

O ponto de partida

Avaliação de competência digital do Conselho do Grupo Vitalis Saúde.
O que a primeira medição diz — e o que se constrói a partir dela.



52/100

COMPETÊNCIA
AGREGADA

6/6

DOMÍNIOS
AVALIADOS

II

CONSELHEIROS
NO PERÍMETRO

49

PONTUAÇÕES
INDIVIDUAIS

CICLO 1 · PERÍODO 2026-T3 · DATA DE ANÁLISE 29 DE JULHO DE 2026

ANDIARA PETTERLE, PHD · BOARDACUMEN · AMOSTRA ILUSTRATIVA — NÃO É UM CLIENTE REAL

Como está organizado

Este relatório tem quatro partes. A primeira estabelece o ponto de partida, com o rigor com que ele foi medido. A segunda coloca esse ponto de partida no setor em que este Conselho opera. A terceira — a mais longa — é a agenda de desenvolvimento que dele decorre. A quarta propõe três decisões estruturais que excedem o ciclo.

I O ponto de partida

· o que foi medido, e como se lê

Nota de abertura da avaliação	03
Sumário executivo — sete conclusões	04
Método, faixas e limites da medição	05
O retrato agregado	06
Os seis domínios, por ordem	07
A forma do Conselho	08
A dispersão individual — o verdadeiro achado	09
Faixas de proficiência e cobertura	10
O Índice de Competência do Conselho	11

II O contexto em que este número existe

· setor, pares, regulação

A saúde em 2026 — os números que enquadram o trabalho	12
O que os conselhos comparáveis já fizeram	13
A coincidência que determina a prioridade	14
O calendário regulatório 2025–2029	15
O ativo que este Conselho já tem	16

III A agenda de desenvolvimento

· doze meses, seis domínios, uma segunda medição

O princípio: competência de conselho não é competência técnica	17
Cibersegurança e Governança de Dados — diagnóstico e currículo	18
IA e Análise Avançada — diagnóstico e currículo	19
As dez perguntas que passam a constar da ata	20
Mudança e ética — os domínios que decidem o resto	21
Prospecção e liderança — as alavancas, não os problemas	22
O programa de doze meses	23
Como saberemos que funcionou	24
Fecho, deliberações e fontes	25

IV Recomendações estruturais

· três decisões que excedem o ciclo

I · Literacia como função permanente, não projeto	26
II · Composição do colegiado e comitê de assessoramento	27
III · Um planejamento que chegue até as pessoas	28

Nenhum conselheiro é identificado neste documento. Todos os resultados são apresentados de forma agregada, em amplitudes e distribuições — condição de método, não cortesia: a avaliação existe para desenvolver um órgão colegiado, não para classificar pessoas.

A leitura da avaliação

Começo pela conclusão, porque é a única forma honesta de abrir um documento destes: **o resultado desta avaliação é bom o suficiente para ser útil, e baixo o suficiente para ser urgente**. As duas coisas ao mesmo tempo.

A média agregada do Conselho é de **52 em 100** — a faixa que a metodologia designa por *em desenvolvimento*. Não é um resultado ruim. É, na verdade, um resultado consistente com inquéritos de autodeclaração em conselhos que fazem este exercício pela primeira vez, e consideravelmente melhor do que a posição de um conselho que ainda não se mediu — porque esse não tem número nenhum. Um conselho que se mede está, por definição, um ciclo à frente de um conselho que presume.

Mas há uma segunda leitura, e é ela que justifica este relatório ter vinte e oito páginas em vez de duas. **Os dois domínios mais baixos da medição — Cibersegurança e Governança de Dados (44) e IA e Análise Avançada (46) — são exatamente os dois em que este grupo carrega a exposição verificável mais aguda**. O primeiro trata de dado sensível de saúde, sob o regime mais estrito da LGPD, num setor que no primeiro semestre de 2026 absorveu em média 2,3 ataques de ransomware por dia. O segundo enfrenta um calendário de classificação de alto risco que alcança triagem, apoio à decisão clínica e precificação de risco em saúde — na Europa a partir de dezembro de 2027, e no Brasil pelo marco legal em tramitação. Não é coincidência infeliz: é o padrão previsível de qualquer órgão que acompanhou a agenda digital como tema de gestão e não como tema de supervisão. Corrige-se com programa, não com alarme.

Este documento não avalia pessoas. Avalia a capacidade de um órgão colegiado de fazer as perguntas certas a tempo — e propõe como aumentá-la.

Três decisões de método que tomei ao preparar este relatório, e que peço ao Conselho que valide:

- 01

Nenhum nome.

Nem em anexo, nem em apêndice, nem em conversa. A avaliação individual pertence a cada conselheiro e ao seu próprio painel. O que chega ao Conselho é o agregado, a amplitude e a distribuição. Um instrumento de desenvolvimento que se converte em instrumento de exposição deixa de produzir respostas honestas no ciclo seguinte — e a segunda medição vale mais do que a primeira.
- 02

Menos diagnóstico, mais currículo.

A parte III é a maior seção deste documento por escolha deliberada. Um relatório de avaliação que dedica mais espaço ao problema do que ao percurso é um relatório mal calibrado.
- 03

O ponto de partida existe para ser superado, não defendido.

A utilidade deste 52 não está no seu valor absoluto. Está em existir uma linha de base contra a qual medir doze meses de trabalho. Sem ela, qualquer progresso futuro seria uma opinião.

Há um último ponto, e é o mais importante. A Vitalis não entra nesta agenda como uma organização em dificuldade tentando alcançar o seu setor. Entra como um grupo que detém os dois ativos que a inteligência artificial clínica não consegue fabricar: **trinta anos de prontuário longitudinal em nove hospitais e uma rede de diagnóstico, e a confiança de uma população de pacientes e de 4.200 médicos credenciados**. Esses ativos valem mais do que em qualquer momento da história do grupo, e são — pela primeira vez — tecnicamente transferíveis, contratualmente licenciáveis e irreversivelmente perdíveis numa única falha de governança. A competência que este relatório mede é a competência de capturar esse valor antes que ele se gaste. É por isso que a agenda de desenvolvimento tem prazo.

Andiara Petterle, PhD

Consultora externa responsável pela avaliação · BoardAcumen
29 de julho de 2026

Sete conclusões

01 O Conselho está na faixa «em desenvolvimento», de forma consistente.

A média agregada é 52/100. Os seis domínios distribuem-se num intervalo estreito, entre 44 e 61 — dezessete pontos. Não há um domínio de excelência a compensar um domínio crítico: há um patamar comum. Isso é operacionalmente mais fácil de tratar do que um perfil desequilibrado, porque um único programa serve o Conselho inteiro.

02 Um domínio em seis cruza o limiar de proficiência — e é o que menos vale sozinho.

O limiar de proficiência da metodologia é 60. Apenas Governança Ética em Iniciativas Digitais (61) o cruza. Num grupo de saúde isso não surpreende e é genuinamente meritório: é um conselho habituado a comitês de ética clínica, consentimento informado e equidade de acesso. Mas ética sem competência em cibersegurança e IA produz um conselho que sabe articular o princípio e não sabe auditar o sistema.

03 A dispersão entre conselheiros é o achado mais relevante — mais do que a média.

Entre os conselheiros com avaliação completa, os resultados individuais vão de **34 a 71**. Uma amplitude de 37 pontos num órgão que decide por deliberação colegiada significa que a qualidade da discussão depende de quem fala — e que existe, dentro do Conselho, capacidade suficiente para ensinar o resto do Conselho. É simultaneamente o risco e o recurso.

04 Os dois domínios mais baixos são os dois de maior exposição verificável.

Cibersegurança e Governança de Dados: 44. IA e Análise Avançada: 46. Dado de saúde é dado sensível pelo art. 11 da LGPD e exige base legal específica. A partir de 2 de dezembro de 2027, IA usada em triagem de urgência, em apoio a decisão de diagnóstico e tratamento e em avaliação e precificação de risco em saúde é de alto risco pelo Anexo III do AI Act europeu — referência direta para as parcerias internacionais do grupo — e o PL 2338/2023 classifica aplicações em saúde na mesma categoria. São matérias de registro, não de opinião.

05 Quatro dos onze conselheiros não têm avaliação completa registrada.

Dos 11 conselheiros, **sete** têm perfil completo nos seis domínios, **dois** têm avaliação parcial e **dois** não têm registro. Completar a cobertura é a intervenção de maior retorno imediato — não porque melhore o resultado, mas porque o torna representativo do órgão que efetivamente delibera.

06 O índice composto está deprimido por incompletude, não só por competência.

O Índice de Competência do Conselho está em **43/100** — faixa «consciência digital». Duas das seis componentes do índice medem participação e composição declarada, não conhecimento; e a componente de tendência está, por desenho, excluída do cálculo até existir uma segunda medição. O índice sobe com trabalho administrativo antes de subir com formação.

07 A recomendação é um programa de doze meses com segunda medição em 2027-T3.

Quatro ciclos trimestrais, ancorados no calendário regulatório e nos três cenários estratégicos da própria casa; um conjunto de perguntas-padrão que passam a constar das atas; e uma re-medição que converte este retrato num movimento. **Meta proposta: nenhum domínio abaixo de 55, pelo menos quatro domínios acima do limiar de 60, com cobertura de 11 em 11.**

Os resultados são direcionais, interpretados por humanos e referenciados a uma versão do instrumento. Não constituem veredicto automatizado sobre nenhuma pessoa, nem avaliação de desempenho individual.

O que este número é — e o que não é

Antes de qualquer leitura, o Conselho deve poder confiar no instrumento. Esta página descreve o que foi medido, com que escala, e onde estão os limites conhecidos da medição.

Os seis domínios

A avaliação usa o **Instrumento de Competência Digital de Conselho v1.0** da BoardAcumen e cobre seis domínios. Foram avaliados todos os seis — **6 de 6**. Cada domínio agrega um conjunto de subcompetências, avaliadas por instrumentos de resposta situacional e não por autodeclaração simples de conhecimento.

D1
Liderança em Estratégia Digital

D2
Cibersegurança e Governança de Dados

D3
IA e Análise Avançada

D4
Governança Ética em Iniciativas Digitais

D5
Prospecção Tecnológica e Análise de Tendências

D6
Gestão da Mudança e Cultura Digital

A escala e as faixas

FAIXA	INTERVALO	LEITURA DE CONSELHO
CRÍTICO	0 – 50	O tema não é interrogado com autonomia. O Conselho depende do que lhe é trazido.
EM DESENVOLVIMENTO	51 – 70	O tema é reconhecido e discutido. A capacidade de desafiar ainda é irregular.
PROFICIENTE / LIDERANÇA	71 – 100	O Conselho conduz o tema, define o padrão e antecipa a agenda.

Dentro desta escala, a metodologia fixa **60 como limiar de proficiência** (0 = nenhuma competência demonstrada; 100 = prática de liderança). É contra este 60 – e não contra o ponto médio da escala – que os resultados por domínio devem ser lidos.

Três limites que assumo explicitamente

- **Uma única janela de medição.** Existe apenas o período 2026-T3. Sem segunda medição não há tendência — e a componente de momento do índice composto está, por desenho, excluída do cálculo até existirem dois períodos. Este relatório descreve uma posição, não uma trajetória.
- **Cobertura parcial.** Nove dos onze conselheiros têm registro de avaliação; sete têm perfil completo. As médias por domínio são calculadas sobre quem respondeu — entre sete e nove observações por domínio. São indicativas do órgão, não exaustivas.
- **Referências de comparação externas.** Não existe população de conselhos pontuada com este instrumento para comparação direta. Toda comparação com pares neste relatório usa fontes externas identificadas — citadas na página 25 — e são inquéritos de autodeclaração, não pontuações equivalentes.

NOTA DE RECONCILIAÇÃO, PARA REGISTRO

O agregado de **52** é calculado sobre as **49 pontuações individuais por domínio** coletadas, ponderadas pelas observações de cada domínio — e não sobre a média aritmética simples dos seis valores de domínio, que é 52,5. Ambos os números estão corretos; respondem a perguntas diferentes. Onde este relatório diz «a média do Conselho», refere-se ao 52 ponderado por observações. Os resultados individuais são os valores calculados e exibidos pelo painel de cada conselheiro.

Onde está o Conselho

52/100

COMPETÊNCIA DIGITAL
AGREGADA

44-61

AMPLITUDE ENTRE
DOMÍNIOS

34-71

AMPLITUDE ENTRE
CONSELHEIROS

1/6

DOMÍNIOS ACIMA DO
LIMÍAR DE 60

A média, lida com precisão

O valor agregado de **52** coloca o Conselho no primeiro terço da faixa «em desenvolvimento» (51–70). Está um ponto acima do topo da faixa crítica. É uma posição estatisticamente frágil — pequenas variações na cobertura deslocam-na — e é uma posição clara no sentido prático: **este Conselho tem consciência digital estabelecida e ainda não tem proficiência instalada.**

A distinção não é semântica. Consciência é saber que um tema existe e que é importante. Proficiência é conseguir olhar para uma proposta de implantar uma ferramenta de triagem com IA no pronto-socorro, ou para um incidente que atinge o prontuário, e formular a pergunta que a apresentação não trouxe. É essa segunda coisa que o marco regulatório presume que um órgão de administração consegue fazer.

O que sustenta e o que puxa para baixo

Três domínios estão acima do agregado: Governança Ética (61), Liderança em Estratégia Digital (58) e Prospecção Tecnológica (55). São domínios em que a experiência de gestão de topo transfere bem — perceber tendências, formular estratégia, ponderar reputação e equidade ao paciente são competências que este Conselho já exercita noutros temas.

Três domínios estão abaixo: Gestão da Mudança e Cultura Digital (51), IA e Análise Avançada (46) e Cibersegurança e Governança de Dados (44). São domínios em que a experiência de gestão *não* transfere sozinha, porque exigem vocabulário técnico específico. **É exatamente nesta fronteira que a formação produz o maior salto por hora investida.**

A leitura que proponho ao Conselho

O QUE ESTÁ BEM

O Conselho fez a medição nos seis domínios, com instrumento externo e escala fixa. Isso coloca-o à frente dos dois terços de conselhos que declaram conhecimento de IA limitado ou inexistente — e que, portanto, não sabem onde estão.

O QUE PREOCUPA

Os dois domínios mais baixos coincidem com os dois de maior exposição: dado de paciente sob regime de dado sensível e IA clínica entrando em classificação de alto risco. A janela entre medir e ser exigido é de trimestres, não de anos.

O QUE SE DECIDE

A diferença entre este relatório ser útil ou decorativo está numa única decisão: aprovar o programa de doze meses e agendar a segunda medição. Sem segunda medição, este 52 é uma curiosidade.

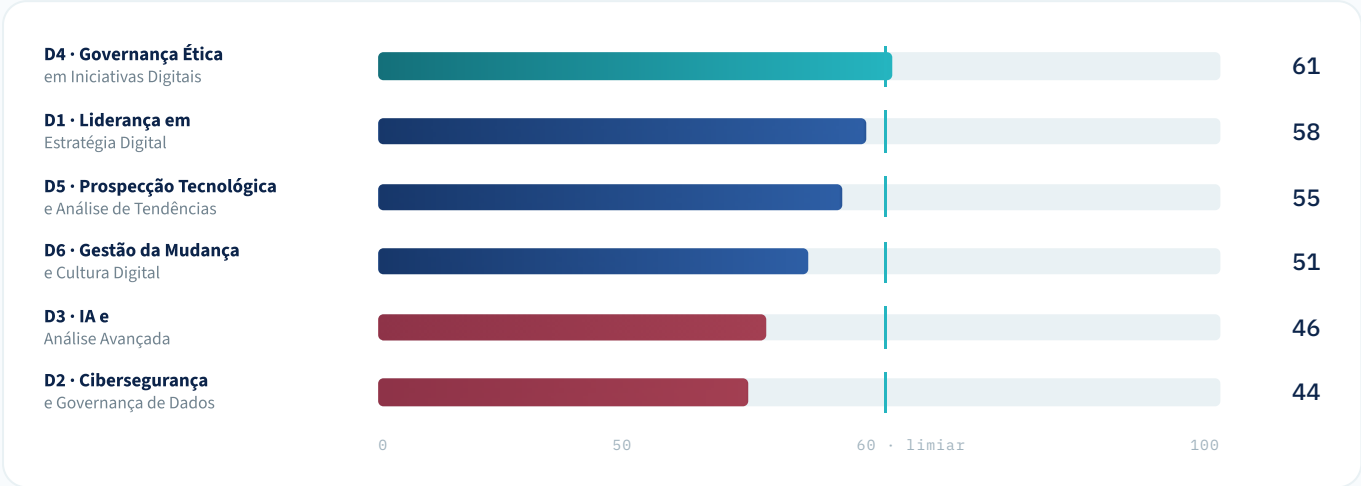
CONTEXTO COMPARATIVO

Segundo o Global Boardroom Program da Deloitte, **66% dos conselhos declaram conhecimento ou experiência de IA limitados ou inexistentes** — uma melhoria face aos 79% do levantamento anterior, mas ainda dois terços do universo global inquirido. Num inquérito da PwC a executivos, apenas **32% consideram que o seu conselho tem a combinação certa de competências**. No setor especificamente, estima-se que **10–15% dos conselhos de grandes sistemas de saúde tinham estrutura formal de supervisão de IA no início de 2026**, contra cerca de metade das organizações de saúde inquiridas já com IA generativa em produção. Não existe população de conselhos pontuada com este instrumento — as comparações desta página são com inquéritos de autodeclaração, não com pontuações equivalentes. Ainda assim, o padrão é consistente: o ponto de partida da Vitalis não é atípico.

Deloitte Global Boardroom Program · Governance of AI · PwC, Annual Corporate Directors Survey · Censinet, AI governance in health systems, 2026

Por ordem, com o limiar visível

A linha em ciano marca o **limiar de proficiência (60)**. Um domínio o alcança. A leitura correta não é «o Conselho falha em cinco domínios» — é «o Conselho está a uma distância curta e tratável do padrão, com um flanco já lá».

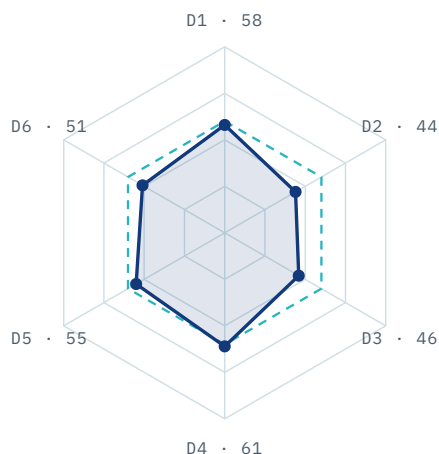


DOMÍNIO	PONT.	DIST. AO LIMIAR	OBS.	FAIXA
Governança Ética em Iniciativas Digitais	61	+1	7	EM DESENVOLVIMENTO
Liderança em Estratégia Digital	58	-2	8	EM DESENVOLVIMENTO
Prospecção Tecnológica e Análise de Tendências	55	-5	8	EM DESENVOLVIMENTO
Gestão da Mudança e Cultura Digital	51	-9	8	EM DESENVOLVIMENTO
IA e Análise Avançada	46	-14	9	CRÍTICO
Cibersegurança e Governança de Dados	44	-16	9	CRÍTICO
Média do Conselho	52	-8	49	EM DESENVOLVIMENTO

Obs. = número de pontuações individuais por domínio. A média do Conselho é calculada sobre as 49 pontuações individuais e não sobre a média dos seis domínios — daí a diferença face à média aritmética simples da coluna (52,5). Fonte: BoardAcumen · Board Overview e Director × Domain Competency Heatmap · 29 de julho de 2026.

A observação estrutural. A amplitude entre o domínio mais alto e o mais baixo é de dezessete pontos. Num conselho com perfil desequilibrado — digamos, um 78 em estratégia e um 35 em cibersegurança — o problema seria de composição e resolver-se-ia recrutando. Aqui o problema é de **patamar comum**, e resolve-se com um programa único para o órgão inteiro. É mais barato, mais rápido, e não exige mexer na composição do Conselho.

A forma do Conselho



■ MÉDIA DO CONSELHO ■ LIMIAR 60

Anéis: 25 · 50 · 75 · 100. 0 = nenhuma competência demonstrada · 100 = prática de liderança.

Um hexágono quase regular

A forma importa tanto quanto a área. Um perfil com picos e vales indica um conselho com especialistas isolados — forte onde alguém sabe, cego onde ninguém sabe. O perfil da Vitalis é **quase regular**: todos os vértices caem numa faixa estreita, e apenas um cruza a linha tracejada do limiar.

Isto tem três implicações práticas.

- **Não há dependência de uma pessoa.** Nenhum domínio está sendo sustentado por um único conselheiro com conhecimento excepcional. O risco de dependência de uma só pessoa na supervisão digital é baixo.
- **Também não há ninguém a puxar o Conselho para cima.** A ausência de picos significa que não existe, hoje, um conselheiro de referência a quem os restantes recorram por defeito em matéria de IA ou de dados. Esse papel está vago — e é atribuível.
- **Um currículo comum serve a todos.** Com dezessete pontos de amplitude entre domínios, o mesmo programa produz ganho em todo o Conselho. Não é preciso desenhar seis percursos distintos.

ONDE A FORMA SE DISTORCE

A única assimetria relevante está no eixo D4–D2: Governança Ética (61) está dezessete pontos acima da Cibersegurança e Governança de Dados (44). **O Conselho articula o princípio melhor do que audita o sistema.** Para um grupo de saúde cujos compromissos éticos dependem inteiramente da integridade e da confidencialidade do prontuário, essa assimetria é precisamente a que convém inverter. 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.

SE A FORMA CONTINUAR REGULAR

Um hexágono regular que sobe de forma uniforme é o melhor resultado possível de um programa de núcleo comum: o órgão inteiro cruza o limiar junto e nenhum domínio passa a depender de uma pessoa. É esse o perfil-alvo para 2027-T3.

SE UM VÉRTICE DISPARAR

Um pico isolado na segunda medição significaria que o programa formou os interessados, e não o Conselho. Subiria a média e alargaria a amplitude de 37 pontos — o oposto do objetivo.

SE O D2 FICAR ONDE ESTÁ

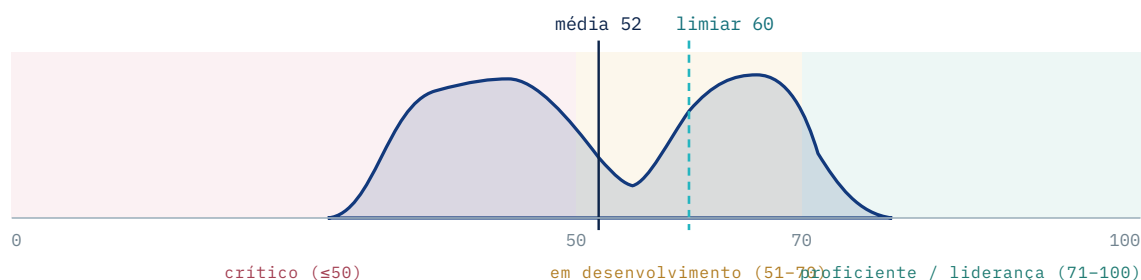
Cibersegurança e Governança de Dados é o vértice que carrega dever legal direto sobre o tratamento de dado sensível. É o único lugar em que um resultado inalterado não é questão de ritmo — é uma exposição que o Conselho deixou aberta sabendo.

Resultados direcionais, interpretados por humanos, referenciados à versão do instrumento. Não constituem veredicto sobre nenhum conselheiro.

O achado que a média esconde

A média do Conselho é 52. Os resultados individuais dos conselheiros com avaliação completa vão de **34 a 71**. É esta amplitude — e não a média — que determina a qualidade de uma deliberação colegiada.

DENSIDADE DOS RESULTADOS INDIVIDUAIS · SETE PERFIS COMPLETOS · SEM IDENTIFICAÇÃO NEM VALORES UNITÁRIOS



Curva de densidade ilustrativa, sem valores unitários plotados: três dos sete perfis completos situam-se na faixa crítica (≤ 50), três na faixa em desenvolvimento (51–70) e um alcança a faixa proficiente (71–100). Dois conselheiros com avaliação parcial (quatro e cinco domínios) não têm resultado global e não figuram nesta distribuição. Fonte: BoardAcumen · Score Distribution · 29 de julho de 2026.

Por que a amplitude importa mais

Um conselho não decide pela média dos seus membros. Decide pela discussão que consegue sustentar — e essa discussão é limitada, em cada tema, por quem tem vocabulário para conduzi-la e por quem não tem vocabulário para contestá-la.

Com **37 pontos de amplitude**, a supervisão digital na Vitalis é hoje desigual por construção: há conselheiros em condições de interrogar uma proposta de IA clínica com autonomia técnica, e há conselheiros que dependem mais da confiança na gestão. Nenhuma destas posições é censurável a título individual — é o retrato normal de um órgão que nunca tinha medido esta competência.

É precisamente essa desigualdade que o núcleo comum do programa da parte III foi desenhado para fechar.

O recurso que a amplitude revela

A leitura inversa é a mais útil. **Existe, dentro do Conselho, capacidade suficiente para elevar o Conselho.** Um perfil completo está acima do limiar de proficiência, em 71; a mediana está cerca de nove pontos abaixo do limiar.

Isto abre uma opção que não exige orçamento externo: **designar um conselheiro como titular da agenda digital e de IA** — não como especialista técnico, mas como responsável por garantir que a pergunta é feita e fica registrada. É a prática que o NACD recomenda explicitamente: atribuir titularidade clara da supervisão de IA em vez de a deixar difusa pelo colegiado.

NACD · Board AI Governance Guide · The Conference Board, Governing AI in the Corporation

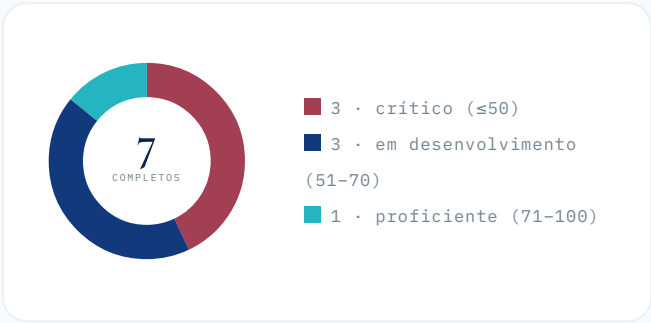
A IMPLICAÇÃO PARA O PROGRAMA

Um programa desenhado para a média falharia nas duas pontas: seria trivial para o topo e inacessível para a base. A proposta da parte III é, por isso, de **dois andares** — um núcleo comum obrigatório para o Conselho inteiro, que instala vocabulário e perguntas-padrão, e um módulo aprofundado para quem assumir a titularidade da agenda de IA e de dados.

Quem foi medido, e em que faixa ficou

Distribuição por faixa de proficiência

Aplicando a escala fixada na página 05, dos sete conselheiros com perfil completo, **três situam-se na faixa crítica (≤50), três na faixa em desenvolvimento (51-70) e um alcança a faixa proficiente (71-100).**



Contra a escala fixa de três faixas da página 05. Fonte: BoardAcumen · Score Distribution, recalculado contra o limiar de 60 · 29 de julho de 2026.

Cobertura da medição

A representatividade do retrato depende de quantos membros do órgão nele figuram. Hoje, quatro dos onze conselheiros não têm perfil completo.

ESTADO DA AVALIAÇÃO	N	%
Perfil completo · seis domínios	7	64%
Avaliação parcial · quatro e cinco domínios	2	18%
Sem registro de avaliação	2	18%
Conselho	11	100%



AÇÃO DE MAIOR RETORNO IMEDIATO

Completar a cobertura para **11 em 11** antes do final de 2026-T4. Não melhora a média — pode até baixá-la — mas transforma um retrato parcial num retrato do órgão, e movimenta duas das seis componentes do índice composto (página 11), que medem participação e composição e não conhecimento.

LEITURA 01

Um conselheiro atingiu a faixa proficiente. Num grupo de saúde desta escala é um ativo genuíno e atípico — e é o fato mais explorável deste relatório. A titularidade da agenda tem candidato natural.

LEITURA 02

Três dos sete perfis completos estão na faixa crítica. É isso que torna o núcleo comum obrigatório e não opcional: um programa a que só os interessados comparecem alarga a amplitude em vez de a fechar.

LEITURA 03

Dois conselheiros sem registro é um sinal de governança, não pessoal. Indica que o acolhimento digital de novos conselheiros não existe como processo — correção de procedimento, não de pessoa.

O Índice de Competência do Conselho: 43

O índice composto situa-se em **43/100** — faixa «consciência digital». É o número mais baixo deste relatório, e também o mais fácil de interpretar mal. Vale a pena desmontá-lo, porque **um quarto do que ele mede não é conhecimento** — e mais 15% está, por desenho, fora do cálculo enquanto houver uma só medição.

As seis componentes

COMPONENTE	PESO	MEDE
Cobertura de competência	30%	Média dos resultados globais dos conselheiros
Distribuição de competências	20%	Dispersão da cobertura por domínio
Taxa de participação	15%	Avaliados sobre total de membros
Momento de tendência	15%	EXCLUÍDO requer 2.ª medição
Lacuna crítica	10%	Severidade dos domínios abaixo de 50
Composição	10%	Diversidade de experiência e funções declaradas

Excluída a componente de tendência, os seus 15% de peso são redistribuídos proporcionalmente pelas cinco restantes. Metodologia BoardAcumen · BCI v1.

As faixas do índice

INTERVALO	FAIXA
85 – 100	Líder digital
70 – 84	Maturidade digital
55 – 69	Capacidade digital em desenvolvimento
40 – 54	Consciência digital VITALIS · 43
0 – 39	Déficit de preparação digital

O QUE ISTO SIGNIFICA EM RIGOR

A Vitalis está na **metade inferior da faixa «consciência digital»** — doze pontos abaixo da faixa seguinte. Mas as componentes que puxam para baixo não são todas de competência: participação e composição valem **25% do índice** em conjunto, e ambas dependem de registos administrativos — quantos conselheiros concluíram a avaliação e quantos preencheram o perfil de experiência na plataforma.

Três razões pelas quais este índice sobe antes de o Conselho aprender qualquer coisa

01 A cobertura fecha.

A participação é uma razão simples entre conselheiros avaliados e total de membros. Levar a vista de conselho de 9/11 a 11/11 é um ganho estimado de cerca de cinco pontos — não uma correção total.

02 O perfil de experiência preenche-se.

A componente de composição avalia a diversidade de experiência e funções declaradas. Perfis não preenchidos contam como ausência de experiência — o que subavalia um Conselho que tem, de fato, experiência clínica, regulatória e operacional relevante, apenas não registrada.

03 A tendência passa a existir.

Enquanto houver uma só medição, 15% do índice está fora do cálculo. A segunda medição não só mede progresso: **desbloqueia uma componente inteira**.

NOTA DE PERÍMETRO — PARA REGISTRO DO CONSELHO

O índice é calculado sobre o registro organizacional da plataforma — **26 contas de conselheiro e presidência** nos conselhos das controladas do grupo, das quais 14 com avaliação concluída — enquanto este relatório se refere à vista do conselho da controladora, de **11 conselheiros e 49 pontuações**. Os perímetros não coincidem. Por isso o índice é aqui apresentado como *contexto direcional* e não como medida do órgão, e a reconciliação do registro é item administrativo do ciclo C1. Todas as médias por domínio e a média agregada de 52 referem-se, sem ambiguidade, ao perímetro de 11.

Índices e pontuações direcionais, interpretados por humanos e referenciados a uma versão do instrumento. Não substituem o juízo do Conselho — informam-no.

O setor em que este 52 tem de funcionar

A competência de um conselho não se avalia em abstrato. Avalia-se contra a dificuldade das decisões que esse conselho tem à frente. Estes são os números que enquadram o trabalho.



O ativo valoriza-se e gasta-se ao mesmo tempo

Duas coisas aconteceram ao dado de saúde entre 2024 e 2026. Ele tornou-se o insumo mais escasso da IA clínica — modelos são abundantes, prontuários longitudinais ligados a desfecho não são — e tornou-se o ativo mais ativamente visado na economia do ransomware. **No primeiro semestre de 2026 o setor absorveu 410 ataques de ransomware, um aumento de cerca de 14% sobre o semestre anterior, dos quais 247 atingiram hospitais, clínicas e prestadores diretos de cuidado.**

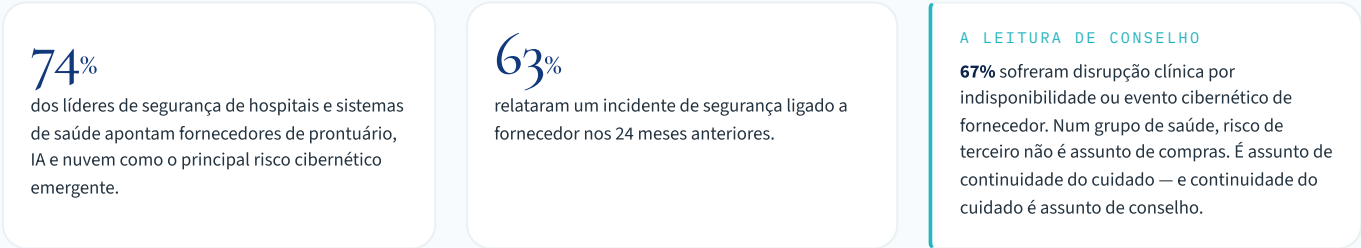
A ligação com esta avaliação é direta. O domínio que protege esse ativo — Cibersegurança e Governança de Dados — é o mais baixo dos seis, em 44, dezesseis pontos abaixo do limiar. Não é uma coincidência a registrar. É o achado.

A lacuna deixou de ser de adoção e passou a ser de supervisão

Cerca de metade das organizações de saúde inquiridas tinha IA generativa em uso produtivo em abril de 2026 — em documentação clínica, codificação, apoio à triagem, imagem e comunicação com o paciente. Na mesma janela, estima-se que **10-15% dos conselhos de grandes sistemas de saúde tinham estrutura formal de supervisão de IA instalada.**

É a maior lacuna deste relatório, e é de governança, não de tecnologia. A organização está implantando mais depressa do que o órgão que a supervisiona consegue acompanhar. A consequência não é teórica: **as reclamações por erro médico associadas a IA subiram 14% entre 2022 e 2024**, antes de a onda atual de implantação ter amadurecido.

Onde o risco realmente entra: o terceiro



Há também receita nova aqui, e é matéria de conselho. Dado clínico longitudinal — desidentificado, com base legal, governado — tornou-se ativo licenciável para parcerias de pesquisa, programas de evidência do mundo real e validação de algoritmos. Na Europa, o European Health Data Space, em vigor desde março de 2025, constrói a arquitetura jurídica exatamente para esse uso secundário — referência direta para as parcerias internacionais do grupo. **A Vitalis tem trinta anos disso.** Quem negociar esses acordos precisa de um conselho capaz de avaliá-los: o que está sendo licenciado, com que base legal, com que risco de reidentificação, por que preço, e com que direito de retirada. *Não é uma pergunta de conformidade. É uma pergunta de alocação de capital com piso de conformidade.*

Comparitech • Healthcare Ransomware Roundup, 1.º semestre de 2026 • Censinet, AI governance in health systems, 2026 • Regulamento (UE) 2025/327 (European Health Data Space). Os números do próprio Grupo Vitalis são ilustrativos e fictícios; os números setoriais são os publicados pelas fontes citadas.

O que fazem os conselhos que já decidiram

A pergunta legítima de qualquer conselheiro ao ver um 52 é: *e os outros?* Não existe população de conselhos pontuada com este instrumento para comparação direta — mas os inquéritos de autodeclaração do setor mostram um padrão consistente. Na competência declarada, os outros também estão pouco preparados. Na **estrutura de governança**, o mercado avançou muito depressa no último ano — e é aí que a Vitalis está genuinamente atrás.

ONDE O MERCADO TAMBÉM ESTÁ MAL

66% dos conselhos declaram conhecimento ou experiência de IA limitados ou inexistentes — melhoria face aos 79% anteriores.

32% é a proporção de executivos que considera que o seu conselho tem a combinação certa de competências.

2,7% dos conselheiros do S&P 500 têm competência de IA identificada — face a 1,5% em 2021. Quatro anos, não um.

Deloitte Global Boardroom Program · PwC, Annual Corporate Directors Survey · EY, análise de divulgação de governança de IA

ONDE O MERCADO JÁ SE ORGANIZOU

83% das empresas do S&P 500 divulgam IA como fator de risco — eram 12% em 2023.

20% das empresas do S&P 500 atribuíram a supervisão de IA a um comitê dedicado do conselho — eram 6% um ano antes.

62% dos conselheiros inquiridos já reservam tempo de agenda para discutir IA.

EY · The Conference Board, Governing AI in the Corporation · NACD, Director Essentials: Implementing AI Governance

A conclusão que interessa

O padrão internacional deixou de ser *ter competência de IA no conselho* — isso quase ninguém tem. O padrão passou a ser **ter titularidade, agenda e método**: alguém responsável, tempo reservado, e perguntas que constam da ata. Três coisas que não dependem de contratar um especialista, e que estão ao alcance deste Conselho em menos de um trimestre.

TITULARIDADE

O NACD recomenda que a supervisão de IA seja **integrada na gestão de risco existente**, com titularidade explicitamente atribuída, em vez de tratada como função separada. A tendência dominante não é criar comitês novos — é clarificar quem responde.

AValiação de competência

O mesmo guia recomenda expressamente a realização de **avaliações de competência de IA por conselheiro**. A Vitalis já cumpriu essa recomendação — este relatório é o resultado. Poucos conselhos, em qualquer geografia, podem dizer o mesmo.

Formação continuada

A Deloitte recomenda integrar formação em IA no acolhimento de novos conselheiros e mantê-la como programa contínuo, com a mesma seriedade da literacia financeira ou jurídica. Já existem certificações dedicadas à supervisão de IA por conselheiros.

O CRÉDITO QUE ESTE CONSELHO JÁ TEM

Vale a pena dizê-lo de forma explícita, porque um relatório de avaliação tende a soar sempre a déficit: **medir-se é a prática avançada**. Enquanto dois terços dos conselhos declaram não ter competência de IA — e portanto não sabem onde estão —, este Conselho tem seis domínios pontuados, uma amplitude conhecida e uma cobertura identificada. Passou da opinião para a base de dados. É a partir desse ponto, e só desse, que se constrói um programa que se possa auditar.

A coincidência que determina a prioridade

Se os seis domínios estivessem todos igualmente expostos, a ordem de trabalho seria indiferente. Não estão. Cruzando a pontuação de cada domínio com a exposição real do grupo nesse domínio, a prioridade deixa de ser uma escolha e passa a ser uma leitura.

DOMÍNIO	PONT.	EXPOSIÇÃO CONCRETA DA VITALIS	PRIORIDADE
Cibersegurança e Governança de Dados	44	Dado sensível de saúde de um plano com 1,2 milhão de vidas e trinta anos de prontuário em nove hospitais; art. 11 da LGPD, com base legal específica exigida e dever de comunicação de incidente à ANPD; um setor sob 2,3 ataques de ransomware por dia.	CRÍTICA
IA e Análise Avançada	46	Sistemas já em produção — apoio à triagem em imagem, documentação clínica, previsão de absentismo, score de risco do plano. Saúde é categoria de alto risco no PL 2338/2023 e, no Anexo III do AI Act, triagem de urgência, apoio à decisão clínica e precificação de risco em saúde entram em 2 de dezembro de 2027.	CRÍTICA
Gestão da Mudança e Cultura Digital	51	18.000 colaboradores e 4.200 médicos credenciados. A adoção clínica não é um problema de treinamento — é um problema de redesenho de fluxo e de autonomia profissional. O valor da IA não vem da ferramenta; vem do redesenho, e o redesenho falha por cultura antes de falhar por tecnologia.	ALTA
Governança Ética em Iniciativas Digitais	61	A confiança do paciente é o ativo central do grupo e o mais frágil. Viés algorítmico na triagem ou na precificação do plano é um evento de equidade de acesso com efeito regulatório e reputacional direto. O domínio mais forte do Conselho — e o de menor margem para erro.	ALTA
Liderança em Estratégia Digital	58	O plano de capital aprovado concentra o investimento digital no plano de saúde e no diagnóstico enquanto o parque hospitalar carrega a manutenção. É uma decisão de alocação de capital que o Conselho supervisiona.	MÉDIA
Prospecção Tecnológica e Análise de Tendências	55	Os três cenários já identificados pela casa — o cuidado migrando para fora do hospital, a fronteira operadora-prestador redesenhada por modelos de risco, e o dado clínico como ativo licenciável — exigem antecipação, não reação.	MÉDIA

A FRASE QUE RESUME ESTA PÁGINA

Os dois domínios em que este Conselho pontua mais baixo são exatamente os dois em que, dentro de dezoito meses, passa a ter obrigações verificáveis. A ordem do programa não é uma preferência — é o calendário.

POR QUE ISTO NÃO É UM ALARME

A obrigação não exige conselheiros técnicos. Exige **supervisão humana informada, registro auditável e documentação** — e que a organização apoie o desenvolvimento de literacia em quem opera estes sistemas. São deveres de meios, cumpríveis com programa.

POR QUE TAMBÉM NÃO É OPCIONAL

A LGPD já responsabiliza o controlador pelo tratamento de dado sensível, e a ANPD é a autoridade coordenadora do sistema de IA em construção. A pergunta não é se alguém pergunta. É o que o Conselho consegue mostrar que fez, quando perguntarem.

O que já está em vigor e o que entra agora

DATA	MARCO	RELEVÂNCIA PARA O CONSELHO
Em vigor	LGPD, art. 11. Dado de saúde é dado pessoal sensível: exige base legal específica, e o tratamento para tutela da saúde é restrito a profissionais e serviços de saúde. O art. 48 impõe comunicação de incidente de segurança à ANPD e ao titular.	Base de todo o D2. Responsabilidade do controlador, não do fornecedor.
10 dez 2024	O PL 2338/2023 — marco legal da IA — é aprovado no Senado Federal e segue para a Câmara dos Deputados.	Vetor legislativo principal no Brasil.
2025–2026	Tramitação na Câmara. O texto classifica aplicações em saúde entre as de alto risco, posiciona a ANPD como coordenadora do sistema nacional de IA e preserva reguladores setoriais — a ANS na saúde suplementar. A votação em plenário foi sucessivamente adiada por divergências entre proteção de direitos e estímulo à inovação.	IMPACTO DIRETO
Em vigor	ANVISA — software como dispositivo médico (SaMD): registro, classificação de risco e vigilância pós-mercado para sistemas de apoio ao diagnóstico.	Aplica-se ao parque de imagem e diagnóstico.
Em vigor	CFM — resoluções sobre telemedicina e sobre a responsabilidade indelegável do médico pelo ato clínico, independentemente do sistema de apoio utilizado.	Define onde o juízo clínico permanece soberano.

REFERÊNCIA EXTRATERRITORIAL · PARCERIAS INTERNACIONAIS E FORNECEDORES DA UE

2 fev 2025	Entram em vigor as proibições do AI Act e o dever de literacia em IA (art. 4.º) para fornecedores e implantadores.	Já aplicável a operações e parceiros na UE.
26 mar 2025	Entra em vigor o European Health Data Space , Regulamento (UE) 2025/327, com aplicação geral a partir de 26 de março de 2027.	Arquitetura jurídica do uso secundário do prontuário.
2 ago 2026	Aplicam-se as obrigações de transparência do artigo 50.º. Quem interage com um sistema de IA tem de ser informado; conteúdo sintético tem de ser marcado de forma legível por máquina. Alcança chat com paciente, interfaces de triagem e correspondência clínica assistida por IA.	IMPACTO DIRETO
2 dez 2027	Aplicam-se os sistemas autônomos de alto risco do Anexo III. Inclui 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 . Data conforme o pacote de simplificação de 2026.	IMPACTO DIRETO
2 ago 2028	Anexo I: IA de alto risco incorporada em produtos já regulados por legislação setorial — incluindo software de dispositivo médico sob MDR e IVDR .	Horizonte de planejamento do parque de imagem.

O REGIME SANCIONATÓRIO, EM DOIS PLANOS

No Brasil, a LGPD prevê sanções de advertência a multa de até **2% do faturamento** no Brasil, limitada a R\$ 50 milhões por infração, além de bloqueio e eliminação de dados. Na UE, o AI Act prevê até **€35M ou 7%** do faturamento anual mundial para práticas proibidas; até **€15M ou 3%** para a generalidade das restantes obrigações, incluindo alto risco.

A PERGUNTA DE ATA PARA O PRÓXIMO TRIMESTRE

«Quais das nossas interfaces com paciente são sistemas de IA, o que é informado e quando, que correspondência clínica é assistida por IA, e onde isso está registrado?» **Sem resposta escrita não há conformidade** — e a resposta não se obtém numa reunião. Obtém-se de um inventário.

Lei 13.709/2018 (LGPD), arts. 11 e 48 · PL 2338/2023, aprovado no Senado em 10 de dezembro de 2024 e em tramitação na Câmara dos Deputados · Regulamento (UE) 2024/1689 (AI Act), arts. 4.º, 6.º(2), 50.º, 99.º e Anexo III · Regulamento (UE) 2025/327 (European Health Data Space) · Regulamentos (UE) 2017/745 e 2017/746 (MDR / IVDR). As datas refletem a posição na data de análise desta amostra e devem ser reverificadas em fontes atuais antes de qualquer uso.

O que este Conselho já tem — e ainda não está usando

Esta avaliação não é um exercício isolado. Três das quatro âncoras da agenda estratégica que a diretoria executiva já abriu correspondem diretamente a pares de domínios medidos; a quarta atravessa todos.

ÂNCORA 01 · O ATIVO CONFIANÇA

A confiança do paciente e a reputação clínica são o que permite a um grupo guardar dado sensível. São governadas por **Governança Ética (61)** e **Cibersegurança e Governança de Dados (44)** — o domínio mais alto e o mais baixo do Conselho. O grupo tem o ativo e ainda não tem supervisão à altura dele.

ÂNCORA 02 · O PRONTUÁRIO LONGITUDINAL

Trinta anos de prontuário ligado a desfecho, em nove hospitais e 140 unidades de diagnóstico, é o insumo que a IA clínica não fabrica. Decidir o que se licencia, a quem, com que base e a que preço cabe a **Liderança em Estratégia Digital (58)** e a **IA e Análise Avançada (46)**.

ÂNCORA 03 · REDESENHO, NÃO AUTOMAÇÃO

O valor da IA não vem da ferramenta; vem de redesenhar o trabalho — na documentação clínica, no ciclo de receita, na agenda, na autorização prévia. É o território de **Gestão da Mudança e Cultura Digital (51)**. É o trabalho que ainda não começou.

ÂNCORA 04 · GOVERNAR COMO VANTAGEM

O grupo não parte do zero: há análise preditiva em produção. O déficit está na IA generativa e agêntica e na sua **governança**. É um problema de arquitetura de decisão, não de coragem — e resolve-se com método.

O artefato que já existe, e o que lhe falta

A diretoria executiva produziu um **Padrão de Implantação de IA Clínica** — escrito pela própria casa, cobrindo validação, aprovação clínica e monitoramento pós-implantação. Esse documento resolve o lado executivo: como se decide, o que se pergunta, o que não se delega abaixo da diretoria médica. **O que esta avaliação mostra é que falta o lado do Conselho** — o conjunto de perguntas que o órgão de supervisão faz sistematicamente, independentemente de quem esteja a apresentar, e que fica registrado em ata. É esse o objeto da parte III.

POR QUE A TRADIÇÃO DE ÉTICA CLÍNICA É A ALAVANCA, E NÃO O OBSTÁCULO

Este Conselho conduz, há décadas, comitês de ética clínica, protocolos de consentimento informado, revisão de eventos adversos e compromissos de equidade de acesso. Cada um deles é, estruturalmente, o mesmo instrumento que o marco de IA agora exige com outro nome: uma classificação de risco documentada, um responsável nomeado, supervisão humana de uma decisão consequente e um registro auditável de por que aquilo foi permitido. **A Vitalis não precisa aprender uma gramática nova de governança. Precisa aplicar a gramática que já fala a uma classe de sistema que ainda não tratou como clínica.** É uma distância mais curta do que 44 e 46 sugerem — e é o caminho mais rápido deste relatório.

A CONTINUIDADE, EM UMA LINHA

A diretoria escreveu como decide sobre IA clínica. Este relatório mede a capacidade do Conselho de supervisionar essa decisão — e propõe os doze meses que fecham a diferença entre as duas coisas.

Competência de conselho não é competência técnica

Todo o programa que segue assenta numa distinção que peço ao Conselho que adote como doutrina: **não se pede a um conselheiro que saiba construir um sistema de IA clínica. Pede-se-lhe que saiba reconhecer um sistema mal governado.** São competências diferentes, e a segunda aprende-se em meses, não em anos.

O QUE NÃO É OBJETIVO DO PROGRAMA

- Formar conselheiros em ciência de dados ou informática médica.
- Produzir opiniões técnicas sobre arquiteturas ou modelos.
- Substituir a competência da diretoria executiva, do CIO ou do 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 não se delega**, em nenhuma circunstância.
- Saber **o que tem de ficar escrito**, e onde.

As quatro capacidades, aplicadas

CAPACIDADE	O QUE SIGNIFICA NA PRÁTICA	ONDE SE VERIFICA
Saber perguntar	Diante de uma proposta de IA clínica, o Conselho identifica o que falta: que dados a alimentam, que populações de pacientes estão representadas e quais não estão, quem responde pelo erro, o que acontece quando falha, como se desliga.	Perguntas-padrão em ata
Saber avaliar a resposta	Distinguir uma métrica de adoção («a ferramenta foi usada em 4 mil atendimentos») de uma métrica de impacto («o tempo até o diagnóstico caiu e a reinternação não subiu»). É a diferença entre adotar e redesenhar.	Dossiê de decisão
Saber o indelegável	Existem decisões que não descem: o que se publica em nome do grupo, o que se faz com dado de paciente e de beneficiário, o que se licencia e a quem, e onde o juízo do médico permanece soberano sobre a saída de um modelo.	Mapa de decisões reservadas
Saber registrar	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.	Ata e inventário de IA

POR QUE ESTE ENQUADRAMENTO É TAMBÉM O ENQUADRAMENTO LEGAL

Duas obrigações convergem para o mesmo artefato. A LGPD responsabiliza o **controlador** — o grupo, não o fornecedor — pelo tratamento de dado sensível, e exige demonstração de conformidade, o que na prática significa registro. O dever de literacia em IA do artigo 4.º do AI Act, aplicável às operações e parcerias europeias do grupo, é **uma obrigação de meios**: apoiar o desenvolvimento de um nível suficiente de literacia em quem opera ou utiliza estes sistemas, proporcional ao contexto e ao risco. Não exige diplomas. Exige um programa — adequado, documentado e efetivamente executado. *Um plano de formação de Conselho, aprovado em ata e com medição no fim, é precisamente a prova de ambos.*

DOMÍNIO 2 · PRIORIDADE CRÍTICA · O MAIS BAIXO DA MEDIÇÃO

Cibersegurança e Governança de Dados

44
-16 AO LIMIAR · 9 OBS.

É o domínio mais baixo do Conselho e, ao mesmo tempo, o que protege o ativo do qual tudo o resto neste grupo depende: **a confidencialidade e a integridade do prontuário**. A combinação é a razão pela qual este domínio não pode ficar para o segundo ano do programa.

Hipóteses de trabalho a confirmar no programa

A pontuação de 44 mede a competência de *supervisão* do Conselho — não o estado da segurança da organização. As hipóteses abaixo são o que o ciclo C2 (p. 23) foi desenhado para testar.

- **Risco de a segurança subir apenas como relatório de incidentes.** Quando isso acontece, o órgão fica na posição de auditor retrospectivo. A supervisão eficaz é anterior: sobre resiliência, sobre dependências, sobre o que acontece ao cuidado se um sistema cair.
- **Inventário de titularidade a confirmar.** Nove hospitais, uma rede de diagnóstico e um plano acumulam dados em silos sob bases legais diferentes. A sessão S2 constrói, com a diretoria executiva, o inventário de dados com base legal — produzindo-o se ainda não existir de forma consolidada.
- **A ligação entre dados e IA é o que o programa une.** Todo sistema de IA é, antes de tudo, um consumidor de dados. É por isso que este domínio antecede o D3 na sequência do programa (p. 22).

O currículo · três sessões e um exercício permanente

- S1 O que um conselho supervisiona em cibersegurança.** Da lista de incidentes à resiliência: continuidade do cuidado, dependências críticas, recuperação testada, terceiros.
90 min · plenária
- S2 Governança de dados como ativo.** Inventário, titularidade, base legal, retenção — e que conjuntos são licenciáveis para pesquisa e quais não são.
90 min
- S3 Simulação de crise.** Exercício de mesa sobre um evento de ransomware que afeta simultaneamente o prontuário e a agenda eletiva em dois hospitais. O Conselho decide em tempo comprimido, com informação incompleta.
120 min
- Ex Painel trimestral de dados e segurança** — cinco indicadores fixos, sempre os mesmos, para que a variação seja legível ao longo do tempo.
permanente

As cinco perguntas fixas do painel trimestral

01

Que sistemas são indispensáveis para atender amanhã de manhã, e qual é o tempo de recuperação testado de cada um?

02

Que dados pessoais e sensíveis tratamos, com que base legal, e quantos pedidos de titulares recebemos e cumprimos no prazo?

03

Que terceiros têm acesso aos nossos dados ou sistemas, e quando foi a última revisão desse acesso?

04

Que incidentes ocorreram, quanto tempo levou a detecção, e o que mudou no processo por causa deles?

05

Que conjuntos de dados poderiam ser licitamente licenciados ou cedidos a pesquisa, e o que falta para que o sejam?

NOTA

A quinta pergunta é deliberadamente construída em modo de ataque, não só de defesa. Governança de dados que só serve para evitar multa deixa metade do valor na mesa.

O ponto de calibração: **o objetivo do primeiro ano não é atingir excelência em cibersegurança**. É passar de 44 para acima de 55 — o que significa, concretamente, que qualquer conselho consegue ler um painel de segurança, identificar o que falta nele e saber qual é a pergunta seguinte. Isso é alcançável em três sessões e um painel trimestral permanente.

DOMÍNIO 3 · PRIORIDADE CRÍTICA

IA e Análise Avançada

46

-14 AO LIMIAR · 9 OBS.

É o domínio central do programa. Não por moda: por aritmética. É o segundo mais baixo da medição e o de maior densidade regulatória a partir de 2027 — e o grupo tem **sistemas já em produção** cuja governança formal esta avaliação, por desenho, não mede diretamente.

Hipóteses de trabalho a confirmar

- **Vocabulário possivelmente assimétrico.** Uma competência de 46 é compatível com um Conselho que discute IA sobretudo com o vocabulário da automação — eficiência, produtividade, substituição de posto — e menos com o vocabulário da decisão sob incerteza: dados de treino, representatividade de coorte, deriva de calibração, alucinação, supervisão humana. A sessão S1 confirma ou afasta esta hipótese.
- **Risco de confusão entre camadas.** A análise que o grupo já opera — apoio à triagem em imagem, previsão de absenteísmo, score de risco do plano — é de natureza diferente da IA generativa e da agêntica. Trata-las como um só tema tende a produzir decisões desalinhadas: subestimar o risco da primeira e superestimar a novidade da segunda.
- **Inventário a confirmar.** A sessão S3 constrói, com a diretoria executiva, o inventário de sistemas de IA em uso — com finalidade, responsável nomeado, situação de aprovação clínica e classificação de risco — produzindo-o em termos formais se ainda não existir.

O currículo · quatro sessões

- S1 **As três camadas de IA e o que muda em cada uma.** Preditiva, generativa, agêntica: o que cada uma faz, onde falha, e que pergunta cada uma exige.
90 min · plenária
- S2 **Ver a máquina responder.** Demonstração ao vivo em terreno próprio: o que um modelo faz com uma queixa ambígua, onde está confiante e errado, e como isso aparece — ou não aparece — a um médico.
90 min · plenária com exercício
- S3 **Do inventário à classificação de risco.** Construir, em sessão, o inventário de sistemas de IA do grupo e classificar cada um. Produz um artefato, não um resumo.
120 min · trabalho em grupo
- S4 **Deliberar uma proposta real.** Simulação de uma decisão de investimento em IA com dossiê incompleto — no formato em que as propostas de fato chegam ao Conselho.
120 min · simulação

Regra de desenho: nenhuma sessão termina sem um artefato que fique no dossiê do Conselho. Formação que produz apenas compreensão não verificável não é prova de programa — e o que se exige é prova de programa, não memória de sessão.

A OPORTUNIDADE QUE ESTE DOMÍNIO ABRE — E QUE NÃO É DEFENSIVA

Vale registrar que o trabalho neste domínio não serve apenas para cumprir. Serve para decidir sobre **o uso secundário do prontuário** — parcerias de pesquisa, programas de evidência do mundo real, validação de algoritmos — um mercado para o qual a arquitetura jurídica está sendo construída; e sobre **modelos de risco no plano de saúde**, onde a fronteira entre precisão atuarial e discriminação ilícita é exatamente a linha pela qual o Conselho responde. Nenhuma das duas se compra pronta. As decisões sobre o que fazer com elas são as mais valiosas que este Conselho vai tomar nos próximos três anos — e exigem exatamente a competência que este domínio mede.

As dez perguntas que passam a constar da ata

A competência de um conselho materializa-se num conjunto de perguntas que são feitas **sempre** — independentemente de quem apresenta, de quão convincente é a apresentação, e de quão avançado já está o projeto. Proponho que estas dez passem a integrar o procedimento do Conselho para qualquer iniciativa que envolva IA.

01 Que decisão este sistema toma, e qual é a decisão que continua a ser humana?

Se a resposta não distinguir as duas, o sistema não está governado.

02 Que dados o alimentam, de quem são, e com que base legal os usamos?

Aplica-se a prontuário, dados de beneficiário, imagem e faturamento por igual.

03 Que populações de pacientes estão representadas nos dados de treino — e quais não estão?

Na saúde esta é a pergunta de equidade, e é a que converte uma falha técnica num evento clínico e regulatório.

04 Quando isto falhar, como é que sabemos — e em quanto tempo?

Deteção antes de correção. Um sistema sem sinal de falha é um sistema sem supervisão.

05 Quem é a pessoa — nome, não função — que responde por este sistema?

Titularidade difusa é ausência de titularidade.

06 Onde o juízo do médico permanece soberano sobre a saída do modelo, e isso está escrito?

O indelegável, enunciado como lista e não como princípio.

07 O que é comunicado ao paciente, e como é que ele sabe?

Obrigação de transparência sobre interação com IA e conteúdo sintético.

08 Como se desliga, quem tem autoridade para desligar, e já foi testado?

A existência do interruptor não basta: tem de ter sido exercida.

09 Que métrica de impacto — não de adoção — vamos ver dentro de dois trimestres?

«A ferramenta foi usada» não é resultado. Distingue adotar de redesenhar.

010 Onde está registrada a resposta às nove perguntas anteriores?

A décima é a que torna as outras nove auditáveis.

O DOSSIÊ MÍNIMO

Nenhuma iniciativa de IA sobe ao Conselho sem: finalidade em uma frase; classificação de risco; dados utilizados 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. Nove campos.** Se a gestão não consegue preenchê-la, a decisão não está madura.

O EFEITO SECUNDÁRIO DESEJADO

Estas perguntas não disciplinam apenas o Conselho — disciplinam a organização a montante. Quando as equipas sabem que uma proposta terá de responder a nove campos, **a qualidade da proposta muda antes de chegar à sala.** É o mecanismo mais barato disponível para elevar a maturidade de IA de um grupo: mudar o que o Conselho exige.

Mudança e ética — os domínios que decidem se o resto funciona

DOMÍNIO 6 · PRIORIDADE ALTA

Gestão da Mudança e Cultura Digital

É o domínio que determina se todo o resto produz efeito. O valor da IA não vem da ferramenta — vem de redesenhar o trabalho. E o redesenho falha por cultura muito antes de falhar por tecnologia. Na saúde essa falha tem nome próprio: **um corpo clínico que experimenta o sistema como vigilância em vez de apoio, e o contorna.**

O que o Conselho supervisiona aqui

- Se a transformação abrange **as quatro frentes** — assistencial, ciclo de receita, operações do plano e áreas de apoio — ou apenas as visíveis.
- Se existe distinção explícita entre o trabalho que se automatiza, o que se aumenta e o que permanece integralmente humano.
- Se a resistência do corpo clínico é tratada como sinal de informação ou como obstáculo a contornar. A primeira leitura produz decisões melhores.
- Se as competências novas estão a ser construídas ou compradas — e o que isso implica para a retenção num mercado com escassez estrutural de profissionais.

Sessão dedicada: clínica de redesenho sobre uma frente real — não a assistencial, para forçar a saída do lugar-comum. Proponho o **ciclo de receita**: é mensurável, é grande, e é onde o efeito no resultado aparece mais depressa.

5I

DOMÍNIO 4 · PRIORIDADE ALTA · O MAIS ALTO 6I

Governança Ética em Iniciativas Digitais

Num grupo de saúde, a ética digital não é um capítulo de responsabilidade social — é **gestão do ativo principal**. A confiança que pacientes e médicos depositam neste grupo é o resultado acumulado de décadas de decisões clínicas. O viés algorítmico na triagem ou na precificação do plano pode destruir parte desse capital num único episódio, à escala e em minutos.

O que o Conselho supervisiona aqui

- Se existe **política pública de uso de IA clínica** — e se o grupo teria conforto em publicá-la.
- Como se divulga ao paciente o uso de IA, e se essa divulgação é compreensível para quem a recebe.
- Que decisões clínicas são **indelegáveis a um sistema**, escritas como lista e não como princípio.
- Quem responde publicamente quando um processo clínico assistido por IA falha — decidido antes de falhar.

ARTEFATO

Uma política de ética em IA clínica de uma página, publicável, aprovada em Conselho. Publicável é o teste: uma política que o grupo não teria conforto em tornar pública não é uma política — é uma intenção.

POR QUE ESTES DOIS DOMÍNIOS ANDAM JUNTOS

Mudança sem ética produz velocidade sem direção — e num negócio construído sobre confiança clínica, velocidade na direção errada é o pior resultado possível. Ética sem mudança produz o contrário: um grupo irrepreensível e irrelevante. **A Vitalis não pode permitir-se nenhum dos dois**, e é por isso que estes dois domínios são trabalhados no mesmo ciclo do programa, com a mesma sessão de fecho.

Prospecção e liderança — as alavancas, não os problemas

Estes são dois dos domínios mais fortes do Conselho. A tentação é deixá-los de fora do programa. Seria um erro: **é exatamente por estarem mais altos que servem de alavanca para os outros quatro**. Trabalha-se neles não para os corrigir, mas para os usar.

DOMÍNIO 5

Prospecção Tecnológica e Análise de Tendências

A cinco pontos do limiar, é o domínio que o Conselho pode atravessar primeiro — e a primeira travessia importa, porque demonstra ao órgão que o programa produz resultado.

Como se usa

- Ancorar a prospecção nos **três cenários próprios** da casa, em vez de em tendências genéricas. Um conselho que discute os seus próprios cenários desenvolve competência mais depressa do que um conselho que assiste a apresentações de mercado.
- Instituir um **ponto fixo de horizonte** em cada reunião: quinze minutos, um sinal externo, uma implicação para a casa. Quinze minutos, doze vezes por ano, são três horas de prospecção estruturada — mais do que a maioria dos conselhos faz.
- Usar o cenário do **cuidado que migra para fora do hospital** como caso de trabalho: é aquele em que o grupo mais explicitamente tem de escolher um lado, e por isso o que mais exige antecipação.

A SEQUÊNCIA QUE PROponho

Começar pelos domínios fortes no primeiro ciclo — prospecção e liderança — para que o Conselho **atravesse o limiar em pelo menos um domínio antes do final de 2026**. O efeito de moral num programa de doze meses não é detalhe: é o que sustenta a assiduidade nos ciclos difíceis.

55

DOMÍNIO 1 · MAIOR EFEITO DE ARRASTAMENTO

58

Liderança em Estratégia Digital

Com oito observações, é um dos domínios de melhor cobertura — e o de maior efeito a jusante sobre os outros. Uma decisão de alocação de capital bem supervisionada corrige o que nenhuma formação técnica corrige.

Como se usa

- Levar ao Conselho a pergunta que o próprio plano de capital levanta: **a concentração do investimento digital no plano de saúde e no diagnóstico, enquanto o parque hospitalar carrega a manutenção, é uma escolha deliberada ou uma consequência de alocação?** Um conselho competente exige essa resposta por escrito.
- Distinguir, em cada iniciativa, **digital como canal** de **digital como modelo assistencial**. A confusão entre os dois é o erro estratégico mais caro do setor.
- Exigir que cada aposta digital declare qual dos **três ativos escassos** — confiança clínica, o prontuário longitudinal, a rede assistencial — está a reforçar. Uma aposta que não reforça nenhum dos três é despesa, não estratégia.

DEPOIS, OS CRÍTICOS

Segundo e terceiro ciclos em dados e cibersegurança, depois em IA — os dois domínios de exposição regulatória. É onde está o maior esforço e o maior risco evitado.

POR FIM, A CONSOLIDAÇÃO

Quarto ciclo em mudança e ética, que integra tudo o anterior num artefato único — a política de IA clínica e o mapa de decisões indelegáveis — imediatamente antes da segunda medição.

Doze meses, quatro ciclos, uma segunda medição

Quatro ciclos trimestrais. Cada um com sessões de plenária, artefatos obrigatórios e um item de ata. Carga total por conselheiro: **19 horas de sessões em doze meses** — pouco mais de hora e meia por mês — mais cerca de 45 minutos para a segunda avaliação individual.

CICLO	DOMÍNIOS	CONTEÚDO E ARTEFATO	ITEM DE ATA
C1 2026 - T4 ARRANQUE	D5 Prospecção D1 Liderança + administração do registro	Fundação e primeira travessia. Sessão de horizonte ancorada nos três cenários próprios; revisão da alocação de capital digital face ao plano aprovado. 2 sessões × 90 min · 3h00 Artefatos: ponto fixo de horizonte instituído · cobertura da avaliação levada a 11/11 · perfis de experiência preenchidos na plataforma · titularidade da agenda de IA atribuída a um conselheiro nomeado.	Aprovação do programa e designação do conselheiro titular
C2 2027 - T1 CRÍTICO	D2 Cibersegurança e Governança de Dados	Do incidente à resiliência. O que um conselho supervisiona; dado como ativo; simulação de crise com impacto simultâneo no prontuário e na agenda eletiva. 90+90+120 min · 5h00 Artefatos: painel trimestral de cinco indicadores fixos · inventário de dados com base legal · lista de conjuntos com potencial de licenciamento e o que falta para o serem.	Aprovação do painel trimestral permanente
C3 2027 - T2 CRÍTICO	D3 IA e Análise Avançada	As quatro sessões de IA. Três camadas; ver a máquina responder em terreno clínico; inventário e classificação de risco; deliberação de uma proposta real. 90+90+120+120 min · 7h00 Artefatos: inventário dos sistemas de IA do grupo com responsável e classificação · as dez perguntas-padrão adotadas em procedimento · dossiê mínimo de nove campos em vigor.	Adoção das perguntas-padrão e do dossiê mínimo
C4 2027 - T3 CONSOLIDAÇÃO	D6 Gestão da Mudança D4 Governança Ética	Integração e compromisso. Clínica de redesenho sobre o ciclo de receita; política de ética em IA clínica publicável; fecho com a segunda medição. 120+90 min · 3h30 Artefatos: política de IA clínica de uma página aprovada em Conselho · mapa de decisões indelegáveis · segunda medição concluída e relatório de progresso.	Aprovação da política e leitura do 2.º ciclo de medição

19^{h00}
SESSÕES POR CONSELHEIRO EM 12 MESES · 3H00 + 5H00 + 7H00 + 3H30

13
ARTEFATOS PRODUZIDOS E ARQUIVADOS NO DOSSIÊ DO CONSELHO

2
MEDIÇÕES — A PRIMEIRA FEITA, A SEGUNDA EM 2027-T3

DOIS ANDARES, CONFORME A PÁGINA 09

Todo o programa acima é **núcleo comum obrigatório** para os onze conselheiros. Acresce um **segundo andar** para o conselheiro titular da agenda de IA e para quem quiser acompanhar: aprofundamento nos ciclos C2 e C3, mais acesso a uma certificação externa dedicada à supervisão de IA por conselheiros, que já existe no mercado. É a resposta desenhada para os 37 pontos de amplitude — o programa não pode ser calibrado para a média.

Como saberemos que funcionou

Um programa de desenvolvimento sem metas declaradas antes de começar não é avaliável no fim. Proponho ao Conselho as seguintes metas para a segunda medição, em 2027-T3. São metas de órgão — nunca de pessoa.

INDICADOR	CICLO 1 2026 - T3	META 2027 - T3	COMO SE ATINGE
Cobertura da avaliação	9 / 11	11 / 11	Administrativo. Concluir no ciclo C1.
Média agregada	52	≥ 59	Consistente com quatro domínios ≥60 e o mais baixo ≥55, abaixo.
Domínios acima de 60	1 / 6	≥ 4 / 6	D4 já está; D5 e D1 no C1; D2 no C2; D3 no C3.
Domínio mais baixo	44	≥ 55	Nenhum domínio na faixa crítica. É a meta mais importante.
Amplitude entre conselheiros	37 pts	≤ 20 pts	Indicador de órgão — efeito esperado do núcleo comum obrigatório, que eleva a base sem qualquer registro individual.
Índice composto (administrativo)	43	≥ 58	Contexto direcional, não meta de governança (ver p. 11) — participação, composição e tendência aproximadas pela 2.ª medição.
Perímetro reconciliado	Não	Sim	Registro da plataforma alinhado com a composição efetiva do Conselho.

Os instrumentos que ficam instalados

Independentemente da pontuação, o programa deixa cinco instrumentos permanentes. São eles — e não o número — que provam supervisão diligente.

- 01

As dez perguntas-padrão, no procedimento do Conselho, para qualquer iniciativa de IA.
- 02

O dossiê mínimo de nove campos, como condição de admissibilidade de qualquer proposta de IA que suba ao Conselho.
- 03

O inventário de sistemas de IA do grupo, com finalidade, responsável nomeado e classificação de risco, revisto semestralmente.
- 04

O painel trimestral de dados e segurança, com cinco indicadores fixos.
- 05

A política de ética em IA clínica, publicável, e o mapa de decisões indelegáveis.

A META QUE NÃO ESTÁ NA TABELA

Nenhum dos números acima é o verdadeiro objetivo. O objetivo é que, em 2027, quando 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 que ficam registradas e na qualidade das respostas que a gestão passa a trazer já preparadas.

UMA ADVERTÊNCIA DE MÉTODO

Se a segunda medição vier acompanhada da expectativa de que todos melhorem, deixará de produzir respostas honestas. Peço ao Conselho que fixe agora, em ata, que **a segunda medição não tem consequências individuais de nenhuma natureza**. É a condição para que o instrumento continue a valer algo no terceiro ciclo e no quarto.

Todas as pontuações são direcionais, interpretadas por humanos e referenciadas a uma versão do instrumento. Comparações entre ciclos exigem a mesma versão do instrumento e o mesmo perímetro — ambos registrados no relatório de cada ciclo.

O que peço ao Conselho

Este relatório abriu com uma frase e fecha com a mesma: o resultado é bom o suficiente para ser útil e baixo o suficiente para ser urgente. O que o torna uma coisa ou outra é o que se decide nesta reunião.

#	DELIBERAÇÃO PROPOSTA	PRAZO
01	Aprovar o programa de doze meses e as metas da página 24 , em quatro ciclos — cerca de 19 horas de sessões por conselheiro mais uma segunda avaliação individual de cerca de 45 minutos — e agendar a segunda medição para 2027-T3. Responsável: presidência do Conselho, com apoio da BoardAcumen.	Nesta reunião
02	Designar um conselheiro titular da agenda digital e de IA — não como especialista técnico, mas como responsável por garantir que a pergunta é feita e fica registrada. Responsável: o Conselho, por deliberação nesta reunião.	Nesta reunião
03	Completar a cobertura da avaliação para 11 em 11 e reconciliar o perímetro do registro na plataforma. Responsável: secretaria do Conselho, com a BoardAcumen.	Até 2026-T4
04	Solicitar à diretoria executiva o inventário dos sistemas de IA em uso , com finalidade, responsável nomeado e classificação de risco — e a resposta escrita à pergunta de transparência: que interfaces com paciente são sistemas de IA, o que é informado, e onde isso está registrado. Responsável: diretoria executiva, com o diretor médico de informação.	PRIORITÁRIO Inventário preliminar até 31 de agosto; completo até 30 de setembro de 2026
05	Adotar as dez perguntas-padrão e o dossiê mínimo de nove campos como procedimento do Conselho para qualquer iniciativa de IA. Responsável: conselheiro titular da agenda de IA (deliberação 02).	Até 2027-T1
06	Registrar em ata que a avaliação não tem consequências individuais , em nenhum ciclo, e que os resultados individuais permanecem exclusivamente com cada conselheiro. Responsável: o Conselho.	Nesta reunião

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. A competência que este relatório mede é, exatamente, a competência de capturar esse valor antes que ele se gaste.

Fontes

DADOS DA AVALIAÇÃO BoardAcumen · Board Overview, Director × Domain Competency Heatmap, Score Distribution, Critical Gaps e Board Competency Index · perímetro Vitalis · extração de 29 de julho de 2026. Instrumento de Competência Digital de Conselho v1.0 · metodologia BCI v1, seis componentes ponderadas. O Grupo Vitalis Saúde é uma organização fictícia e todos os seus números são ilustrativos.	GOVERNANÇA E CONSELHOS Deloitte Global Boardroom Program · PwC Annual Corporate Directors Survey · EY, divulgação de governança de IA no S&P 500 · The Conference Board, Governing AI in the Corporation · NACD, Board AI Governance Guide · World Economic Forum, Future of Jobs Report 2025.	SETOR E REGULAÇÃO Comparitech · Healthcare Ransomware Roundup, 1.º sem. 2026 · Censinet, 2026. Lei 13.709/2018 (LGPD), arts. 11 e 48 · PL 2338/2023 · normas da ANVISA sobre software como dispositivo médico e resoluções do CFM · Regulamento (UE) 2024/1689 (AI Act), arts. 4.º, 50.º e Anexo III · Regulamento (UE) 2025/327 (EHDS).
---	--	--

Andiara Petterle, PhD

Consultora externa responsável pela avaliação · BoardAcumen
29 de julho de 2026 · Ciclo 1 · Período 2026-T3



DOCUMENTO DE AMOSTRA · ORGANIZAÇÃO FICTÍCIA · DADOS ILUSTRATIVOS · PRODUZIDO PARA DEMONSTRAR O MÉTODO BOARDACUMEN

RECOMENDAÇÃO I DE III

Literacia como função permanente, não projeto

O programa de doze meses da parte III resolve um ciclo. Esta recomendação pede outra coisa: que a formação do Conselho e da diretoria executiva deixe de ser um projeto e passe a ser uma **função permanente da casa** — com plano anual, dotação orçamentária, responsável nomeado e registro de cumprimento, como já sucede com a literacia financeira e jurídica.

Por que tem de ser permanente

- **Porque a matéria muda mais depressa do que um mandato.** Uma formação única fixa o Conselho no estado da tecnologia à data da sessão. Entre a primeira medição e a segunda, o objeto da supervisão já terá mudado.
- **Porque a lei pede esforço continuado, não um evento.** A LGPD exige do controlador a demonstração de conformidade, o que pressupõe registro e capacitação. O dever de literacia em IA, aplicável às operações e parcerias europeias, é obrigação de meios: apoiar o desenvolvimento de literacia suficiente em quem opera estes sistemas. Um plano anual, aprovado e executado, é a prova; uma sessão isolada não é.
- **Porque a rotação dilui o investimento.** Sem módulo de integração, cada conselheiro novo entra num patamar anterior — que é o que a medição sugere já ter acontecido.
- **Porque o Conselho não pode exigir da organização o que não exige de si.** É a condição de credibilidade de tudo o que consta da parte III.

Três públicos, com objetivos distintos

PÚBLICO	OBJETIVO	CARGA / ANO
Conselho 11 conselheiros	Competência de supervisão. Saber perguntar, avaliar a resposta, reconhecer o indelegável e registrar.	19h00
Diretoria executiva e liderança clínica CEO, diretor médico, diretor médico de informação, CIO e reportes diretos	Competência de decisão. Desenhar, contratar, governar e desligar sistemas — e responder ao Conselho com dossiê completo.	24h
Organização assistencial, ciclo de receita, operações do plano, apoio	Literacia de uso. O que se pode e não se pode fazer com estas ferramentas, com que dados, e o que tem de ser informado ao paciente.	a definir

A carga do Conselho é a da parte III. As restantes são propostas de dimensionamento, a validar com a diretoria executiva.

Os seis mecanismos que tornam isto verificável

01 · PLANO ANUAL

Plano de formação do Conselho aprovado em ata no primeiro trimestre de cada ano, com domínios, sessões e datas.

02 · DOTAÇÃO

Linha orçamentária própria e identificável. O que não tem orçamento não tem prioridade quando o trimestre aperta.

03 · TITULARIDADE

Um responsável nomeado pelo plano — o mesmo conselheiro titular da agenda digital e de IA proposto na parte III.

04 · INTEGRAÇÃO

Módulo obrigatório para novo conselheiro nos primeiros 90 dias, com avaliação inicial. É a recomendação expressa da Deloitte.

05 · REGISTRO

Presenças e artefatos arquivados no dossiê do Conselho. Formação sem registro não é oponível a um regulador.

06 · MEDIÇÃO

Re-medição a cada ciclo, com o mesmo instrumento e o mesmo perímetro. Sem isso, o plano é atividade e não resultado.

O Fórum Económico Mundial estima que **39% das competências centrais dos trabalhadores mudem até 2030**, e identifica IA e dados, cibersegurança e literacia tecnológica como as três competências de crescimento mais rápido — exatamente três dos seis domínios desta avaliação. Entre os empregadores inquiridos, **85% colocam a requalificação entre as prioridades**. *A Vitalis não está a decidir se investe em literacia: está a decidir se o faz antes ou depois de precisar dela.*

World Economic Forum · Future of Jobs Report 2025 · Deloitte Global Boardroom Program · NACD Board AI Governance Guide · Lei 13.769/2018 · Regulamento (UE) 2024/1689, art. 4.º.

RECOMENDAÇÃO II DE III

Composição do colegiado e comitê de assessoramento técnico

Há competências que se formam e competências que se trazem. A parte III trata das primeiras. Esta recomendação trata das segundas — e propõe a via que não exige mexer agora na composição do Conselho: **um comitê de assessoramento com membros independentes que já tenham a competência.**

O que o mercado já fez

Entre as empresas do S&P 500, a proporção que atribuiu a supervisão de IA a um comitê dedicado do conselho passou de **6% para 20% num ano**, e a divulgação da IA como fator de risco subiu de 12% para **83%** — enquanto a competência de IA entre conselheiros permanecia em 2,7%. *Os comitês são a resposta à escassez de competência, não a consequência da sua abundância.*

PADRÃO	ESTRUTURA ADOTADA
Comitê permanente, externo	Um comitê permanente de tecnologia digital composto exclusivamente por conselheiros independentes com competência verificada.
Grupo consultivo interdisciplinar	Conselheiros, gestão, especialistas internos e um consultor sênior externo de cibersegurança — consultivo e não deliberativo.
Conselho consultivo digital	Conselheiros, diretoria executiva e líderes tecnológicos externos, reunidos com cadência fixa em torno de uma agenda definida.
Híbrido clínico-técnico	Na saúde especificamente: acoplar ao comitê de governança clínica ou de qualidade já existente a competência de dados, IA e cibersegurança, em vez de criar estrutura paralela.

EY · The Conference Board · Russell Reynolds Associates, sobre conselhos consultivos como via para suprir escassez de competência tecnológica.

O argumento específico da saúde

Este grupo já tem a estrutura. Um conselho de saúde desta escala opera um **comitê de governança clínica ou de qualidade e segurança**, com tradição de revisar eventos adversos, protocolos e equidade de acesso. Esse comitê já faz — para processos clínicos — exatamente o que o marco de IA agora exige para sistemas de IA: classificação documentada, responsabilidade nomeada, supervisão humana de decisão consequente e registro auditável.

A proposta, por isso, não é criar estrutura paralela. É estender o mandato do comitê que já existe e sentar nele a competência que ele não tem.

A PROPOSTA, EM DOIS PASSOS

Passo 1 · agora, sem alterar a composição. Constituir um **Comitê de Tecnologia, Dados e IA**, de assessoramento ao Conselho, sem poder deliberativo: dois conselheiros, dois a três membros independentes externos com competência comprovada, e o CIO e o diretor médico de informação como convidados permanentes. Mandato escrito, reporte trimestral ao Conselho.

Passo 2 · no ciclo de renovação. Aprovar uma **matriz de competências do Conselho** que inclua IA, dados e cibersegurança como competência declarada e verificável, e usar as vagas naturais para a suprir — em vez de tratar cada substituição como um problema isolado.

Os três perfis independentes que faltam — e porquê

PERFIL A

Dado clínico e IA aplicada

Quem já levou um sistema de IA clínica da validação à produção e conviveu com o que veio depois. Cobre o domínio crítico (46) e as decisões sobre uso secundário do prontuário, onde o Conselho avaliará contratos sem precedente interno.

PERFIL B

Resiliência cibernética em infraestrutura crítica

Quem responde por continuidade num ambiente em que a indisponibilidade tem consequência clínica. Cobre o domínio mais baixo (44) e o ativo que o grupo não pode perder — o perfil a que o padrão híbrido acima dá assento próprio.

PERFIL C

Modelos de risco na saúde suplementar

Quem trabalhou com avaliação e precificação de risco em saúde sob escrutínio regulatório — o domínio que entra em alto risco, e o que menos tolera aprendizagem por tentativa.

OS LIMITES, PARA QUE O COMITÊ NÃO SE TRANSFORME NOUTRA COISA

O comitê **assessora e não decide**: não recebe competências indelegáveis do Conselho, não substitui a diretoria executiva e não se interpõe na cadeia de reporte. Os membros externos assinam confidencialidade e declaração de independência e conflitos, com verificação anual — com atenção particular às relações com fornecedores de tecnologia clínica e com o mercado de saúde suplementar. E o mandato é escrito e datado: um comitê consultivo sem mandato escrito converte-se, com o tempo, em influência sem responsabilidade.

RECOMENDAÇÃO III DE III

Um planejamento que chegue até as pessoas

O grupo tem cenários e tem orçamento. O que a avaliação sugere faltar é a **ponte entre os dois**: um plano que declare, para cada decisão estratégica de longo prazo, quais competências são necessárias para executá-la — e por que via elas chegam.

Por que a ponte falta

Não é falha de rigor. É consequência de o planejamento e a gestão de pessoas viverem em documentos diferentes, com horizontes diferentes — a estratégia a três anos, o recrutamento ao trimestre — de modo que cada aposta digital é aprovada sem que fique escrito *quem* a vai executar.

A evidência do setor é direta. Cerca de metade das organizações de saúde já opera IA generativa em produção, enquanto se estima que 10–15% dos conselhos de grandes sistemas tenham supervisão formal de IA — e **74% dos líderes de segurança hospitalar apontam os próprios fornecedores de tecnologia como o principal risco emergente**. Nada disso é questão de ferramenta. É questão de quem está lá, o que essa pessoa sabe operar, e quem responde quando falha.

O corolário é o que a parte III já diz de outra forma: **o valor da IA não vem da ferramenta, vem do redesenho** — e o redesenho não se faz com a mesma composição de competências que desenhou o processo anterior.

O que propomos que passe a existir

Um **anexo de competências ao plano estratégico**, aprovado com ele e revisto com ele. Quatro elementos:

- 01

Mapa de competências por cenário.
Para cada um dos três cenários: que competências passam a ser críticas — e, o mais difícil de escrever, quais deixam de o ser.
- 02

Decisão formar / contratar / assessorar, por frente.
Por competência crítica e por frente — assistencial, ciclo de receita, operações do plano, tecnologia. A recomendação II é a via «assessorar»; a I é a via «formar».
- 03

Ligação ao orçamento.
Cada iniciativa declara a competência que exige e a via por onde ela chega. Uma aposta sem competência atribuída é uma aposta sem executante.
- 04

Indicadores trimestrais para o Conselho.
Não para gestão de pessoas: cobertura das competências críticas, tempo de preenchimento de funções críticas, retenção nas funções novas e percentagem da força de trabalho com formação em IA concluída.

HORIZONTE	DECISÃO ESTRATÉGICA EM ABERTO	COMPETÊNCIA QUE EXIGE	VIA
Agora 0–6 meses	Divulgação do uso de IA nos canais com paciente e na correspondência clínica; a resposta às obrigações de transparência.	Governança de IA clínica · conformidade	FORMAR
Curto 6–18 meses	O que fazer com trinta anos de prontuário: licenciar para pesquisa, construir produto, ou nenhum dos dois.	Dado clínico e IA aplicada · acordos de uso secundário	ASSESSORAR
Médio 12–36 meses	Posicionamento face ao cuidado que migra para fora do hospital — o cenário em que o grupo escolhe um lado.	Modelos assistenciais digitais · operação clínica distribuída	CONTRATAR
Médio 12–36 meses	Redesenho do ciclo de receita e das operações do plano — a maior base de custo administrativo endereçável.	Redesenho de processo com IA · gestão da mudança	FORMAR
Estrutural permanente	Resiliência da operação clínica e governança do prontuário.	Resiliência cibernética · governança de dados	ASSESSORAR

Quadro ilustrativo, para estruturar a discussão do Conselho — não substitui o plano estratégico da diretoria executiva. Fontes: World Economic Forum, Future of Jobs Report 2025 · Censinet, 2026 · Comparitech, 1.º sem. 2026.

AS TRÊS RECOMENDAÇÕES, NUMA FRASE

Formar quem já está à mesa, trazer quem sabe o que a mesa não sabe, e escrever num só documento a estratégia e as pessoas que a vão executar. Nenhuma das três é uma decisão difícil. As três juntas são o que transforma um resultado de 52 num ponto de partida.

Parte IV · Andiana Petterle, PhD · BoardAcumen · 29 de julho de 2026. O Grupo Vitalis Saúde é uma organização fictícia criada para demonstrar o método BoardAcumen; todos os números a ele relativos são ilustrativos.