CATALYSIS
HEALTHCARE SCHOOL

IDEIAS CATALYSADORAS · EFICIÊNCIA EM SAÚDE · ARTIGO DE TESE

Ineficiência é dano

ALTEMAR PAIGEL · FUNDADOR DA CATALYSIS · 2026

Um paciente chega ao hospital em jejum desde a noite anterior. Fez os exames, passou pela avaliação pré-anestésica e organizou a vida ao redor daquela data: pediu folga, arranjou quem cuidasse dos filhos, contou os dias. Às sete da manhã, alguém informa que a cirurgia não vai acontecer. Não houve piora clínica. O OPME não chegou. O material que seria implantado ainda estava com o fornecedor. O paciente volta para casa com a doença que trouxe e uma data nova, se houver.

Não registramos isso como dano. Registramos como cancelamento. O número entra na taxa do mês, o indicador é analisado na reunião de qualidade, alguém observa que subiu em relação ao trimestre anterior. Mas o atraso na entrega, que foi o que de fato tirou aquele paciente da mesa, quase nunca ganha destaque próprio e quase nunca ganha plano de resolução.

Começo por uma proposição de aparência administrativa: ineficiência operacional é um tipo de dano, com desfecho clínico e vítima identificável. Tratá-la como atrito de rotina, ou como linha de custo, desloca o problema para fora da clínica. O sistema a contabiliza como perda de produção, e o que entra na planilha de produção raramente vira investigação, quase nunca encontra responsável.

A BASE DA PIRÂMIDE

Maslow descreveu uma hierarquia das necessidades humanas. Sistemas de saúde têm a sua, e as camadas que a compõem não se substituem entre si. Na base está a eficiência operacional, que faz o cuidado certo chegar ao paciente certo no tempo certo. Vem a segurança, entendida como a garantia de que o cuidado que chega não cause dano. Depois dela, o time: quem entrega o cuidado precisa conseguir sustentar essa entrega ao

longo do tempo. O reconhecimento aparece quando o desempenho é medido, os resultados se tornam visíveis e as equipes se desenvolvem a partir deles. No alto fica o valor, isto é, a importância do que entregamos para quem recebe.

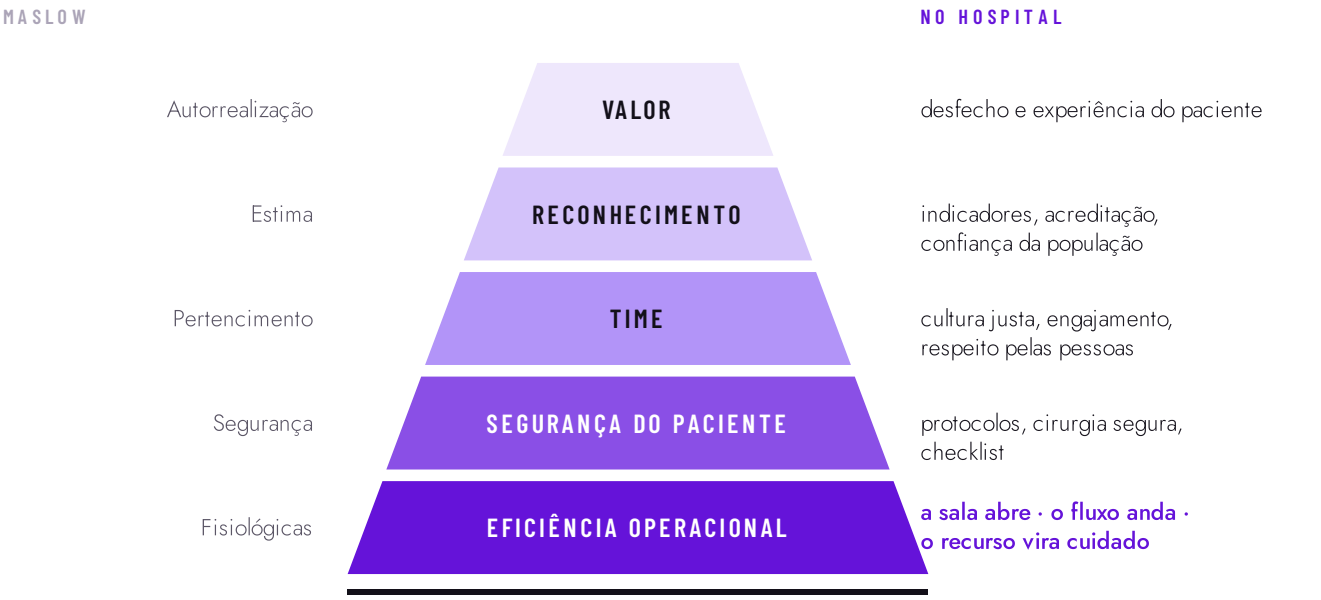


FIGURA 1 A pirâmide das necessidades de um hospital. Elaboração do autor, a partir da hierarquia de necessidades de Maslow. Diferente da hierarquia de Maslow, aqui nenhuma camada fica para trás: todas são sustentadas ao mesmo tempo, e a base nunca fica pronta.

A analogia tem limite, e prefiro dizer onde ela quebra. Em Maslow, a camada de baixo, uma vez satisfeita, fica para trás. No hospital nada disso acontece: as cinco camadas precisam ser sustentadas ao mesmo tempo, todos os dias, e a base nunca fica pronta. Ela cede no primeiro turno em que ninguém olhar.

Daí a tese deste texto. A eficiência operacional é a base da pirâmide de necessidades de um hospital, a camada menos nobre e a que sustenta as demais. Falta de fluxo compromete a segurança, porque a maior parte do evento adverso hospitalar tem, na cadeia causal, um processo que atrasou, uma informação que não passou, uma transição de cuidado feita às pressas. Quando a segurança falha, o time se desgasta, e equipe desgastada não produz resultado que se possa reconhecer. Sem indicador, sem resultado e sem desenvolvimento de equipe, o que sobra é volume, não valor.

O setor, no entanto, tem tentado habitar o topo dessa pirâmide sem sustentar a base. Falamos de valor, de experiência, de transformação digital e de desfecho reportado pelo paciente, e seguimos cancelando cirurgia por erro de programação. Diretriz perfeita aplicada em sistema disfuncional não produz o desfecho que promete.

O DANO POR ATRASO

A segurança do paciente avançou muito nas últimas duas décadas. Esse avanço se organizou em torno de um conceito comissivo de dano, o dano que acontece: erro de medicação, infecção, queda, cirurgia em sítio errado. A Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 1 em cada 10 pacientes sofra algum dano ao

receber cuidado de saúde, e que mais da metade desse dano seja evitável[1].

Falta incorporar com o mesmo rigor o dano omissivo, o do cuidado que não chega ou que chega tarde. Tempo, em medicina, é variável clínica: na sepse, no AVC, no infarto e no trauma funciona como dose, e atraso equivale a subdose.

E produzimos atraso industrialmente. Uma revisão sistemática com metanálise publicada em 2020 estimou a prevalência global de cancelamento de cirurgias no dia do procedimento em 18%. As taxas foram mais altas em países de renda baixa e média, e a maioria dos motivos foi classificada como evitável[2]. Quando os estudos brasileiros abrem as causas, o retrato é constante, e a maior fatia não é clínica. Em um hospital-escola brasileiro, causas ligadas à organização da unidade (erro de programação cirúrgica, indisponibilidade de leito, superposição de horário) responderam por 34,4% dos cancelamentos, e causas ligadas a recursos humanos, por 27,1%[3]. A maior parte do cancelamento cirúrgico não é, portanto, decisão médica: é falha de processo, e falha de processo produz desfecho. Medimos cancelamento com precisão suficiente para produzir metanálise, mas não o tratamos como dano.

O mesmo vale para o *boarding*, o paciente com indicação de internação que segue no pronto-socorro esperando leito. Investigações nacionais de segurança no Reino Unido nomearam a categoria *harm caused by delays*, dano causado por atraso[4]. A espera de um paciente degrada o cuidado de todos os que estão atrás dele, inclusive de quem ainda está na ambulância.

O DESPERDÍCIO SAI DE OUTRO PACIENTE

Há um segundo mecanismo de dano, menos visível e mais incômodo. Recurso desperdiçado não evapora: ele é retirado de outro paciente. A OMS estima que de 20% a 40% do gasto total em saúde se perca em ineficiência[5]. No Brasil, a DRG Brasil e o Grupo IAG Saúde examinaram internações de 340 hospitais que atendem 16,8 milhões de vidas no SUS e na saúde suplementar. O levantamento estimou que 53% dos custos assistenciais eram consumidos por desperdício associado a falhas na entrega de valor, e que as reinternações precoces potencialmente preveníveis respondiam, isoladamente, por 13,5% desse total[6].

Esses números são normalmente lidos como matéria econômica. Sustento que são matéria ética. Um leito preso por alta administrativa que não se concretizou deixa de estar disponível para o paciente que espera na ambulância. Quando um exame é repetido porque o primeiro não foi localizado, outro paciente perde a vaga daquele mês. Ineficiência é um problema de justiça alocativa, e justiça alocativa em saúde não pode ser terceirizada para a área financeira.

O DANO EM QUEM CUIDA

Há ainda o custo humano. Sistemas ineficientes não param de funcionar: passam a funcionar às custas de esforço pessoal. O médico que liga ele mesmo para o laboratório, o enfermeiro que improvisa o material que não chegou, a equipe que sustenta a operação por dedicação enquanto o processo segue quebrado.

A literatura já distingue isso de burnout. Dean e Talbot propuseram aplicar ao profissional de saúde o conceito de dano moral (*moral injury*), o adoecimento de quem é sistematicamente impedido de fazer o cuidado que sabe correto[7]. A leitura clássica do burnout atribui o problema à resiliência do indivíduo. O conceito de dano moral desloca a origem para o desenho do sistema. Ineficiência crônica, sob essa ótica, é fator de risco ocupacional, e palestra de bem-estar não a resolve.

O QUE EFICIÊNCIA NÃO É

O termo carrega ruído e exige delimitação. Eficiência operacional, no sentido que defendo aqui, significa deixar de gastar em desperdício o que deveria estar sendo gasto em cuidado. Nada disso se confunde com fazer mais com menos, com medicina de esteira, com consulta cronometrada ou com planilha passando por cima do julgamento clínico.

Bem entendida, é a agenda mais pró-paciente e pró-médico que existe. Devolve tempo clínico a quem assiste e amplia o acesso de quem espera. A instituição, em troca, ganha previsibilidade. O médico que fala de eficiência está tratando da própria condição de exercer a medicina, e não emprestando a língua do gestor.

POR QUE A MEDICINA HOSPITALAR, E POR QUE AGORA

A medicina hospitalar ocupa uma posição singular nessa discussão, e não por vaidade. O hospitalista trabalha na interseção de especialidades e de unidades, da porta de entrada até a alta. É a função que faz microgestão do caso dentro de um sistema macro: coordena o percurso, antecipa obstáculo e responde pela transição de cuidado.

É também a função que convive de perto com falhas de naturezas distintas, e o que as separa é o registro. Parte delas já entra nos sistemas de qualidade e segurança de muitos hospitais: exame solicitado e não realizado, resultado crítico que não fecha o ciclo com quem decide, reinternação precoce depois de uma alta apressada. O registro, porém, costuma parar no evento isolado e não alcança o processo que o produziu.

Outra parte não é notificada em lugar nenhum. Nela estão a interconsulta sem resposta, com o paciente internado à espera de parecer, a demora no resultado do exame e o atraso no transporte até o centro cirúrgico. Estão também a alta prevista que não sai até o meio-dia, com o leito que não gira na enfermaria faltando na emergência, e o retrabalho de refazer o que já estava pronto. Espera não gera notificação, retrabalho não gera análise de causa raiz, e ambos produzem desfecho.

É dessa posição que a SOBRAMH quer falar, e dela que proponho, como vice-presidente, um deslocamento explícito. Historicamente, sociedades médicas se ocuparam de diretriz, evidência, formação e defesa profissional. Isso é necessário e continua sendo nosso alicerce, mas é insuficiente. A evidência diz o que deve ser feito; a eficiência é a condição para que se faça. Se ineficiência é um tipo de dano, então eficiência operacional entra no campo clínico, e o campo clínico é o nosso. Uma sociedade médica que discute segurança do paciente e não discute fluxo, ocupação, tempo de permanência, cancelamento cirúrgico e transição de cuidado está discutindo metade do problema.

> *Se ineficiência é um tipo de dano, então eficiência operacional entra no campo clínico, e o campo clínico é o nosso.*

Quero deixar claro o papel que a SOBRAMH pretende ocupar nessa pauta: o de interlocutora. Não se trata de representar o interesse de uma categoria nem de apontar culpados. Eficiência é matéria transversal, que atravessa especialidades e níveis de complexidade e vale igualmente para SUS e saúde suplementar, para público e privado. É, provavelmente, o único denominador comum entre todos os atores do sistema, e por isso o terreno mais fértil que temos para conversar.

O convite é amplo por escolha, e alcança bem mais gente que os hospitalistas: diretores clínicos e técnicos, superintendentes, times de qualidade e de gestão de leitos, operadoras, gestores públicos, quem opera centro cirúrgico e quem responde por resultado no fim do mês. Nenhum desses atores resolve o problema sozinho, e nenhum deles é adversário nesta pauta. Propomos um espaço de referência técnica e de diálogo qualificado sobre eficiência operacional em hospitais, construído com evidência, com indicador comparável e com honestidade sobre o que ainda não sabemos.

A ideia que mais me importa aqui é direta: dano que não se mede não se corrige. Enquanto atraso, suspensão de procedimento e retrabalho seguirem tratados como inconveniente administrativo, em vez de evento com consequência clínica, vamos continuar otimizando o topo de uma pirâmide cuja base está cedendo. E a base, apesar da aparência modesta, sustenta tudo o que vem acima.

ALTEMAR PAIGEL, VICE-PRESIDENTE DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA HOSPITALAR

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Patient safety [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 20 ago 2026]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety
2. Abate SM, Chekole YA, Minaye SY, Basu B. Global prevalence and reasons for case cancellation on the intended day of surgery: a systematic review and meta-analysis. Int J Surg Open. 2020;26:55-63. doi:10.1016/j.ijso.2020.08.006
3. Araújo PFCS, Araújo GSMM. Cancelaciones de cirugías electivas en un hospital escuela: causas y estadísticas. Enferm Glob. 2020;19(59):286-321. doi:10.6018/eglobal.396911
4. Healthcare Safety Investigation Branch. Harm caused by delays in transferring patients to the right place of care [Internet]. London: HSIB; 24 ago 2023 [citado 20 ago 2026]. Disponível em: https://www.hssib.org.uk/patient-safety-investigations/harm-caused-by-delays-in-transferring-patients-to-the-right-place-of-care/investigation-report/
5. World Health Organization. The world health report 2010 — health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010.
6. DRG Brasil; Grupo IAG Saúde. Sistema de saúde brasileiro desperdiça 53% do custo assistencial [Internet]. Levantamento da plataforma Valor Saúde Brasil. Medicina S/A; 4 out 2021 [citado 20 ago 2026]. Disponível em: https://medicinasa.com.br/desperdicio-custo-hospital/
7. Dean W, Talbot S, Dean A. Reframing clinician distress: moral injury not burnout. Fed Pract. 2019;36(9):400-2.

CATALYSIS Alumni HEALTHCARE SCHOOL

IDEIAS CATALYSADORAS

Artigos de tese, leituras comentadas e o que sai dos palcos da Catalysis. Este texto deu origem ao Catalysis Talks #1, em Belo Horizonte. catalysis.net.br/ideias