

Governar o que já está rodando

Um intensivo de três dias para o Conselho do Grupo Vitalis Saúde.

Construído a partir da avaliação do Ciclo 1 — seis domínios, um patamar, duas lacunas críticas.



3

DIAS • PRESENCIAL

14

MÓDULOS

19h

HORAS DE CONTATO

6/6

DOMÍNIOS COBERTOS

PARA O CONSELHO E A DIRETORIA EXECUTIVA • PRESENCIAL • PT-BR

FACILITAÇÃO • ANDIARA PETTERLE, PHD • BOARDACUMEN • AMOSTRA ILUSTRATIVA

DOCUMENTO DE AMOSTRA • ORGANIZAÇÃO FICTÍCIA • DADOS ILUSTRATIVOS

O QUE É ISTO – E O QUE NÃO É

Uma formação, não uma apresentação

O objetivo é que este conselho saia capaz de supervisionar inteligência artificial clínica com a mesma fluência com que já supervisiona capital e risco clínico — sem depender de ninguém para fazer as perguntas certas por ele.

Isto não é uma palestra, não é um diagnóstico de consultoria e não é uma reunião comercial. Cada bloco **ensina um conceito, aplica-o a este grupo e devolve a decisão à mesa**. Cada dia é útil por si só.

Não vou ensinar o negócio de vocês. Este conselho conduziu nove hospitais por duas décadas de mudança e nunca perdeu um ano para uma tecnologia. Vou dar os conceitos, os frameworks e as perguntas para liderar a IA clínica — em vez de absorvê-la.

NÃO HÁ VENDA NO FIM

O produto dos três dias é **de vocês**: o Manual de IA do Conselho — os seus princípios, as perguntas-padrão que passarão a exigir, as linhas vermelhas e os riscos a fiscalizar. Quem facilita aparece no rodapé, não no palco.

A TRANSFORMAÇÃO

De «IA como ameaça difusa e caixa-preta» para «IA como sistema que mapeamos, classificamos e sabemos governar — e uma decisão que é nossa».

DE ONDE VEM ESTE PROGRAMA

Construído sobre uma medição, não sobre uma suposição

Não é um currículo genérico. Cada módulo abaixo existe porque a avaliação do Ciclo 1 identificou uma lacuna específica deste conselho — e a ordem dos três dias é a ordem da exposição.



O PRINCÍPIO DE DESENHO

Competência de conselho não é competência técnica

Não se pede a um conselheiro que saiba construir um sistema de IA clínica. Pede-se que saiba reconhecer um sistema mal governado. São competências diferentes, e a segunda se aprende em dias, não em anos.

O QUE NÃO É OBJETIVO DO PROGRAMA

- Formar conselheiros em ciência de dados ou informática médica.
- Produzir opiniões técnicas sobre modelos ou arquiteturas.
- Substituir a diretoria executiva, o CIO ou o diretor médico de informação.
- Transformar a reunião de conselho em revisão técnica de projetos.

O QUE É OBJETIVO DO PROGRAMA

- Saber **qual é a pergunta que ainda não foi feita**.
- Reconhecer uma **resposta insuficiente** quando a ouve.
- Saber **o que nunca se delega** a um sistema — em nenhuma circunstância.
- Saber **o que tem de ficar escrito**, e onde.

POR QUE ESTE ENQUADRAMENTO É TAMBÉM O ENQUADRAMENTO LEGAL

Duas obrigações convergem para o mesmo artefato. O dever de literacia em IA do artigo 4.º do AI Act é uma **obrigação de meios** — apoiar um nível suficiente de literacia em quem opera esses sistemas, proporcional ao contexto e ao risco. A NIS2 vai além e **exige que membros do órgão de administração participem de formação** sobre risco cibernético. No Brasil, o PL 2338/2023 — aprovado no Senado em dezembro de 2024 e em tramitação na Câmara — classifica aplicações em saúde como de alto risco e posiciona a ANPD como coordenadora, com a ANS como reguladora setorial. Um plano de formação do conselho, aprovado em ata e medido no fim, é exatamente a prova disso.

O ARCO

Três dias, um movimento

Cada dia termina com um artefato e abre o seguinte. A tensão é deliberada: começa com um número que dói, escala nos dois domínios em que o conselho é mais frágil e resolve num documento que o próprio conselho escreve.

DIA 1 · COMPREENDER

A máquina e a economia

As três camadas de IA · o que ficou escasso na saúde · os três cenários do grupo, sob stress-test.

M0 – M3 · 5H30

DIA 2 · INTERROGAR

Dados, resiliência e IA clínica

O que um conselho supervisiona em cibersegurança · dado como ativo · simulação de crise · classificação de risco pelo Anexo III.

M4 – M8 · 7H30

DIA 3 · GOVERNAR

Decidir, registrar, comprometer

Ética e equidade · redesenho, não automação · as dez perguntas-padrão · uma deliberação real · o Manual de IA do Conselho.

M9 – M13 · 6H00

Regra de ouro da facilitação: nenhum bloco expositivo passa de 18 minutos sem interação. É formação, não conferência.

AGENDA

Agenda de referência · Dia 1

HORA	BLOCO	O QUE ACONTECE	FORMATO
09h00 – 09h20	M0 · Abertura e contrato de aprendizagem	A pergunta que define os três dias	Plenária
09h20 – 10h20	M1 · Como a máquina realmente funciona · Lab 1	As três camadas de IA · modelo vs. agente · ver a máquina responder a perguntas clínicas	Plenária + lab
10h20 – 10h35	Intervalo		—
10h35 – 11h45	M2 · O que ficou escasso na saúde	«Se a inteligência ficou barata, o que ficou caro?» — confiança, o prontuário longitudinal, a rede assistencial	Plenária + World Café
11h45 – 13h00	M3 · Os três cenários do grupo, sob stress-test	Cuidado fora do hospital · a fronteira operadora–prestador · dado clínico como ativo licenciável	Subgrupos
13h00 – 14h00	Almoço		—
14h00 – 14h30	M3 · Fecho do Dia 1 · folhas de cenário	Sinais de alerta e no-regret moves — entram no Manual	Plenária

AGENDA

Agenda de referência · Dia 2

HORA	BLOCO	O QUE ACONTECE	FORMATO
09h00 – 10h30	M4 · O que um conselho supervisiona em cibersegurança	Da lista de incidentes à resiliência: continuidade do cuidado, dependências críticas, recuperação testada, terceiros	Plenária
10h30 – 10h45	Intervalo		—
10h45 – 12h15	M5 · Dado como ativo · Lab 2	Construir ao vivo o inventário de dados com base legal, com a diretoria executiva	Oficina
12h15 – 13h15	Almoço		—
13h15 – 15h15	M6 · Simulação de crise	Mesa: ransomware que afeta o prontuário e a agenda eletiva em dois hospitais	Simulação
15h15 – 15h30	Intervalo		—
15h30 – 16h30	M7 · IA clínica: as três camadas dentro do hospital	Triagem em imagem, documentação, previsão de absenteísmo, score de risco do plano — o que cada uma é de fato	Plenária + lab
16h30 – 17h30	M8 · Oficina de classificação de risco	Classificar os próprios sistemas de IA do grupo pelo Anexo III — produz artefato, não resumo	Trabalho em grupo

AGENDA

Agenda de referência · Dia 3

HORA	BLOCO	O QUE ACONTECE	FORMATO
09h00 – 10h15	M9 · Ética, equidade e o paciente	Viés algorítmico como evento de equidade de acesso · transparência do art. 50 · o que é indelegável	Plenária
10h15 – 10h30	Intervalo		—
10h30 – 11h45	M10 · Redesenho, não automação	80/15/5 · onde o profissional sobe na cadeia · a clínica do ciclo de receita	Plenária + clínica
11h45 – 12h30	M11 · As dez perguntas que passam a constar da ata	Redigir o procedimento-padrão do conselho para qualquer iniciativa de IA	Redação em plenária
12h30 – 13h30	Almoço		—
13h30 – 15h00	M12 · Simulação de deliberação · «Projeto Aurora»	Uma proposta real de R\$ 24M em IA clínica com dossiê incompleto. O conselho decide	Simulação
15h00 – 16h00	M13 · O Manual de IA do Conselho + fecho e compromisso	Gallery walk, canvas, votação com dots · as três perguntas para levar	Plenária

DIA UM

OI

Compreender a máquina e a economia

Antes de governar inteligência artificial, o conselho precisa vê-la funcionar — e ver para onde o valor na saúde migrou.

Mo · Abertura e contrato de aprendizagem

09H00 – 09H20 • 20 MIN

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Criar segurança psicológica e um contrato claro — isto é formação, todos podem não saber, e a decisão fica com a mesa.

O CONCEITO QUE SE ENSINA

- Nenhum ainda. Primeiro o enquadramento.

Este conselho levou nove hospitais por duas décadas de mudança e nunca perdeu um ano para uma tecnologia. Mas há uma pergunta que a disciplina de ontem não responde: se um modelo já diz a um paciente o que os sintomas dele provavelmente significam, e a resposta é confiante, e está errada, e ninguém nesta sala sabe dizer quem conferiu — o que exatamente este conselho está supervisionando? Deixar o silêncio.

A ATIVIDADE

Check-in em ronda — cada pessoa, numa palavra: «meu maior receio, ou minha maior aposta, sobre IA na Vitalis». Registrar num flip.

O OUTPUT

O mapa emocional da sala — medos e apostas — ao qual voltamos no fecho do Dia 3.

POR QUE ESTÁ AQUI

O programa abre com o ativo do próprio grupo e uma pergunta socrática, não com uma agenda. Fixa o tom: um conselho que não decide sobre IA já decidiu — por omissão.

M1 · Como a máquina realmente funciona

09H20 - 10H20 · 60 MIN · LAB 1

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Dar literacia real — ao fim, todo conselheiro distingue IA preditiva, generativa e agêntica, sabe o que um modelo faz e não faz, e entende por que uma resposta confiante pode estar errada.

O CONCEITO QUE SE ENSINA

- **As três camadas cognitivas.** IA preditiva é uma calculadora muito sofisticada (prevê, classifica, otimiza — previsão de absenteísmo, score de risco). IA generativa é um estagiário brilhante que nunca dorme (escreve, resume, traduz — documentação clínica). IA agêntica é um colega autônomo que age, decide e coordena ponta a ponta.
- **Modelo versus agente.** Um agente que age cria responsabilidade nova: quem responde quando o agente erra?
- **Como um modelo «aprende».** Ele tokeniza, abstrai estatisticamente e gera sínteses probabilísticas — não armazena e não recupera um registro. É exatamente por isso que um modelo pode ser fluente e estar errado, e por isso «o sistema disse» nunca é defesa.
- **A inteligência virou commodity.** A pergunta deixa de ser «compramos IA?» e passa a ser «onde a nossa IA é defensável?»

Um modelo com 94% de acurácia erra um em cada dezessete pacientes. Numa rede que atende 40 mil encontros por mês, isso não é erro de arredondamento. É uma questão de governança clínica — e tem nome, limiar e responsável, ou não tem nenhum dos três.

A ATIVIDADE

Lab 1 — «ver a máquina responder». Ao vivo, levamos três perguntas clínicas reais a um assistente público: uma queixa ambígua, uma interação medicamentosa e uma pergunta sobre uma condição pela qual um serviço do grupo é reconhecido. A sala observa três coisas: ela responde? ela hesita? um profissional cansado às 3h da manhã notaria o erro? Plano B: screenshots preparados. Em duplas, 3 min: «o que isso significa, concretamente, no nosso pronto-socorro?»

O OUTPUT

A experiência visceral de que fluência e correção são propriedades diferentes — e a ponte para o que o conselho tem de exigir.

POR QUE ESTÁ AQUI

Não se discute a economia nem a governança da IA sem antes compreender a máquina. O lab transforma um conceito abstrato em algo que aconteceu na frente deles.

M2 · O que ficou escasso na saúde

10H35 - 11H45 · 70 MIN

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Compreender onde está o valor na saúde quando a inteligência é quase gratuita — e o que, por isso, ficou escasso e valioso.

O CONCEITO QUE SE ENSINA

- **«Se a inteligência ficou barata, o que ficou caro?»** A resposta, e a tese central dos três dias: **confiança clínica · o prontuário longitudinal · a rede assistencial**. Os três ativos defensáveis quando qualquer um gera um parágrafo clínico plausível por centavos.
- **A tabela antes/depois.** Antes: escala de profissionais = vantagem, o software apoia pessoas, conformidade é obrigação. Depois: inteligência é abundante, o software executa o trabalho, dado proprietário ligado a desfecho mais confiança é a barreira, e governança se torna ativo comercial.
- **Desintermediação.** O primeiro lugar onde um paciente leva um sintoma já não é um profissional nem um buscador — é um assistente que não cita, não encaminha e não carrega responsabilidade.
- **A autoridade está migrando.** De instituições para interfaces. A confiança torna-se relacional, não institucional — o que ataca diretamente o ativo central de um grupo hospitalar.

POR QUE ESTÁ AQUI

É a economia, e vem depois dos fundamentos porque a migração de valor só se percebe depois de compreender a máquina.

Trinta anos de registros do que de fato aconteceu com pacientes reais é o único insumo que a IA clínica não consegue fabricar. Todo modelo do mundo está disponível aos seus concorrentes até quinta-feira. O seu arquivo não. A pergunta é se este conselho decide o que fazer com ele — ou descobre o que foi feito com ele.

A ATIVIDADE

World Café · 30 min. Mesas com cartões das linhas de serviço do grupo — hospitalar, diagnóstico, plano de saúde, ambulatorial. Cada mesa posiciona cada linha em dois eixos: que ativo defensável ela tem hoje (confiança / prontuário / rede — ou nenhum) e como fica a coluna «depois» para ela. Rodízio entre mesas.

O OUTPUT

Um mapa partilhado das linhas de serviço por ativo defensável — matéria-prima para os dias 2 e 3.

SUBGRUPOS

M3 · Os três cenários, sob stress-test

11H45 - 14H30 · 105 MIN

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Passar do conceito à exposição real deste grupo — que futuros são plausíveis, e o que a estratégia atual pressupõe sem admitir.

O CONCEITO QUE SE ENSINA

- Cenário thinking aplicado à disrupção tecnológica — probabilidade × impacto × horizonte, e a diferença entre decidir a tempo e reagir tarde.

A pergunta não é se o futuro chega. É qual dos três já começou — e se a estratégia que aprovamos no trimestre passado sobrevive a ele.

A ATIVIDADE

Stress-test em subgrupos · 60 min + 45 min de plenária. Três subgrupos, um por cenário real: **(1) o cuidado migra para fora do hospital** — probabilidade ALTA, 12–36 meses: diagnóstico, monitoramento e seguimento saem do prédio; o parque hospitalar torna-se base de custo. **(2) A fronteira operadora-prestador é redesenhada por modelos de risco** — MÉDIA-ALTA, 18–36 meses: quem precifica risco melhor captura a margem, e a partir de dezembro de 2027 essa precificação é IA de alto risco. **(3) O dado clínico torna-se ativo licenciável** — ALTA, 12–24 meses: parcerias de pesquisa e validação de algoritmos tornam-se linha de receita, ou passivo. Cada grupo responde: que sinais de alerta veríamos primeiro · o que fica insubstituível na Vitalis · a jogada sem arrependimento.

O OUTPUT

Três folhas de cenário com sinais de alerta e no-regret moves — entram no Manual no Dia 3.

POR QUE ESTÁ AQUI

Fecha o Dia 1 com a economia aplicada ao grupo, criando a urgência que o Dia 2 canaliza para dados e IA clínica.

DIA DOIS

02

Dados, resiliência e IA clínica

Os dois domínios em que este conselho pontua mais baixo, e os dois em que as obrigações se tornam verificáveis primeiro.

M4 · O que um conselho supervisiona em cibersegurança

09H00 - 10H30 · 90 MIN

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Mover a visão do conselho sobre segurança de um relatório retrospectivo de incidentes para uma visão anterior: resiliência, dependências, recuperação testada e terceiros.

O CONCEITO QUE SE ENSINA

- O conselho não é o auditor. Quando a segurança chega ao conselho apenas como histórico de incidentes, o órgão fica na posição de auditor retrospectivo. A supervisão eficaz é anterior.
- Quatro perguntas substituem a lista de incidentes. Que sistemas são indispensáveis para atender amanhã de manhã · qual o tempo de recuperação *testado* de cada um · que terceiros têm acesso, e quando foi a última revisão · o que mudou no processo por causa do último incidente.
- Risco de terceiros é assunto de continuidade do cuidado. 74% dos líderes de segurança hospitalar apontam fornecedores de prontuário, IA e nuvem como o principal risco emergente; 67% já sofreram interrupção clínica por evento de fornecedor. Isso não é compras. É do conselho.
- A NIS2 nomeia vocês. O órgão de administração de uma entidade essencial aprova as medidas de risco cibernético, supervisiona a implementação, pode ser responsabilizado pela falha — e seus membros são obrigados a participar de formação.

No primeiro semestre de 2026 o setor de saúde absorveu em média 2,3 ataques de ransomware por dia. A pergunta relevante para este conselho não é se somos alvo. É: se o prontuário estiver indisponível às 7h de uma segunda-feira, quem decide quais cirurgias acontecem — e essa pessoa já teve de decidir isso alguma vez?

A ATIVIDADE

Leitura guiada de um painel de segurança real, tarjado — o conselho identifica o que falta nele. Depois, em plenária, redação dos cinco indicadores fixos que o conselho passará a exigir a cada trimestre.

O OUTPUT

O painel trimestral de dados e segurança — cinco indicadores fixos, sempre os mesmos, para que a variação seja legível ao longo do tempo.

POR QUE ESTÁ AQUI

Abre o Dia 2 pelo domínio mais baixo do conselho, e pela única obrigação deste programa que nomeia os conselheiros pessoalmente.

M5 · Dado como ativo · o inventário

10H45 – 12H15 · 90 MIN · LAB 2

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Parar de tratar governança de dados como defesa contra multas e passar a tratá-la como gestão do segundo ativo mais escasso do grupo.

O CONCEITO QUE SE ENSINA

- **Inventário, titularidade, base legal, retenção.** Nove hospitais, 140 unidades de diagnóstico e um plano com 1,2 milhão de vidas acumulam dados em silos sob bases legais diferentes. O que um conselho precisa não é o detalhe — é a confirmação de que o mapa existe e tem responsável.
- **Dado sensível muda a aritmética.** Dado de saúde é dado sensível pelo art. 11 da LGPD e carrega o regime mais estrito; consentimento, finalidade e risco de reidentificação são restrições de nível de conselho para qualquer uso secundário.
- **O uso secundário já tem arquitetura jurídica na Europa.** O European Health Data Space, em vigor desde março de 2025 e aplicável a partir de março de 2027, é o quadro em que «licenciar o arquivo» deixa de ser ideia e passa a ser opção real — referência relevante para parcerias internacionais de pesquisa.
- **Governança que só evita multa deixa metade do valor na mesa.** A quinta pergunta do painel é deliberadamente construída em modo de ataque.

Perguntar à sala: qual dos nossos conjuntos de dados poderia, amanhã, ser licitamente licenciado ou cedido para pesquisa? Se a resposta demora mais de uma semana para ser produzida, o ativo não está governado — está apenas guardado.

A ATIVIDADE

Lab 2 — construir o inventário ao vivo. Com a diretoria executiva na sala: os principais domínios de dados do grupo, finalidade, base legal, responsável e potencial de licenciamento. Onde a resposta é desconhecida, esse é o achado — e vira ação com nome e data.

O OUTPUT

O inventário de dados com base legal, mais a lista de conjuntos com potencial de licenciamento e exatamente o que falta para que isso seja lícito.

POR QUE ESTÁ AQUI

Todo sistema de IA é, antes de tudo, um consumidor de dados. Este módulo precede a IA clínica, ou a discussão de IA flutua.

SIMULAÇÃO

M6 · Simulação de crise

13H15 - 15H15 · 120 MIN

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Exercitar a decisão do conselho sob pressão de tempo e informação incompleta — as únicas condições em que a resiliência é de fato testada.

O CONCEITO QUE SE ENSINA

- Governança de crise: o que o conselho decide, o que não decide, e o que não pode ficar sabendo pela imprensa.

Todos têm um plano até o prontuário ser criptografado — e a lista cirúrgica da segunda-feira estar dentro dele.

A ATIVIDADE

Mesa · 120 min. Um evento de ransomware que afeta simultaneamente o prontuário e a agenda eletiva em dois hospitais. Papéis atribuídos: presidente, diretor clínico, CIO, comunicação, e um conselheiro no papel do regulador. Injeções a cada 20 minutos — um jornalista liga; um profissional relata um contorno usando dispositivo pessoal; o fornecedor diz que a restauração levará 48 horas e não 4; um subconjunto de registros exfiltrados aparece. O conselho decide: desviar ou manter · notificar quando e a quem · o que se diz aos pacientes · quem assina.

O OUTPUT

Um log de decisão de uma página e a lista de decisões para as quais o conselho descobriu nunca ter atribuído um responsável.

POR QUE ESTÁ AQUI

É o clímax do Dia 2. Um conselho que já ensaiou uma vez decide de outra forma — e as lacunas que um ensaio revela são as mais baratas que este grupo vai encontrar.

M7 · IA clínica: as três camadas dentro do hospital

15H30 – 16H30 · 60 MIN

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Mapear o que o grupo já opera, camada por camada — e ver por que tratar tudo como um só tema produz decisões desalinhadas.

O CONCEITO QUE SE ENSINA

- **O que já está em produção.** Apoio à triagem em imagem, documentação clínica, previsão de absenteísmo, score de risco do plano. Preditiva, na maior parte — e o mais antigo deles é o menos examinado.
- **Confundir as camadas é o erro caro.** Tende a subestimar o risco do que já roda e a superestimar a novidade do que é novo.
- **Onde o juízo do profissional permanece soberano.** Escrito como lista, não como princípio. Um output de modelo que ninguém é responsável por contrariar é uma decisão que o conselho delegou sem dizer.
- **Sinal de falha e desativação.** Como sabemos que quebrou, em quanto tempo, quem pode desligar — e isso já foi exercitado alguma vez?

A ferramenta de triagem em imagem está em produção há três anos. Ninguém nesta sala jamais viu a taxa de falso-negativo dela. Isso não é lacuna de tecnologia. É lacuna de supervisão, e é anterior à IA generativa.

A ATIVIDADE

Lab 3. Os quatro sistemas em produção vão para a parede. Para cada um, em duplas: que decisão ele toma, que decisão continua humana, de quem são os dados que o alimentam, e como saberíamos se ele degradasse. As lacunas são marcadas em vermelho — e as marcas vermelhas são a agenda.

O OUTPUT

Um mapa de uma página dos sistemas em produção com responsável, ponto de supervisão humana e sinal de falha — alimenta diretamente o M8.

POR QUE ESTÁ AQUI

Ancora a IA clínica no que o grupo já faz, e não no que o mercado está entusiasmado.

M8 · Oficina de classificação de risco

16H30 - 17H30 · 60 MIN

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Classificar os próprios sistemas de IA do grupo contra o quadro legal — e compreender o calendário que torna isso não-opcional.

O CONCEITO QUE SE ENSINA

- **A lista de alto risco específica da saúde.** A partir de 2 de dezembro de 2027, o Anexo III do AI Act abrange IA para avaliação e despacho de chamadas de emergência, **triagem de pacientes de urgência**, apoio a profissionais em **decisões de diagnóstico e tratamento**, e **avaliação de risco e precificação em seguro de vida e saúde**. Três dessas quatro descrevem sistemas que este grupo opera ou planeja.
- **O artigo 50 vem primeiro.** A partir de 2 de agosto de 2026: quem interage com um sistema de IA tem de ser informado; conteúdo sintético tem de ser marcado. Isso alcança chat com paciente, interfaces de triagem e correspondência clínica assistida por IA.
- **No Brasil, o vetor é o PL 2338.** Aprovado no Senado em dezembro de 2024 e em tramitação na Câmara, classifica saúde entre as aplicações de alto risco, posiciona a ANPD como coordenadora e preserva a ANS como reguladora setorial da saúde suplementar. Somam-se LGPD, ANVISA (software como dispositivo médico) e as resoluções do CFM.
- **O regime sancionatório europeu, em três níveis.** Até €35M ou 7% para práticas proibidas; €15M ou 3% para a generalidade das obrigações, incluindo alto risco; €7,5M ou 1% por informação incorreta.

Regulação como fosso, não como muro. Um grupo que consegue mostrar inventário classificado, responsável nomeado por sistema e registro auditável de supervisão construiu algo que concorrentes informais não atravessam num trimestre.

A ATIVIDADE

Trabalho em grupo. Construir a tabela de classificação ao vivo: sistema · finalidade · toca triagem, diagnóstico ou precificação de seguro · classificação · responsável · o que falta. Onde um sistema não pode ser classificado com a informação disponível na sala, isso é registrado como a lacuna.

O OUTPUT

O inventário dos sistemas de IA do grupo com responsável e classificação pelo Anexo III — o artefato mais útil dos três dias.

POR QUE ESTÁ AQUI

Converte o Dia 2 de compreensão em documento auditável. Formação que produz apenas compreensão não é prova de programa.

DIA TRÊS

03

Governar: decidir, registrar, comprometer

Tudo dos dois primeiros dias converge num único documento, escrito pelo próprio conselho.

M9 · Ética, equidade e o paciente

09H00 – 10H15 · 75 MIN

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Usar o domínio mais forte do conselho como a alavanca que ele é — e converter uma tradição de ética clínica em instrumento de trabalho para IA.

O CONCEITO QUE SE ENSINA

- Vocês já falam essa gramática.** Comitês de ética clínica, consentimento informado, revisão de eventos adversos e compromissos de equidade de acesso são estruturalmente o que o AI Act agora exige com outros nomes: classificação documentada, responsabilidade nomeada, supervisão humana de decisão consequente, registro auditável.
- Viés algorítmico é um evento de equidade de acesso.** Quais populações de pacientes estão representadas nos dados de treino — e quais não estão — é a pergunta de saúde que transforma uma falha técnica em falha clínica, regulatória e reputacional.
- Transparência ao paciente.** O que se comunica, quando e por quem — a obrigação do art. 50, cumprida de forma que um paciente realmente entenda.
- Publicável é o teste.** Uma política de IA clínica que o grupo não teria conforto em publicar não é política. É intenção.

Um compromisso com a dignidade do paciente que não pode ser verificado na infraestrutura que guarda os dados desse paciente é uma declaração, não um controle. Este conselho articula o princípio melhor do que audita o sistema — e é essa a assimetria que vale inverter hoje.

A ATIVIDADE

Sessão de redação: a política de IA clínica de uma página. Cinco tópicos, escritos na sala, frase por frase, com a presidência segurando a caneta.

O OUTPUT

Uma política de IA clínica de uma página, publicável, pronta para aprovação em ata.

POR QUE ESTÁ AQUI

O Dia 3 abre no terreno mais forte do conselho, para que o trabalho mais duro do dia — a simulação de deliberação — aterre em confiança e não em déficit.

Mio · Redesenho, não automação

10H30 – 11H45 · 75 MIN

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Compreender que o valor da IA não vem de somar ferramentas, mas de redesenhar o trabalho — e decidir onde o humano fica.

O CONCEITO QUE SE ENSINA

- «**IA sobre processos velhos gera pouco. IA sobre processos redesenhados gera transformação.**» O funil da adoção: a maioria adota, poucos redesenham, menos ainda captam impacto mensurável.
- **O modelo operacional 80/15/5.** 80% automatizado, 15% humano no circuito, 5% escalação sênior. O profissional sobe na cadeia: de operador a curador, investigador e validador.
- **O organograma híbrido.** De pirâmide para camadas — humanos estratégicos, humanos + IA, agentes — com papéis emergentes: supervisor de agentes, orquestrador de experiência assistencial.
- **Métrica de adoção versus métrica de impacto.** «A ferramenta foi usada em 4 mil atendimentos» não é resultado. «O tempo até o diagnóstico caiu e a reinternação não subiu» é.

Não é colocar IA no processo velho. É aceitar que o processo velho já não existe. Cortar não é estratégia — redesenhar é. E redesenhar inclui decidir onde o profissional fica, de propósito, e escrever isso.

A ATIVIDADE

Clínica de redesenho · 45 min. Deliberadamente não a frente clínica, para forçar a saída do lugar-comum: o **ciclo de receita** — codificação, autorização prévia, glosas, cobrança. Subgrupos classificam tarefas nas três faixas do 80/15/5 e nomeiam uma decisão que nunca deve sair de um humano.

O OUTPUT

Um mapa 80/15/5 do ciclo de receita mais a lista de decisões indelegáveis — ambos entram no Manual.

POR QUE ESTÁ AQUI

Porque o redesenho falha por cultura muito antes de falhar por tecnologia, e na saúde essa falha tem nome próprio: um corpo clínico que experimenta o sistema como vigilância e o contorna.

MII · As dez perguntas que passam a constar da ata

11H45 – 12H30 · 45 MIN

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Converter três dias de conceitos em procedimento-padrão — um conjunto de perguntas feitas sempre, independentemente de quem apresenta.

O CONCEITO QUE SE ENSINA

- **Competência se materializa como procedimento, não como memória.** Dez perguntas no procedimento do conselho para qualquer iniciativa de IA.
- **O dossiê mínimo de nove campos.** Finalidade em uma frase · classificação de risco · dados usados e base legal · cobertura populacional dos dados de treino · responsável nomeado · plano de supervisão humana · sinal de falha e procedimento de desativação · métrica de impacto com prazo · dependências de fornecedor. Uma página. Se a gestão não consegue preenchê-la, a decisão não está madura.
- **A décima pergunta é a que importa.** «Onde está registrada a resposta às nove anteriores?» É ela que torna as outras nove auditáveis.
- **O efeito secundário desejado.** Estas perguntas disciplinam a organização a montante. Quando as equipes sabem que uma proposta terá de responder a nove campos, a qualidade da proposta muda antes de chegar à sala.

POR QUE ESTÁ AQUI

É o mecanismo que sobrevive aos três dias. Todo o resto é compreensão; esta é a parte que muda o que o conselho exige.

Supervisão que não deixa rastro não existe para efeitos de prova. O registro é o que distingue um conselho diligente de um conselho que acredita ter sido diligente.

A ATIVIDADE

Redação em plenária: o conselho escreve as suas próprias dez perguntas, com as suas palavras, na parede. Depois o dossiê mínimo é acordado como condição de admissibilidade.

O OUTPUT

As dez perguntas-padrão e o dossiê mínimo de nove campos, prontos para adoção em procedimento.

SIMULAÇÃO CLÍMAX

M12 · Simulação de deliberação · «Projeto Aurora»

13H30 - 15H00 · 90 MIN

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Exercitar toda a competência de uma vez: uma proposta real, um dossiê incompleto, papéis atribuídos e uma decisão que o conselho de fato tem de tomar.

O CONCEITO QUE SE ENSINA

- Tudo dos dois primeiros dias, aplicado nas condições em que as propostas genuinamente chegam a um conselho.

Nenhuma iniciativa de IA deveria chegar a este conselho sem nove campos respondidos. O propósito desta simulação é descobrir como é ser cobrado por eles — e com que rapidez uma apresentação confiante deixa de convencer.

A ATIVIDADE

Simulação · 90 min. «Projeto Aurora» — uma proposta fictícia mas realista de R\$ 24 milhões: uma camada de triagem e apoio à decisão clínica com IA nos prontos-socorros de quatro hospitais, com modelo de fornecedor, cláusula de exclusividade de dois anos e business case assentado em redução de tempo de permanência. O dossiê é deliberadamente incompleto: sem detalhamento populacional dos dados de treino, com responsável indicado por cargo e não por nome, e com uma métrica de impacto que é métrica de adoção. Papéis: proponente · cético de valor · risco e governança · liderança clínica · defensor do paciente. Rubrica de decisão fornecida. O debrief consolida o que o conselho passaria a exigir.

O OUTPUT

Uma decisão sobre o Aurora, e a versão refinada das dez perguntas depois de usadas a sério.

POR QUE ESTÁ AQUI

É o clímax do programa. A decisão volta à mesa — convertida em competência e em documento.

ARTEFATO

FECHO

M13

M13 · O Manual de IA do Conselho · fecho e compromisso

15H00 – 16H00 · 60 MIN

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Consolidar tudo num artefato do conselho — não um relatório recebido, mas um manual construído — e transformar aprendizagem em ação datada.

O CONCEITO QUE SE ENSINA

- O Manual tem seis seções: (1) os princípios que não se negociam · (2) as dez perguntas-padrão e o dossiê mínimo · (3) as linhas vermelhas clínicas e as decisões indelegáveis · (4) os riscos a fiscalizar e o painel trimestral · (5) os no-regret moves dos três cenários · (6) o que fica humano.

Se esquecerem todos os números destes três dias, guardem uma frase: quando a inteligência fica grátis, o que fica caro é a confiança, o prontuário que só nós temos e a relação direta com o paciente. É isso que estamos aqui para proteger — e amplificar.

A ATIVIDADE

Gallery walk e canvas · 40 min, depois **fecho · 20 min**: as três perguntas para levar para casa, o calendário da urgência (uma coisa AGORA, uma este MÊS, uma este TRIMESTRE) e cartões de compromisso assinados por cada conselheiro.

O OUTPUT

O Manual de IA do Conselho — o produto dos três dias, escrito pelo conselho, pronto para ser levado a ata e aprovado. Mais o seguimento de doze meses: quatro ciclos trimestrais e uma segunda medição em 2027-T3.

POR QUE ESTÁ AQUI

Fecha o círculo aberto no check-in do Dia 1 — medos e apostas — e devolve agência, não dependência.

O MÉTODO

IV

O que se ensina, o que se produz, o que se mede

Os frameworks, os três laboratórios ao vivo, os artefatos e como se mede o efeito do programa.

A CAIXA DE FERRAMENTAS

Os frameworks que se ensinam

Todos parte do método de formação, não emprestados de uma proposta comercial. Cada um é introduzido onde é necessário e reutilizado adiante no programa.

FRAMEWORK	O QUE É	ONDE ENTRA
As três camadas cognitivas	Preditiva (calculadora) · generativa (estagiário) · agêntica (colega)	M1
Modelo versus agente	Ferramenta que responde versus sistema que age e decide	M1
Fluente e errado	Por que fluência probabilística não é correção — e o que isso significa clinicamente	M1 · M7
«O que ficou caro?»	Confiança clínica · o prontuário longitudinal · a rede assistencial	M2
A tabela antes/depois	Para onde o valor na saúde migrou depois de a inteligência ficar barata	M2
Desintermediação da primeira pergunta	Onde um paciente leva hoje um sintoma primeiro	M2
Stress-test de cenários	Probabilidade × impacto × horizonte · sinais de alerta · no-regret moves	M3
As quatro perguntas anteriores	O que um conselho pergunta sobre resiliência em vez de sobre incidentes	M4

Casos globais entram apenas como prova de que algo é possível; a substância é sempre saúde e sempre este grupo.

FRAMEWORK	O QUE É	ONDE ENTRA
Inventário de dados com base legal	Titularidade, finalidade, retenção, potencial de licenciamento	M5
Funil de adoção	A maioria adota, poucos redesenham, menos captam impacto mensurável	M10
80/15/5	O modelo operacional AI-native e onde o profissional sobe	M10
Organograma híbrido	Humanos estratégicos / humanos + IA / agentes	M10
Classificação pelo Anexo III	Triagem · apoio à decisão clínica · precificação de seguro · art. 50	M8
As dez perguntas + dossiê de nove campos	O procedimento-padrão do conselho para qualquer iniciativa de IA	M11
«O que a IA NÃO fará»	Responsabilidade, sentido, confiança, sustentar posição impopular	M12 · M13
O calendário da urgência	Uma coisa agora · uma este mês · uma este trimestre	M13

OS TRÊS LABORATÓRIOS AO VIVO

Onde o abstrato fica visceral

LAB 1 • M1 • VER A MÁQUINA RESPONDER

Três perguntas clínicas reais levadas a um assistente público, ao vivo. Ensina o fluente-e-errado do único jeito em que isso de fato se aprende. Plano B: screenshots preparados.

LAB 2 • M5 • CONSTRUIR O INVENTÁRIO

O inventário de dados com base legal, construído na sala com a diretoria executiva. Onde a resposta é desconhecida, esse é o achado.

LAB 3 • M7 • OS SISTEMAS QUE JÁ RODAM

Os quatro sistemas em produção do grupo na parede. Para cada: o que decide, o que fica humano e como saberíamos que degradou.

Os três são momentos de aprendizagem — o conselho observa, interpreta e tira a própria conclusão. Não há «e é isto que se vende».

E DUAS SIMULAÇÕES

M6 • Crise — ransomware no prontuário e na lista cirúrgica, com injeções a cada vinte minutos. **M12 • «Projeto Aurora»** — uma proposta de R\$ 24M em IA clínica com dossiê deliberadamente incompleto, cinco papéis atribuídos e rubrica de decisão. As simulações são onde a competência se revela em vez de se declarar.

O QUE SE PRODUZ

Nove artefatos que ficam no dossiê do conselho

Regra de desenho: nenhum módulo termina sem artefato. Formação que produz apenas compreensão não verificável não é prova de programa — e o artigo 4.º pede prova de programa, não memória de sessão.

D1 · M3	Três folhas de cenário com sinais de alerta e no-regret moves
D2 · M4	O painel trimestral de dados e segurança · cinco indicadores fixos
D2 · M5	O inventário de dados com base legal e a lista de conjuntos licenciáveis
D2 · M6	O log de decisão da crise e a lista de decisões sem responsável
D2 · M7	O mapa dos sistemas em produção, com responsável e sinal de falha
D2 · M8	O inventário de IA classificado pelo Anexo III
D3 · M9	A política de IA clínica de uma página, publicável
D3 · M10	O mapa 80/15/5 e as decisões indelegáveis
D3 · M11–13	As dez perguntas-padrão, o dossiê mínimo e o Manual de IA do Conselho

COMO SE MEDE O EFEITO

Um programa sem metas declaradas não é avaliável

Os três dias ficam dentro da agenda de doze meses. O intensivo instala o núcleo comum; os quatro ciclos trimestrais o sustentam, e a segunda medição em 2027-T3 o encerra.

INDICADOR	CICLO 1 · 2026-T3	META · 2027-T3
Cobertura da avaliação	9 / 11	11 / 11
Média agregada	52	≥ 59
Domínios acima do limiar de 60	1 / 6	≥ 4 / 6
Domínio mais baixo	44	≥ 55
Amplitude entre conselheiros	37 pts	≤ 20 pts

A META QUE NÃO ESTÁ NA TABELA

Nenhum dos números acima é o objetivo real. O objetivo é que, na próxima vez que uma proposta de IA clínica subir a este conselho, **a discussão seja conduzida pelo conselho e não pela apresentação**. Isso não se mede numa escala de 100. Mede-se na ata — nas perguntas registradas e nas respostas que a gestão já traz preparadas.

UMA ADVERTÊNCIA DE MÉTODO

A segunda medição não pode ter **nenhuma consequência individual, de nenhuma natureza**, e isso deve ficar em ata antes de ela ser feita. É a condição para que o instrumento continue a valer algo no terceiro ciclo e no quarto.

FACILITAÇÃO E PRODUÇÃO

Como a sala tem de ser montada

REGRAS DE FACILITAÇÃO

- Nenhum bloco expositivo passa de **18 minutos** sem interação.
- Todo módulo termina com um artefato na parede, não com um slide.
- A presidência segura a caneta em toda sessão de redação. Quem facilita não escreve as palavras do conselho.
- Ninguém é levado a exibir desconhecimento. Perguntas são coletadas em cartões, além de em voz alta.
- A diretoria executiva está na sala nos M5, M7 e M8 — e fora dela nos M6 e M12.

SALA E MATERIAIS

- **Sala:** ilhas de 3–4 pessoas, paredes livres para o gallery walk, sem fileiras fixas.
- **Tecnologia:** projeção · som · hotspot próprio · contas de IA logadas e ensaiadas · planos B gravados para os três labs.
- **Impressos:** cartões das linhas de serviço · as três folhas de cenário · o dossiê e a rubrica do Aurora · o canvas do Manual (A1 e versão de bolso) · cartões de compromisso.
- **Antes do dia:** a apostila de preparação é enviada à parte. O programa abre com o check-in em sala — não há mais trabalho prévio.
- **Confidencialidade:** nada dito na sala é atribuído fora dela, e nenhum resultado individual de avaliação é referenciado em momento algum.

FACILITAÇÃO

Quem conduz a sala

Andiara Petterle, PhD

CONSULTORA EXTERNA · BOARDACUMEN

Assessoria em competência digital e governança de nível de conselho. O programa é facilitado diretamente, com a diretoria executiva presente apenas nos módulos em que as respostas dela são o material.

O papel na sala é deliberadamente estreito: ensinar o conceito, aplicá-lo a este grupo e devolver a decisão. Quem facilita aparece no rodapé, não no palco.

O QUE SE ACORDA ANTES DO PRIMEIRO DIA

- Os três cenários são do próprio grupo — confirmados com a diretoria executiva, não inventados.
- Os sistemas nomeados nos M7 e M8 são os que estão de fato em produção.
- O dossiê do Aurora é calibrado ao formato em que as propostas genuinamente chegam a este conselho.
- Os resultados da avaliação são usados apenas de forma agregada. Nenhum resultado individual entra na sala.

Com o que o conselho sai

- Um vocabulário comum para IA preditiva, generativa e agêntica — e para por que fluente não é correto.
- Um inventário classificado do que o grupo já opera, com responsável para cada sistema.
- Dez perguntas que passam a constar da ata, e um dossiê que nenhuma proposta pode pular.
- Uma política de ética publicável e uma lista escrita do que nunca se delega.
- Uma crise ensaiada, e a lista de decisões que não tinham responsável até terça à tarde.

Um grupo hospitalar detém as duas coisas que a inteligência artificial clínica não consegue fabricar: a confiança de quem o procura e trinta anos de registro do que de fato aconteceu com essas pessoas. Nenhuma das duas se compra. As duas se perdem numa única falha de governança. Estes três dias existem para garantir que essa falha não seja deste conselho.

E DEPOIS

O intensivo instala o núcleo comum. A agenda de doze meses o sustenta: quatro ciclos trimestrais ancorados no calendário regulatório, e uma segunda medição em 2027-T3 que converte este retrato num movimento.