**” (Brasil, 1988).

Destarte, existe uma obrigatoriedade expressa do Estado em proporcionar a população o acesso a saúde tanto na sua promoção, proteção e recuperação, por meio de políticas públicas que visem medidas preventivas com a redução do risco de doenças, campanhas, vigilância sanitária, alimentação saudável e recursos humanos, bem como a construção de hospitais, centros ambulatoriais e postos de saúde. <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/7652/Direito-a-saude-e-a-responsabilidade-do-Estado> (acesso dia 28/07/2022).

Para o cumprimento de tal obrigatoriedade proposta ao Estado para o oferecimento à saúde, o artigo 198 da Constituição, dispôs sobre a criação de um Sistema

---

<sup>15</sup> *Erga Omnis Erga omnes* (do Latim, contra, relativamente a, frente a todos) é uma expressão usada principalmente no meio jurídico, para indicar que os efeitos de algum ato ou lei atingem todos os indivíduos de uma determinada população ou membros de uma organização, para o direito nacional.  
Fonte: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Erga\\_omnes](https://pt.wikipedia.org/wiki/Erga_omnes)

Único composto por uma rede regionalizada, hierarquizada e com diretrizes próprias.

O Art. 198, portanto, determina que as ações e serviços públicos de saúde **integram uma rede regionalizada e hierarquizada** e constituem um **Sistema Único** organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e III) participação da comunidade (Brasil, 1988).

Assim, a partir da Constituição surgiu o SUS (Sistema Único de Saúde), que foi criado pela Lei nº 8.080/1990 e complementado pela Lei n 8.142/1990, ambas Leis Orgânicas da Saúde, que tem por objetivo reger as normas de funcionamento e os princípios do Sistema de saúde.

Nesta esteira, o SUS tem como papel fundamental a garantia do acesso igualitário a saúde, independente da condição econômica do indivíduo, sem restrições ou discriminação aos que necessitarem dos serviços de saúde, com a oferta dos serviços de saúde de modo uniforme, em abrangência nacional, de norte a sul do Brasil.

Em relação a oferta dos serviços públicos saúde de forma igualitária (um dos princípios do SUS), Margaret Whitehead discorre em seu texto: “os conceitos e princípios de equidade na saúde (the concepts and principles of equity and health)”, que é possível verificar a equidade na saúde quando “se assegura igual acesso ao cuidado disponível para iguais necessidades; igual utilização para iguais necessidades; e igual qualidade do cuidado para todos (WHITEHEAD, 1992).”

Em suma, no direito a saúde, o Estado exerce o papel de garantidor desse direito, em seus vários aspectos, a todos os cidadãos e de modo equânime.

Para garantir a prestação dos serviços de saúde, pelo Estado aos cidadãos, a administração pública<sup>16</sup> atua de duas formas:

a) **Administração Direta**, que é o próprio Estado atuando diretamente nas atividades públicas por meio de órgãos e agentes administrativos que integram a sua estrutura funcional, nos poderes executivos da União, Estados, Municípios e Distrito Federal.

---

<sup>16</sup> A expressão administração pública, admite mais de um sentido. “No sentido objetivo, exprime a ideia de atividade, tarefa, ação, enfim a própria função administrativa, constituindo-se como o alvo que o governo quer alcançar. No sentido subjetivo, ao contrário, a expressão indica o universo de órgãos e pessoas que desempenham a mesma função”. PG 473, Carvalho Filho, ROBERTO DROMI, *Derecho administrativo*, p. 457.

Nas atividades direcionadas aos serviços públicos de saúde o órgão competente para a sua execução é o Ministério da saúde e às secretarias de saúde (estaduais, municipais e distritais), subordinadas aos seus respectivos chefes.

Seguindo a lição adotada por Carvalho Filho no que diz respeito a Administração direta: “a Administração Pública é, ao mesmo tempo, a titular e a executora do serviço público”<sup>17</sup> (FILHO, p. 475)

b) **Administração Indireta** é a descentralização das atividades administrativas que passam a ser executadas por entidades (pessoas jurídicas) dotadas de personalidade jurídica própria e vinculadas a administração direta (PIETRO, Sylvania Zanella Di, 2020).

Na administração indireta o poder público transfere a outras pessoas jurídicas a sua titularidade ou a execução de funções para conferir mais celeridade, eficiência e flexibilização para a realização de tarefas de interesses do Estado (PIETRO, Sylvania Zanella Di, 2020).

Portanto, na Administração Indireta é o próprio Estado executando algumas de suas funções de forma indireta ou descentralizada. (FILHO, p.480)

Di Pietro, Maria Sylvania Zanella. Direito administrativo / Maria Sylvania Zanella Di Pietro. – 33. ed. – Rio de Janeiro: editora Forense, 2020. ISBN 978-85-309-8972-9 1. Direito administrativo – Brasil. I. Título.

Desta forma, enquanto a Administração direta é composta de órgãos internos do Estado, a administração indireta é composta pelas autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista, fundações públicas e consórcios públicos. (AITH e FERREIRA, p.57, 2019).

A existência de normas reguladoras do direito a saúde no ordenamento jurídico e em Tratados Internacionais, reforçam o papel do Estado na efetivação da saúde e a criação de uma rede de atendimento à população em geral, em consonância aos princípios e normas do direito.

### 1.7 Estrutura político-administrativa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

---

<sup>17</sup> JOSÉ MARIA PINHEIRO MADEIRA, *Administração Pública centralizada e descentralizada*, América Jurídica, 2001, p. 123.

A Fundação Sinhá Junqueira cedeu o seu prédio da maternidade Sinhá Junqueira para que o Estado de São Paulo reformasse o prédio e entregasse em comodato<sup>18</sup> pelo prazo de 20 para a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto desenvolver as suas atividades até a construção de uma sede definitiva.

Para formalizar essa cessão, foi criada a **Lei Estadual 3.274, de 23 de dezembro de 1955** que oficializou o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como entidade Autárquica, vinculada à Secretaria de Estado do Governo de São Paulo, com personalidade jurídica e patrimônio próprio.

### **Mas o que é uma autarquia estadual?**

Com base no Decreto-Lei 200/1967, autarquia é caracterizada como: “o serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da administração pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada”.

Existem algumas características peculiares aplicadas às autarquias e que devem ser observadas no exercício de suas atividades, em suma:

As autarquias em atendimento aos princípios da legalidade e da reserva legal<sup>19</sup>, são criadas por lei e também são extintas por lei. Elas passam a existir e, conseqüentemente ter personalidade jurídica, no momento em que se inicia a lei criadora.

No caso do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, a lei que a instituiu como entidade autárquica foi a Lei Estadual 3.274, de 23 de dezembro de 1955, momento em

<sup>18</sup> Orlando Gomes define o instituto jurídico do comodato, previsto no art. 579 do novo Código Civil, da seguinte forma: “Comodato é a cessão gratuita de uma coisa para seu uso com estipulação de que será devolvida em sua individualidade, após algum tempo” (“Contratos”, 12ª ed., Forense, p. 349).

<sup>19</sup> No art. 37, inciso XIX, que determina que “somente por lei específica poderá ser criada autarquia e autorizada a instituição de empresa pública, de sociedade de economia mista e de fundação”. (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, “a reserva legal significa que determinadas matérias de ordem constitucional, serão regulamentadas por leis em sentido formal. Logo, somente o Poder Legislativo, através de leis em sentido estrito (leis ordinárias e complementares), poderá tratar da regulamentação das matérias indicadas pelo texto constitucional como “reservada” à lei infraconstitucional”. (Fonte: PEREIRA, Luciana Freitas. **O princípio da legalidade na Constituição Federal: análise comparada dos princípios da reserva legal, legalidade ampla e legalidade estrita.** Disponível em <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/7125/O-principio-da-legalidade-na-Constituicao-Federal-analise-comparada-dos-principios-da-reserva-legal-legalidade-ampla-e-legalidade-estrita>. Acesso em 09 agosto 2022.

que a Instituição passou a existir como Autarquia e caracterizada como uma parcela do Estado, criada especificamente para fins assistenciais e educacionais no desenvolvimento das atividades do ensino às ciências da saúde.

Pelo princípio da especialidade a autarquia não pode se desviar daquilo que ela foi destinada a exercer e, por esse motivo, existe um controle administrativo, tutelando para que a autarquia não se desvie dos seus fins, se limitando apenas às matérias as quais elas foram criadas.

Com base nisso, a criação da Autarquia Estadual do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto ocorreu para promover as seguintes finalidades específicas: “contribuir para a pesquisa e investigação científica, sob todas as suas formas; servir de campo para a instrução de estudantes de medicina e enfermagem; prestar assistência médico-hospitalar, na forma prevista no seu Regulamento; servir de campo para aperfeiçoamento de médicos, na forma prevista no seu Regulamento e colaborar e contribuir para a educação médico sanitária do povo”.

Outro ponto importante é que as autarquias têm personalidade jurídica, patrimônio próprio e capacidade administrativa e, por isso, o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, tem como patrimônio próprio o saldo anual da dotação orçamentária e os legados e as doações, estando estas condicionadas a aprovação do governo. O seu patrimônio somente poderá ser alienado, em tudo ou em parte, por deliberação do Conselho de Administração e anuência do Conselho Universitário, para aplicação do seu produto dentro das finalidades da Instituição.

A manutenção do hospital ocorre por meio da dotação orçamentária do Estado, por subvenções que ele recebe e pelas rendas próprias que ele recolher, além de possuir isenção tributária.

É dever da entidade hospitalar prestar contas de suas atividades econômicas e financeiras e da inspeção da contabilidade pela da Secretaria do Estado dos negócios da Fazenda. Mesmo com a autonomia administrativa inerente à Autarquias, essa autonomia se limita a uma interferência do Estado em suas atividades, principalmente no que diz respeito aos aspectos econômicos.

Ao citar a relação de Controle exercida na Autarquia Hospitalar, Hospital da Clínicas, o professor Aith descreve que existe um controle pelos “órgãos internos da administração Pública (hierarquia, auditoria, Corregedoria e afins)” e controle externo pelos “Tribunais de Contas e Ministério Público” e “controle social”. (AITH, p.74,

Em relação aos particulares, a Autarquia se apresenta como a própria

administração pública, imbuída de todas as prerrogativas e restrições do regime jurídico-administrativo.

Existe uma importante figura na administração do Hospital das Clínicas, a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA), instituição privada, sem fins lucrativos e com autonomia administrativa e financeira, qualificada pelo Estado de São Paulo como Organização Social e entidade beneficente.

Ela foi criada em 1988 por iniciativa de pessoas físicas e jurídicas privadas que compõem a área de saúde. Desde 1993 ela mantém junto à entidade autárquica Hospitalar convênio<sup>20</sup> mediante autorização do Estado de São Paulo para o apoio administrativo e financeiro do Hospital.

O convênio pactuado entre a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e o Hospital das Clínicas prevê a prestação dos serviços médico-hospitalares pelo Hospital aos beneficiários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Ribeirão Preto e região e conta com a FAEPA como entidade de apoio para desenvolver suas atividades.

No ano de 2018, houve a adequação de cláusula do convênio de integração do SUS ao modelo de gestão compartilhada FAEPA - Hospital, modelo esse atualmente prevalecente entre hospitais universitários e gestão de apoio.

A FAEPA é uma entidade social que visa desenvolver a área da saúde e fortalecer o Sistema único de Saúde por meio de programas estratégicos nas esferas governamentais, com o direcionamento dos seus recursos humanos e materiais para as atividades do Hospital das Clínicas e do Governo do Estado de São Paulo para aprimorar a rede da saúde regional na assistência à saúde dos usuários do SUS.

Além do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, a FAEPA pactuou junto à Secretaria de saúde contrato para realizar as atividades de gerenciamento na saúde no

---

<sup>20</sup> Conceito de Convênio, trazido no artigo de Fernando Borges Mânica, o define como a relação entre duas ou mais pessoas que conjugam esforços para a obtenção de um objetivo comum previamente ajustado, inserido na esfera de competência dos envolvidos, voltado ao benefício próprio ou de terceiros. Nessa perspectiva, podem ser denominados convênios todos os ajustes em que haja colaboração ou cooperação entre as partes para a obtenção de uma finalidade comum, seja ela pública ou privada. A expressão congloba tanto a relação de parceria entre duas entidades estatais, entre dois entes privados ou mesmo entre uma entidade estatal e um ente privado. Daí a denominação de “convênios públicos” para o primeiro caso, de “convênios privados” para o segundo e de “convênios público-privados” para o terceiro caso. <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/123/edicao-1/parcerias-no-setor-da-saude> acesso 03 de setembro de 2022



Hospital Estadual de Ribeirão Preto, Centro de Referência da Mulher de Ribeirão Preto-MATER, o Hospital Estadual Serrana e Hospital das Clínicas de Bauru.

Conforme seu Estatuto, a FAEPA tem por finalidade:

“Colaborar, pelos meios adequados, com as pessoas e entidades interessadas no desenvolvimento das ciências da saúde, em programas compatíveis com seus objetivos, podendo, para tanto, firmar convênios ou contratos com instituições públicas e privadas, nacionais e estrangeiras. A colaboração dar-se-á especialmente com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Estimular trabalhos nas áreas didática, assistencial e de pesquisa, por meio de apoio material e de remuneração a pesquisadores, a docentes e ao pessoal de apoio, servidores ou não, que participem do planejamento e execução das atividades fins da Fundação; Patrocinar o desenvolvimento de novos produtos e equipamentos, sistemas e processos; Promover cursos, simpósios e estudos; Promover a divulgação de conhecimentos tecnológicos e a edição de publicações técnicas e científicas; Instituir bolsa de estudo, estágios e auxílios de assistência a professores, pesquisadores e pessoal de apoio que possam contribuir para a consecução dos objetivos da Fundação, desde que assim o permitam seus recursos, cumpridos os requisitos regimentais; Colaborar na preservação do patrimônio do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Administrar, promover ou coordenar, diretamente ou mediante terceirização, eventos de natureza social, cultural ou artística, bem como atividades de cunho científico ou educacional”.

FAEPA Objetivos FONTE: <https://www.faeпа.br/Faepa/Objetivos>  
<https://site.hcrp.usp.br/wp-content/uploads/2021/10/FAEPARelatorioAtividades2013.pdf>

A lei que institui a autarquia Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, prevê a realização de convênios para realizar suas finalidades, de receber para administrar e se manter, conforme descrito a seguir no artigo 3º da Lei Estadual 3.274, de 23 de dezembro de 1955:

**“Artigo 3º** - Para a realização de suas finalidades, poderá o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto receber, para administrar e manter mediante convênio, instituições hospitalares do município de Ribeirão Preto, com seus respectivos edifícios”.

O objetivo maior dessa permissibilidade legal é trazer autonomia no gerenciamento das autarquias e minimizar as dificuldades normativas a elas aplicadas.

Portanto, a FAEPA aparece como um “apoio” de uma pessoa jurídica privada para viabilizar a oferta dos serviços de saúde do Hospital das Clínicas, por meio de convênio entre ela e o poder público.

#### 1.8 Conceito de gestão organizacional e estrutura organizacional do bloco cirúrgico do hospital das clínicas de ribeirão preto

Com base na definição do dicionário da língua portuguesa, gestão é o ato ou efeito de gerir, ou seja, exercer gerência sobre alguma coisa, administrar, dirigir, cuidar, executar e praticar. (HOUAISS, 2001).

Já a expressão administrar significa: Ato, processo ou resultado de administrar. Ato de governar, dirigir ou gerir; governo, direção, gerência. Conjunto de princípios, práticas e técnicas utilizadas com o objetivo de coordenar e dirigir as ações de um grupo de indivíduos que se associam com o fim de conseguir resultados eficazes. (<https://michaellis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/administracao>).

Logo, gestão nada mais é do que administrar algo para atingir determinados objetivos a partir da tomada de decisões sobre os recursos humanos, financeiros e materiais disponíveis. (CHIAVENATO, 2000, p.5),

Assim, o intuito aqui proposto é a avaliação da gestão ou administração de uma determinada organização<sup>21</sup>, no caso o Hospital da Clínicas de Ribeirão Preto, mais especificamente nos serviços do bloco cirúrgico.

Seguindo entendimento de Henri Fayol, criador da Teoria Clássica da administração, alguns elementos são imprescindíveis e comuns a todos os tipos de organizações, públicas ou privadas, no seu processo administrativo, são eles: Planejamento, Organização, Coordenação, Comando e Controle.

Entretanto, Peter Drucker readequou os elementos definidos por Henri Fayol no

---

<sup>21</sup> “Organizações são formadas por departamentos, gerências, níveis operacionais constituídos por pessoas. E essas pessoas são diferentes; possuem culturas, pensamentos e valores próprios, diferentes formas de entender o mundo, o que torna a organização um sistema complexo. Assim, a empresa é um organismo vivo e que interage com o mundo”. FONTE: Pereira e Santos (2001, p.47), PEREIRA, Maria I.; SANTOS, Sílvia A. **Modelo de Gestão: uma análise conceitual**. São Paulo: Pioneira-Thomson Learning, 2001.

processo de administração para planejar, organizar, dirigir e controlar, sendo esse o entendimento mais aceito atualmente.

De modo sucinto, **planejar** é propor metas, analisar os problemas e criar soluções, além de determinar alternativas ao objetivo pretendido; **organizar** é dividir tarefas e coordenar trabalhos, de acordo com os recursos disponíveis para o fim definido, sejam eles recursos humanos, materiais, financeiros e tecnológicos; **dirigir** é colocar em prática tudo aquilo que foi planejado e organizado para alcançar a meta definida por meio de uma liderança, é a etapa operacional do processo administrativo e, finalmente, **controlar** é verificar os resultados alcançados e as metas preestabelecidas anteriormente, bem como verificar se as regras e ordens foram devidamente obedecidas. (Fonte: **Modelos de Gestão, Adriano Stadler, Marcia Valéria Paixão Instituto Federal Paraná. Educação à distância. Curitiba-PR 2012**).

O Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto tem como atividades principais a assistência médico-hospitalar e o ensino e pesquisa na área da saúde, portanto, esses são os seus objetivos principais, mas a forma de planejar, organizar, dirigir e controlar pode variar de acordo com os seus administradores e escolha de modelo de gestão.

O Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo é constituído por uma Clínica Civil, ala particular destinada a pacientes particulares e usuários de convênios médicos conveniados ao Hospital, com seu quadro de funcionários composto por médicos docentes do Hospital e possui também uma ala para os usuários do Sistema Único de Saúde, ambas administradas pela FAEPA.

O Bloco cirúrgico da clínica Civil do Hospital é separado do Bloco Cirúrgico que atende os pacientes do SUS com normas e funcionamento independentes, alguns insumos, estrutura e funcionários distintos.

O Centro Cirúrgico do Hospital é um complexo constituído: pela sala de recepção pré-anestésica, 19 salas cirúrgicas pelo Sistema Único de Saúde e 2 salas cirúrgicas na ala particular do Hospital (Clínica Civil); sala de recuperação Pós-anestésica com 20 leitos, 10 leitos da Unidade de Terapia Intensiva pós-operatória e 6 leitos de recuperação do Bloco Cirúrgico da Clínica Civil (particular); central de material (Seção de descontaminação, Seção de esterilização e Seção de materiais descartáveis), central de consignação e, por fim, a farmácia do Centro Cirúrgico.

Existe ainda, as secretarias dos serviços de enfermagem e anestesia, 2 copas e sala de recepção do Centro Cirúrgico ala SUS.

Os procedimentos cirúrgicos realizados no Hospital da Clínicas são eletivos, ou

seja, previamente agendados ou conforme lista de espera com comunicação prévia, como também casos de alta complexidade, como por exemplo, transplantes.

Na unidade de Emergência do Hospital das Clínicas, diferente do que ocorre no campus, o atendimento prestado é o emergencial, seguindo os critérios da hierarquização do Sistema Único de Saúde ou pela gravidade do quadro. A Unidade conta com 5 salas operatórias.

Há ainda no Hospital do Campus o Centro Obstétrico, que foi desmembrado do Bloco cirúrgico, para atender especificamente as pacientes gestantes encaminhadas pelo setor público (seguindo também o critério de hierarquização do sistema), para procedimentos obstétricos de alta complexidade, contando com 3 salas destinadas a esse fim.

## **2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO**

Tendo em vista que o Compliance na área da saúde e sua implementação no ambiente Hospitalar, apesar de ser ainda muito recente, já vem se tornando uma realidade palpável.

O presente projeto de pesquisa se adequa em todos os seus aspectos à linha de pesquisa proposta, pois aborda uma ferramenta de ajustes apta a captar os problemas e solucioná-los, em consonância ao sistema normativo, tão ressaltado no cenário atual.

De nada adianta falar em novas técnicas e tecnologias se a própria gestão não seguir uma política de valores de gestão direcionada ao cumprimento normativo, de forma a resolver questões viciosas e criar um ambiente de trabalho mais seguro e eticamente mais confiável.

Portanto, o presente tema, além de necessário é uma inovação no que se refere à Gestão Hospitalar preventiva, que nesse caso, será implementada no serviço do Bloco Cirúrgico do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo geral**

Aplicar o programa de *Compliance* como uma ferramenta na gestão preventiva dos serviços do Bloco Cirúrgico do HCFMRP-USP, conforme os pontos apresentados pelos funcionários nas atividades desenvolvidas no âmbito do Bloco cirúrgico.

### **3.2 Objetivos específicos**

Analisar o funcionamento do serviço no Bloco Cirúrgico que compõe o SUS do HCFMRP-USP, sob a perspectiva dos profissionais que compõem o setor.

Apresentar as potencialidades e fragilidades dos serviços, a partir da visão dos funcionários do Bloco Cirúrgico;

Sugerir alternativas viáveis para adequação dos serviços às normas já existentes ou reforçar a importância da implementação de códigos de conduta com seus apontamentos normativos, em consonância ao Sistema de *Compliance* preventivo;

Analisar do funcionamento do serviço do bloco cirúrgico, com o apontamento de falhas e mapeamento de riscos

Abordar alternativas para a implementação do programa do *Compliance* na gestão dos serviços do Bloco Cirúrgico.

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo transversal, realizado em um tempo determinado. Tudo o que se observa é mensurado em uma única vez, quer dizer que nesse tipo de proposta não ocorre um estudo contínuo ao longo do tempo, realizado com as mesmas pessoas ou grupos. (ROMANOWSKI, Francielle N. de A.; CASTRO, Mariane Boaventura de; NERIS, Naysa Wink, 2019)

A Natureza do estudo é **OBSERVACIONAL**, isto é, a investigadora atuou na pesquisa como uma expectadora dos fatos que eram praticados no cotidiano do bloco cirúrgico e nos serviços ali desenvolvidos sem interferir em suas atividades. (ROMANOWSKI, Francielle N. de A.; CASTRO, Mariane Boaventura de; NERIS, Naysa Wink, 2019)

Para isso, a pesquisa foi conduzida nas modalidades: pesquisa de campo (estudo aplicado diretamente no local em que os fatos são desenvolvidos dia a dia e em que as relações são estabelecidas); Descritiva (observação, registro, análise e interpretação pela pesquisadora por meio de coleta de dados e observações sistêmicas e Bibliográficas (a pesquisadora recorre a dados e conhecimentos científicos sobre um assunto a partir de

um material publicado em uma fonte de confiança. (ROMANOWSKI, Francielle N. de A.; CASTRO, Mariane Boaventura de; NERIS, Naysa Wink, 2019)

A forma de abordagem para a pesquisa é a **QUALITATIVA**, que é a busca na compreensão das razões, motivações e opiniões particulares e de determinados grupos diante das situações estudadas. Ocorre uma busca por respostas a partir de descrições, comparações e interpretações dos dados levantados. Não há uma avaliação baseada em quantidade em termos numéricos, mas sim na descrição da realidade em termos de conceito, percepções e comportamentos, principalmente de natureza social e cultural.

ROMANOWSKI, Francielle N. de A.; CASTRO, Mariane Boaventura de; NERIS, Naysa Wink. **Manual de Tipos de Estudos, Anápolis, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/15586/1/MANUAL%20DE%20TIPOS%20DE%20ESTUDO.pdf>**

#### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O Hospital das Clínicas conta com três prédios, sendo duas unidades localizadas no Campus Universitário (o Hospital das Clínicas do Campus e o Centro Regional de Hemoterapia) e a terceira unidade, denominada Unidade de Emergência, se encontra localizada no centro de Ribeirão. Fonte: Relatório de atividades 2022. Disponível em: <https://site.hcrp.usp.br/wp-content/uploads/2023/05/Relatorio-de-Atividades-HCRP-2022.pdf>

O Hospital ainda conta com o Centro Obstétrico, que foi desmembrado do Bloco cirúrgico, para atender especificamente as pacientes gestantes de procedimentos de alto risco ou alta complexidade e sob encaminhamento.

O Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, localizado no campus, é constituído por uma Clínica Civil, ala particular destinada a pacientes particulares e usuários de convênios médicos e possui também uma ala para os usuários do Sistema Único de Saúde, ambas administradas pela FAEPA.

O Bloco cirúrgico da Clínica Civil do Hospital é separado do Bloco Cirúrgico dos pacientes do Sistema único de Saúde.

Essa distinção entre os setores cirúrgicos presentes no complexo hospitalar é fundamental para delimitar o ambiente sob análise, haja vista a

complexidade que é um hospital do porte do Hospital das Clínicas.

Para a pesquisa, o cenário de estudo escolhido foi o Centro Cirúrgico da ala de pacientes do Sistema Único de Saúde do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, localizado no campus da Universidade de São Paulo.

#### 4.3 TAMANHO AMOSTRAL

Com relação ao tamanho amostral, **os dados coletados para a análise do funcionamento do serviço do bloco Cirúrgico, teve o TAMANHO AMOSTRAL de 43 participantes e essa amostra se deu por CONVENIÊNCIA.**

#### 4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para este estudo foram convidados a participar os profissionais de saúde, aleatoriamente, que atuam no Bloco Cirúrgico, dentre eles participaram os especialistas nas áreas de enfermagem (enfermeiros e técnicos), médicos das especialidades cirúrgicas, médicos anestesistas, funcionários do setor administrativo do Bloco, além do gestor do Bloco Cirúrgico do ano de 2022.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2022 a julho de 2023, por meio de questionário semi-estruturado, com 24 questões norteadoras.

As entrevistas aconteceram após os participantes do estudo receberem as orientações sobre a pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A maioria das entrevistas foram realizadas no próprio espaço do Bloco cirúrgico, com duração média de 20 minutos.

Alguns entrevistados, após receberem as orientações acima descritas, optaram por preencher o questionário com mais calma em um ambiente tranquilo e devolver posteriormente à pesquisadora.

Considerando o período de pandemia da COVID-19, foram adotados todos os cuidados e medidas de segurança em acordo com os protocolos e portarias do Ministério da Saúde do Brasil e recomendações da Organização Mundial da Saúde.

#### 4.6. ANÁLISE DE DADOS

A análise das entrevistas, bem como a criação das categorias de análise, foi fundamentada na Análise de Conteúdo, Modalidade Temática (BARDIN, 2016), construída a partir das fases: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise tem por objetivo sistematizar as ideias iniciais, conduzindo um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas num plano de análise. A primeira atividade realizada foi a leitura “flutuante”, que consiste em reconhecer o texto, aos poucos, para que a leitura se torne mais precisa.

A exploração do material consiste na codificação e categorização dos dados obtidos. A codificação é efetuada pelas “operações de codificação, decomposição ou enumeração” (BARDIN, 2016) de acordo com as regras formuladas.

Essa codificação “é a transcrição de características específicas permitindo atingir uma representação do conteúdo, ou de sua expressão” (BARDIN, 2016). É a efetivação das decisões tomadas na fase pré-análise.

A categorização consiste primeiramente na classificação dos elementos textuais por diferenciação e depois pelo agrupamento, através das características ou significados comuns desses elementos (BARDIN, 2016).

Na exploração do material pela codificação foi realizada a referenciação dos índices e a elaboração de unidades de registro. Esses índices foram determinados de acordo com cada assunto convergido em grupos dentro destes, isto é, a compilação dos dados, pela convergência ou a replicação literal nas falas dos sujeitos da pesquisa, identificando os participantes com letras (w, x, y, z, k e n).

Considerando ainda a exploração do material, efetuou-se a categorização, que consiste em classificar e agrupar determinados assuntos por divergências ou convergências com critérios previamente definidos. A codificação e a categorização determinaram a análise dos dados brutos obtidos em dados “falantes ou significativos”



(BARDIN, 2016). A última fase consistiu no tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na data de 12 de julho de 2022, com o **CAAE** n.º: 58906022.8.0000.5440, registrado pelo parecer n.º: 052871/2022. (Anexo 1).

O trabalho segue as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução CNS 466/12, com a esmerada aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética.

Riscos do trabalho: Os riscos estão relacionados a possível identificação dos participantes, porém, a pesquisadora abordou as informações colhidas com responsabilidade. Para minimizar esses riscos, ao citar algum trecho da pesquisa, os dados foram apresentados sem indicação do participantes e em determinados casos houve a codificação do participante por letras (x,y,z,w e k), a fim de garantir o anonimato aos participantes e do local do estudo.

Benefícios do trabalho: Não houve benefícios diretos aos participantes do estudo, contudo, com os resultados desta pesquisa, esperamos estimular a discussão e reflexão sobre a importância da existência e cumprimento das normas no serviços do Bloco cirúrgico.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 5.1 Categorias temáticas

O questionário foi proposto a partir das seguintes categorias temáticas:

**Perguntas 1 a 5** → Identificação do perfil dos entrevistados

**Perguntas 6 e 7** → Avaliação de incentivos para ensino e pesquisa e investimentos na capacitação técnica dos funcionários por parte da instituição.

**Perguntas 8 e 9** → Levantamento de questões envolvendo os direitos trabalhistas e suas regulações.

**Pergunta 11** → Fatores motivacionais do trabalho (econômicos pessoais e ambientais)

**Perguntas 12 a 16** → Estrutura física do bloco cirúrgico, a apuração de situações que dificultam a fruição dos serviços do bloco e também foi abordada as relações interpessoais.

**Perguntas 17 e 18** → Segurança dos pacientes e funcionários. A averiguação de atos negligentes ou irregularidades que possam prejudicar o serviço ou colocar os pacientes em risco.

**Perguntas 19 a 21** → Existência de normas e Leis que regem o serviços e a área de saúde, o seu conhecimento pelos participantes e a sua publicidade.

**Perguntas 22 a 24** → Avaliam a relação funcionários e gestores do hospital e a forma de gestão do Bloco.

Resultados agrupados conforme categorias temáticas

- **Análise do grupo de respostas das perguntas 6 e 7**

Quando questionados se há no Hospital incentivos de produtividade e investimento de capacitação técnica, a grande maioria das respostas foram que não existem e se existem não são divulgados e incentivados pelo hospital. Todos os participantes, de forma uníssona, manifestaram interesse no tema.

O intuito desse grupo temático é definir se há a valorização da própria instituição pelos funcionários que nela laboram e se existem incentivos internos aptos a instigar a melhoria técnica do profissional, traçando metas para o crescimento funcional.

As respostas demonstraram que não há incentivos de produtividade, apenas o recebimento conforme o tempo registrado no interior do hospital, nem plano de carreira, tampouco curso de capacitação e de aperfeiçoamento pelo hospital, o que existe é pós-graduação, mestrado e doutorado, abertos ao público de um modo geral, com ingresso através de processo seletivo.

Alguns citaram o interesse em realizar essas modalidades de especializações, mas apresentaram algumas dificuldades como a ausência dessas especializações e/ou cursos de aperfeiçoamento em suas áreas, como no caso da enfermagem e técnicos em enfermagens, assim como a inviabilidade de conciliar o serviço com o estudo.

Recentemente, foi criada uma plataforma para cursos de aperfeiçoamento na modalidade EAD pela FAEPA para os empregados do Hospital, mas ainda pouco divulgada e operacionalizada no meio hospitalar (Fonte: <https://www.fmrp.usp.br/pb/arquivos/5436>).

Na área médica existe uma pequena contribuição financeira para o profissional custear congressos, despesas de viagens e cursos, dentro de sua área. As limitações encontradas nesse item pelos profissionais foram: a falta de divulgação, a ausência do recebimento laboral do funcionário durante o período do evento e o baixo custo do investimento pela Instituição

Já na parte de pesquisa, não existe uma divulgação ou incentivos direto ao funcionário do bloco cirúrgico, apenas os incentivos para pesquisas por instituições de apoio a pesquisas independentes do Hospital.

O estudo demonstrou um amplo interesse, cem por cento dos entrevistados, em se aperfeiçoar tecnicamente e desenvolver pesquisas direcionadas aos serviços e áreas do bloco.

Observa-se nos trechos das falas extraídas dos questionários a ausência desses incentivos e capacitação e o interesse pelos funcionários, vejamos:

*...”Não há incentivos de produtividade, também não há capacitação técnica. (...) Não há incentivos para a pesquisa. Tenho interesse”.* (participante x)

*“Não tenho conhecimento a respeito, se houver tal incentivo, não é divulgado para a equipe...” Tenho muito interesse em ensino e pesquisa na minha área.”* (participante y)

*“Não existe incentivo de produtividade. Somos remunerados conforme o tempo que registramos no interior do hospital. Investimento de R\$ 600,00 por ano para capacitação técnica, que corresponde a ¼ do valor de um congresso”* (participante z)

*“ Meu setor não fornece treinamento e atualizações. Tenho interesse”.* (participante w)

Houve o questionamento por parte de alguns participantes quanto a ausência de recompensas financeiras para o profissional que se qualifica, o que acaba desestimulando os funcionários que terão que ponderar se irão dedicar tempo ao estudo ou o recebimento do seu salário.

O Hospital permite o afastamento justificado do profissional para sua participação em Congressos, Simpósios e cursos rápidos, desde que o Chefe do serviço autorizar e caso haja interesse do Hospital nessa participação. O funcionário deve elaborar uma ATA dos conhecimentos adquiridos mais atestado de participação ou atestado de frequência.

(Fonte: <https://site.hcrp.usp.br/wp-content/uploads/2021/10/manual-do-servidor-2015.pdf>)

Percebe-se pelas respostas a falta de informação e falta de incentivo pelo Hospital para o aperfeiçoamento técnico dos funcionários do Bloco, destoando dos princípios e objetivos propostos pela FAEPA e pelas normas internas do hospital, que é justamente o incentivo ao ensino e pesquisa. A saber:

#### Caracterização da Fundação - Objetivos

A Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA), é uma entidade de caráter privado, sem fins lucrativos e com autonomia administrativa e financeira, criada em 31/08/88.

A FAEPA, de acordo com o previsto em seu Estatuto, tem por finalidade:

- Colaborar, pelos meios adequados, com as pessoas e entidades interessadas no desenvolvimento das ciências da saúde, em programas compatíveis com seus objetivos, podendo, para tanto, firmar convênios ou contratos com instituições públicas e privadas, nacionais e estrangeiras. A colaboração dar-se-á especialmente com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo;
- **Estimular trabalhos nas áreas didática, assistencial e de pesquisa, por meio de apoio material e de remuneração a pesquisadores, a docentes e ao pessoal de apoio, servidores ou não, que participem do planejamento e execução das atividades fins da Fundação;**
- Patrocinar o desenvolvimento de novos produtos e equipamentos, sistemas e processos;
- **Promover cursos, simpósios e estudos;**
- **Promover a divulgação de conhecimentos tecnológicos e a edição de publicações técnicas e científicas;**
- Instituir bolsa de estudo, estágios e auxílios de assistência a professores, pesquisadores e pessoal de apoio que possam contribuir para a consecução dos objetivos da Fundação, desde que assim o permitam seus recursos, cumpridos os requisitos regimentais;
- Colaborar na preservação do patrimônio do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo;

- Administrar, promover ou coordenar, diretamente ou mediante terceirização, eventos de natureza social, cultural ou artística, bem como atividades de cunho científico ou educacional.

Fonte: FAEPA **Objetivos** FONTE: <https://www.faeпа.br/Faeпа/Objetivos>

- **Análise do grupo de respostas das perguntas 8 a 10**

Nas questões trabalhistas os resultados apresentados em relação às jornadas de trabalho foram:

Nos serviços administrativos a jornada de trabalho é, em média, de 40 horas semanais, com 8 horas diárias de segunda a sexta, com 30 minutos de intrajornada para horário de almoço.

Há aqueles que desempenham serviços técnicos do bloco cirúrgico que possuem jornadas de 6 horas por dia, outros que fazem jornadas alternando turnos, inclusive com turno de 12 horas.

Os médicos anestesistas atuam tanto no Bloco cirúrgico do Hospital das clínicas, no centro obstétrico, na radiologia intervencionista, na ressonância magnética e tomografia, nos ambulatórios pré-anestésicos, no Centro de endoscopia (para os procedimentos de colonoscopia, colangiografia, endoscopia, broscopia, cirurgia de cabeça e pescoço e esteroscopia), na hemodinâmica e na Unidade de Emergência.

A maioria dos participantes iniciam a sua jornada às 07:00 e saem (teoricamente) às 19:00. Porém, isso depende da jornada e plantão de cada profissional.

As jornadas do trabalho são distribuídas pelo chefe do serviço ou até mesmo modificadas por ele, conforme a necessidade do serviço e na forma contratual, podendo ser diurno, noturno, misto ou turnos revezados, com a fixação na escala de trabalho. (Fonte:[https://extranet2.hcrp.usp.br/AreaDoTrabalhador/Usuario/doc/Manual\\_FAEPA.pdf](https://extranet2.hcrp.usp.br/AreaDoTrabalhador/Usuario/doc/Manual_FAEPA.pdf), acesso 03 de maio de 2023).

Dois pontos chamaram a atenção no levantamento dos dados da pesquisa quanto a jornada desses profissionais, um deles foi que eles não possuem horário de almoço e em caso de cirurgias extensas eles não podem se ausentar da sala deixando apenas os residentes responsáveis pelo serviço, sem supervisão técnica, ou seja, eles fazem suas refeições somente se possível.

O outro ponto colhido foi que eles deveriam finalizar o seu expediente às 19:00, mas isso não é uma constante, porque na prática, eles permanecem enquanto a cirurgia durar, ultrapassando com frequência o horário do expediente.

*“ (...) temos dificuldade em sair no horário do término do nosso turno, pois muitas vezes os procedimentos passam do horário e não temos equipes que faz vespertino para nos substituir, acontecendo muitas vezes passarmos do horário de saída. (...) há uma escassez de funcionários e sobrecarga de serviços”  
(participante x)*

*“ausência de programação para que o anestesiolegista possa almoçar e ir ao banheiro ao longo da jornada de trabalho” (participante y)*

*“Horário de trabalho imprevisível, nunca sabemos nosso horário de saída. Muitas vezes pela falta de funcionários da enfermagem não realizamos pausas ou horários de almoço” (participante z)*

*“jornadas longas sem horário para terminar e sem horário de almoço” (participante k)*

*“Não possuímos horário de almoço, ficando o horário para almoçar condicionado ao serviço da sala. Por vezes almoçamos quando dá tempo. (participante w)*

Em síntese, não possui profissional para assumir a sala para o profissional fazer o seu horário de almoço ou encerrar o seu turno no horário previsto, assim como não há alternativas implementadas pelo hospital para resguardar esse direito legalmente garantido.

Ainda nesse tema, o estudo observacional apontou que o hospital “abona” o horário de almoço, compensando com a saída uma hora mais cedo da jornada prevista de 12 horas para 11 horas. Entretanto, no fechamento das horas trabalhadas no mês, essa hora que,

teoricamente seria abonada pelo Hospital, acaba sendo computada em conjunto com as demais horas disponíveis no banco de horas que o funcionário possui pelo seu extra trabalhado.

Já os médicos da cirurgia, a maioria possui dias fixos na sua rotina de trabalho conformem as escalas cirúrgicas em um mosaico disponibilizado pelo gestor do Bloco cirúrgico, organizadas por especialidades, para determinadas salas, além dos plantões que poderão variar conforme a escala e disponibilidade do profissional.

A média da jornada dos médicos pesquisados da área da cirurgia é de 20 horas semanais e mais as jornadas dos plantões. Esse grupo se vincula, em grande parte, apenas aos serviços do Bloco cirúrgico, para realização de cirurgias, mas há alguns que também realizam procedimentos ambulatoriais e lecionam em sua área.

O excesso de pacientes em filas aguardando as cirurgias, a exacerbada demanda de pacientes para o número de salas de cirurgias disponíveis no Hospital, mais o reduzido número de funcionários para o serviço, contribuem para que os funcionários trabalhem no limite de suas capacidades e o cirurgião corre contra o tempo para conseguir cumprir as cirurgias agendadas naquele dia.

Isso cria uma instabilidade muito grande no serviço, nos profissionais envolvido e, principalmente, no paciente que se desloca ao Hospital e se prepara para uma cirurgia que pode não se realizar, já que os funcionários do bloco cirúrgico possuem horário de expediente e não têm funcionários suficientes para assumir o serviço após o fim do horário de serviço.

A pesquisa apontou a partir dos dados obtidos pelos participantes funcionários do hospital, uma inobservância em relação às intrajornadas do horário de almoço e inconsistência na aplicação do banco de horas do funcionário.

É previsto no manual de orientação e integração do funcionário fornecido pela FAEPA aos seus funcionários, no que tange ao descanso intrajornadas, o seguinte:

- 1- Duração do trabalho que **não exceder a seis horas** e ultrapassar quatro horas, será obrigatório **quinze minutos de descanso**;
- 2- Jornada **superior a seis horas**, o empregado deve cumprir o **intervalo mínimo de uma hora e máximo de duas horas**.
- 3- Entre as jornadas de trabalho, o empregado tem direito a um **período mínimo de onze horas** consecutivas para descanso

Importante destacar que esse período de descanso deve ser registrado pelo funcionário no relógio de ponto e que o intervalo NÃO é considerado como tempo de trabalho.

Cabe ressaltar que à concessão de intervalos para descanso ou alimentação está regulado no artigo 71 da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Segundo esse dispositivo, o trabalhador tem direito ao intervalo de 15 minutos para jornadas superiores de 4 horas e de 1 hora para jornadas que ultrapassem 6 horas.

Na legislação Trabalhista médica, Lei nº 3.999/61, o artigo 8º, determina que para cada 90 minuto de trabalho, o médico tem direito à fruição de 10 minutos de intervalo.

A inobservância desse dispositivo legal, confere ao empregado o direito a indenização no valor de 50% da hora normal de trabalho sobre o tempo não concedido.

Com base legislativa, se o intervalo de almoço do colaborador é de uma hora e se for reduzido para 30 minutos, os outros 30 minutos devem ser pagos de forma indenizatória, vejamos:

Artigo 71, § 4º da CLT – “A não concessão ou a concessão parcial do intervalo intrajornada mínimo, para repouso e alimentação, a empregados urbanos e rurais, implica o pagamento, de natureza indenizatória, apenas do período suprimido, com acréscimo de 50% (cinquenta por cento) sobre o valor da remuneração da hora normal de trabalho.”

Em relação as horas extras trabalhadas, observou-se que os funcionários que fazem troca de turnos com outros para substituí-los dificilmente fazem horas extras, saindo no horário habitual da sua jornada de trabalho.

Os funcionários como perfusionistas e aqueles serviços técnicos específicos, anestesistas e cirurgiões, afirmaram que muitas vezes já fizeram horas extras, principalmente quando as cirurgias extrapolam o horário do expediente.

Todos foram unânimes em suas respostas ao relatar que essas horas ficam em um banco de horas para serem utilizados pelo funcionário, podendo ser compensadas caso o funcionário eventualmente saia mais cedo do serviço ou para abater em períodos folgas, condicionado, nesse segundo caso, a liberação do seu supervisor direto e conforme disponibilidade do serviço.

Quanto essa questão do banco de horas, trata-se de uma alternativa autorizada pela



Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e permite que o registro de todas as horas feitas a mais para desconto posterior.

A título de complementação do assunto, legalmente, essas horas devem ser usufruídas em até 6 meses. Caso contrário, serão pagas em espécie, como horas extras, com acréscimo de 50% do valor, mas essa não é uma opção válida ao hospital que adere ao sistema de banco de horas a ser gozado dentro de um espaço de tempo. <https://www.migalhas.com.br/depeso/241406/contratos-de-trabalho-medico--informacoes-relevantes-e-cuidados-necessarios>

Noutro giro, foi questionado na pesquisa o recebimento dos adicionais de insalubridade e periculosidade.

Isto porque aos médicos e demais profissionais de saúde é garantido o direito ao adicional de insalubridade devido à exposição a agentes biológicos (vírus e bactérias, por exemplo) e doenças infectocontagiosa.

A Norma Regulamentadora nº 15 (NR 15) da portaria n.º 3214/78, prevê o grau de insalubridade (40% para insalubridade de grau máximo, 20% para grau médio e 10% para grau mínimo) e a CLT dispõe o adicional de periculosidade de 30% do salário base. (FONTE: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/ctpp/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-15-anexo-14.pdf>)

Já o adicional de periculosidade é de 30% sobre o salário base e é devido quando coloca a vida do empregado em risco. Com base no artigo 200, inciso VI, da CLT, o Ministério do trabalho estendeu, por meio da Portaria nº. 3.393/87, aos profissionais que estão expostos a radiação ionizante o adicional de 30% de periculosidade do salário base (súmula vinculante nº 4 STF e Sumula nº. 228 TST definem o salário base para cálculo do adicional ou outro salário mais vantajoso fixado em instrumento coletivo. Fonte <https://www.tst.jus.br/-/sumula-228-nova-redacao-foi-publicada-hoje>).

O adicional de insalubridade pode variar conforme o grau. A concessão ou não do adicional e a verificação do grau aplicável, é realizado no Hospital pelo SESMT (serviço Especializado de Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho) a partir de avaliação técnica e laudo. Com o laudo técnico, haverá a fixação do grau de insalubridade para cada função desempenhada no serviço e, uma vez verificado em qual grau a categoria se enquadra, todos daquela categoria irão receber o adicional na porcentagem preestabelecida.

Portanto, qualquer falta de padronização no pagamento do adicional de

insalubridade para a mesma categoria estará irregular. Por exemplo, se um enfermeiro trabalhar nas mesmas condições de um médico e o laudo pericial apontar o mesmo grau de insalubridade para ambos, fixados em 20%, o Hospital não poderá pagar um enfermeiro 20% de adicional e para o médico 40% ou a um médico 20% e a outro médico 40%.

Quanto a possibilidade de percepção cumulativa desses dois adicionais existe uma proibição legal expressa, mesmo diante de fatos geradores distintos, sendo conferido ao empregado o poder de decisão pela opção do recebimento do adicional que lhe convir. Tal entendimento é tema pacífico nos Tribunais Superiores do Trabalho sob a tese jurídica de que o artigo 193, § 2º da CLT foi recepcionado pela CF que veda a referida cumulação e determina que o pagamento cumulativo de ambos os adicionais viola o artigo 7º, inc. XXIII da CF. (Fonte: Julgados TST <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/busca?q=cumula%C3%A7%C3%A3o+dos+adicionais+de+insalubridade+e+periculosidade>)

A partir da análise das respostas, pode-se observar que a maioria recebe insalubridade, variando o acréscimo de 20 % aos profissionais das áreas técnicas e administrativas do Bloco cirúrgico e de 20% a 30% aos médicos e enfermeiros.

Houve uma divergência na pesquisa, pois os resultados obtidos apontaram que alguns participantes recebem dois adicionais e outros recebem apenas um. Após avaliação das respostas foi constatado que não se trata de cumulação de adicionais, mas ao fato daqueles funcionários possuírem duplo vínculo, um com Estado (HCRP) outro com a FAEPA.

Assim, por serem instituições com naturezas distintas e contratos diversos, o adicional é devido e não configura cumulação. Ocorre que, alguns funcionários que possuem duplo vínculo recebem o adicional referente a cada contrato pactuado, enquanto outros, que também possuem duplo vínculo, relataram no questionário o recebimento apenas de um adicional, o adicional de insalubridade.

Retornando um pouco no assunto já discutido em tópico anterior (referente à gestão da FAEPA junto ao Hospital das Clínicas), pontua-se o cuidado que deve existir na separação de cada uma das figuras contratantes, de modo a não fundir suas atividades e caracterizar uma manobra para atos irregulares, principalmente na esfera trabalhista.

Desta forma, no caso de contratações distintas, ou seja, por pessoas distintas, o recebimento de dois adicionais não se trata de cumulação e sim de direitos de naturezas diversas, mesmo se incorrer no mesmo fato gerador.

Em contrapartida, é vedado o recebimento de dois adicionais (insalubridade e periculosidade ou dois de insalubridade) ao funcionário que é contratado para apenas uma instituição, com um único vínculo (FAEPA ou HC).

Em suma, os empregados que se enquadram nas mesmas condições legais previstas para o desempenho de sua função, deverão receber dentro do critério de isonomia, sem haver uma provocação do judiciário ou uma reivindicação no RH da instituição para readequar valores. Essa padronização nos adicionais é prevista em lei e tem aplicação prática independente de pleito prévio.

Oportuno reforçar que se já houve algum julgado beneficiando um profissional, a coisa julgada se aplica igualmente aos demais funcionários que se enquadram nas mesmas condições, sendo, portanto, necessário o ajuste pela instituição, pois, do contrário, a instituição regulariza recebimento dos adicionais apenas aos funcionários que recorreram a instâncias superiores para garantir seus direitos, que teoricamente deveriam ser feitos pelo próprio setor responsável.

A partir das informações colhidas, para o desfecho nesse tópico da pesquisa, duas hipóteses foram ventiladas:

- **A uma:** Há uma falta de informação em relação ao recebimento dos adicionais, por parte de alguns participantes. O que não parece proceder, mas é uma hipótese;
- **A duas:** Não existe uma isonomia na concessão dos adicionais, com diferentes critérios de aplicação por parte da Instituição para funções semelhantes. Não havendo padronização de aplicabilidade para as categorias dos serviços desenvolvidos, tanto nas porcentagens aplicadas como nos critérios para a concessão dos adicionais.

### **Análise da resposta da Pergunta 11**

As respostas determinam a motivação dos pesquisados nos serviços desempenhados no seu ambiente de trabalho. **Motivação e produtividade no trabalho: um estudo de caso na empresa tabacaria e presentes. Jucinara fagundes figueiredo**  
<https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/721/2/20000594.pdf>

Segundo entendimento de Robbins (2002, p.151) quanto ao tema proposto, motivação é “o processo responsável pela intensidade, direção e persistência dos esforços de uma pessoa para o alcance de uma determinada meta” (ROBBINS, 2002).

Portanto, o indivíduo motivado é aquele que busca atingir resultados definidos e que atendam as suas necessidades, tornando esse indivíduo mais produtivo e satisfeito com o ambiente organizacional.

Existem várias formas de motivação, **as intrínsecas** (a natureza do trabalho em si e o que ele representa para o empregado, suas conquistas, o bem-estar de executar aquela função, etc.) e as **extrínsecas** (a atividade é realizada para uma finalidade, recompensa material ou social, por exemplo, e não pela satisfação pessoal).

A questão número 11 realizada no questionário avaliou: Você se sente motivado com seu trabalho? Qual é o seu grau de motivação no trabalho? Qual a sua sugestão para aumentar o incentivo no ambiente de trabalho?

A pesquisa determinou que 31 dos participantes se encontram razoavelmente satisfeitos com o trabalho e os outros 12 participantes atribuíram a sua satisfação aos fatores intrínsecos, o amor a profissão e tudo o que ela representa para eles e o fato deles trabalharem em um hospital do porte do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, que atende inúmeros casos de alta complexidade, que possibilita grandes experiências e um vasto conhecimento ao profissional da saúde em sua área de atuação.

De um modo geral, a insuficiência numérica de profissionais das diversas áreas atuantes no Bloco e a escassez de recursos dificulta o funcionamento do serviço e faz com que o profissional compense essas faltas, trabalhando no seu limite. Isso causa desânimo e consome energia.

A pesquisa de campo observacional trouxe um aspecto valioso: não é interessante para o serviço a rotatividade de profissionais. Isso dificulta a formação de equipes especializadas para executar determinados serviços, principalmente aqueles de alta complexidade, além de inviabilizar a dinâmica do serviço pelo entrosamento da equipe.

A falta de permanência dos funcionários se dá justamente a partir do momento em que o funcionário perde por completo a sua motivação e a credibilidade pela instituição. Seria muito mais interessante que a Instituição valorizasse o seu profissional com políticas organizacionais coesas que viabilizassem a permanência do empregado no serviço.

Existe pelo profissional um reconhecimento pela importância da instituição, mas a falta incentivo da instituição no profissional, falta a implementação de uma rotina

coerente para o seu bom funcionamento, além da ausência de melhorias efetivas no serviço são situações que desmotivam os funcionários.

Por diversas vezes, durante a pesquisa de campo, as justificativas para os problemas foram: “não tem muito o que fazer, isso é questão de política pública” ou “os recursos são limitados porque dependemos do Estado”.

De fato, essa é uma realidade no serviço público brasileiro, mas isso não pode ser um discurso generalizado para justificar a inércia por medidas outras que estão ao alcance dos gestores e que trariam bons resultados para a Instituição. É preciso abandonar esse discurso e agir conforme as possibilidades.

Para isso, o Hospital disponibiliza um apoio paralelo de uma pessoa jurídica de direito privado (FAEPA), justamente com o objetivo de viabilizar os serviços burocráticos do ente público e facilitar a administração dos interesses da instituição.

- **Análise grupo de respostas das perguntas 12 a 16**

Esse grupo de perguntas se direcionou para as questões envolvendo o processo de trabalho do Bloco cirúrgico, sua organização, estruturação, relações entre pessoas e grupos, dificuldades no serviços e estrutura física.

Nesse ponto do trabalho, a melhor alternativa para visualizar as respostas apresentadas pelos participantes fazer uma divisão de acordo com os tópicos propostos. Vejamos.

**1) Organização/estrutura do serviço do Bloco:**

- Dificuldade de finalizar os serviços dentro do horário previsto, pois o procedimento ultrapassa o horário do fim do expediente e não tem equipe que faz o turno vespertino para substituir o profissional que já iniciou o procedimento.
- Falta de profissional para substituir os funcionários para a intrajornada de almoço e fim de jornada. Ademais, pela falta de pessoal nos serviços do bloco cirúrgico, muitos profissionais desempenham funções diversas da sua para evitar que o serviço fique parado.
- Desorganização do fluxo de pacientes.
- Rotatividade de funcionários o que limita a formação de equipes.
- Problema de logística na organização de recepção no centro cirúrgico.

- Ausência de política de gestão.
- Falta de funcionário de área de apoio e em todos os outros setores.
- Limitação do horário de funcionamento do banco de sangue
- Falta otimização do agendamento cirúrgico.
- Falta de formação de equipes dedicadas e especializadas
- Falta de remuneração diferenciada por complexidade, por especialidade, por produção e por resultado.
- Falta de coordenação profissional dedicada.
- Falta de reuniões intraequipes, equipes multiprofissionais regulares e periódicas.
- Falta de um processo de acreditação hospitalar efetiva.
- Necessidade de reuniões com a chefia para ajustar pontos conflitantes e informar as atualizações.
- Falta de organização na comunicação dos serviços do bloco, desde o paciente não estar pronto para a cirurgia, atrasando o seu preparo, até no pós-operatório que, por não haver leito, acontece do paciente permanecer no bloco cirúrgico até vagar um leito, atrasando as demais cirurgias agendadas para aquela sala.

## **2) Relações interpessoais**

- Dificuldade de entrosamento entre as equipes
- Distanciamento dos gestores em relação aos executores.
- Falta de fiscalização da chefia em relação a funcionários acomodados que sobrecarregam os demais.
- Falta de comprometimento de alguns funcionários.
- Falta de humanidade na assistência ao paciente.

## **3) Dinâmica do serviço e situações burocráticas**

- A burocracia se relaciona a compras de materiais e equipamentos e seus consertos. Sistema de compras e reposições muito lentos, assim como o sistema de manutenções.
- Não há uma pontualidade para iniciar a cirúrgica, demora na troca de sala.

- Demora no preparo dos pacientes e organização das salas cirúrgicas
- Frequentemente cirurgias complexas são realizadas apenas por médicos residentes, sem nenhum tipo de supervisão ou orientação, sem um médico contratado ou docente em sala responsável, prolongando sobremaneira o tempo das cirurgias.
- O sistema de informatização não é intuitivo e muito burocrático
- Inconsistência na formulação do mosaico de escalas. As escalas são organizadas a partir de um mosaico elaborado pelo gestor do bloco cirúrgico que, muitas vezes causa mudanças e divergências de informações.
- Dificuldade com a programação de compra de medicamentos e insumos.
- Atraso no preparo da sala, atraso na chegada do paciente no centro cirúrgico ou atraso na busca deles em unidades fechadas (UTI, UCO, UTIDO, etc).
- Excesso de regras para a entrada de funcionários, para recepção do centro cirúrgico, para encaminhamento de pós-operatório que culminam em burocracias que acabam atrasando o serviço.
- Existência de várias regras individualizadas com muitas exceções para cada área, sem uma visão holística e integração de condutas e protocolos institucionais.
- Os enfermeiros, técnicos e servidores em geral (exceto médicos) tem exatos 5 minutos antes e até 5 minutos depois do horário do início da jornada de trabalho do funcionário (nem um minuto a mais, conforme estabelecido pelo hospital), para bater o seu ponto. Isso gera uma fila enorme e o atraso dos serviços do bloco cirúrgico.
- Ocorre um atraso nos serviços nas trocas de plantões dos funcionários que acaba postergando para o próximo que irá assumir o serviço, gerando atrasos.

#### **4) Estrutura física do Bloco Cirúrgico:**

- Falta de material anestésico, principalmente material infantil, máscaras adequadas, Kits, baraka, que muitas vezes obriga o funcionário a adequar os materiais disponíveis.
- Falta de insumos e materiais adequados para comportar a demanda de cirurgias e falta de estoques.
- Ar condicionado não funciona e quando funciona fica gotejando o tempo todo na sala.
- Os corredores e salas são entulhados de equipamentos sem uso, com defeitos ou falta de manutenção.
- Infraestrutura defasada, tecnologia e equipamentos obsoletos e descontinuados.
- Existe apenas uma sala para atender urgência/emergência.
- Insumos de baixa qualidade por ser adquirido por pregão.
- Baixa qualidade de Hotelaria hospitalar: locais de acolhimento e conforto no Bloco.
- Arquitetura e espaço obsoleto para atual realidade.
- Falta de leito para pós-operatório.
- Atraso no material cirúrgico, atraso ou falta de hemo componentes no banco de sangue
- Dificuldade na circulação e transporte do paciente na maca pelo excesso de coisas e equipamentos nos corredores.
- Muitas vezes os pacientes pernoitam na recuperação anestésica, pois não tem leito na enfermaria. Necessidade de maior rotatividade maior de leitos da recuperação, abrindo mais leitos na enfermaria.
- Dificuldades conseguir leitos de UTI para pacientes cirúrgicos, principalmente na UTI pediátrica.
- Os serviços de limpeza do bloco cirúrgico deixam a desejar. Eles são desempenhados por empresa terceirizada e não existe uma fiscalização periódica. Não existe um critério de verificação de qualidade.
- Ar condicionado sem manutenção regular e sujos, assim como as lâmpadas e luminárias. É possível verificar manchas de sangue em locais mais altos nas salas de cirurgias.



- Necessidade de mais aparelhos para a realização de procedimentos corriqueiros (exemplos: ultrassom, laringoscópio, BIS, etc.).
- Equipamentos para RX destruídos e escassos.
- Muitos materiais faltam no estoque

### **Análise do grupo de respostas das perguntas 17 e 18**

O propósito dessas perguntas é avaliar possíveis atos de negligência ou irregularidade realizada no bloco presenciada pelo participante e definir qual foi a conduta tomada.

Além disso, foi questionado se o participante tem conhecimento de situações que coloquem em risco a vida dos participantes e dos funcionários.

Muitos afirmaram que já presenciaram várias situações irregulares, mas sem expor um caso específico.

Todavia, houve menção às seguintes ocorrências:

*“Falta de checagem de material com cirurgia em andamento, fiz a notificação e encaminhamento ao comitê de ética”  
(participante x)*

*“presencie cirurgias contaminando material cirúrgico e utilizando esse material na cirurgia. Comuniquei o caso para a chefia e encaminhei ao comitê de ética do Hospital”  
(participante y)*

*“Já vi um funcionário escorregar” por causa de vazamentos no teto das salas durante as cirurgias que molham a sala.  
(participante z)*

*“ocorre o atraso proposital de procedimento para não entrar o caso a seguir, utilizando de regras do centro cirúrgico”  
(participante w)*

“Falta de manutenção adequada dos equipamentos e falta de verificação dos níveis de oxigênio medicinal no início dos turnos. Já ocorreu de o estoque do oxigênio zerar enquanto vários pacientes estavam sob anestesia, por causa de um defeito na válvula que media o nível do oxigênio. A situação foi controlada com a atuação da equipe técnica, mas pacientes são colocados em

perigo quando não são adotadas as normas de segurança e quando há negligência”. (*participante K*)

“ existe apenas uma sala pronta e disponível para urgência, mas nenhuma para emergência. Em caso de emergência, o paciente tem que esperar uma sala vagar para ele ser operado e muitas vezes essa demora agrava o quadro do paciente”. (*participante n*)

Alguns participantes relataram que cirurgias complexas são realizadas pelo residente médico sem a presença de professor responsável e sem supervisão alguma durante o ato cirúrgico. A saber:

*“cirurgias são realizadas por residentes, que ainda estão em aprendizagem, sem a presença de um médico contratado ou docente em sala”*(*participante x*).

*“presenciamos a falta de preceptores de residentes. As condutas são iniciar o procedimento somente com a presença dos mesmos”* (*participante y*).

*“ o comunicado à diretoria do centro cirúrgico, mas continua do mesmo jeito. Se deixar de fazer a cirurgia o paciente será prejudicado. ”* (*participante z*)

*“frequentemente cirurgias complexas são realizadas apenas por médicos residentes, sem nenhum tipo de supervisão ou orientação, prolongando sobremaneira os tempos cirúrgicos”* (*participante k*)

*“Dificuldade de presença de staffs das áreas cirúrgicas”* (*participante w*)

*“alguns médicos deixam os residentes operarem sozinhos e assinam como se estivessem presentes”*. (*participante n*)

O estudo apontou para os seguintes resultados:

- 1) De um modo geral, os participantes sabem quais procedimentos devem ser seguidos diante de um ato irregular e por vezes, executam a conduta correta, encaminhando uma notificação aos superiores responsáveis para as medidas cabíveis.
- 2) Alguns pontos que foram obtidos pelo questionário reforçam a necessidade na organização do serviço com o registro fiel aos atos executados nas cirurgias, para corrigir os vícios apresentados.

Um instrumento para o registro execução dos serviços em segurança é a “lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS e os procedimentos orientados pela OMS para nas cirurgias.

Com a aplicação desse material, disponibilizado pela OMS, será possível aplicar uma rotina segura no bloco cirúrgicos, com a verificação de itens simples e que minimizam os riscos cirúrgicos, desde os procedimentos pré-cirúrgicos até o pós-cirúrgicos

(Fonte:[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_cirurgias\\_seguras\\_guia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_guia.pdf) Aliança mundial para a segurança do paciente.**segundo desafio global para a segurança do paciente cirurgias seguras salvam vidas**).

O objetivo dessa padronização é verificar itens importantes durante todo o ato cirúrgico, desde a chegada do paciente ao Bloco até o seu pós-operatório e evitar ocorrências que poderão ser fatais.

Na fase pré-operatória deverá confirmar a obtenção do consentimento informado com a devida assinatura do paciente e/ou responsável (se necessário), conferir a identidade do paciente, o sítio a ser operado, a demarcação do local a ser operado e verificar se o procedimento que será realizado está correto, **fazer a verificação se os materiais e equipamentos necessários estão disponíveis em sala, verificar a segurança dos equipamentos** de anestesia e dos medicamentos e a existência e disponibilidade de exames diagnósticos bem como prontuário completo do paciente (anamnese e exame físico, avaliação pré-anestésica, etc.), conferir se houve o preparo adequado para a cirurgia, se o paciente possui alguma alergia conhecida, via aérea difícil ou risco de aspiração e risco de perda sanguínea > 500ml que necessite de reserva de

hemocomponentes e hemoderivados. Fonte: Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF – CPPAS. <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/51535/02.++Protocolo+de+Segurança+d o+Paciente+-+Cirurgia+Segura.pdf>

No Bloco cirúrgico, o condutor da lista de verificação deverá identificar todos os integrantes da equipe pelo nome e função de cada um e posteriormente, deverá efetuar uma revisão verbal dos itens antes que se inicie a incisão cirúrgica. Fonte: Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF – CPPAS. <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/51535/02.++Protocolo+de+Segurança+d o+Paciente+-+Cirurgia+Segura.pdf>

Caberá ao condutor confirmar com os médicos (cirurgiões e anestesistas) as seguintes informações: se há riscos graves e presença de possíveis complicações relacionadas as condições do paciente (problemas cardíacos ou pulmonares, distúrbios hemorrágicos, comorbidades, dentre outros) ou outra situação específica do paciente que mereça especial atenção, bem como a administração de antimicrobianos profiláticos no paciente. Fonte: Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF – CPPAS. <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/51535/02.++Protocolo+de+Segurança+d o+Paciente+-+Cirurgia+Segura.pdf>

Com a equipe de enfermagem, deverá contatar as condições de esterilização dos materiais cirúrgicos e também a disponibilidade dos materiais e suas reservas e conferir as condições de funcionamento dos equipamentos para a cirurgia, esses fatores são determinantes para dar prosseguimento ou não a cirurgia.

Antes de finalizar a cirurgia, a equipe fará a contagem dos instrumentos, materiais, compressas, gazes e agulhas utilizados com a confirmação final pelo circulante ou instrumentador e confirmar a identificação ou rotulagem dos espécimes cirúrgicos com as indicações orientadores (nome completo do paciente, data de nascimento, descrição da amostra, data da coleta e registro do paciente).

Ao final da cirurgia, o condutor irá registrar todo o andamento cirúrgico, os procedimentos realizados e demais orientações pós-operatórias. Fonte: Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF – CPPAS. <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/51535/02.++Protocolo+de+Segurança+d o+Paciente+-+Cirurgia+Segura.pdf>

o+Paciente+-+Cirurgia+Segura.pdf .

As considerações relevantes do paciente advindas do procedimento, as necessidades especiais ou cuidados com o paciente ou alguma intercorrência durante o ato, precisam igualmente ser registradas em seu prontuário.

Verificada qualquer irregularidade, a cirurgia deverá ser suspensa. Da mesma forma, diante da constatação do funcionamento inadequado de equipamento ou problemas que precisam ser sanados, isto deverá ser relatado na lista de verificação e notificados formalmente pela equipe para a gestão do centro cirúrgico.

Por fim, a título de complementação, o ideal seria que todos da equipe que estiveram presentes no procedimento cirúrgico assinassem a lista de verificação após a leitura dos registros efetuados e, em caso de omissão ou observação pertinente, houvesse um campo específico para essa função.

Se a lista de verificação for seguida item por item, de forma criteriosa, muitos problemas levantados no questionário serão evitados, tendo em vista que haverá a revisão prévia e o registro de todas as ocorrências durante o ato cirúrgico para providências posteriores.

Fonte: Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF – CPPAS.  
<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/51535/02.++Protocolo+de+Seguranca+d+o+Paciente+-+Cirurgia+Segura.pdf> .

### 3) Outro fato obtido pela pesquisa e que merece destaque e necessitam de abordagem especial é **a obrigatoriedade de cirurgia assistida**

Uma informação importante despertada com a pesquisa pelos participantes das diversas áreas atuantes no bloco, foi em relação a ausência de um professor responsável e com experiência na condução do procedimento cirúrgico junto ao médico residente na área cirúrgica.

Os participantes alertaram para o aumento na possibilidade de cometimento de erros com consequências danosas ao paciente e até o seu óbito, já que o residente, apesar de médico, está em um curso de especialização para aprender técnicas novas, o que justifica a necessidade da orientação técnica de um responsável e a imprescindibilidade da sua presença física.

A falta do professor durante a cirurgia acarreta um aumento considerável do tempo cirúrgico devido a inabilidade técnica do residente, associada a necessidade de agir

por conta própria. Por óbvio, mesmo em situação de aprendizado, uma vez auxiliado, o residente desempenhará melhor o procedimento e de forma mais precisa e objetiva.

A Resolução Nº 48, de 28 de junho de 2018, dispõe sobre a Matriz de Competências dos Programas de Residência Médica em Cirurgia Geral e do Programa de Pré-requisito em Área Cirúrgica Básica no Brasil, determina, que O programa de residência médica em cirurgia geral tem duração de três anos e é pré-requisito indispensável para o ingresso nas especialidades de: Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Urologia, Cirurgia Torácica, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Pediátrica e Cirurgia Coloproctológica. Fonte: <http://portal.mec.gov.br/docman/dezembro-2018-pdf/104051-resolucao-n-48-de-28-de-junho-de-2018-diario-oficial-da-uniao-imprensa-nacional/file>

Diante disso, não restam dúvidas de que os médicos residentes da área cirúrgica, são graduados em medicina, possuem registro no Conselho Regional de Medicina e após a conclusão da especialidade de cirurgia geral estão capacitados para efetuar os procedimentos cirúrgicos sem supervisão.

Porém, como não existe uma especificação em relação a qual fase ou etapa da especialização ou em quais procedimentos o residente poderá agir sem a presença do preceptor, a ausência do professor durante o ato configura em omissão e negligência médica. Inclusive, tanto o residente quanto o preceptor estão passíveis de responder ética e judicialmente pelos atos médicos por eles cometidos, na esfera civil e também criminal (dependendo do caso).

O residente de cirurgia geral é médico, mas ele se encontra no processo de especialização, logo os seus procedimentos deverão ser sempre assistidos pelo preceptor até a sua conclusão. Concluída essa etapa o médico se intitula cirurgião geral, capaz de realizar cirurgias, o que não significa que ele possua um vasto conhecimento de técnicas específicas empregadas em determinadas áreas, por isso a necessidade de se subspecializar.

Assim, em relação ao residente de subespecialidade cirúrgica (Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Urologia, Cirurgia Torácica, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Pediátrica e Cirurgia Coloproctológica), haverá casos em que, mesmo com conhecimentos cirúrgicos, por ser o procedimento muito específico e conforme a área de atuação, o preceptor será sempre necessário até a conclusão.

Como não existe norma que define quais os casos em que o residente pode ou não

atuar sem o preceptor, mesmo tendo titulação médica, o programa de residência médica insere o médico residente em um processo de ensino-aprendizagem e o coloca na posição de alguém que está adquirindo conhecimentos técnicos para tornar-se especialista.

Nesse contexto, o objetivo principal da residência médica não é a assistência propriamente dita, mas educacional e científico, por esse motivo, a orientação assistida pelo preceptor no ato cirúrgico é condição legalmente imposta.

O artigo 1º da Lei n 6.932, de 7 de julho de 1981 (dispõe sobre as atividades do médico residente) prevê em seu texto normativo:

“Art. 1o A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”. Fonte: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6932compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6932compilado.htm)

Nesta esteira, a Lei define a responsabilidade do preceptor em orientar e supervisionar os médicos residentes que estão sob supervisão, através de sua experiência e conhecimentos na condução do processo de aprendizagem, prevenindo ao máximo danos ao paciente.

Uma vez presente no ato cirúrgico, com as intercorrências, o preceptor irá assumir a sua posição como médico principal sempre que tal medida se faça necessária para a segurança do paciente e, ainda, poderá ensinar o residente em como agir naquela situação.

De acordo com preceitos legais, a cirurgia jamais poderia realizar caso o preceptor não esteja presente auxiliando o residente, devendo, inclusive, constar na lista de verificação essa informação para as providências cabíveis.

Segundo informações colhidas, essa questão já foi comunicada diversas vezes aos superiores e, durante um período algumas medidas foram tomadas, mas após um prazo, verifica-se o retorno dos antigos hábitos no ambiente hospitalar.

Quando a cirurgia prossegue, mesmo nessas condições, outra irregularidade ocorre, pois há uma certa “condescendência” daqueles que deram continuidade na cirurgia, haja vista que, a conduta correta seria a sua suspensão da cirurgia até a presença do preceptor.

Para complementar a questão, o parecer CFM nº 23, de 17 de junho de 2015 reforça a importância do preceptor de acompanhar de perto as atividades inerentes à especialidade e desenvolvidas pelo Médico residente durante o aprendizado e coibe a

atuação do preceptor em mais de um paciente ao mesmo tempo e também realizar procedimentos simultâneos em pacientes distintos em hipótese alguma, sob pena de colocar em risco a segurança do paciente.

### **Análise das respostas das perguntas 19, 20 e 21**

Nesse grupo o foco é saber se os funcionários têm conhecimento se o Hospital possui regimento interno, Códigos de ética, regimento normativo ou Normas de funcionamento do bloco cirúrgico e se eles possuem acesso a esses documentos.

De igual modo, busca informar se o profissional conhece a legislação aplicada à sua área de atuação ou outras legislações dos serviços de saúde.

Cabe registrar, antes de dar início aos resultados, que o Hospital das Clínicas possui: a) um Código de Ética (PORTARIA HCRP Nº 177/2014), b) Manual do Servidor, c) Regulamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo Decreto nº. 13.297, de 5 de março de 1979 (que determina a estrutura do Hospital, os serviços e suas competências), d) Regimento Interno do Centro Cirúrgico (Portaria HCRP n. 257/2014), e) regulamentos da residência médica e da residência multiprofissional e f) Regimento Interno da FAEPA. Todo esse arcabouço normativo se encontra disponível e aberto ao público no site do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, no ícone: Hospital → Leis/regulamentos, exceto o Regimento Interno do Centro cirúrgico que não está disponibilizado no site da instituição. No site da FAEPA é possível verificar o ícone de regimento na página principal. (Fontes: <https://site.hcrp.usp.br/leis-regimentos/> e <https://faepa.br>)

Ato contínuo, o interesse fundamental nesse grupo pela pesquisadora é verificar a importância que as normas desempenham nesse ambiente de trabalho, a sua operacionalidade prática, a sua publicidade e o treinamento dos profissionais para a sua execução.

De todos os participantes, as respostas caminharam no seguinte sentido:

Cinco participantes deixaram as respostas em branco e sete participantes não responderam se possuem ou não acesso ao regimento interno do Bloco cirúrgico.

Três participantes não souberam distinguir os atos normativos objetos das discussões por falta de conhecimento técnico.

Foram constatadas muitas críticas elaboradas pelos participantes em relação a divulgação das normas e a dificuldade de acesso e informação normativas.



Em relação a legislação aplicada a área da saúde, a maioria, em algum momento e de alguma forma, teve contato com esse conteúdo, seja por meio dos cursos de graduação ou para capacitação e formação técnica.

Apesar das normas e regramentos existirem, o seu acesso depende do interesse do funcionário.

Como desfecho, a pesquisa apontou que ocorre uma grande oscilação no que se refere a importância do conhecimento ou de informação quanto às normas que regem o ambiente de trabalho. Isso tem um forte impacto no serviço desenvolvido, seja na qualidade como na segurança.

Aparentemente, a olho nu, esse composto de leis se traduz em um apanhado de normas sem sentido, ante o vazio de sua aplicação cotidiana. Contudo, são as normas que têm o condão de evitar o caos e de trazer dispositivos capazes de colocar ordem e equilíbrio nas relações e nas condutas.

#### **Análise do oitavo grupo de respostas. Perguntas 22, 23 e 24**

Esse último grupo está direcionado às condutas de gestão do Bloco cirúrgico, mais precisamente em entender como funciona o acesso entre os funcionários e os seus superiores e se as questões reportadas por eles são atendidas, informar se existe uma pesquisa de satisfação ou sugestão de melhoria dos serviços entre funcionários e usuários e, por fim, o apontamento dos pontos positivos e negativos a partir da concepção do funcionário, e o brainstorming para a sugestão de melhoria para o serviço.

- **Em relação ao acesso dos funcionários aos superiores e obtenção de respostas aos seus questionamentos, a pesquisa trouxe as respostas doravante descritas:**

O acesso é fácil, direto e verbal e se faz na pessoa do gestor do Bloco, que é o responsável para resolver tais questões, exceto as questões que fogem de sua competência e que demandam o conhecimento e resolutividade em instâncias superiores. Nesse caso, é o gestor que fará essa ponte e trará as respostas aos funcionários.

O acesso entre é através das direções, desta forma a comunicação até as chefias superiores são lentas. Ex. auxiliar de enfermagem reporta o problema ao enfermeiro, este ao diretor, que irá reportar à divisão de enfermagem e esta à superintendência.

Quando o acesso independe de outras esferas estando condicionadas apenas a direção do Bloco Cirúrgico, o retorno é positivo, mas quando as providências necessárias vão além da direção do Bloco, o retorno demora ou é negativo.

Foi apresentada por um participante uma situação levada ao diretor do Centro cirúrgico referente a realização de cirurgia longa em horário já avançado e que, inevitavelmente, iria ultrapassar muito o fim da jornada de trabalho (19 horas). Não foi estipulada uma conduta padrão para a situação, empasse corriqueiro no bloco, deixando a critério do funcionário realizar ou não a cirurgia.

Primeiro é passado para a sua chefia imediata e ela repassa aos superiores. Difícil o acesso e contato com a direção.

De um modo genérico, as respostas foram:

Sem retorno positivo. 12 participantes

Nível de resolutividade: Bom 11 participantes

Já houve respostas positivas e negativas: 10 participantes

Nunca precisei: 10 participantes

- **Quanto a existência de pesquisa de satisfação ou sugestão de melhoria dos serviços entre funcionários e usuários, as respostas obtidas foram**

Um participante narrou que desde 2010 presenciou apenas uma vez e houve melhora em alguns aspectos das áreas de convivência.

Outros dois afirmaram que: a “única que me recordo foi uma pesquisa da FAEPA que resultou na disponibilização de um plano de saúde positivo para os funcionários. Em relação ao Hospital, não me recordo”.

Daqueles que responderam essa pergunta, a maioria dos participantes alegaram que desconhecem qualquer tipo de pesquisa com essa finalidade e nunca presenciaram nenhuma desde que trabalho no Hospital das Clínicas.

## 5.2 Perfil dos entrevistados

As primeiras perguntas do questionário se refere a coletadas das informações em relação ao perfil dos entrevistados, dispostos na sequência:

## **TAMANHO AMOSTRAL: 43 PARTICIPANTES**

- **SEXO : Feminino – 22 participantes**

### **Masculino – 21 participantes**

- **ÁREAS DE ATUAÇÃO:** Enfermagem (4 participantes), Médicos da especialidade anestesiologia (14 participantes), Médicos da especialidade cirúrgica (13 participantes), Técnicos em enfermagem (10 participantes) e Setor administrativo (2 participantes).
- **PERFIL ETÁRIO DOS PARTICIPANTES -** 30 a 39 anos (9 participantes), 40 a 49 anos,(19 participantes); 50 a 59 anos (11 participantes); 60 a 70 anos (4 participantes).

## **6 - CONCLUSÃO**

Os resultados apontados para o trabalho ocorreram a partir da perspectiva dos funcionários que atuam no Bloco Cirúrgico do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo da Ala SUS, com o preenchimento de um questionário elaborado em categorias temáticas para avaliação do serviço como um todo.

Foi possível identificar que no ambiente do Bloco Cirúrgico não existe uma cultura interna de valorização normativa, assim como não existe um código de condutas acessíveis a todos que exercem suas atividades. Isso foi possível concluir a partir da falta de conhecimento pelos participantes em relação a esses documentos.

A falta desse código de condutas tem um impacto direto dos serviços realizados no Bloco, pois além dele definir as condutas éticas, ele também cria padronização de condutas na forma de executar os serviços, bem como determina as sanções impostas no seu descumprimento.

Tal documento serve para nortear as atividades e evitar a reincidência de condutas impróprias aos serviços ou até mesmo para expor o funcionamento de alguma situação específica.

É claro que esse documento somente sairá do papel e trará eficácia plena, caso ele tenha aplicação prática, com sua publicidade e treinamento.

Há ainda questões muito pontuais envolvendo direitos trabalhistas que além de interferirem nos fatores motivacionais dos seus prestadores de serviços, implica em

potenciais demandas judiciais e desatenção a princípios Constitucionais fundamentais.

Não há que se olvidar que a falta de organização nos agendamentos cirúrgicos dão ensejo a constância de jornadas extras pelos profissionais e também impactam nas intrajornadas dos funcionários, que se veem obrigados a prestar os serviços sem períodos de intervalo do almoço.

Essas situações exigem uma previsibilidade normativa alinhada a gestão dos serviços do Bloco cirúrgico de modo a se organizar para garantir os direitos dos trabalhadores.

Ademais, deve existir também uma padronização na aplicação dos adicionais de periculosidade e insalubridade aos funcionários que desempenham iguais funções em iguais condições de trabalho.

Uma outra situação que deve ser coibida no bloco cirúrgico é a realização de cirurgias pelos médicos residentes desassistidas de um médico responsável inclusive com a previsão expressa de normas impedindo a realização das cirurgias nessas circunstâncias, pois isso acarreta responsabilidade civil ao hospital e aos envolvidos.

Para as situações que envolvam as condutas cirúrgicas, uma sugestão seria implementar a lista de verificação da cirurgia segura padronizada, seguindo passo a passo das instruções estabelecidas no pré e pós cirúrgico, registrando nessa documentação todos os fatos ocorridos antes, durante e após a cirurgia, inclusive as irregularidades (caso haja).

Essa documentação deverá ser encaminhada a um setor responsável do Bloco Cirúrgico para registro de intercorrências e conduzir os resultados conforme as normas de condutas. Ademais, essa documentação auxilia o gestor a detectar os problemas e a necessidade de melhorias no serviço.

Por fim, por se tratar de um Hospital Público, O Hospital das Clínicas é referência na prestação do serviço proposto, excelência no ensino e pesquisa, e por esse motivo, poderia existir um maior investimento na capacitação técnica dos profissionais do bloco cirúrgico, invertendo em pesquisas e ensinamentos periódicos aos funcionários do setor.

Portanto, o trabalho se direciona para o alinhamento das práticas cotidianas do bloco Cirúrgico, como forma de definir normas coesas e com aplicabilidade prática para a padronização de condutas e prevenção de riscos e falhas.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

ANDRADE, Adriana; ROSSETTI, Jose Paschoal, disponível em:

<https://www.ussc.gov/guidelines/archive/1987-federal-sentencing-guidelines-manual>

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

ANDRADE, Rui Otávio Bernardes de. **Teoria geral da Administração**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Ed. Revista e ampliada. São Paulo: Edições 70; 2016.

Brasil. Tribunal de Contas da União. Manual de gestão de riscos do TCU / Tribunal de Contas da União. – Brasília : TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão (Seplan), 2020. 46 p.: il.  
[https://portal.tcu.gov.br/data/files/46/B3/C6/F4/97D647109EB62737F18818A8/Manual\\_gestao\\_riscos\\_TCU\\_2\\_edicao.pdf](https://portal.tcu.gov.br/data/files/46/B3/C6/F4/97D647109EB62737F18818A8/Manual_gestao_riscos_TCU_2_edicao.pdf).

**BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)**

BRASIL Lei. 9.613/1998 (Lei da Lavagem de Dinheiro), Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9613.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9613.htm)

BRASIL. Lei nº. 12.683/2012 disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Lei/L12683.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12683.htm)

BRASIL Lei nº. 12.846/2013, disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12846.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12846.htm)

BRASIL. Decreto nº. 8.420/2015. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/decreto/D8420.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/D8420.htm)

BRASIL. Decreto nº 11.129/2022 disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2022/decreto/d11129.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/decreto/d11129.htm)

**Lei nº 8.429/92**

**BRASIL. Decreto nº 1.171/94**

**BRASIL. Decreto nº 5.480/05**

**BRASIL. Lei Complementar nº 101/00 – Lei de Responsabilidade Fiscal**

**BRASIL. Lei nº 12.813/13**

**CHIAVENATO, Idalberto. Introdução à Teoria Geral da Administração. 6. ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2000.**

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria Geral da Administração.** Uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

COIMBRA, Marcelo de Aguiar; MANZI, Vanessa Alessi (Coord.). Manual de Compliance: preservando a boa governança e a integridade das organizações. São Paulo: Atlas, 201

COSTA. Fernando Medeiros Costa ; MEDEIROS, Nilton Carvalho Lima De. Elementos éticos no desenvolvimento do código de conduta para implementação de um programa de compliance.. Revista Brasileira de Direito Empresarial. | e-ISSN: 2526-0235 | Goiânia | v. 5 | n. 1 | p. 81 - 96 |Jan/Jun. 2019

Di Pietro, Maria Sylvia Zanella. Direito administrativo / Maria Sylvia Zanella Di Pietro. – 33. ed. – Rio de Janeiro: editora Forense, 2020.ISBN 978-85-309-8972-9 1. Direito administrativo – Brasil. I. Título.

FRANÇA, Genival Veloso de, 1935– Direito médico/Genival Veloso de França. – 12. ed. rev., atual. e ampl. – Rio de Janeiro: Forense, 2014. Inclui bibliografia ISBN 978-85-309-5216-7

**FREEMAN, R. E. Strategic management: A stakeholder approach. Boston: Pitman, 1984**

GAGLIANO, Pablo Stolze Gagliano; FILHO, Rodolfo Pamplona, Novo Curso de Direito Civil — Parte Geral, 2. ed., São Paulo: Saraiva, 2002, v. I, p. 462

GONÇALVES, José Antônio Pereira. Alinhando processos, estrutura e compliance à gestão estratégica. São Paulo: Atlas, 2012. MAEDA, Bruno Carneiro. Programas de Compliance anticorrupção: importância e elementos essenciais. In: DEBBIO,

**KELSEN, Hans, 1881-1973. Teoria Geral das Normas. Tradução de José Florentino Duarte, Proto Alegre, Fabris, 1986. 509 p.**

MÂNICA, Fernando Borges. Parcerias no setor da saúde. Enciclopédia jurídica da PUC-SP. Celso Fernandes Campilongo, Alvaro de Azevedo Gonzaga e André Luiz Freire (coords.). Tomo: Direito Administrativo e Constitucional. Vidal Serrano Nunes Jr., Maurício Zockun, Carolina Zancaner Zockun, André Luiz Freire (coord. de tomo). 1. ed. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/123/edicao-1/parcerias-no-setor-da-saude>

NEVES, Edmo Colnaghi, Compliance empresarial: o tom da liderança: estrutura e benefícios do programa, São Paulo, Trevisan editora, 2018

NUNES, Vidal Serrano; BASTOS, Juliana Cardoso Ribeiro, coordenadores. São Paulo: Verbatim, 2019) capítulo do livro O Regime Jurídico nos Hospitais - professor Fernando Aith.pdf NUNES, Vidal Serrano; BASTOS, Juliana Cardoso Ribeiro (Coords.). O regime jurídico nos hospitais. São Paulo: Verbatim, 2019.

PEREIRA, Maria I.; SANTOS, Sílvio A. **Modelo de Gestão: uma análise conceitual.** São Paulo: Pioneira-Thomson Learning, 2001.

ROMANOWSKI, Francielle N. de A.; CASTRO, Mariane Boaventura de; NERIS, Naysa Wink. **Manual de Tipos de Estudos, Anápolis, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/15586/1/MANUAL%20DE%20TIPOS%20DE%20ESTUDO.pdf>**

Ramos, Patrícia keiko, fraudes contábeis: análise dos grandes escândalos corporativos ocorridos no período de 2000 a 2012. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/51296/r%20-%20e%20-%20patricia%20keiko%20ramos.pdf?sequence=1&isallowed=y>

ROBBINS, 2002) S.P. **Comportamento organizacional**. 9.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

ROTSCH, Thomas. **Criminal Compliance in Theorie und Praxis des Wirtschaftsstrafrechts**. In: ROTSCH Thomas (Hrsg.). **Criminal compliance vor den Aufgaben der Zukunft**. Baden-Baden: Nomos, 2012. p. 3.

SINGH, Nitish; BUSSEN, Thomas J. **Compliance management: a how-to guide for executives, lawyers, and other compliance professionals**. Santa Barbara: Prager, 2015. p. 4.

SIQUEIRA, Jaime, Ferramentas da Criatividade Brainstorming (Disponível em: file:///Users/carol/Downloads/Material%20projeto%20Mestrado%20USP/Brainstorming.pdf).

STADLER, Adriano. **Introdução à Administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

STADLER, Adriano. **Gerenciamento econômico, técnico, administrativo e de pessoal**. Curitiba: Ed. IBPEX, 2004.

THIOLLENT, M. **Problemas de Metodologia**. In: FLEURY, A. C.; VARGAS, N. (Orgs.) *Organização do Trabalho*. São Paulo: Atlas, 1983, Cap. 3, pp. 54-83, *Metodologia da Pesquisa-ação*. 7ª. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

**VIEIRA, Fabíola Sulpino. DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: SEUS CONTORNOS, JUDICIALIZAÇÃO E A NECESSIDADE DA MACROJUSTIÇA**  
 Fabíola Sulpino Vieira Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990- ISSN 1415-4765 1.Brasil. 2.Aspectos Econômicos. 3.Aspectos Sociais. I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. CDD 330.908 [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD\\_2547.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD_2547.pdf) data de acesso 06/08/2022\



**WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, 22 (3): 429-445, 1992.**

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22(3):429-45. doi: 10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN. PMID: 1644507.

\_\_\_\_\_ <https://administradores.com.br/artigos/entenda-a-diferenca-entre-eficiencia-e-eficacia-de-uma-vez-por-todas>, acessado em: 13-08-2020;

\_\_\_\_\_ <https://revistaconsulta.com.br/stakeholders-area-saude-compliance>, acessado em: 05-11-2020;

\_\_\_\_\_ <https://michaellira.jusbrasil.com.br/artigos/112396364/o-que-e-compliance-e-como-o-profissional-da-area-deve-atuar>, acessado em: 05-11-2020.

\_\_\_\_\_ <https://clickcompliance.com/compliance-publico-principais-leis/>

\_\_\_\_\_ <https://www.faepa.br/Faepa/Objetivos> **Livro: O REGIME JURÍDICO NOS HOSPITAIS (FAEPA Objetivos)**

\_\_\_\_\_ <https://www.gov.br/cgu/pt-br/aceso-a-informacao/governanca/programa-de-integridade-da-cgu>

\_\_\_\_\_ [:https://cdn.cade.gov.br/Portal/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-do-cade/guia-compliance-versao-oficial.pdf](https://cdn.cade.gov.br/Portal/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-do-cade/guia-compliance-versao-oficial.pdf)

\_\_\_\_\_ <https://www.gov.br/cgu/pt-br/aceso-a-informacao/governanca/programa-de-integridade-da-cgu>

\_\_\_\_\_ [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_pacientes\\_seguras\\_guia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_pacientes_seguras_guia.pdf) **Aliança mundial para a segurança do paciente. segundo desafio global para a segurança do paciente cirurgias seguras salvam vidas)**

\_\_\_\_\_ <https://www.ussc.gov/guidelines/archive/1987-federal-sentencing-guidelines-manual>. Adriana; ROSSETTI, Jose Paschoal.

\_\_\_\_\_ <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/123/edicao-1/parcerias-no-setor-da-saude> acesso 03 de setembro de 2022

\_\_\_\_\_ Organisation for economic co-operation and development. *convention on combating bribery of foreign public officials in international business transactions*. dec. 7, 1997. disponível em: [http://www.oecd.org/daf/anti-bribery/convcombatbribery\\_eng.pdf](http://www.oecd.org/daf/anti-bribery/convcombatbribery_eng.pdf). Acesso em: : 17 fev. 2023

BRASIL Lei. 9.613/1998 (Lei da Lavagem de Dinheiro), Disponível em  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9613.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9613.htm)

BRASIL. Lei nº. 12.683/2012 disponível em

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Lei/L12683.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12683.htm)

## APÊNDICE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

**Título do Projeto de pesquisa:** “A APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE COMPLIANCE COMO FERRAMENTA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO NA GESTÃO DOS SERVIÇOS DO BLOCO CIRÚRGICO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO – UM ESTUDO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL QUALITATIVO”

**Pesquisadora Responsável:** CAROLINA VILELA BORGES JULIANO.

**Professor Orientador:** PROFESSOR DOUTOR JOÃO ABRÃO

**Objetivo:** COLETA DE DADOS

MS. Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado (a) para participar do Projeto de pesquisa intitulado “A aplicação do programa de compliance como ferramenta de prevenção e tratamento na gestão do serviço do Bloco Cirúrgico do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – um estudo observacional qualitativo Transversal”, de responsabilidade da pesquisadora Carolina Vilela Borges Juliano, aluna no curso de Mestrado profissional em Gestão de Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a supervisão do professor Doutor João Abrão.

Para maior entendimento do instituto abordado no trabalho proposto, o termo Compliance tem origem no verbo em inglês *to comply*, que significa agir de acordo com uma regra, uma instrução interna, um comando ou um pedido, ou seja, estar em “compliance” é **estar em conformidade com leis e regulamentos externos e internos**. (Conceito publicado por Michael Pereira de Lira. Fonte: <https://michaellira.jusbrasil.com.br/artigos/112396364/o-que-e-compliance-e-como-o-profissional-da-area-deve-atuar>).

Assim, a sua contribuição no questionário irá refletir em uma análise dos serviços prestados no Hospital das Clínicas a partir da sua visão do ambiente hospitalar e da sua realidade nas atividades do Centro cirúrgico. A partir disso, será possível desenhar estratégias para a melhoria do serviço e minimizar as possíveis falhas.

**Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Caso se sinta esclarecido (a) sobre as informações que estão neste Termo e aceite fazer parte do estudo, peço que assine ao final deste documento, em duas vias, sendo uma via sua e a outra da pesquisadora responsável pela pesquisa.**

Cabe mencionar que **um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionarem pesquisas em seres humanos que são realizadas na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes de pesquisa que se voluntariam a participar da mesma. O CEP do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto é localizado no subsolo do hospital e funciona de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00hs, telefone de contato (016) 3602-2228.**

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:**

**É IMPORTANTE CONSTAR QUE VOCÊ TEM O TOTAL DIREITO DE NÃO QUERER PARTICIPAR DA PESQUISA OU DESISTIR A QUALQUER TEMPO SEM NENHUM PREJUÍZO.**

**FICA ASSEGURADO AO ENTREVISTADO O DIREITO A RECUSA EM RESPONDER AS PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO QUE OCASIONEM CONSTRANGIMENTO DE QUALQUER NATUREZA.**

1. **O OBJETIVO DO TRABALHO:** realizar um estudo prático do serviço do bloco cirúrgico, com a coleta de dados nos serviços prestados pelos setores que o compõem, após essa coleta de dados, formular uma proposta preventiva e de tratamento no serviço como um todo.
2. **FINALIDADE DO TRABALHO:** o trabalho tem a finalidade de criar mecanismos para prevenir e tratar possíveis falhas no serviço e, como isso, fornecer um serviço mais adequado e seguros a todos.
3. **FORMATO DA PESQUISA:** A participação do entrevistado nessa pesquisa será fornecer dados, a partir de um questionário formulado de acordo com a sua experiência profissional e pessoal no ambiente hospitalar e, assim, contribuir para a análise e melhoria no Serviço de um modo geral.
4. Informamos que essa pesquisa **não representa nenhum risco à saúde dos envolvidos (diante da possibilidade de qualquer tipo desconforto ou constrangimento que as perguntas possam oferecer ao participante, é garantido o direito do participante em se abster das respostas ou desistir da pesquisa) e todos os cuidados em relação ao anonimato do entrevistado serão**

**garantidos.** Entretanto, caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da participação no estudo, os voluntários poderão pleitear indenização, segundo as determinações do Código Civil (Lei nº 10.406 de 2002) e das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

5. Os participantes **NÃO terão nenhuma despesa** ao participar da pesquisa e **também NÃO RECEBERÁ nenhum valor econômico pela pesquisa.**
6. O nome dos participantes **será mantido em sigilo, assegurando assim a sua privacidade**, e se desejarem terão livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, enfim, tudo o que queiram saber antes, durante e depois da sua participação.
7. **Os dados coletados** serão utilizados única e exclusivamente para fins desta pesquisa e **os resultados poderão ser publicados.**

Qualquer dúvida, pedimos a gentileza de entrar em contato com Carolina Vilela Borges Juliano, pesquisadora responsável pela pesquisa, no e-mail: carolvilelabjuliano@gmail.com.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, **maior, capaz**, declaro ter sido **informado (a) e concordo em ser participante** do Projeto de pesquisa acima descrito.

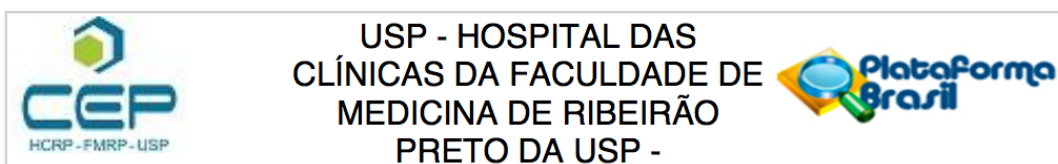
Ribeirão Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável

## ANEXO 1


**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**
**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE COMPLIANCE COMO FERRAMENTA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO NA GESTÃO DOS SERVIÇOS DO BLOCO CIRÚRGICO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO ¿ UM ESTUDO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL QUALITATIVO

**Pesquisador:** CAROLINA VILELA BORGES JULIANO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 58906022.8.0000.5440

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.522.289

**Apresentação do Projeto:**

Devido às contínuas mudanças sociais, culturais, tecnológicas, científicas, econômicas, ambientais e legais, as organizações de saúde necessitam adaptar-se a novos cenários para o fornecimento de seus serviços. Toda mudança gera uma necessidade de controle e adequação a padrões éticos, morais e legais pré-estabelecidos naquela realidade cultural.

Esse projeto se propõe a realizar um estudo transversal no qual aplicará a coleta de dados pela utilização de questionários, métodos de brainstorming junto aos funcionários e membros da equipe hospitalar atuantes em vários setores do Hospital e estudos comparados no mesmo seguimento em outras instituições.

Serão também utilizadas ferramentas de Compliance, métodos Swot e Ishikawa, ferramentas de gestão organizacional preventiva e de tratamento no ambiente hospitalar. A partir dos resultados obtidos pelos métodos acima descritos, as falhas pontuadas nas atividades do bloco cirúrgico serão analisadas em consonância com novas ideias propostas para um processo de reestruturação e desenvolvimento dos serviços relativos ao bloco cirúrgico do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, sejam em seus aspectos econômicos, tecnológicos e organizacionais, junto às normas de condutas institucionais pré-definidas e regulamentação prevista pela legislação pátria.

Como desfecho do projeto, a possibilidade de prevenir e tratar as falhas multisetoriais mapeadas a

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO

**Bairro:** MONTE ALEGRE

**CEP:** 14.048-900

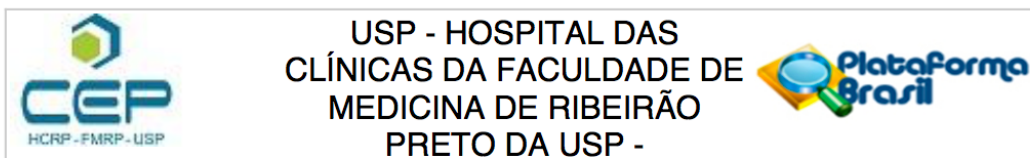
**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3602-2228

**Fax:** (16)3633-1144

**E-mail:** cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 5.522.289

partir dos dados colhidos em pesquisa de campo e, com isso, desenvolver um plano gerencial efetivo e eficaz na prestação do serviço no bloco cirúrgico do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, alinhado à preceitos normativos.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Geral

Aplicar o programa de "Compliance" para a prevenção e tratamento no planejamento estratégico, utilizando como meta proposta a prestação de um serviço com qualidade pautado em uma política de valores e estratégias assertivas para o crescimento e expansão dos resultados, a partir da aplicação do método SWOT e Ishikawa.

Objetivos Específicos

- a) Analisar o funcionamento do serviço do bloco cirúrgico como um todo, para o apontamento das possíveis falhas na execução dos serviços. Concluída essa etapa, realizar-se-á a reestruturação de cada setor atuante no Bloco Cirúrgico para a prevenção e tratamento do serviço.
- b) Definir um sistema gerencial, a partir de ideias, para a implementação de políticas e ações efetivas que garantam a oferta do serviço com qualidade e com base em princípios éticos e valores.
- c) Abordar alternativas viáveis, dentro da previsão orçamentária institucional para sanar carências observadas na funcionalidade do serviço, implementar organogramas de planejamento econômico e definir metas para o desenvolvimento do serviço com estudo de captação de recursos.
- d) Desenvolver o sistema de Compliance nos serviços do bloco cirúrgico, com base nos pilares do Programa de Compliance: Suporte da direção hospitalar, avaliação de riscos, código de conduta, controles internos, Treinamento e Comunicação, canais de denúncia, Investigação Interna e auditoria e monitoramento aplicado. Enfim, a possibilidade de prevenir e tratar as falhas multisetoriais mapeadas a partir dos dados colhidos em pesquisa de campo e, com isso, desenvolver um plano gerencial efetivo e eficaz na prestação do serviço no bloco cirúrgico do Hospital das clínicas de Ribeirão Preto, alinhado à preceitos normativos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

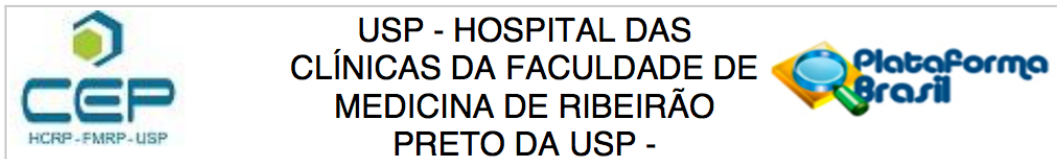
Riscos

Informa que não há risco à saúde dos envolvidos.

Reconhece possibilidade de desconforto ou constrangimento suscitados pelo questionário oferecido.

Benefícios somente à sociedade

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
**Bairro:** MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900  
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO  
**Telefone:** (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 5.522.289

A contribuição dos participantes poderá refletir em melhorias no serviço e redução de possíveis falhas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto tem relevância social, seu objetivo visa contribuir para melhorias de gestão e de resultados institucionais com adesão à preceitos éticos e normativos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Contém Folha de rosto com aprovação do Diretor da FMRP-USP.
- Informações básicas do Projeto, informa e especifica os documentos que serão consultados.
- O orçamento com recursos próprios foi apresentado com aprovação pela UPC.
- Declarações de concordância do Coordenador Clínico do bloco cirúrgico, do Coordenador e Supervisor das atividades assistenciais do bloco cirúrgico e a da UPC
- Projeto detalhado informa na metodologia que haverá coleta de dados por meio de questionários e consulta de documentos que estão especificados, sendo que não haverá consulta a prontuários médicos. Informa riscos aos participantes e benefícios à sociedade.
- TCLE

Orienta adequadamente, informa riscos e benefícios, permite o exercício da autonomia e garante a privacidade dos participantes.

**Recomendações:**

Não se aplica

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa Nova versão, modificada em 25 de junho de 2022, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Nova versão, modificada em 25 de junho de 2022, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

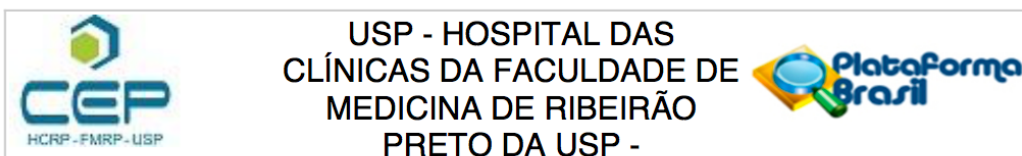
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

<b>Endereço:</b> CAMPUS UNIVERSITÁRIO			
<b>Bairro:</b> MONTE ALEGRE	<b>CEP:</b> 14.048-900		
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> RIBEIRAO PRETO		
<b>Telefone:</b> (16)3602-2228	<b>Fax:</b> (16)3633-1144	<b>E-mail:</b> cep@hcrp.usp.br	





Continuação do Parecer: 5.522.289

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1890468.pdf	01/07/2022 15:06:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoconsentimento.docx	01/07/2022 15:04:45	CAROLINA VILELA BORGES JULIANO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	prontoparecer.docx	30/06/2022 17:15:43	CAROLINA VILELA BORGES JULIANO	Aceito
Outros	cartaresposta.docx	29/06/2022 13:06:38	CAROLINA VILELA BORGES JULIANO	Aceito
Cronograma	cronogramagerenciamento.docx	23/05/2022 08:00:09	CAROLINA VILELA BORGES JULIANO	Aceito
Declaração de concordância	upccorrigida.pdf	23/05/2022 07:51:00	CAROLINA VILELA BORGES JULIANO	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	25/04/2022 13:40:53	CAROLINA VILELA BORGES JULIANO	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	18/04/2022 14:44:23	CAROLINA VILELA BORGES JULIANO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	18/04/2022 14:12:07	CAROLINA VILELA BORGES JULIANO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIBEIRAO PRETO, 12 de Julho de 2022

Assinado por:  
**MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**  
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900  
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br