

visão
hospitalar

Ano 4 | Edição 13 | Outubro 2015 | Trimestral

Revista da Federação Brasileira de Hospitais | **FBA**



Crise energética nos hospitais

Ações eficientes podem
garantir economia
de até 30%

Leia mais: Arquitetura Hospitalar • Gestão • Visão Tributária

PRÊMIO

SYNAPSIS

2015

As cabeças que nos ajudam a pensar na qualidade da saúde dos brasileiros merecem um prêmio.

As melhores cabeças dedicadas a aumentar a qualidade dos serviços de saúde do país vão ser reconhecidas com o Prêmio Synapsis 2015, instituído pela FBH Federação Brasileira de Hospitais e suas Federadas. O Prêmio FBH Synapsis de Jornalismo será oferecido aos jornalistas que tenham produzido material de excelência sobre o tema em TV, rádio, impresso e Internet. O Prêmio FBH Synapsis de Ação Social vai ser outorgado à Organização da Sociedade Civil que apresente as melhores práticas no campo da Saúde dirigida às populações de baixa renda e em situação de risco social. Inscreva-se.



Feira Fórum Hospitalar



E SUAS FEDERADAS

Hospitais e a crise energética

Vivemos hoje uma preocupante crise de energia. Esta situação havia sido anunciada há tempos. Em 2010 e 2012, o sistema elétrico sinalizou que algo estava errado na maneira pela qual a operação dos reservatórios estava sendo realizada. O Brasil depende basicamente da gestão dos estoques de água para atender ao consumo de eletricidade. Com a escassez de chuvas, a energia de hidrelétrica não está suportando a demanda, em função do próprio crescimento do país.

Nosso desafio é saber como contornar a crise no curto prazo e como corrigir os fatores que geraram as crises energética e financeira.

Precisamos direcionar soluções junto aos órgãos governamentais para que haja um incentivo, no sentido de que a rede hospitalar busque fontes alternativas.

O consumo de energia tem aumentado progressiva e consistentemente e para os hospitais a eletricidade pode representar até 50% dos custos gerais. Buscar a redução do consumo mantendo a qualidade dos serviços é um desafio constante. Ações eficientes de readequação de uso da energia pode garantir uma economia significativa

Os hospitais brasileiros devem investir, o quanto antes em medidas preventivas autossustentáveis e soluções que racionalizem processos e cortes de gastos.

É preciso que o Governo reformule suas políticas de uma maneira copartícipe junto à iniciativa privada e até mesmo com a sociedade organizada. Faz-se necessário viabilizar condições para que também o pequeno proprietário possa gerar sua própria energia sem a incidência de tantas questões que inibem a livre iniciativa e o empreendedorismo no país.

Luiz Aramicy Pinto

Presidente da Federação Brasileira de Hospitais

“Nenhuma instituição privada é de maior interesse público do que um hospital particular”



De olho na Saúde

A revista **Visão Hospitalar** deste mês traz uma variedade de assuntos relevantes, como a séria crise energética em que o Brasil vem atravessando. Para traçarmos um balanço sobre isto, conversamos com gestores hospitalares que nos relataram o quanto o aumento do custo da energia impactou a atividade do setor. E o quanto a tomada de medidas e providências práticas são cada vez mais urgentes.

Procuramos especialistas em arquitetura hospitalar para nos apresentar soluções para o consumo racional de energia elétrica, sustentabilidade, adaptabilidade de espaço e novas tecnologias de forma sustentável e econômica. Descobrimos que o surgimento da tendência relacionada ao “*Green Building*”, dentro do ambiente hospitalar, traz redução de custos e conforto aos pacientes.

E no mês em que se comemora o Dia do Médico fomos conversar com eles e a entidade representante da classe, sobre as mudanças e a crise na saúde. Os médicos comentaram a situação enfrentada pelos profissionais, hoje em dia, e o descontentamento com as políticas públicas e o programa do governo para o setor.

Você vai ver também uma reflexão sobre como a excelência no atendimento hospitalar pode gerar resultados surpreendentes aos gestores, e vai acompanhar a visão jurídica, tributária e política dos nossos especialistas.

Boa leitura!
Ana Lúcia Barata
Editora

EXPEDIENTE

Editora-Chefe

Ana Lúcia Barata - 3324/DF
visaohospitalar@fbh.com.br

Projeto Gráfico

Blog Comunicação
marcelo@blogconsult.com

Publicidade

comercialrevista@fbh.com.br

Tiragem

5 mil exemplares

Arte e Diagramação

Estudioab Comunicação
www.estudioab.com.br

Publicação

Trimestral



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

DIRETORIA

Presidente:

Luiz Aramicy Bezerra Pinto

Vice-Presidente:

Francisco José Santiago
de Brito

Vice-Presidente:

Randal Pompeu Ponte

Vice-Presidente:

Benno Kreisel

Vice-Presidente:

Dário Clair Staczuk

Vice-Presidente:

Adelvânio Francisco
Morato

Vice-Presidente:

Reginaldo Teófanos
F. de Araújo

Vice-Presidente:

Renato Botto

Secretário-geral:

Eduardo de Oliveira

Secretário adjunto:

Ivo Garcia do Nascimento

Diretor tesoureiro:

Mansur José
Mansur

Tesoureiro adjunto:

Daniilo de Lira Maciel

Diretor de atividades culturais:

Avelar de Castro Loureiro
**Conselho Fiscal - Mem-
bros Efetivos**
Edivardo Silveira Santos
Canísio Isidoro Winkelmann
Paulo Eduardo Garcia
Picanço

Conselho fiscal - mem- bros suplentes

Luciano Correia Carneiro
Manoel Gonçalves Carneiro
Netto
Breno de Figueiredo
Monteiro

Assessores de Diretoria

Volney Waldivil Maia
Maria Luiza Loureiro

Federação Brasileira de Hospitais - FBH

SRTVS Qd. 701 - Conj. E nº 130 - Bloco 03 - 5º andar
Ed. Palácio do Rádio - Asa Sul - Brasília / DF - CEP 70340-901
Tel: (61) 3322-2220 - Email: visaohospitalar@fbh.com.br

Hospitais e Tributos	6	Visão Tributária	34
Visão Jurídica	9	Hospital Referência	36
Arquitetura Hospitalar	11	Visão Política	38
Gestão de Negócios	14	Acontece no Congresso	40
Especialidade em Foco	16	Gestão	42
Energia Hospitalar	20	Saúde e Tecnologia	44
Notícias do Setor	23	Gestão Hospitalar	46
Dia do Médico	26	Nutrição Hospitalar	48
Redes Hospitalares	30	Resolução ANS/ Parto	51

Gestão contábil e custos dentro dos hospitais

“ O Princípio da Competência determina que os efeitos das transações e outros eventos sejam reconhecidos nos períodos a que se referem, independentemente do recebimento ou pagamento ”

A contabilidade é uma ferramenta indispensável para a gestão de negócios. Na verdade, ela coleta todos os dados econômicos, mensurando-os monetariamente, registrando-os e resumindo-os em forma de relatórios ou comunicados, que contribuem sobremaneira para tomada de decisões. Já de algum tempo, contadores, administradores e responsáveis pela gestão das entidades se convenceram que amplitude das informações contábeis vai além do simples cálculo de impostos e atendimento de legislações comerciais, previdenciárias e legais. O reconhecimento das receitas e gastos (custos e despesas) é um dos aspectos básicos da contabilidade que devem ser conhecidos pela competência para poder avaliar adequadamente as informações econômicas e financeiras.

O Princípio da Competência determina que os efeitos das transações e outros eventos sejam reconhecidos nos períodos a que se referem, independentemente do recebimento ou pagamento. Isto pressupõe a simultaneidade da confrontação de receitas e de despesas correlatas (artigo 9º e parágrafo único da Resolução CFC 750/1993). O não reconhecimento da competência leva a entidade a ter grandes dificuldades no seu

planejamento tributário, principalmente quem opera no regime fiscal - lucro real. Para fins de gerenciamento tributário é essencial acompanhar, mês a mês, a situação do resultado tributável e sua projeção até o final do ano. Há muitas variáveis que fazem a diferença para o sucesso de uma entidade e uma delas é a formação de preços. Definir bem o quanto cobrar pelos serviços é muito importante para o crescimento do negócio.

O planejamento contábil dentro desse cenário faz a diferença. A contabilidade deve ser encarada como um recurso valioso de gestão, e não como uma obrigação. Entre as várias vantagens de uma boa análise contábil está uma melhor compreensão dos custos e das despesas da empresa, além da rentabilidade do capital investido, que na área da saúde o investimento é muito significativo. Quem não tem informações não consegue tomar decisões. Como saber onde cortar custos se você não sabe para onde o dinheiro está indo ou mesmo se esses investimentos trazem um retorno satisfatório.

A economia na saúde assume, cada vez mais, papel relevante. A limitação dos recursos utilizados na prestação da atenção médica e a demanda crescente das necessidades de saúde mostram a necessidade da pro-

fissionalização da gestão. Análise econômica em saúde trabalha com apuração de custos e dentre as principais técnicas adotadas têm-se: Custo-Benefício, Custo-Efetividade, Custo Mínimo e Custo de Oportunidade ou Custo Social.

O Custo-Benefício avalia se os benefícios resultantes de um programa compensam seus custos. Destina-se a avaliar a viabilidade econômica de projetos, podendo aplicá-lo a um determinado programa, ou a vários alternativos, para compará-los em termos de sua rentabilidade. Mostra a relação entre os custos e os benefícios diretos e indiretos gerados. Custo Efetividade destina-se à escolha da melhor estratégia para atingir

um determinado objetivo, ou seja, trata-se de estudo comparativo de alternativas para executar uma mesma ação. Custo Mínimo compara alternativas de programas/projetos/ações de saúde, que apresentam o mesmo resultado e escolhe-se aquela com menor custo. O custo de oportunidade é definido como o valor do recurso no seu melhor uso alternativo. É o custo de uma unidade de qualquer recurso usado por uma entidade. O raciocínio econômico sobre o “custo de oportunidade” está intimamente ligado com o deslocamento dos fatores de produção/serviço de uma para outra atividade, o que não ocorre por simples acaso. Além disso, o custo de oportunidade de uma alternativa é medido por alguma



característica da alternativa abandonada. Exemplo disso: benefício que se deixa de ganhar às vezes, abrindo mão, para não perder um negócio, resultado que se poderia ter conseguido, quanto à empresa sacrificou em termos de remuneração e não terceirização de atividades de apoio quando possível.

A análise de custos é tradicionalmente vista como o processo de avaliação do impacto financeiro das decisões gerenciais alternativas, enquanto a gestão estratégica de custos é uma análise de custos vista sob um contexto mais amplo, em que os elementos estratégicos tornam-se mais conscientes, explícitos e formais. Na gestão estratégica de custos, os dados são usados para desenvolver estratégias superiores a fim de se obter uma vantagem competitiva sustentável. Para desenvolver e sustentar uma vantagem competitiva, as entidades possuem certas prioridades estratégicas, tais como: qualidade, resolutividade, média de permanência do paciente internado, média de ocupação compatível com a capacidade dos serviços instalados, controle dos seus custos, entre outros. Dentre as utilizações da contabilidade, para fins gerenciais, destacam-se, entre outros:

1. **Projeção do Fluxo de Caixa;**
2. **Análise de Indicadores;**
3. **Elaboração do Orçamento Participativo e Controle Orçamentário;**
4. **Determinação de Custos Padrões;**
5. **Planejamento Tributário; e**
6. **Cálculo do Ponto de Equilíbrio;**

No cenário atual fazendo uma reflexão realista quanto à situação econômica do país, os brasileiros terão de se equilibrar diante do aperto, inflação corroendo salário, economia completamente desacelerada, desemprego em alta, déficit público elevadíssimo, juros proibitivos, câmbio e os governantes, mais uma vez, para buscar solução da sua incompetência e a falta de coragem de tomar decisões contra o desmando, vão tentar repassar mais esse prejuízo para sociedade brasileira buscando aprovação de novas fontes de financiamento para cobrir rombo do orçamento público.

Essas medidas afetam diretamente a economia da cadeia de valores da iniciativa privada, trazendo consequências danosas para o consumidor e para o desenvolvimento do país.

As entidades brasileiras terão que se esforçar e implementar novas práticas de gestão para se manterem no mercado.

O sistema de gestão contábil necessita informar custos precisos dos serviços, de modo que a fixação de preços, nas negociações com o mercado, possam se basear na melhor informação possível sobre suas necessidades de recursos. As entidades precisam se preparar para um novo momento sobre a fixação de preços dos seus serviços. O mercado comprador estará muito mais exigente quanto a política de preços praticadas atualmente.

O atual cenário econômico faz com que as entidades tenham a necessidade de alargar seus horizontes (ambientes interno e externo) em termos de perspectivas dos seus negócios, pois, só assim poderão posicionar-se estrategicamente e enfrentar a concorrência.

Wagner Barbosa de Castro
Economista, contador e administrador em saúde



A polêmica instrução normativa 1.556 e o impacto para o setor de *home care*

“ A busca por um modelo que colabore para desafogar o sistema de saúde no Brasil é comprometida por mais um ônus às empresas de *home care* em atuação no País ”

A Lei 10.424/2002, que acrescentou o artigo 19-1 à Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde - SUS), foi de fundamental importância para a compreensão sobre esse tema no Brasil. Em especial, contribuiu para o debate sobre a humanização da saúde e a redução dos custos operacionais de assistência na rede convencional.

Além desse regramento e da importância do atendimento de assistência domiciliar no Brasil, há também outros marcos legais como a Resolução RDC nº 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 26/01/2006 – com o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. No entanto, a recente Instrução Normativa nº 1.556/2015, que altera a Instrução Normativa nº 1.515/2014, vai na contramão desses avanços. Ao dispor sobre a apuração e o pagamento do IRPJ e da CSLL das pessoas jurídicas, a instrução criou uma forma de autotutela de receita, alterando a base de cálculo no mesmo exercício financeiro.

Assim sendo, é recomendável que as pessoas jurídicas prestadoras de serviços equiparados a hospitalares do tipo *home care*, as quais já recolhem e/ou pretendem continuar a recolher o IRPJ e CSLL com a base de cálculo presumida de 8% e 12%, devem acionar o Poder Judiciário para afastar a legalidade imposta pela malfadada Instrução.

Na realidade, o atendimento primário domiciliar surgiu em 1947 nos Estados Unidos e na Europa, sendo que no Brasil teve início em 1949, com o chamado Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência - SAMDU (Ministério do Trabalho). Em 1960, o Hospital dos Servidores Públicos do Estado de São Paulo criou o Serviço de Assistência Domiciliar.

Dito isto, se afigura indispensável a atenção à saúde domiciliar, com relevante valor social atribuído à prestação de serviços, de forma equiparada à hospitalar. Isto porque o sistema de *home care* foi desenvolvido como extensão do tratamento hospitalar, visando ao bem-estar do paciente, à melhora de suas condições de vida e à contribuição para sua cura. O fato de evitar a incidência de infecção hospitalar e possibilitar a permanência do paciente no seio da família produz notórios benefícios para a sua recuperação.

Cabe salientar que o termo *home care* traduz a prestação de serviços equiparados aos hospitalares, promovendo ações de atenção domiciliar aos usuários que necessitam de cuidados específicos. É desenvolvido por meio de um plano de atenção, com a atuação de uma equipe multidisciplinar e de ações assistenciais de caráter intensivo, no intuito de atingir o equilíbrio da condição de saúde de seus pacientes e minimizar o elevado índice de consultas e internações desnecessárias em hospitais e prontos-socorros.

Ou seja, se busca dar efetividade à garantia fundamental à saúde pública dos brasileiros, haja vista as dificuldades operacionais para os cidadãos exercerem o direito fundamental à saúde, previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988. No entanto, a busca por um modelo que colabore para desafogar o sistema de saúde no Brasil, sem deixar de lado à atenção ao paciente, é comprometida por mais um ônus escorchantes às empresas de *home care* em atuação no País.

A Lei 10.424/2002, que acrescentou o artigo 19-1 à Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde - SUS), foi de fundamental importância para a compreensão sobre esse tema no Brasil. Em especial, contribuiu para o debate sobre a humanização da saúde e a redução dos custos operacionais de assistência na rede convencional.

Além desse regramento e da importância do atendimento de assistência domiciliar no Brasil, há também outros marcos legais como a Resolução RDC nº 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 26/01/2006 – com o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. No entanto, a recente Instrução Normativa nº 1.556/2015, que altera a Instrução Normativa nº 1.515/2014, vai na contramão desses avanços. Ao dispor sobre a apuração e o pagamento do IRPJ e da CSLL das pessoas jurídicas, a instrução criou uma forma de autotutela de receita, alterando a base de cálculo no mesmo exercício financeiro.

Assim sendo, é recomendável que as pessoas jurídicas prestadoras de serviços equiparados a hospitalares do tipo *home care*, as quais já recolhem e/ou pretendem continuar a recolher o IRPJ e CSLL com a base de cálculo presumida de 8% e 12%, devem acionar o Poder Judiciário para afastar a legalidade imposta pela malfadada Instrução.

Na realidade, o atendimento primário domiciliar surgiu em 1947 nos Estados Unidos e na Europa, sendo que no Brasil teve início em 1949, com o chamado Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência - SAMDU (Ministério do Trabalho). Em 1960, o Hospital dos Servidores Públicos do Estado de São Paulo criou o Serviço de Assistência Domiciliar.

Dito isto, se afigura indispensável a atenção à saúde domiciliar, com relevante valor social atribuído à prestação de serviços, de forma equiparada à hospitalar. Isto porque o sistema de *home care* foi desenvolvido como extensão do tratamento hospitalar, visando ao bem-estar do paciente, à melhora de suas condições de vida e à contribuição para sua cura. O fato de evitar a incidência de infecção hospitalar e possibilitar a permanência do paciente no seio da família produz notórios benefícios para a sua recuperação.

Cabe salientar que o termo *home care* traduz a prestação de serviços equiparados aos hospitalares, promovendo ações de atenção domiciliar aos usuários que necessitam de cuidados específicos. É desenvolvido por meio de um plano de atenção, com a atuação de uma equipe multidisciplinar e de ações assistenciais de caráter intensivo, no intuito de atingir o equilíbrio da condição de saúde de seus pacientes e minimizar o elevado índice de consultas e internações desnecessárias em hospitais e prontos-socorros.

Ou seja, se busca dar efetividade à garantia fundamental à saúde pública dos brasileiros, haja vista as dificuldades operacionais para os cidadãos exercerem o direito fundamental à saúde, previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988. No entanto, a busca por um modelo que colabore para desafogar o sistema de saúde no Brasil, sem deixar de lado à atenção ao paciente, é comprometida por mais um ônus escorchantes às empresas de *home care* em atuação no País.



**Hércules
Scalzi Pivato**
Advogado tributarista
da Dagoberto Advogados

Saiba como pensar a arquitetura e a engenharia hospitalar de forma sustentável e econômica

Consumo racional de energia elétrica, sustentabilidade, adaptabilidade de espaço, novas tecnologias e cuidados com infecção hospitalar não são termos novos para os gestores hospitalares, porém, devido ao atual cenário de crise energética e o surgimento de novas tecnologias e tendências relacionadas ao *Green Building* ou Edifício Verde, estes temas tornaram-se quesitos essenciais para a sobrevivência das instituições de saúde.

Para se pensar em economia de energia, adaptabilidade e sustentabilidade em ambientes hospitalares, o especialista em arquitetura hospitalar e em vigilância sanitária, Flávio de Castro Bicalho, orienta os gestores hospitalares algumas formas de desenvolvimento e planejamento predial, bem como formas de utilização dos recursos como água e combustíveis para máquinas, entre outros.

Essas formas, se colocadas em prática, podem representar diminuição do consumo de energia e aproveitamento de recursos diversos dentro de um hospital. Alguns pontos como: mudança no sistema de aquecimento de água, arquitetura inteligente das fachadas, flexibilidade predial, reutilização de água, cuidados com infecções em serviços de saúde, tornaram-se atualmente umas das principais causas de problemas e gastos excessivos em saúde, e por isso, uma preocupação vigente.

“Os Hospitais são os grandes consumidores de água e energia elétrica. Um tomógrafo, por exemplo, consome energia suficiente para abastecer um prédio.

Por isso, a responsabilidade dos gestores hospitalares se torna ainda maior. A preocupação com economia de energia e utilização do ecologicamente correto deve passar por todos os segmentos de saúde”, acrescenta Flávio Bicalho.

Sistema de aquecimento de água - Uma das formas de se pensar em economia de energia no estabelecimento hospitalar está relacionada ao sistema de aquecimento de água. Atualmente, considera-se a substituição do combustível utilizado. “Há uns anos atrás os hospitais ainda usavam o óleo para o sistema de aquecimento, como no caso das caldeiras em alguns hospitais. Hoje, os gestores (tanto da área privada como da pública) já estão substituindo o uso do óleo pelo uso do gás e, em alguns casos, da energia elétrica. O óleo, além de um custo maior, polui mais. Já o gás é bem mais econômico e praticamente não polui”, orienta o especialista.

Reutilização da água - Há instituições que procuram reutilizar a sua água, aproveitando, por exemplo, o uso de águas servidas devidamente tratadas, em descargas dos vasos sanitários. Outra forma é a reutilização do último enxague das roupas na lavanderia em outra lavagem. Além da lavagem com o elemento químico: ozônio. “O ozônio é um poderoso desinfetante que aumenta o potencial de limpeza das roupas e com isso melhora a eficiência das lavagens. A sua utilização para lavagem de roupas já é feita em alguns hospitais e empresas terceirizadas”, confirma Flávio. **Fachadas** - Outra orientação está relacionada às fachadas dos hospitais.



“A fachada deve ser elaborada de forma que absorva menos calor possível. Ela deve ser projetada para uma boa circulação de ar e menos incidência de raios solares, fazendo que com que eles sejam refletidos em sua maior parte. Em lugares muito quentes, os raios solares esquentam o local e acaba exigindo muito do sistema de ar condicionado, aumentando o gasto energético”. No Distrito Federal, algumas instituições de saúde já modificaram suas fachadas, para se adequar a essa necessidade. “Um bom exemplo de instituição que se adequou bem a essa proposta são as edificações da Rede Sarah que elaborou toda a sua arquitetura para aproveitar os ventos locais e circula-lo dentro dos hospitais. O sistema deles aproveita estes ventos através de dutos e os insufla dentro dos hospitais, diminuindo o uso do ar condicionado”, destaca.

Flexibilidade e adaptabilidade predial – Os gestores hospitalares devem ter em mente que a arquitetura e engenharia predial devem estar ‘em aberto’ ou flexíveis para as modificações necessárias. “Deve-se pensar em realização de reformas e obras para abarcar a chegada de novas tecnologias como novos equipamentos, técnicas ligadas à nanomedicina e à genética, entre outros. Para incorporar toda essa evolução da medicina, os projetos arquitetônicos tem de ser flexíveis, expansíveis e com estruturas sem vigas, utilizando o menor número de pilares possíveis. Desta forma, o prédio se adequará mais facilmente as novas demandas”, explica.

O hospitais também devem estar atentos às normas, em especial a Resolução RDC nº 50 de 2002 da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

“ Para incorporar a evolução da medicina, os projetos precisam ser flexíveis, com estruturas sem vigas, utilizando o menor número de pilares possíveis para se adequarem às novas demandas ”

Flávio Bicalho, especialista em arquitetura hospitalar

que norteia as construções, reformas e ampliações, instalações e funcionamento de estabelecimentos assistenciais de saúde. Esta norma está em fase final de revisão e, até o ano que vem, a ANVISA deve publicar uma nova resolução em substituição a RDC 50/2002.

Quartos e enfermarias- A ideia é humanizar os espaços de internação. Com isso, é possível projetar formas mais eficientes e que atendam ao bem estar do paciente. Construção de banheiros localizados perto da porta de entrada do quarto, diminui os ruídos que vem de fora e traz mais privacidade ao usuário, além de privilegiar as janelas para os pacientes. A construção de quartos com o mesmo tamanho e leiaute facilitam e otimizam a limpeza. O tratamento da parede em frente ao paciente provoca estímulos a este muito maior do que a simples parede branca. Todos estes são quesitos importantes no trato com o usuário. “Todas essas maneiras ajudam ao paciente se sentir mais confortável. A tentativa é de deixar o ambiente mais parecido possível com a casa das pessoas”.

“No caso das UTI’s, deixar um numero de visores (janelas) para entrar a luz do dia e o paciente poder ver o ambiente lá fora. Isso é bom porque a pessoa não fica tão isolada e vai saber (em alguns casos) se está de dia ou de noite. Com isso, há um aumento na qualidade de vida dos pacientes e dos profissionais que ali trabalham.

A tendência hoje nas UTIs são quartos individualizados para os pacientes, de forma a aumentar a privacidade e melhorar o conforto”, conclui o especialista.

Controle de Infecção Hospitalar – esse assunto gerou no primeiro semestre deste ano muita polêmica em torno das super bactérias e colocou os administradores em situações emergenciais. Em vista disso, intensificaram-se ações para o controle de proliferação destes microrganismos. “A arquitetura e a engenharia podem ajudar muito neste quesito. O uso de barreiras físicas é uma das maneiras eficientes para o controle de contaminações. No caso da lavanderia hospitalar, se faz necessário a divisão por paredes do material limpo e do sujo. A área limpa deve ficar totalmente isolada da parte suja (onde são recebidos os lençóis, suturas e demais roupas sujas). Isso diminui em muito a possibilidade de roupas lavadas com algum tipo de contaminação. A divisão dos ambientes em áreas críticas, semi-críticas e não críticas e o devido tratamento arquitetônico diferenciado a cada uma destas áreas, usando, por exemplo, torneiras apropriadas, pisos específicos, etc, somado à sistemas de climatização eficientes e que atendam às normas, ajudam em muito as equipes de saúde no árduo trabalho de conter as infecções”.

Alessandra Franco
visaohospitalar@fbh.com.br

Operadora genuinamente brasileira, Hapvida lidera norte e nordeste

Com mais de 3 milhões de beneficiários e 16.500 mil colaboradores, empresa aposta em estrutura vertical para crescer.



Jorge Pinheiro, presidente do Hapvida

Uma trajetória de busca pelo melhor para o paciente. Esta é a tônica da atuação do Hapvida Saúde. A história da maior operadora do Norte e Nordeste teve início em 1979, na cidade de Fortaleza, quando o médico oncologista Candido Pinheiro de Lima inaugurou o Hospital Antonio Prudente, um dos mais modernos da cidade.

Com mais 3 milhões de beneficiários (medicina e odontologia) e 16.500 mil colaboradores, o Hapvida aposta em uma estrutura vertical para crescer, que permite viabilizar a estratégia “preço justo e qualidade” com a padronização, que garante a escala necessária para a obtenção de melhores custos.

Além do forte atendimento regional, o Hapvida já tem quase 13% de clientes fora do eixo Norte-Nordeste. Com investimentos e a estrutura verticalizada, a operadora pretende consolidar sua atuação no Norte e Nordeste e expandir nas outras regiões.

O presidente do Hapvida, Jorge Pinheiro, concedeu entrevista para o **Visão Hospitalar** e falou sobre as perspectivas da saúde privada, parceria público privada, capital estrangeiro, entre outros assuntos do setor saúde no País.

Qual a sua avaliação sobre o cenário da saúde privada no Brasil?

O ano de 2015 está sendo, também, de diminuição de pessoas dentro da medicina de grupo. Os consumidores estão mais seletivos e aqueles que possuem renda menor, estão cada vez mais criteriosos. Quem apresentar produtos assertivos e com valor mais justo irá crescer e se destacar mais no mercado. Este ano, o setor não crescerá, por conta da inflação. O Hapvida, porém, está atuando fortemente para que a inflação não chegue ao cliente.

O foco na verticalização e na ampliação da rede própria garantem a eficiência e o trabalho assertivo da operadora. Isso permite, também, viabilizar a estratégia “preço

“O foco na verticalização e na ampliação da rede própria garantem a eficiência e o trabalho assertivo da operadora. Isso permite viabilizar a estratégia “preço justo e qualidade” com a padronização”

justo e qualidade” com a padronização, que garante a escala necessária para a obtenção de melhores custos. Isto assegura ao paciente o mesmo tipo de atendimento, profissionais qualificados e tecnologia, esteja ele onde estiver. Atualmente, o Hapvida possui 209 unidades próprias, sendo 20 hospitais, 70 Hapclínicas, 15 prontos atendimentos e 104 unidades de diagnóstico por imagem e laboratórios.

A carga tributária do setor saúde é uma das maiores do mundo, quais as medidas que o senhor entende que deveriam ser tomadas pelo governo e que ainda não andaram?

A carga tributária, realmente, pesa muito e, se fosse menor, poderíamos incluir milhares de pessoas na saúde. Porém, não cabe a nós apontarmos as medidas. Confiamos que os governantes sabem administrar o País. Cabe as operadoras se adequarem. Quanto ao Hapvida, sempre fomos pautados pela verticalização e geração de empregos. Atualmente, são mais 16.500 mil colaboradores em todo o país.

O senhor acredita que a parceria público-privada na saúde é uma alternativa para a melhoria no setor?

Sim. É uma possibilidade. No setor público e no setor privado, podemos ver *cases* de sucesso e insucesso. Os desafios são muitos, mas a iniciativa privada tem encontrado soluções.

No seu ponto de vista, quais são os desdobramentos do investimento do capital estrangeiro na saúde?

É uma realidade e somos favoráveis, pois teremos mais gestão, melhorias e investimentos. Acreditamos que ajude a suprir deficiências existentes. É importante, porém, que sejam desenvolvidas políticas para incentivar os operadores locais/nacionais.

A falta de uma gestão eficiente é apontada como o grande vilão da saúde brasileira. Qual seu diagnóstico do nosso sistema de saúde? Quais os grandes gargalos?

A realidade da saúde pública é diferente da realidade da saúde privada. O Hapvida confia no sistema regulatório, por meio da Agência Nacional de Saúde (ANS), que auxilia na melhoria e modernização do setor. A judicialização, por sua vez, é prejudicial, assim como o custo tributário. O custo dos materiais e medicamentos também são altos. Como operadora de saúde privada, podemos citar as soluções que encontramos para dar agilidade ao nosso serviço. Uma delas é a Tecnologia da Informação (TI), um dos principais diferenciais do Hapvida. Anualmente, a operadora investe cerca de R\$ 15 milhões. A empresa criou uma plataforma tecnológica que acompanha todas as suas unidades em tempo real. Ativado pela biometria do paciente, o Núcleo de Controle e Qualidade acompanha todo o trajeto dele nas unidades do Hapvida, desde o momento da chegada até a saída, monitorando principalmente o tempo de espera. O Núcleo funciona na Matriz Administrativa do Hapvida, em Fortaleza (CE), e monitora a espera em todas as unidades da rede própria da operadora no Norte e Nordeste. O Núcleo funciona 24 horas por dia.

visaohospitalar@fbh.com.br

Pediatria em estado de emergência



Nesta edição, a pediatra Raquel Pitchon, presidente da Sociedade Mineira de Pediatria, concedeu entrevista à **Visão Hospitalar**. A médica fala sobre os principais problemas que afligem a especialidade no Brasil, em especial as questões que tratam da valorização da profissão. Pitchon é especialista nas áreas de pediatria, alergia e imunologia pediátrica. É autora de diversos trabalhos e publicações científicas. Exerce a Coordenação Científica do Serviço de Pediatria do Pronto Socorro do Hospital Mater Dei, em Belo Horizonte.

De acordo com a pesquisa de Demografia Médica realizada pelo CFM e Cremesp e divulgada em 2013, a pediatria é a área mais numerosa na medicina. São aproximadamente 30 mil titulados, ou 11,23% do total de especialistas. Mes-

mo assim, tornou-se uma constante a mídia anunciar que faltam pediatras no Brasil. Existe realmente um déficit na especialidade? Por que se fala tanto em uma crise da pediatria?

Em virtude do aviltamento das condições de trabalho, a entidade, nos últimos anos, verifica a copiosa redução do número de profissionais especialistas, bem como a migração dos já existentes para outros ramos da medicina. Um exemplo da crise de atendimento pediátrico foi o fechamento de cerca de dezoito serviços pediátricos em Belo Horizonte e área metropolitana nos últimos anos. Cabe a todos nós, sociedade civil, nos mobilizarmos junto às instituições e autoridades competentes com objetivo de reverter esse quadro.

O caos que assistimos hoje no pronto atendimento pediátrico tem razões multifatoriais a saber, a baixa

remuneração e valorização do pediatra. A política da saúde pública e suplementar nos últimos dez anos não só não valorizou o trabalho pediátrico como desconsiderou suas peculiaridades. A prática pediátrica exige extremo envolvimento e constantes estudos de atualização. O pediatra é um médico que recebe honorários apenas de consultas, não obtendo ganhos de outros procedimentos como, por exemplo, exames instrumentalizados, colocação de próteses, cirurgias ou procedimentos invasivos.

A consulta pediátrica é um ato médico que envolve a anamnese, ou seja, um detalhado questionário a respeito da história da criança, desde seu período gestacional, condições de parto, seus antecedentes de doenças, assim como de seus familiares e cuidadores, contato com outros doentes, situação vacinal, dados referentes ao seu crescimento e desenvolvimento, padrões alimentares, de sono e atividade diária. São também investigados os sinais ou sintomas atuais que motivaram a consulta, apresentados pela criança e o adolescente e pelos seus familiares.

Em seguida procede-se o exame físico detalhado e a formulação das hipóteses diagnósticas. Define-se, então, o melhor tratamento, sempre com o intuito de evitar o excesso de medicamentos e exames. É realizada a orientação da dieta, atualização vacinal, estímulo a atividades físicas, prevenção de acidentes e, até mesmo, aconselhamentos educacionais. A consulta é finalizada após abordagem da criança e seus familiares quanto às dúvidas nos procedimentos. Como é fácil perceber, mesmo na urgência a consulta pediátrica demanda um tempo maior para sua realização e exige na maioria das vezes uma assistência ao paciente e à família pós-consulta, seja através de telefonemas, mensagens virtuais e reavaliações.

Diante das peculiaridades da especialidade, os baixos honorários praticados pela saúde suplementar na área pediátrica justificaram a redução da procura pela profissão em prol de outras especialidades. Apesar do

estudo realizado pelo CRM-MG E AMMG em dezembro de 2012 demonstrar que a Pediatria foi a terceira especialidade mais procurada pelos futuros formandos, nos últimos dez anos, a procura para realização do título de especialista em MG caiu 50 %. Isso demonstra que a Pediatria, atualmente vem sendo utilizada como “ponte” para formação médica de outras especialidades.

Uma análise aprofundada desse fato traz a constatação de que o motivo principal da não opção pela especialidade está assentado nas frequentes precárias condições de trabalho, associadas às perspectivas econômicas insuficientes para a extrema dedicação necessária aos cuidados da infância e da adolescência.

Recentemente, a Sociedade de Pediatria de São Paulo divulgou um levantamento no qual mostra que seis em cada dez pediatras já sofreram algum tipo de violência em seu local de trabalho, em São Paulo. Esse ambiente desfavorável pode ser percebido em outros estados? Pode fazer com que o pediatra repense sua carreira e mude de especialidade?

Episódios de ameaça, xingamento e até agressão física contra pediatras motivam alguns a repensar a carreira e a cogitar a possibilidade de investir em uma nova especialidade. Em São Paulo, uma amostragem recente encomendada pela Sociedade de Pediatra constatou que, a cada dez médicos da área, pelo menos seis já haviam passado por experiência do tipo. Apesar da inexistência de dados em Minas Gerais, sobram relatos de profissionais que se dizem assustados com o aumento de casos de violência. O avanço da violência é um claro reflexo do estado de calamidade em que a saúde pública se encontra. Faltam infraestrutura, medicamentos e profissionais. E todas as reclamações da sociedade caem direto sobre os médicos, e não sobre o gestor público, que é o único capaz de tomar providências. Nessas situações, pediatras são os mais afetados, em função da ansiedade que os pais sentem quando



6 em cada **10**

pediatras já sofreram algum tipo de violência em seu local de trabalho



os filhos não recebem atendimento imediato. Observamos que a maior parte dos ataques de violência ocorrem com aqueles que trabalham na porta de entrada da urgência e emergência. Nossa orientação é que os profissionais recusem trabalhos em locais que não ofereçam condições de segurança mínimas para um atendimento adequado.

Outra questão envolvendo a pediatria, que teve muita repercussão na mídia, foi o movimento que o governo federal fez para a retirada do pediatra da sala de parto, em partos cesarianos, aparentemente sem riscos para o bebê. Como a SBP e SMP lidaram com o assunto?

Desde a publicação do documento para consulta pública, que foi realizada até 25 de maio deste ano, a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Sociedade Mineira de Pediatria, com o apoio de diversas entidades médicas, se mobilizaram para tentar impedir a medida. No documento proposto pelo governo consta uma série de orientações para profissionais da área da saúde sobre como devem agir na hora do parto.

Em manifesto divulgado em conjunto com o Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e com a Federação de Associações Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia, a SBP afirmou que as recomendações colocariam em risco a vida da gestante e do bebê, além de afirmar que algumas das práticas sugeridas iam contra o que é realizado em outros países desenvolvidos.

No Brasil a mortalidade neonatal, aquela que acontece nos primeiros 28 dias de vida caiu menos acentuadamente e representa cerca de 70% do total da mortalidade no primeiro ano de vida. Dados da Unicef e Organização Mundial de Saúde mostram que três quartos de todas as mortes de recém-nascidos ocorrem na primeira semana de vida e no Brasil 26% acontecem nas primeiras 24 horas de vida. E o pior: até dois terços dessas mortes podem ser evitadas se medidas de saúde eficazes forem realizadas no momento do nascimento e durante a primeira semana de vida.

Diante desse cenário torna-se urgente implementarmos mais ações com objetivo de continuarmos o processo de redução da mortalidade infantil em Minas

e no Brasil. Um importante caminho é a priorização, ampliação e melhoria do acesso dos recém-nascidos aos serviços de saúde de qualidade. A concentração de óbitos no primeiro dia de vida indica a necessidade de reforçar a atenção à gestante, ao parto e ao recém-nascido. Nesse sentido, a presença do pediatra na sala de parto e capacitação de médicos, pediatras e enfermeiros em procedimentos de atendimento a bebês graves, como treinamento em reanimação neonatal e transporte, são indispensáveis. Para a Sociedade Mineira de Pediatria, a medida se mostra um retrocesso, pois “o momento do nascimento pode definir a qualidade de vida da criança a curto, médio e longo prazo”. A falta de oxigenação e de uma atitude agressiva nesses casos pode determinar não só o aumento de mortes, mas também o aumento de sequelas.

A senhora poderia nos falar a respeito do perfil do novo pediatra ?

Em recente pesquisa que realizamos com os candidatos inscritos para a prova de título de especialista em pediatria observamos que a maioria dos candidatos é de Belo Horizonte (68%) e os demais de outras cidades mineiras. A maioria era do sexo feminino (81,5%). Grande parte dos entrevistados atribuiu a sua escolha pela pediatria ao fato de acreditar na importância dos

cuidados com a criança e o adolescente. A motivação para realização da prova dividiu os candidatos: 32 % realizou o exame por acreditar na importância da Sociedade Brasileira de Pediatria ao defender a profissão e buscar constantemente a atualização científica, o que valoriza o título e 46% teve como objetivo a valorização curricular. Interessante também observar que existem pessoas que buscam a prova para autoavaliação. Isto reforça ainda mais a dedicação à profissão e o desejo do pediatra de qualificação e desempenho máximo.

O que surpreende é que ainda hoje podemos considerar que o pediatra é sobretudo um idealista. A escolha pela especialidade baseia-se em uma crença e em um ideal de dedicação. Realmente o exercício da pediatria envolve a prática diária da verdade, da ética, do compromisso, da gentileza, do conhecimento técnico atualizado, da disponibilidade em acolher a criança, o adolescente e sua família, entre outras tantas responsabilidades. Percebemos ainda que, em geral, os pediatras desejam contribuir para a melhoria da sua comunidade e do mundo globalizado. Ao atendermos nossos pacientes e suas famílias nos defrontamos diariamente com as deficiências da Saúde Pública e Privada e da Educação. Talvez essa seja nossa maior inspiração para lutarmos para a melhoria das condições do nosso país.

Raquel Pitchon
Presidente da Sociedade Mineira de Pediatria



Crise energética: racionar ou racionalizar?

Uma questão complexa para hospitais e outras instituições de saúde.

Em 2010, o Tribunal de Contas da União alertou o governo federal para a situação crítica da segurança energética do país. Em 2014, o mesmo tribunal apontou fortes indícios de uma capacidade de geração de energia elétrica estruturalmente insuficiente e de falhas no planejamento da expansão, entre outros aspectos nada otimistas. Alertas como este não se limitam ao TCU. Um racionamento de âmbito nacional, cujo risco é razoavelmente alto, seria extremamente danoso para a economia. Mas, se em algumas regiões do Brasil, a luz pode em breve se apagar, no setor produtivo, e particularmente no hospitalar, a luz amarela já se acendeu.

Diante de uma crise eminente, os hospitais brasileiros vêm se organizando financeiramente e investindo em planos de contingência, medidas preventivas autossustentáveis e soluções que racionalizem processos e cortes de gastos. Adaptações arquitetônicas nas instalações; utilização de vidros reflexivos que reduzem o aquecimento de ambientes internos; instalação de luminárias e lâmpadas com maior qualidade de iluminação e menor consumo de energia; sensores de presença para luzes e ar condicionado; aproveitamento da iluminação natural; são todos exemplos do que se está fazendo no setor. Ações eficientes como estas podem garantir uma economia de até 30% no custo geral. Limitar o atendimento e os serviços? Só como medida extrema.

Um projeto regional de Santa Catarina está se tornando parâmetro para outros estados. A companhia distribuidora de energia elétrica, está desenvolvendo um programa de eficiência energética na ordem de R\$ 7,5 milhões, que deve chegar a 34 hospitais em 29 municípios. O projeto, integralmente subsidiado pela Celesc, tem investimentos em lâmpadas, luminárias e ar condicionado. As etapas do programa envolvem pré-diagnóstico, medição do consumo de energia dos equipamentos antigos, diagnóstico energético, instalação de equipamentos modernos mais eficientes e encaminhamento dos antigos para descarte. Os resultados já aparecem. A redução total no consumo representa 5.024 megawatts-hora por ano (MWh/ano), energia suficiente para atender 2.321 residências/ano.





Em todo o Brasil, o consumo de energia tem aumentado progressiva e consistentemente e para os hospitais a eletricidade chega a representar 50% dos custos gerais. Buscar a redução do consumo mantendo a qualidade dos serviços é um desafio constante. Algumas consultorias têm alertado o setor hospitalar para a necessidade de racionalizar antes de racionar o uso da energia elétrica:

- Planejamento é a espinha dorsal de qualquer empreendimento;
- Se o hospital ainda é uma ideia de empreendimento, é essencial ter no projeto, as diretrizes arquitetônicas da gestão de energia em todo o prédio e para todas as instalações;
- Se o prédio existe e já funciona, conserva-se a estrutura original, mas acrescenta-se a ela materiais e equipamentos modernos e mais eficientes;
- Treinamento de equipes e acompanhamento da evolução do consumo de energia;
- Consertar rapidamente o que não está funcionando bem;
- Repensar e melhorar os sistemas de geração e contenção no uso da eletricidade (algumas melhorias podem estar no revestimento adequado do edifício, na iluminação e nas tomadas, no aquecimento e resfriamento, na ventilação);
- Substituir alguns equipamentos e componentes levando em consideração a integração entre as diversas áreas de serviços, criando sinergias (se a iluminação é feita por lâmpadas que aquecem menos, o sistema geral de ar-condicionado precisará de menos potência de resfriamento);
- Usar *nobreaks*, que garantem a continuidade de abastecimento de eletricidade em casos de picos de luz ou mesmo de apagões localizados, podem proteger a vida útil dos equipamentos e evitar, por exemplo, que um equipamento de UTI pare de funcionar ou que uma variação de energia influencie o resultado de um exame;
- Todos os equipamentos devem ser desligados, manual ou automaticamente, quando não estiverem em uso;
- O acompanhamento e a medição de eficiência energética devem ser uma atividade frequente e constante. Há tecnologias e softwares úteis para esse gerenciamento; e
- Reformas prediais são excelentes oportunidades de atualização ou substituição de sistemas obsoletos.

“ O aumento do custo da energia teve impacto direto nas nossas atividades. Estamos realizando providências práticas, como por exemplo, ligar autoclave fora do período de pico, instalar sensores de presença e conscientizar todos os profissionais ”

Fernando Antônio Honorato da Silva e Souza, presidente da Associação dos Hospitais do Estado de Goiás

Em entrevista à **Visão Hospitalar**, o médico Fernando Antônio Honorato da Silva e Souza, que é diretor da Maternidade Modelo e presidente da Associação dos Hospitais do Estado de Goiás, analisou o contexto nacional do setor energético e suas implicações para hospitais e outras instituições prestadoras de serviços de saúde: “A crise energética vai existir, mais cedo ou mais tarde ela vai existir. Ao longo do tempo, o Brasil não fez investimentos suficientes para a geração de energia, seja na criação de usinas, seja de fontes alternativas. A população está aumentando e com ela a demanda por serviços de saúde. Por sua vez, tem aumentado também a necessidade de mais equipamentos eletroeletrônicos. O aumento do custo da energia, que foi em torno de 35%, teve impacto direto nas nossas atividades. Mas, para nos mantermos conectados com uma boa gestão, e até solidários com a sociedade neste empenho em economizar energia, temos tomado todas as providências ao nosso alcance, como por exemplo só ligar autoclave fora do período de pico, instalar sensores de presença para evitar o desperdício, conscientizar os profissionais, desde o pessoal da limpeza até o corpo clínico. Todo mundo tem que estar junto neste propósito, senão não funciona. O que não está nos nossos planos é restringir atendimento ou serviços. Esta seria uma medida extremamente perigosa porque lidamos com saúde, lidamos com vidas. Racionalizar o uso da energia elétrica tem que ser prioridade dos hospitais. Infelizmente, a meu ver, não é o caso da maioria. E aí as associações, e a pró-



pria Federação, têm um papel importantíssimo: conscientizar, capacitar, esclarecer, alertar, informar, como a Revista VH está fazendo com esta reportagem. Precisamos todos nos envolver seriamente com o problema. O Brasil já viveu uma crise energética. Esta agora não é novidade, mas é preciso aprender com o passado para agir no presente e corrigir os rumos para o futuro”.

Deborah Andrade
visaohospitalar@fbh.com.br

37º Encontro Catarinense de Hospitais

O tradicional evento do setor hospitalar e da área da saúde do Estado de Santa Catarina, realizado pela AH-ESC (Associação dos Hospitais do Estado de Santa Catarina), pela FEHOESC (Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina) e pela FEHOSC (Federação dos Hospitais Filantrópicos do Estado de Santa Catarina), trouxe este ano o tema: “Governança Clínica na Gestão Hospitalar”. Dentre as reflexões apresentadas, o tema ressaltou o fato de que medidas bem empregadas, auxiliam o paciente, uma vez que evitam permanências desnecessárias no ambiente do hospital e previnem infecções hospitalares.



Encontro Paranaense de Saúde - 2015

Os temas “Redes sociais nas relações de trabalho” e “Saúde, informação e autonomia” fizeram parte das atividades do Encontro Paranaense da Saúde 2015, em Curitiba/PR. Organizada pelas instituições representativas do setor hospitalar privado - Ahopar, Fehospar e Sindipar -, a quinta edição do evento debateu sobre “Conectividade total na saúde”, abordando não apenas avanços tecnológicos como formação e integração multiprofissional.

O presidente do CRM-PR, Luiz Ernesto Pujol, compôs o cerimonial de abertura, e comentou sobre a relação médico-hospital. Também participaram do evento o presidente da Federação Brasileira de Hospitais, Luiz Aramicy Pinto, o presidente da Confederação Nacional de Saúde, Renato Merolli, o presidente da Associação dos Hospitais do Paraná, Benno Kreisel, entre outros. O evento contou com cerca de 600 inscritos e uma Feira de Produtos e Serviços com 30 expositores.



II Fórum Hospitais Compliance

O Fórum Hospitais Compliance vai reunir, em novembro de 2015, os maiores nomes da saúde do país para discutir o futuro de um mercado que representa 9% do PIB brasileiro – cerca de R\$ 396 bilhões. Uma série de debates, liderados por alguns dos principais especialistas em compliance do mundo, vai compor um painel com análise, críticas e soluções para a construção de uma agenda positiva para o setor. Sempre com foco em experiências bem sucedidas de ética e regulação no ambiente corporativo da saúde. Um dos principais destaques do evento deste ano é a presença do líder de compliance da Cleveland Clinic (EUA), Don Sinko. Realizado pela



segunda vez na capital paulista, o encontro é uma iniciativa conjunta da CNS, Abramed, Revista Diagnóstico e Anahp, com apoio do Instituto Ethos, Conselho Federal de Medicina (CFM), CMB e FBH.

AHESP recebe convidados em Evento Comemorativo aos seus 50 anos

A Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo comemorou seu jubileu, no mês de setembro e prestou homenagens a entidades e personalidades relevantes para o setor. Promoveu workshop sobre “A Situação e as Perspectivas da Rede Hospitalar Privada no Brasil” e encerrou com um coquetel de conagração entre os participantes.

Após a abertura e saudação do atual presidente da AHESP, Dr. Eduardo de Oliveira, os convidados fizeram uma breve viagem no tempo, passando pelos principais momentos da entidade nesse meio século. Em seguida, foram homenageados, com o troféu dos 50 anos, os 10 presidentes que estiveram à frente da Associação e, de forma especial, o Dr. Luiz Plínio Moraes de Toledo, falecido no último mês de junho.



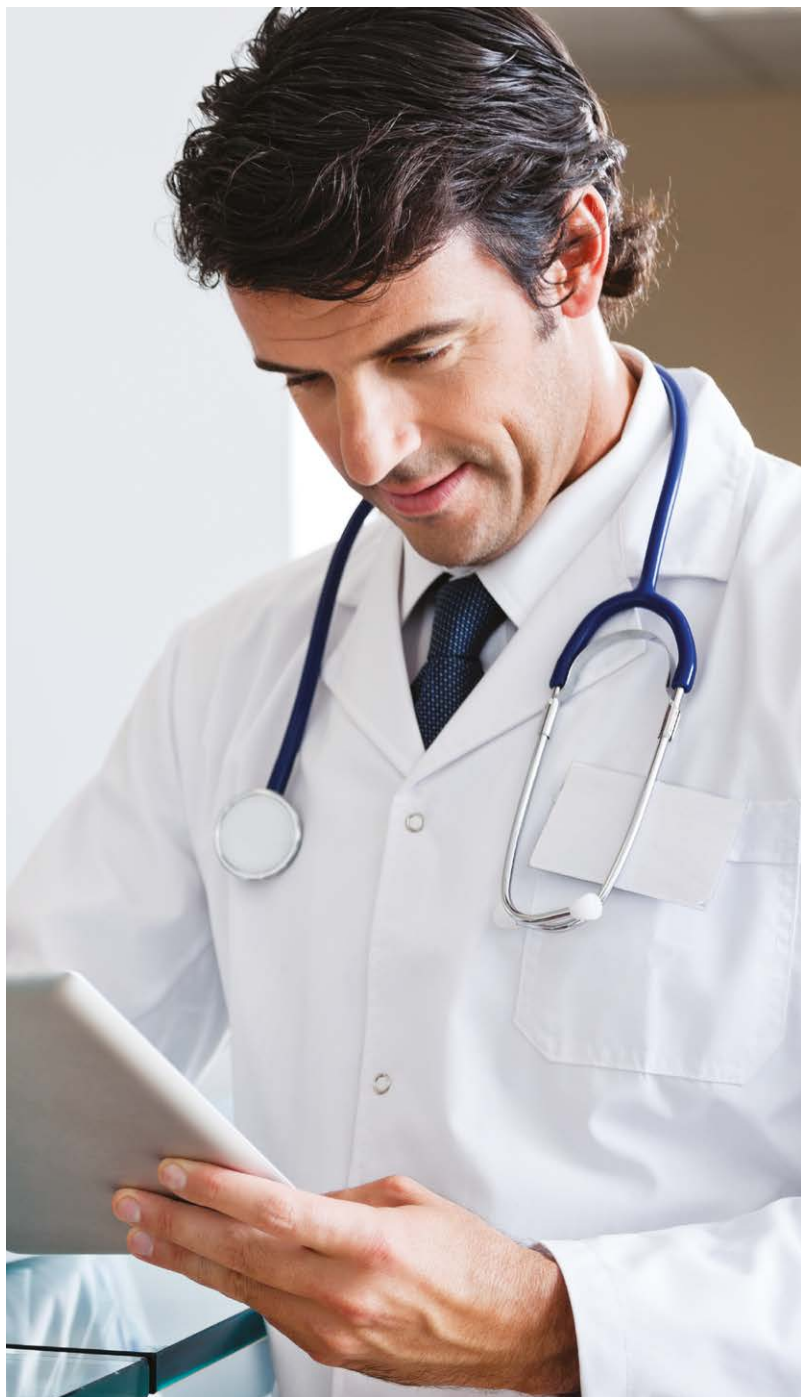
Erros clínicos mais comuns e como evitá-los

De acordo com o Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES), a prevenção deve partir tanto dos profissionais de saúde como dos pacientes e familiares. “Os profissionais de saúde muitas vezes não são capacitados pelas instituições de saúde a agir de forma sistemática quando identificam algum erro ou evento adverso. Muitos casos são subnotificados, seja por vergonha, medo de punição ou ausência de diretrizes institucionais para a prática da divulgação transparente de erros e eventos adversos”, explicou Vanice Costa, presidente e diretora de certificação do IBES, em comunicado ao mercado.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as infecções associadas a internações acometem um a cada 20 pacientes hospitalizados. Segundo dados das agências federais americanas compilados pelo Patient Safety Movement em 2014, estes são os 9 principais tipos de erros:

1. **Eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos**
2. **Infecção no trato urinário associada ao uso de cateter**
3. **Infecção da corrente sanguínea associada ao uso de cateter venoso central;**
4. **Lesão por quedas**
5. **Eventos adversos obstétricos**
6. **Úlceras por pressão (escaras)**
7. **Infecções cirúrgicas**
8. **Trombose venosa (coágulos de sangue)**
9. **Pneumonia associada à ventilação mecânica**

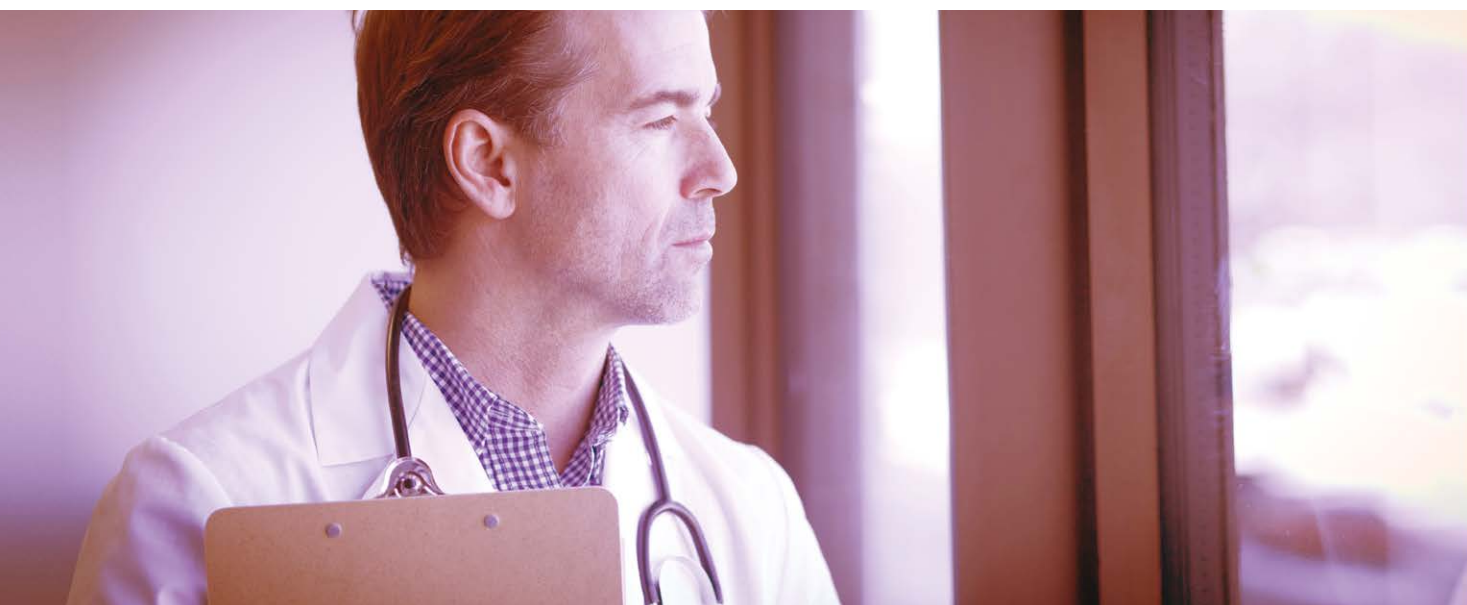
Evidências sobre erros clínicos mostram que de 50% a 70% de tais danos poderiam ser evitados. No Brasil, nos últimos quatro anos, os casos de erro médico que chegaram ao Superior Tribunal de Justiça aumentaram 140%. Em 2010 foram 260 processos e em 2014, 626.



visaohospitalar@fbh.com.br

Com informações: Anvisa, saudebussines, Ahesc e Fehospar

Médicos refletem sobre a situação da classe e demonstram descontentamento com políticas públicas e programas do Governo



Outubro é o mês que se comemora o Dia do Médico, em meio às mudanças e crises na saúde. Temas sensíveis passaram a entrar no rol de debates em todo o país como a distribuição de recursos na saúde, políticas públicas, regulamentação da profissão, programa ‘Mais Médicos’, entre outros. Para traçar um panorama atual, especialistas da área de atendimento em saúde e entidades médicas lançam considerações e sugerem ações para busca de melhorias.

Regulamentação – A atual regulamentação da profissão médica veio com a publicação da Lei nº 12.842 de 10 de julho de 2013 – chamada de Lei do Ato Médico, que trouxe em seu artigo 4º a lista das atividades privadas desses profissionais. O texto foi publicado após 11 anos de negociação e debates entre diversas áreas de

saúde e entidades. A partir da edição dessa lei, viabilizou-se certa melhoria para a profissão, porém, com pendências importantes vistas pelos médicos como implementações de políticas de financiamento e políticas públicas de saúde, formulação de uma carreira de estado do médico, entre outros fatores.

De acordo com o 2º Vice-Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Lincon Lopes Ferreira, depois da Constituição 1988, que garantiu a saúde como dever do Estado e direito de todos, não houve nenhuma complementação à legislação para dar suporte ao direito da população. “Após a premissa da lei, vieram as consequências como aumento de demanda, disposição dos serviços públicos de saúde, entre outros. Faltaram implementações de diversas políticas públicas. Ve-

mos hoje um sistema subfinanciado e sucateado onde o usuário não recebe um bom atendimento e, muitas vezes, o médico se coloca em situações de risco para atender”, constata.

As sugestões do 2º Vice-Presidente Nacional da AMB incluem a viabilização de política de financiamentos adequados; implantação de distritos sanitários de forma a planejar a saúde de acordo com a demanda de cada região; estabelecimento de uma lei de responsabilidade sanitária, a qual o prefeito fique submetido e não interrompa os programas de saúde já implementados na sua cidade; criação de uma carreira médica com ingresso através de concurso público com progressão de carreira e aprimoramento contínuo. “A constituição de equipes que contassem com as especialidades de Cirurgia Geral, Pediatria, Anestesiologia, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia, Oftalmologia e Médico da Família já atenderia 86% da demanda inicial de uma população”, acrescenta.

Em referência ao reconhecimento da profissão, salários e carga horária, para o médico da Secretaria da Saúde do Distrito Federal (SES/DF), Mauricio Cotrim, a ocupação ainda oferece dignidade, mas é importante a criação da carreira para dar maior estabilidade e coibir o excesso de trabalho. “Os profissionais podem exercer a profissão e serem remunerados de uma forma digna na maioria dos lugares, mas isso não é uniforme. Há cidades brasileiras em que não se consegue um padrão mínimo de dignidade, de salário, de condições laborais”. Sobre a carga horária, ele afirma que há ainda sobrecarga de trabalho. “O excesso é preocupante, pois não podemos estar exaustos ao realizar uma cirurgia, por exemplo. Mas, infelizmente, alguns acabam sofrendo isso e entram no ciclo vicioso comercial para ganhar a vida ou se desmotivam porque não se adequam ao sistema. Acho urgente a regularização e de uma política de saúde austera e eficiente. Além das reformas necessárias do sistema de saúde (Lei 8.080)”, destaca Cotrim.

“Como médico e gestor há 11 anos, vejo que há uma falta de profissionais também nos centros urbanos que

acarreta cargas excessivas de trabalho e desmotivação. A maior parte dos médicos que trabalham em demasia é por amor à atividade, não é por dinheiro. Mas mesmo assim, quando tenho poucos para atender grandes demandas, eles não aguentam a sobrecarga e acabam se desmotivando”, conta Rodrigo Caselli, Coordenador do Serviço de Atendimento Móvel do Distrito Federal (SAMU/DF) e Cirurgião Geral da Traumatologia do Hospital de Base. A média de atendimentos mensais no Centro de Trauma do Hospital de Base é de 30 pacientes por dia.

Segundo Caselli, as maiores dificuldades, sob a ótica da assistência estão relacionadas à sobrecarga de trabalho, à falta de recurso adequado (tanto na área pública como na particular) e falta de legislação específica para a saúde. “Um problema na assistência é falta de organização e sistematização do atendimento. O sistema não está bem organizado do ponto de vista de demandas nas emergências, a rede não está estruturada do ponto de vista de fluxo e referência. E isso atrapalha o desempenho da nossa função”, relata. Informa também que há ainda processos demorados com legislações antigas não são adaptadas ao atendimento de urgências. “Algumas exigências de compras, por exemplo, dificulta o nosso trabalho, e ficamos ‘amarrados’ às legislações. A saúde é entendida como parte do governo e entra numa vala comum. O paciente está precisando do remédio hoje, não pode esperar 90 dias de trâmite processual. A legislação deve se adequar à saúde pois essa trata da vida das pessoas que não têm hora para sofrerem acidentes. Como médico e gestor vejo que precisa de uma lei específica para a área”, conclui.

Outro problema apontado está ligado à conscientização da sociedade relacionada às questões de violência urbana e do trânsito. “Quando falta um leito de UTI -Trauma para pacientes – que em sua maioria são vítimas de tiros, facadas ou de acidentes em vias públicas- colocam toda a culpa na Secretaria de Saúde e não percebem que, dentro desse quadro, há uma falha na segurança pública, na fiscalização e na educação no trânsito”, ressalta Rodrigo Caselli.

“ Há um subfinanciamento histórico e má gestão, em que todo o modelo de atenção à saúde fica comprometido” Carlos Corrêa Lima, presidente do Conselho Federal de Medicina ”

Liliana Mesquita atua como médica anesthesiologista missionária da organização humanitária internacional “Médicos Sem Fronteiras” (MSF). Ela classifica esse trabalho como desafiador. “Sair da zona de conforto não é fácil. Ir para uma zona de conflito por opção, é pensar que apesar do medo, existe gente que precisa de atendimento médico. A necessidade daquelas pessoas deve ser maior que o nosso medo. Considero extremamente gratificante! É um salário emocional”, conta.

A médica também atua como anesthesiologista no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Hospital das Forças Armadas (HFA) e Hospital da Criança de Brasília (HCB), além das missões do MSF. Ela afirma que o reconhecimento das suas atividades é consequência ou reflexo do seu trabalho. “Procuro tratar os outros como quero ser tratada. Acredito na Lei da reciprocidade! Todo médico tem que olhar o próximo com mais amor. Muitas vezes, não são palavras, mas gestos, olho no olho... No caso do MSF, onde trabalho com pacientes que não falam o meu idioma, costumo dizer que no mundo há a linguagem universal que é a linguagem do amor! Os corações se entendem. Quanto ao salário do médico, sem dúvida, poderiam ser melhores, fariam com que trabalhássemos menos”, completa Liliana.

Política de Recursos - Outro ponto comentado pelo especialista Rodrigo Caselli é a necessidade de política pública de recursos que se adeque à quantidade de atendimentos. “A verba deveria ser aplicada de acordo com o número de atendimentos (no caso do Distrito Federal que recebe demandas de outros estados como Goiás, Minas gerais e Nordeste). Por ser a capital do

país, espera-se uma assistência de qualidade. E Brasília é referência em Traumatologia. Logo, deve haver um repasse de recurso suficiente ao DF para atender os municípios”, comenta.

Para o Conselho Federal de Medicina (CFM), a atuação do profissional na saúde encontra-se carente de valorização em diversos pontos. Afirma que há um grande desafio a ser superado em meio a uma crise na saúde e que é preciso aperfeiçoar o SUS. “Há um subfinanciamento histórico e má gestão em que todo o modelo de atenção à saúde fica comprometido. No caso da atenção básica, as mudanças passam pela oferta de melhores condições de trabalho, pelo investimento na contratação de recursos humanos, pela valorização do médico e de outros profissionais de saúde, com a oferta de remuneração adequada e de mecanismos que estimulem sua ida e fixação em áreas consideradas de difícil provimento”, destaca o presidente do Conselho, Carlos Vital Tavares Corrêa Lima.

Sobre a atuação médica nas áreas longínquas, há consenso entre os profissionais e entidades médicas sobre a falta de recursos no interior dificultando o acesso a esses lugares. “Por conta da carência de uma política pública de saúde e pela falta de segurança trabalhista e financeira, o médico migra para o interior, porém, estabelece um vínculo empregatício precário com a prefeitura. Trabalha dois meses, recebe. Mas já no terceiro mês fica sem salário e/ou a mercê de pagamentos devidos. O médico vai embora e o prefeito usa da política dizendo que nenhum médico quer ficar”, comenta o Vice-Presidente da AMB, Lincon Lopes Ferreira

Parcerias Público Privada - Sobre as parcerias há uma forte tendência das instituições de saúde em aumentar e afinar essa aliança. Para os médicos Mauricio Cotrim e Rodrigo Caselli, a união entre saúde privada e pública é saudável para o sistema já que 70% das pessoas usam o atendimento público. “O fato do SUS ser 100% público (universal e gratuito) – o que já torna a situação bem delicada - não impede que ele tenha apoio da iniciativa privada. O SUS pode ser 100% público, mas não necessariamente 100% estatal. A Lei Orgânica prevê mecanismos de contratualização (parceria público-privada e terceirização de procedimentos meios)”, constata Mauricio Cotrim.

Programa “Mais Médicos” - O CFM vê o programa como segmento de parâmetros político-partidários que levaram o país à atual crise política, social e econômica. “O governo aumentou o consumo com medidas fisiológicas e paternalistas em detrimento dos investimentos em infraestrutura, em educação e tecnologia, isto é, sem desenvolvimento sustentável. O Programa segue estes caminhos e não significou mais saúde. Não houve planejamento que pudesse repercutir em mais saúde”, afirma o presidente do Conselho, Carlos Vital.

De acordo com o CFM, os resultados das auditorias realizadas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) sobre o Programa evidenciaram erros crassos. Para o médico, Mauricio Cotrim, os profissionais dos “Mais Médicos” têm formação duvidosa e atuação irregular por não serem avaliados e certificados pelas entidades médicas. “Os profissionais fazem um curso de medicina de quatro anos, dois anos para teoria e dois em campo. Não existe precedente no mundo de um curso de Medicina com quatro anos apenas. As experiências em campo não dispõem de recursos à disposição, não tem ultrassom, nem tomografia. A parte de triagem, de atendimento à atenção primária, ao que parece, funciona em parte, mas com equívocos. Os erros estão sendo comprovados aqui nos nossos atendimentos com prescrições de medicamentos incorretas, com o nome do laboratório, ao invés do remédio, pedidos de exames impossíveis de fazer como um ultrassom de calota craniana. Vemos também

medicações caseiras com prescrições duvidosas, sem embasamentos na medicina”, relata.

Com os problemas levantados pelo programa Mais Médicos, as entidades médicas passaram a exigir a elaboração do ‘Revalida’ pelo governo federal. Criado em 2011, é um Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedido por Instituição de Educação Superior Estrangeira. Tem o intuito de avaliar e aprovar os diplomas estrangeiros verificando se são compatíveis com as exigências de formação correspondentes aos diplomas médicos expedidos por universidades brasileiras. As especialidade médicas avaliadas são: Cirurgia, Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia e Clínica Médica. Além disso, estabelece níveis de desempenho esperados para as habilidades específicas de cada área.

A interferência governamental na certificação dos diplomas dos profissionais dos “Mais Médicos” também virou ponto de discussão e preocupação para alguns especialistas. Para o médico Mauricio Cotrim, o governo criou extemporaneamente e intempestivamente norma legal para viabilizar a presença dos profissionais “Mais Médicos” no país sem avaliação de proficiência e avaliação curricular e certificação. “Dotaram esses profissionais de autorização para clinicar tirando a prerrogativa das entidades”. Ele propõe formulação do ‘Revalida’ para o caso.

Criação de novas Faculdades de Medicina - De acordo com alguns médicos, para a manutenção do programa do Governo, a política hoje é aumentar o número de faculdades de medicina em diversos locais, alguns sem estrutura hospitalar, educacional e infraestrutura para formação adequada. “O número de faculdades particulares do país já é o segundo maior do mundo. Sendo que não temos nem sequer quantidade suficiente de médicos qualificados para o ensino nessas instituições”, destaca Mauricio Cotrim.

Alessandra Franco
visaohospitalar@fbh.com.br

Cuidado, doutor! Você está na rede!

Médicos têm agora um guia que orienta como se relacionar nas redes sociais.

Em tempos de revolução da informação, toda comunicação, especialmente a distância, envolve troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas, e seu conteúdo pode exercer pouca ou muita influência no comportamento das pessoas envolvidas e, por que não dizer, no comportamento de uma comunidade inteira. Na área da saúde não é diferente.

É crescente e constante, ao redor do mundo, o aparecimento na internet de redes populares, e até customizadas. Para os profissionais da saúde, já há uma grande diversidade de fornecedores de serviços de compartilhamento de informações e relacionamento, inclusive plataformas específicas para os médicos.

Um exemplo de uma rede popular no *Facebook*, é a página “Eu Paciente”. Lançada em 2013, ela foi criada como um ambiente amigável de relacionamento entre os seguidores que contribuem individualmente para o bem-estar coletivo. São publicadas informações diárias sobre doenças - sintomas, tratamentos e prevenção; práticas saudáveis para o dia a dia; pesquisas científicas e sua aplicação; e troca de experiências entre as pessoas - pacientes, profissionais da saúde e outros interessados nos conteúdos. Esta comunidade virtual congrega cerca de três mil seguidores que se identificam, criam empatia entre si, compartilham suas experiências de

“**Todo canal aberto de comunicação em rede requer uma boa dose de segurança e ética comportamental.**”

cura e superação e se apoiam mutuamente. Diabetes, hipertensão, tabagismo, depressão e obesidade são temas recorrentes nessa rede.

Iniciativas como essa são louváveis do ponto de vista social, mas todo canal aberto de comunicação em rede requer uma boa dose de segurança e ética comportamental. Um ambiente de relacionamento virtual mal usado pode gerar crises de imagem profissional, seja individual ou corporativa.

As mídias digitais e as redes sociais proporcionam formas de exposição pública que podem acarretar consequências nefastas à reputação e ao valor de pessoas e empresas. Vale observar que, em relação às organizações, a imagem de seus dirigentes muitas vezes se confunde com a identidade da própria corporação que comandam,



e suas atitudes inadequadas podem, de certa forma, gerar efeitos negativos para os negócios. Foi o que aconteceu com um médico que se divertia em um churrasco de domingo e, ao ser fotografado pelo celular de um parente, foi parar na internet e a foto rodou o mundo em minutos. Até aí tudo bem, não fosse o fato de ser ele o chefe responsável do plantão de um grande hospital no qual deveria estar trabalhando naquele exato momento. A imagem impactou negativamente a reputação da instituição que sofreu fortes críticas de pacientes e do público em geral, e certamente teve muito trabalho e investimento para se explicar e recuperar credibilidade.

Hoje a linha que divide o público e o privado, o pessoal e o profissional, é muito tênue. Fotos, vídeos,

opiniões e outras postagens de foro íntimo devem ser avaliadas antes de inseridas nas redes sociais. O fim de uma carreira profissional pode estar a um clique.

Atenta à frequência dos problemas de imagem pública na internet, a Ology, rede digital que conecta médicos em um ambiente colaborativo *online*, criou um manual de postura profissional intitulado *Melhores Práticas para Médicos nas Redes Sociais* que pode ser baixado gratuitamente. A publicação orienta que se estabeleça limites no relacionamento com o paciente e se exerça controle sobre quem pode ou não ter acesso às informações pessoais nas mídias sociais (especializadas ou não); atendimento, só pessoal e nunca consultar, diagnosticar ou prescrever a distância (ou *online*);



não fazer das redes sociais pessoais uma extensão do consultório; conhecer bem os termos de uso e a política de privacidade de qualquer espaço aberto e popular de compartilhamento de informações; optar por se utilizar de redes reconhecidamente mais seguras para evitar vazamento de conteúdo pessoal e acesso de terceiros; manter instalados e atualizados os *softwares* de proteção, se registrar com senhas fortes e resistir a clicar em *links* duvidosos de publicidade que aparecem automaticamente; trocar experiências com colegas apenas por mensagens privadas ou grupos fechados; nunca compartilhar imagens de pacientes sem prévia autorização; verificar a fonte e respeitar a autoria de conteúdos compartilhados; atentar para a qualidade e a conveniência das próprias publicações; gerenciar a rede pessoal verificando, principalmente, se teve o nome marcado ou referenciado em conteúdo de terceiros; não perder de vista a resolução CFM 1.974/2011 e o Código de Ética Médica no que diz respeito à publicidade médica; refletir antes de publicar opiniões num ambiente virtual onde não há controle sobre a disseminação de conteú-

dos; e, por fim, não “curtir” ou compartilhar conteúdo impróprio e não condizente com a ética médica e a boa conduta social.

Em artigo publicado na internet, a especialista em Direito Digital, a advogada Patrícia Peck Pinheiro, que também é sócia-criadora do manual produzido pela Ology, alerta: “Em uma era de mais liberdade, num mundo plano, sem fronteiras, mas vivendo em um país com pouca educação sobre o uso responsável, ético, legal, seguro, saudável da tecnologia, temos muito trabalho para proteger a imagem de executivos e empresas. É essencial realizar um trabalho estratégico e preventivo para evitar dissabores na web!”

O certo é que as redes sociais, que nos expõem a todos, estão aí para diminuir distâncias, integrar pessoas, promover a liberdade de expressão e multiplicar informações rapidamente, e podem ser fortes aliadas de uma carreira profissional. O que importa é sua utilização de forma inteligente e saudável.

Deborah Andrade
visaohospitalar@fbh.com.br

7 MIL EXEMPLARES

CIRCULAÇÃO NACIONAL

FREQUÊNCIA TRIMESTRAL

MÍDIA SEGMENTADA

GRATUITA

A SUA REVISTA DO SETOR HOSPITALAR

INFORMAÇÃO
QUE VALORIZA
A QUALIDADE
DA SAÚDE
NO BRASIL.

ANUNCIE!

SAÚDE E TECNOLOGIA

NOTÍCIAS DO SETOR

ARTIGOS ESPECIALIZADOS



HÁ 50 ANOS MELHORANDO
A QUALIDADE DA SAÚDE NO BRASIL

Publicidade:

Tel.: 61 8404-6115 • 8102-6641
E-mail: comercialrevista@fbh.com.br
visaohospitalar@fbh.com.br

visão
hospitalar

Revista da Federação Brasileira de Hospitais

Aumentar a arrecadação tributária não é a solução

“ O contribuinte tem sua renda, patrimônio e poder de consumo cada vez mais reduzido. Em 2014 foram cinco meses de trabalho para o pagamento de tributos ”

É de conhecimento público, pelo menos às pessoas bem informadas, que a carga tributária tem aumentando ano a ano no Brasil, sendo que em 2013 representou 36,42% do PIB. Ou seja, mais de um terço do que se produz hoje no País tem como destino certo os cofres públicos. Contudo, apesar do atual cenário político-econômico vivenciado no Brasil, com queda na atividade econômica, incertezas por parte das empresas, o governo continua arrecadando em velocidade maior do que no ano imediatamente anterior.

Prova disso é que até o dia 7 de abril de 2015, os contribuintes brasileiros pagaram R\$500 bilhões em tributos federais, estaduais e municipais, conforme aponta o incansável “Impostômetro”.

Alcançando sucessivos recordes a cada ano, a marca foi atingida com nove dias de antecedência em relação ao ano de 2014, que por sua vez, se encerrou com arrecadação de mais de R\$ 1,8 trilhão de tributos, em valores nominais nunca atingidos na história desse País.

O Brasil possui um complexo sistema tributário, no qual o contribuinte está sujeito a multiincidência tributária, com a recorrência de alguns tributos em efeito cascata horizontal e vertical e extremamente concen-

trado no consumo (mais de 70% da arrecadação geral, incluindo aqui as contribuições sociais).

Sendo assim, ao adquirir quaisquer produtos, seja um pacote de feijão ou um par de tênis, como não há distinção de tributação pelo nível de renda do cidadão, o contribuinte com menor poder aquisitivo acaba pagando, proporcionalmente, mais tributos do que o indivíduo que possui maior renda.

Isso é o que chamamos de efeito regressivo, com uma tributação maior aos que têm menor poder aquisitivo, causando uma distribuição de renda às avessas, transferindo o poder de compra dos mais necessitados para os mais abastados, por consequência, agravando o nosso problema social.

Em termos gerais, o contribuinte tem sua renda, patrimônio e poder de consumo cada vez mais reduzido, sendo que em 2014, destinou cinco meses de seu trabalho para o pagamento de tributos.

Contudo, a voracidade do governo em arrecadar não corresponde ao retorno desses recursos à população: apesar de equiparar-se a países como Alemanha, Islândia e Reino Unido na carga tributária, o mesmo não se pode dizer dos serviços públicos prestados como saúde, educação, segurança, saneamento básico, con-

servação das estradas, e outros, evidenciando que não há um investimento adequado para melhorar a qualidade de vida da população.

Esse fato ocasiona uma situação que poderíamos chamar de “tributação indireta”, ou seja, os contribuintes, principalmente da classe média, se veem obrigados, além de pagar tributos sobre o consumo, sua renda e propriedade, ainda gastar seus “parcos” recursos, em despesas com segurança (cerca elétrica e guardas coletivos), transportes (pedágio), educação (escolas particulares) e saúde (plano particular de saúde), entre outros gastos adicionais. São valores dispendidos devido à ineficácia governamental em prover esses serviços. Ou seja: paga-se muito e não se tem serviços a contento para os cidadãos.

Para as empresas, o cenário não é muito diferente: temos uma tributação bastante forte sobre o faturamento (que não é lucro) e sobre os resultados positivos, ainda com limitação de dedução (30%) em caso de resultados negativos. Sem falar na questão burocrática, que com uma nova legislação tributária a cada hora, as empresas brasileiras gastam cerca de R\$ 50 bilhões ao ano para manter-se em dia no cumprimento de quase cem obrigações acessórias, atentando a cumprir os prazos determinados para evitar multas e prejuízos ainda maiores.

Esse dispêndio também deve ser considerado como um acréscimo ao custo tributário, fazendo com

que esse tipo de gasto (tributário) seja, sem sombra de dúvidas, o de maior importância para as atividades mercantis desenvolvidas pelo empresário brasileiro.

No Brasil hoje, não existe uma política tributária que seja baseada na justiça social, fazendo com que cada um pague seus tributos efetivamente de acordo com a sua real capacidade contributiva. O que temos são políticas de arrecadação tributária desempenhada por todos os governos (três esferas) se equipando, política e tecnologicamente, para aumentar cada vez mais a arrecadação visando cobrir os gastos públicos, cada vez maiores e em sua grande maioria, não destinados à melhoria da qualidade de vida da população.

Essa é uma situação que efetivamente deveria mudar. No entanto, o que vemos atualmente são as medidas de ajuste fiscal que estão sendo anunciadas pelos governos sinalizando a intenção de aumentar ainda mais a arrecadação tributária para equilibrar as contas públicas, quando a prioridade deveria ser o corte nos gastos públicos, uma melhor aplicação dos recursos, para possibilitar a recuperação econômica.

Por outro lado, caso haja de fato a redução dos benefícios sobre a folha de pagamento, há possibilidade de aumentos das demissões e o País poderá se aproximar cada vez mais da temida recessão econômica.

João Eloi Olenike
Contador, tributarista e presidente do Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação





Hospital Rio Negro em Manaus

Referência em
Cardiologia e
Neurologia

Ocuidado com a saúde é algo que, cada vez mais, os brasileiros têm buscado investir, mesmo em ano de reajuste econômico. Prova disso é que, em 2014, o setor de saúde suplementar movimentou R\$ 480 bilhões, o equivalente a mais de 9% do PIB brasileiro, segundo estimativa da publicação do Sistema Abramge-Sinamge-Sinog, de janeiro/2015.

É por acreditar no potencial da capital do Amazonas, que o Sistema Hapvida Saúde entregou, em julho de 2015, mais uma unidade própria na cidade: o Hospital Rio Negro, que já está em pleno funcionamento. A unidade é a maior do Hapvida no Amazonas e é referência em Cardiologia e Neurologia. Além disso, possui uma hemodinâmica, assim como urgência e emergência ambulatorial 24 horas e UTI adulto. Tudo para proporcionar aos mais de 150 mil clientes da operadora em Manaus o padrão de qualidade Hapvida.

No Rio Negro, os beneficiários podem contar, ainda, com serviços de tomografia, endoscopia, colonoscopia e ultrassonografias. O Hospital, que foi mais um grande passo do Hapvida em prol da saúde no Norte do país, possui uma estrutura com cinco pavimentos, totalizando, na primeira etapa, 108 leitos. A segunda etapa está prevista para 2016.

“Estamos muito felizes em dar esse presente ao Amazonas. Para contribuir cada vez mais com a saúde dos Manauaras, entregamos aos nossos clientes uma unidade com mais de 100 leitos. O Hapvida é uma das únicas operadoras que investe na saúde de Manaus, e nosso compromisso com a cidade não é apenas um negócio, mas sim

uma missão e um compromisso”, afirma o Vice-Presidente da operadora, Candido Pinheiro Júnior. O Hapvida investiu R\$ 31 milhões na construção do hospital.

Outros investimentos

Ainda neste ano, o Hapvida irá inaugurar, em Manaus, a Fundação Ana Lima, entidade sem fins lucrativos que presta serviços na área da Saúde, Educação, Assistência Social e Cultura, proporcionando aos participantes desenvolvimento pessoal, profissional e geração de renda. As ações variam desde a distribuição de alimentos e acesso à cultura à capacitação para o mercado de trabalho.

Em 2014, a operadora reformou e ampliou um dos principais hospitais da rede, o Hospital São Lucas. O Hospital Adrianópolis também recebeu investimentos e se consolidou como referência em atendimento materno-infantil, disponibilizando leitos para internação, unidades de terapia intensiva e centro-cirúrgico materno e neonatal.



Fratura exposta

“É hora de enfrentar o ainda generoso sistema de aposentadoria dos funcionários públicos e a questão da idade de aposentadoria geral no Brasil”

No momento, escrever qualquer análise, prognóstico ou o que seja sobre política e economia no Brasil para durar mais de quinze minutos é temerário. Não dá para imaginar o que pode ocorrer numa virada de esquina, desde uma trombada com um imposto novo como em mais uma trapalhada do governo nas suas relações com o Congresso e os partidos aliados. Isso, no Brasil, é efêmero.

Não dá, assim para saber, frutos colhidos e frutos no chão, idas e vindas, ataques e “arrecuo dos ar-fes”, qual o menor tamanho real do rombo fiscal que o ministro da Fazenda Joaquim Levy conseguiu de fato emplacar para este ano, depois das trombadas, das atropeladas sofridas da presidente Dilma Rousseff, dos colegas Nelson Barbosa, Aloizio Mercadante e outros menos votados e de partidos e dos políticos da dita, mas não comprovada base “aliada”. Pode-se dizer apenas que haverá um déficit neste e no próximo ano, a dimensão é incógnita. Levy dê-se por satisfeito se os dois não forem explosivos.

Não dá nem para saber, na verdade, se Levy estará ainda comandando a economia – por gosto de muitos, até de empresários, ele já teria voltado aos bons dividendos da vida privada. Ficou – ou está ficando – porque, até prova em contrário, ainda é vitrine, a garantia, o aval, para os credores e investidores externos de algu-

ma racionalidade na condução da política econômica brasileira. Se perder (ou se já tiver perdido) esta serventia, Dilma se livrará dele. Afinal, a cartilha econômica dos dois não fala a mesma língua.

Não importa, porém, para uma visão menos imediata dos problemas nacionais, se o ministro da Fazenda conseguiu maior ou menor sucesso no que se propôs a fazer com o ajuste fiscal – reduzir a trajetória explosiva da dívida pública. Terá apenas colado um band aid para curar uma fratura exposta. A questão fiscal brasileira, mais propriamente, o desequilíbrio entre as receitas e despesas oficiais é uma questão estrutural.

Segundo um estudo desenvolvido pelos economistas Marcos Lisboa, Samuel Pessôa e Mansueto Almeida, as despesas obrigatórias do governo, sem que o governo de plantão faça qualquer movimento para aumentá-las, cresce todos os anos acima da inflação apenas para cumprir o “pacto social” estabelecido pela Constituição de 1988 e ampliado por emendas posteriores. Justíssimo num país tão injusto social. Porém, não se pensou como financiar esse crescimento indefinidamente. Não foi por outra razão que de lá para cá a carga tributária brasileira subiu de 23% para os atuais 36%.

Uma hora a sociedade perde as condições – via impostos – de pagar essa conta. É o momento que chegou. Aumento de imposto agora diminuiu recursos de consumo e de investimentos, paralisa a economia, que pas-



sa a pagar menos tributos, furando as contas do governo que precisa de mais impostos para arrecadar mais, num círculo vicioso infernal. Um cálculo de Mansueto Almeida indica que as despesas obrigatórias do governo, nos quatro anos de Dilma crescerão nada menos do que R\$ 200 bilhões, já considerada a inflação. Para pagar somente isto, seria preciso elevar a carga tributária para entre 39% a 40% do PIB.

Não há mais *band aid*, por mais gigante que seja, que segure uma fratura dessas. Vai ser preciso enfrentar essa realidade. É hora de fazer reformas estruturais. Por exemplo: enfrentar o ainda generoso sistema de aposentadoria dos funcionários públicos e a questão

da idade de aposentadoria geral no Brasil. São temas explosivos, que mexem no coração da clientela do PT. E, na visão oficial, vão contra também as “políticas sociais” tão caras à presidente Dilma Rousseff.

A pergunta que cabe é a seguinte: diante da ameaça de uma tragédia, que é o Brasil passar mais alguns anos com a economia rateando, possivelmente com altos níveis de desemprego e retorno de muita gente que ascendeu socialmente à classe D, a presidente vencerá seus pruridos ideológicos e entenderá a economia deve ser feita para todos e não apenas para grupos mais organizados, que tem mais voz? Os despossuídos de fato ainda são apenas objeto de discursos e de estado?

José Márcio Mendonça
Jornalista, analista político e econômico



Órteses e próteses: CPI quer regulamentar setor e criminalizar fraudes

O fato desencadeador da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Câmara dos Deputados que investigou a Máfia das Órteses e Próteses nos Brasil foi uma denúncia apresentada no programa Fantástico, da Rede Globo de Televisão. O presidente da CPI, deputado Geraldo Resende (PMDB-MS), conta que a Câmara já havia tentado instalar a Comissão em legislaturas anteriores, mas faltaram assinaturas suficientes para a instalação. Iniciada em 26 de março a CPI foi concluída dentro do prazo regimental de quatro meses e apresentou em seu relatório final quatro projetos de lei que visam regulamentar o setor de órteses e próteses e criminalizar praticantes de fraudes. Segundo Resende, o relatório da CPI é um marco regulatório para o setor no Brasil que funcionava livremente, sem nenhuma regulação o que possibilitava a formação de carteis que dominavam regiões inteiras praticando preços abusivos, pagando propina a médicos e causando lesão aos cofres públicos, às empresas de medicina de grupo e aos pacientes.

A CPI contou com o apoio do Ministério da Saúde, da Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Con-

selho Federal de Medicina, entidades do setor saúde, inclusive entidades representativas do setor hospitalar, Ministério Público Federal, Polícia Federal e de vítimas da organização criminosa. Dez pessoas foram indiciadas em crimes de estelionato, lesão corporal, associação criminosa, falsidade ideológica, uso de documento falso, peculato, concussão e corrupção passiva.

Entre os problemas apurados pela Comissão que possibilitavam a existência de fraudes está a ausência de padronização das informações; nomenclaturas inconsistentes e com termos duplicados; a ausência de protocolos de uso; indicação por parte de especialistas com a total exclusão do usuário do processo decisório e a inexistência de um banco de preços confiável. Em relação à grande variação de preços de implantes, a CPI constatou a concentração de mercado em grandes empresas; o descolamento de preços praticados no Brasil em relação ao mercado internacional; reserva de mercado por distribuidores exclusivos por região adotando preços muitos distintos para os mesmos produtos e um baixo poder de negociação especialmente para hospitais de pequeno porte.

De acordo com o projeto, caberá ao juiz solicitar uma segunda opinião de médico antes de aprovar as liminares. Esses profissionais de saúde irão compor câmara técnica que passará a funcionar no tribunal e em instituições conveniadas.



De acordo com o projeto que criminaliza a corrupção privada, o profissional de saúde que aceitar ou pedir vantagem financeira de fabricantes ou distribuidores de implantes estará sujeito à pena de reclusão, de dois anos a seis anos, além de multa. Já para o médico que fizer cirurgia desnecessária que envolva implantes, a pena é de dois a quatro anos de reclusão. Se a cirurgia resultar na morte do paciente, a prisão varia de seis a quinze anos.

O texto aprovado também pede o aprimoramento da nomenclatura para os produtos médicos em um esforço de regulamentar o setor. O projeto também fixa uma série de regras para a concessão de urgência aos pedidos feitos à Justiça para fornecimentos de implantes e medicamentos. De acordo com o projeto, caberá ao juiz solicitar uma segunda opinião de médico antes de aprovar as liminares. Esses profissionais de saúde irão compor câmara técnica que passará a funcionar no tribunal e em instituições conveniadas.

Projetos de lei

PL 2451/15 – Disciplina a concessão de tutela de urgência em demandas judiciais que envolvam o fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos.

PL 2452/15 – Criminaliza as condutas perpetradas pela “Máfia das Órteses e Próteses”.

PL 2453/15 – Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a criação do Sistema de Educação Permanente em Novas Tecnologias e Dispositivos Médicos no âmbito do SUS.

PL 2454/15 – Altera a Lei 10.742, de 6 de outubro de 2003, para alterar a denominação e as competências da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED.

Franklin Mendonça
visaohospitalar@fbh.com.br

A coerência da integralidade



A primeira ideia de integralidade, como princípio de direito à saúde, está vinculada ao conceito de agregação das ações de prevenção e promoção da saúde com os serviços de assistência, de forma ampla e concisa. Dessa forma, fora instituída como um dos principais preceitos estabelecido na Constituição Federal (CF) de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990.

O Art. 198 da CF estabelece que “as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constitui o sistema único”, assim como a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde estão definidas no Art. 7º, item IX alínea b da Lei 8080/90. Portanto, os pontos de atenção que compõem a rede de serviços deverão estar conformados por níveis de complexidade (hierarquização) e distribuídos geograficamente (regionalização), excluindo-se assim o modelo piramidal, bem como a dicotomia assistencial que predominavam nas décadas que antecederam os anos 90.

A construção das redes regionalizadas e hierarquizadas não é específica do Sistema de Saúde Brasileiro.

Essa estratégia foi anteriormente utilizada por outros países como: Canadá, Reino Unido e Suécia quando da implantação dos seus respectivos sistemas de saúde, fundamentada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência, da mesma maneira como preconizado no SUS.

O arranjo da oferta assistencial à saúde por intermédio da construção das redes de serviços, com o objetivo de efetivar a assistência completa, não vem acontecendo de maneira harmônica, isto é, ainda não é possível vislumbrar um modelo que realmente contemple o atendimento de forma global, apesar dos esforços empreendidos pelas instâncias gestoras do Sistema de Saúde Brasileiro.

Muitas estratégias vêm sendo instituídas com a finalidade de subsidiar a sistematização das redes de serviços, como por exemplo a criação das Redes de Atenção à Saúde-RAS. Contudo, a estruturação das RAS é um desafio extremamente complexo; é um trabalho que ainda precisa de aprimoramento para que o cidadão receba, realmente, assistência de forma integral. Isto porque a agregação entre os diversos pontos de atenção, até

“ A desagregação entre as diversas áreas de um sistema de saúde, principalmente entre a área administrativa, financeira e a de atenção à saúde é um sério problema a ser analisado ”

o momento, não foi efetivada com relação aos sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, preconizada no diploma legal que criou as RAS.

A organização das RAS, bem como sua concretude e exequibilidade, apesar de todo empenho dos gestores do SUS, esbarram em diversos obstáculos, quer seja de ordem político-administrativa quer seja de ordem financeira ou de programação das ações. Além disso, o apoio técnico proporcionado às instâncias gestoras para a estruturação dos serviços, somado a respectiva linha de financiamento ainda não são suficientes para atender, de maneira integral, as necessidades da população.

Não podemos declinar de que o Sistema de Saúde Brasileiro evoluiu bastante, desde a sua concepção e implantação até a sua consolidação. Entretanto, a integralidade da assistência ainda depende de vários fatores para que seja uma realidade.

A desagregação entre as diversas áreas de um sistema de saúde, principalmente entre a área administrativa, a financeira e a de atenção à saúde é um sério problema a ser analisado pelas instâncias gestoras do SUS.

E, assim, a partir do momento que os pontos de estrangulamento do sistema forem identificados, o plano de ação será concebido mediante a utilização de estratégias ordenadamente elaboradas.

Essas áreas deverão trabalhar de forma integrada, desenvolvendo suas atividades, por meio de equipes capacitadas e com amplo conhecimento da legislação do SUS, desempenhando as funções de forma articulada e racional, proporcionando assim, uma gestão mais eficiente e eficaz.

Por fim, a integralidade da assistência à saúde ofertada ao cidadão brasileiro somente será verossímil, a partir do momento que mudanças estruturantes forem efetivamente instituídas, no âmbito do SUS.

Claudio Brasil
Especialista em planejamento estratégico e gestão da saúde



Alunos criam aplicativo para agilizar transplante de órgãos

A partir da necessidade de otimizar o tempo de resposta sobre a compatibilidade entre quem vai receber um órgão transplantado e quem vai doar é que surgiu a solução eTransplante. O *software* foi idealizado por alunos de Análise e Desenvolvimento de Sistemas da Faculdade de Tecnologia do Estado (Fatec), em parceria com o Hospital das Clínicas.

O sistema recebe dados detalhados sobre os doadores e envia em tempo real para os *smartphones* das equipes médicas dos receptores, por ordem de prioridade, aguardando a resposta de aceite ou recusa do órgão no prazo de uma hora.

Atualmente esse processo é feito por telefone e pode demorar muito tempo na localização de um paciente compatível, segundo a professora orientadora do projeto, Cristina Oliveira. Os alunos idealizadores foram Camilla Belo, Caroline Roda, Ingrid Mazoni, Jaqueline Izumi, Lucas Oliveira, Rodrigo Ramos e Rogério Yokomizo.

O sistema está sendo homologado pela Central de Transplantes do Estado de São Paulo e deverá ser implantado ainda em 2015.

O eTransplante já está sendo reconhecido pelo mercado: foi um dos destaques na edição de 2014 da Feira Tecnológica do Centro Paula Souza (Feteps), na qual conquistou o primeiro lugar na categoria Informática e Ciências da Computação; também foi premiado no Congresso Nacional de Iniciação Científica; e será apresentado no Fórum Mundial de Educação Profissional e Tecnológica.

Tecnologia e saúde: o futuro da medicina

A evolução tecnológica sempre busca melhorar a vida dos seres humanos, seja com um computador mais

inteligente ou novas funções no automóvel. Já quando o assunto é medicina, sempre pensamos em novos medicamentos ou estudos científicos. Uma tendência para o setor de saúde é o gerenciamento de todos os processos hospitalares de forma integrada, desde a admissão do paciente até sua saída. A ideia é que os dados dos pacientes como resultados de exames, medicamentos receitados e qualquer outra informação relevante sejam armazenados em um banco de dados e acessível, inclusive, pelos próprios doentes.

Da mesma forma como acontece na Telemedicina, a solução permitiria que o paciente controlasse seus níveis de glicose no sangue, fazendo a coleta do material com um aparelho plugado ao iPhone. Em cinco segundos, o *smartphone* exibe os dados e a respectiva avaliação, além de enviar ao médico, se necessário. Há ainda um aparelho que monitora a pressão arterial e os batimentos cardíacos através do iPhone, e um termômetro infravermelho, que registra a temperatura sem que haja necessidade do médico estar presente.

Cientistas criam 'nanorrobôs nadadores' que transportam remédio pelo sangue

Pesquisadores do Instituto de Tecnologia de Israel (Technion) criaram o que pode ser a primeira geração de "nanorrobôs nadadores". As máquinas seriam capazes de nadar pela corrente sanguínea e carregar medicamentos a locais específicos do corpo. Feitos a partir de uma liga de polímero e de nanofios magnéticos, os "nanonadadores" (ou "nanoswimmers", em inglês) têm a largura de uma fibra de seda.

Mas como, afinal, os robôs se locomovem? Tudo é feito às custas de um campo magnético externo, que

“impulsiona a cauda” dos nanonadadores. O destino dos pequenos robôs pode ser traçado a partir da manipulação de um campo magnético sobre um determinado membro – o que, em teoria, possibilita até mesmo a realização de cirurgias simples e não invasivas.

Os pesquisadores removeram a necessidade da instalação de motores minúsculos, de maneira que o transporte de medicamentos pelo sangue, dadas as dimensões dos nanorrobôs, se mostra possível. A aplicação dos nanonadadores por meio de seringas é ainda um sonho distante, mas passos largos no ramo da “medicina de nova geração” já começaram a ser dados.

Próteses que devolvem a sensação de toque

O projeto está sendo desenvolvido pela equipe de pesquisa da Universidade de Washington sob a liderança do engenheiro biomédico Daniel Moran. O eletrodo — chamado de macro-sieve peripheral nerve interface — tem 20% do diâmetro de uma moeda de 10 centavos americanos e permite que os usuários sintam sensações como frio, calor e pressão, estimulando o nervo ulnar e médio do braço.

Ainda existe uma questão importante a ser levada em consideração: o nível da sensação que os nervos podem receber. Para saber isso, os cientistas farão a implantação desses eletrodos em primatas (que já possuem próteses, ou seja, nenhum macaquinho vai perder o braço ou a perna) e eles serão monitorados. Serão feitos relatórios para estudar o avanço.

Cientistas estudam novo colírio para dissolver catarata sem cirurgia

A catarata é a causa de metade dos casos de cegueira no mundo. É possível combatê-la com cirurgias, mas o procedimento não é acessível para todos. Especialmente em países pobres, o acesso a cirurgiões-oftalmologistas pode ser bem complicado.

Para tentar solucionar o problema, um time de pesquisadores da University of California San Diego está desenvolvendo um colírio capaz de dissolver a catarata

dos olhos. A descoberta foi descrita na revista Nature.

Já se sabe que a catarata decorre de um acúmulo de proteínas desnaturadas no cristalino, que fazem a visão ficar esmaçada. Isso pode acontecer tanto por causa da idade como por fatores genéticos.

Os pesquisadores da University of California perceberam que pacientes jovens que sofriam de catarata não produziam um hormônio chamado lanosterol, um hormônio esteroide.

Então, eles começaram a fazer alguns experimentos. Primeiro, os pesquisadores aplicaram uma solução de lanosterol em células do cristalino humano. Os resultados foram bastante positivos.

Depois, foi a vez de um grupo de 13 coelhos que sofriam de catarata severa. Após seis dias de aplicação do colírio, 11 coelhos apresentaram melhoras dramáticas - alguns se curaram completamente.



visaohospitalar@fbh.com.br

Com informações: Saudebussines, Ciência Abril, Tecmundo e Olhardigital

Atender, Entender e Acolher

Uma análise sobre três pilares principais na saúde: médico, centro de medicina diagnóstica e hospital

Certa vez, Peter Drucker, um dos gurus mais influentes do marketing no mundo disse: “O mais importante na comunicação é ouvir o que não foi dito”. Parece uma frase contraditória, não? Mas ao analisá-la, assim como o título deste artigo, percebemos como é fundamental saber ouvir e entender as necessidades das pessoas sobretudo na área da saúde.

O profissional de medicina, além de fazer uso de suas habilidades pré-diagnósticas, precisa também utilizar sua percepção, procurando entender da forma mais objetiva possível as necessidades que levaram seu paciente a procurá-lo, apenas ouvi-lo muitas vezes não é o suficiente para que sua expectativa seja satisfatória.

É preciso entendê-lo analisando suas características emocionais, pois cada paciente é único, e como tal deve ser tratado de forma individual em seu atendimento, generalizar pode ser um erro, no que diz respeito a relação médico-paciente e a empatia que poderia ser estreitada entre ambos pode não se concretizar.

Após a fase do atendimento e do entendimento vem o fundamental, o acolhimento, durante uma consulta dependendo do caso, um simples sorriso, o olhar no olho, passando sensação de segurança e conforto, seguido de um aperto de mão caloroso ao final da consulta, traz forças, e encorajam um paciente que pode estar prestes a enfrentar a mais delicada situação de sua vida.

Quando este paciente dirige-se ao centro de medicina diagnóstica para a realização de exames, é funda-

mental que todas as pessoas que terão contato com o mesmo prestem um atendimento humanizado, procurando fazer com que ele sintam-se acolhido, e para isto os profissionais precisam ter plena consciência de seu estado emocional, normalmente fragilizado pelas dúvidas e expectativas, que os resultados destes exames lhe informarão.

Se este paciente precisar ser internado para tratamento de sua patologia, o hospital deve estar preparado para atendê-lo, entendê-lo e acolhê-lo da melhor forma possível, lembrando que ele não estará só, pois seus familiares e amigos, estarão boa parte do tempo junto ao mesmo, e estas pessoas, embora em menor grau, também estarão fragilizadas com a situação de seu ente querido.

Sabemos que nem sempre é fácil ser cordial, amável, gentil o tempo inteiro, pois nós, como seres humanos, também temos nossos problemas pessoais. Porém, na área em que atuamos, não podemos deixar, em hipótese alguma, que nossos problemas façam com que tratamos um cliente, ou seu acompanhante, de forma indiferente, até com certa frieza, sua angústia, pois o mundo dá voltas e em determinado momento, também seremos clientes dos serviços de saúde, e desejaremos ter um tratamento mais humano, por parte daqueles que irão nos atender.

Investir em treinamento adequado com consultores especializados no assunto, é uma boa estratégia para um profissional de saúde prestar um atendimento digno de referência em humanização, pois muitos de

“ Saber ouvir o que não foi dito, procurar colocar-se no lugar do paciente é uma competência que faz um profissional e uma instituição de saúde, destacarem-se no mercado em que atuam ”

nós costumamos acreditar que a baixa qualidade no atendimento é encontrada na maioria das instituições de saúde pública, mas isto não é realidade absoluta, há organizações públicas que atendem melhor os pacientes do que algumas do setor privado.

Então saber ouvir o que não foi dito, procurar colocar-se no lugar do paciente e basear uma filosofia de trabalho no “atender, entender e acolher” é uma competência que faz um profissional, e uma instituição de saúde, destacarem-se no mercado em que atuam, trazendo na medida do possível, conforto, esperança e principalmente gratidão por parte do paciente ou de seus familiares, e no meio em que atuamos, proporcionar um pouco de carinho e dedicação, contribuindo para a recuperação ou para um final de vida digno de um ser humano, que é único entre bilhões de seus semelhantes.



Fábio Cesar Muniz

Especialista em comunicação e humanização em instituições de Saúde

O papel do nutricionista no ambiente hospitalar

“Na unidade hospitalar a avaliação nutricional deve ser realizada na chegada do paciente. Se não realizada corretamente, aumentam custos com a internação e a mortalidade”

Os hospitais são estruturas complexas e dispendiosas, que têm sido alvo de reflexão para se adequarem às novas demandas. Definida por prover leitos, alimentação e cuidados de enfermagem constante, circunscritos numa terapia médica, à instituição hospitalar tem por objetivo recuperar a saúde do paciente. (GARCIA, 2006).

O nutricionista é o profissional apto a cuidar da saúde por meio da alimentação. Ele atua em diversas áreas como hospitais, ambulatorios, merenda escolar, restaurantes, marketing, alimentação para coletividades e esportes. É de sua responsabilidade, através da assistência alimentar e nutricional, contribuir na promoção, preservação e recuperação da saúde, tendo como princípio básico, o bem-estar do indivíduo e da coletividade. (CFN, 2004).

O Conselho Federal de Nutricionistas dispõe de legislações que orientam a prática clínica tanto em consultórios, ILPI, ambulatorios, lactários e hospitais, visando uniformidade de atuação do profissional e o resguardando quanto ao exercício legal e ético da profissão. Pela Lei 8.234 de 1991 no seu artigo 3º, inciso VIII, informa que é atividade privativa do nutricionista a assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e em nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo,

planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos. E dispõe também a Resolução CFN número 380 de 2005 que informa aos gestores o quantitativo necessário de profissionais de acordo com o nível de assistência e o número de leitos oferecidos.

O Comitê das Organizações de Saúde (JCHO) e a Iniciativa de Triage Nutricional (NSI) definiram triagem nutricional como o processo de identificação das características que se sabe estarem associadas a problemas dietéticos ou nutricionais. É aplicada a um grupo ou população (por exemplo, todos os pacientes internados num determinado serviço de saúde) para identificar aqueles que estão em risco nutricional, e se uma avaliação nutricional mais detalhada será necessária. Os indivíduos identificados como em risco pela triagem devem ser submetidos à avaliação nutricional para se classificar seu estado nutricional e se planejar a terapia. Já a avaliação caracteriza o estado nutricional do indivíduo mais profundamente. Ressalta-se que triagem nutricional de pacientes se refere a apenas detectar a presença de risco de desnutrição. Já a avaliação nutricional, além de detectar desnutrição, também classifica seu grau e permite coleta de informações que auxiliem em sua correção. A princípio, o paciente pode ser triado como em risco nutricional, mas, para possibilitar detec-



ção e classificação da desnutrição, a avaliação nutricional é indispensável (BARROCAS, 2001).

Segundo a *American Dietetic Association* (ADA), é definido como cuidado nutricional o processo de ir ao encontro das diferentes necessidades nutricionais de uma pessoa. A avaliação do estado nutricional do indivíduo engloba todos os aspectos relacionados, são eles: Antropometria (peso, altura, circunferências corporais e pregas cutâneas, área muscular do braço, índice de massa corporal), Exames Físicos, Avaliação da Funcionalidade/Autonomia do paciente e Registro Alimentar (informações sobre a ingestão alimentar atual do paciente) e assim que possível a avaliação dos exames bioquímicos (urina, fezes, sangue). Todos esses parâmetros têm por finalidade conduzir a um diagnóstico

nutricional e definir a melhor conduta dietoterápica assim como sua monitorização.

Na unidade hospitalar a avaliação nutricional do indivíduo deve ser realizada no momento de sua admissão. A detecção do estado nutricional inadequado é muito importante para que medidas de suporte nutricional possam ser aplicadas, reduzindo as taxas de infecções, complicações. Se não realizada corretamente, aumentam custos com a internação e a mortalidade.

O hospital também deve possuir um serviço de nutrição e dietética (SND) estruturado, organizado e integrado às outras áreas da atenção, tendo como função prestar assistência alimentar e nutricional. A partir da prescrição dietoterápica do nutricionista clínico, os cardápios são elaborados pelos nutricionistas da produ-

ção, seguindo as necessidades nutricionais do paciente, seus hábitos alimentares (para que a dieta não seja radicalmente diferente daquela à qual seu organismo está acostumado), tipo de enfermidade, variedade de alimentos, consistência adequada e sempre garantindo a qualidade microbiológica das preparações ofertadas.

A dieta hospitalar é importante por garantir o aporte de nutrientes ao paciente internado e, assim, preservar e/ou recuperar seu estado nutricional, desempenhando relevante papel coterapêutico em doenças crônicas e agudas (MESSIAS *et al.*, 2011). E quando esta não atinge as necessidades recomendadas de nutrientes faz-se necessário o uso de suplementos alimentares para garantia do aporte nutricional programado. E caso este não seja suficiente, deve haver uma discussão com a equipe multiprofissional envolvida com o indivíduo para sinalizar a melhor via alimentar alternativa.

Dentro do Lactário o nutricionista é o profissional apto a elaborar o Manual de Boas Práticas de Fabricação de Alimentos objetivando que as fórmulas infantis e as dietas enterais sejam preparadas e administradas dentro dos mais rígidos padrões de higiene e segurança alimentar, tendo em vista que a população alvo (prematuros, recém-nascidos e lactentes) podem estar imunologicamente debilitados e apresentar maior suscetibilidade às doenças transmitidas por alimentos. Além disto, o nutricionista deverá prescrever a conduta dietoterápica, abrangendo o tipo de fórmula, volume, horários e tipo de dieta que atenda a patologia específica.

O nutricionista possui importante e fundamental papel junto à equipe multidisciplinar dos cuidados intensivos (Centro de Terapia Intensiva - CTI / Unidade de Terapia Intensiva - UTI), pois além de prescrever a fórmula mais adequada (em relação à composição), também estabelece metas (calórica-protéica) para a terapia nutricional, independentemente da via de administração, de acordo com a fase metabólica (catabólica-anabólica) em que o paciente encontra-se. E, juntamente com a equipe, buscar o melhor meio para atingi-las, como exemplo: alterar via de acesso e tempo de infusão.

Concluindo o nutricionista é um profissional de extrema importância no ambiente hospitalar, que deve estar inserido em uma equipe multiprofissional, contribuindo para manutenção ou recuperação do estado nutricional dos pacientes, com base, principalmente, no diagnóstico médico e evolução clínica diária, dentro de um contexto individualizado de assistência nutricional. Seu enfoque é na melhor qualidade de vida do paciente embasando-se nas evidências científicas atuais, experiência à beira do leito e tendo uma visão crítica e ética, não esquecendo da segurança alimentar e nutricional da população sadia ou enferma.



visaohospitalar@fbh.com.br

Dreycon Silva, Viviane Paixão, Elisabeth Chiari, Marina Wardi e Adriana Pazzini são membros da Câmara Técnica de Nutrição Clínica do Conselho Regional de Nutricionistas de Minas Gerais

A nova realidade dos partos na saúde suplementar

Gestantes passam a ter direito de optar pelo parto normal, mas a resolução da ANS ainda gera debates entre obstetras

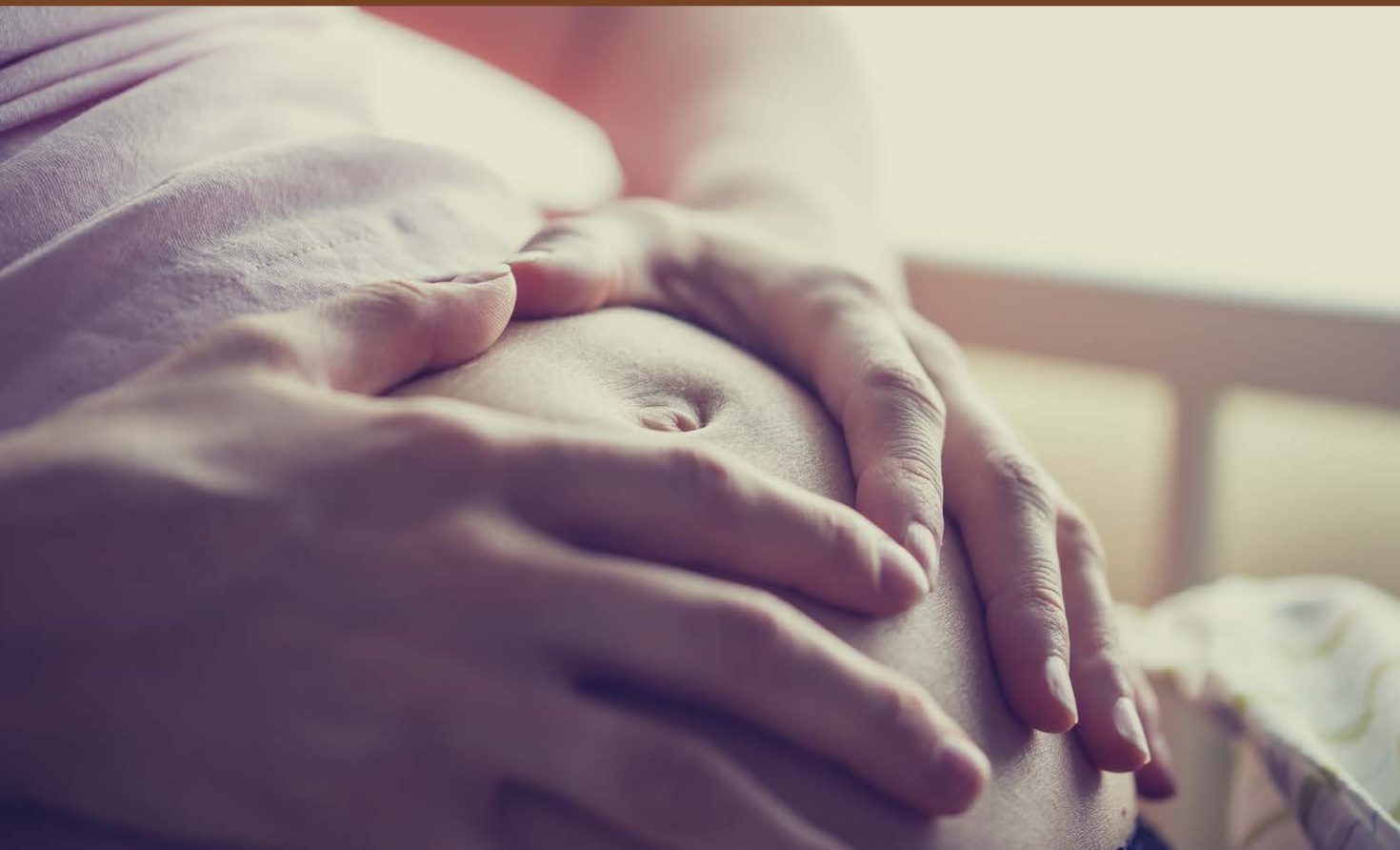
Começaram a valer desde julho as novas regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar para estimular o parto normal e reduzir as cesáreas desnecessárias. Pela Resolução Normativa nº 368/2015, as operadoras de planos de saúde, sempre que solicitadas, devem divulgar os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico; fornecer o Cartão da Gestante e a Carta de Informação à Gestante que trazem o registro de todo o pré-natal; e exigir que os obstetras utilizem o Partograma, documento gráfico onde é registrado tudo o que acontece durante o trabalho de parto, por exemplo, a frequência das contrações uterinas, os batimentos cardíacos fetais e a dilatação cervical da gestante. As operadoras que deixarem de prestar as informações solicitadas em cumprimento à Resolução Normativa pagarão multa de 25 mil reais. “Para ter acesso a essas informações, a beneficiária deverá solicitá-las à operadora por meio dos canais de comunicação disponibilizados - telefone, e-mail, correspondência ou presencialmente. Os dados devem ser fornecidos por escrito e em linguagem clara”, explica Raquel Lisboa, gerente-geral de Regulação Assistencial da ANS.

Os números de partos por via cirúrgica no Brasil são alarmantes. No cômputo geral são mais da metade - cerca de 55%, e a recomendação da Organização

Mundial de Saúde é de 15%. Na rede privada, a cesárea é quase uma regra e o número salta para 84,6%. Mas a expectativa do Ministério da Saúde é a de que, com as novas regras, esses altos índices se retraiam, pelo menos na rede privada através das operadoras, onde serão coibidos partos marcados com antecedência e sem indicação médica serão coibidos. Apenas serão reembolsadas pelos planos de saúde as cesáreas recomendadas - o caso de gestantes com diabetes não controlada ou com placenta insuficiente - ou as estritamente necessárias - trabalhos de parto difíceis.

Ao realizar cesáreas eletivas, os obstetras precisam informar às pacientes sobre todos os procedimentos, implicações e consequências, tanto para elas como para o bebê. E as que desejem o procedimento cirúrgico, devem assinar um termo de consentimento. A nova realidade da obstetrícia brasileira, também baseada em diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), além de diminuir consideravelmente o número de cesáreas eletivas, vai incentivar os médicos a acompanharem cada parto com segurança e individualmente. Porém, isso não é garantia de que a mulher que optar por ter o bebê com um platonista, por exemplo, terá todos os seus direitos assegurados.

Izabel Cristina Santos, doula que também trabalha para o ONG Bem Nascer, diz que “A gestante pode fazer um plano de parto expresso com as diretrizes para a



hora do nascimento e levar junto com seus documentos de pré-natal para apresentá-lo para o plantonista. É um direito dela ser informada sobre os procedimentos que serão feitos no atendimento. Para as opções de parto humanizado, há maternidades que oferecem ambiente com pouca luz; filmagem e fotografia do parto pelo acompanhante; música, ter analgesia ou não, escolher a posição em que o bebê vai nascer, até fazer ou não a episiotomia e kristeller. Podem ainda ter a participação de uma doula integrando a equipe médica no parto e pós parto imediato. Nossa atuação depende da autorização dos plantonistas e das maternidades. Não fazemos nenhum procedimento técnico. Nosso trabalho é feito para somar porque acreditamos no trabalho multidisciplinar”.

Operadoras que deixarem de prestar as informações solicitadas em cumprimento à Resolução da ANS pagarão multa de R\$ 25 mil.

Desde 2004, a ANS vem trabalhando para promover o parto normal e reduzir o número de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar. A elaboração da resolução pela Agência Nacional de Saúde Suplementar foi feita após consulta pública feita de outubro a novembro de 2014. Foram colocadas em consulta duas minutas de normas: uma sobre o direito de acesso à informação pela gestante e uma sobre o cartão da gestante e a utilização do partograma. Dados do Ministério da Saúde indicam que a cesárea sem indicação médica provoca riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê, já que aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe. Cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados à prematuridade.

Mas, enquanto a Resolução 368 foi comemorada por especialistas em maternoinfantil, outros profissionais e associações médicas alegam complexidade na coleta e preenchimento de informações no partograma. Outro “senão” apontado como um complicador no ob-

jetivo da ANS é a falta de leitos e de formação de obstetras. Segundo Silvana Granato – uma das coordenadoras da pesquisa Nascer no Brasil da Fundação Oswaldo Cruz, que ouviu mais de 24 mil mães em todo o país –, a exigência do partograma é extremamente positiva porque obriga a equipe médica a esperar a mulher entrar em trabalho de parto, em vez de realizar cesarianas pré-agendadas, antes mesmo de indicação médica: “Com esse documento, teremos como saber qual a justificativa para a cesariana.” Silvana alerta ainda que, em alguns casos, os bebês nascem a partir da 35ª semana, antes de estarem totalmente formados, entre a 39ª e 40ª semana: “A cesariana é um evento para salvar vidas, e só deve ser feita sob recomendação porque têm grandes chances de causar prejuízos. Quando os bebês nascem antes do tempo, têm mais chances de terem problemas respiratórios e serem internados em UTI”.

As associações médicas concordam que é alto o número de cesarianas na rede privada de saúde, mas são reticentes às novas regras da ANS. O Conselho Federal de Medicina (CFM) questiona a obrigatoriedade de apresentação de percentuais de partos cesáreos e normais e teme que os especialistas sejam estigmatizados na rede. “Temos hospitais e médicos especializados em alto risco que, obviamente, fazem mais partos cesáreos”, diz o vice-presidente do CFM, Mauro Luiz de Britto Ribeiro. Ele defende que outras variáveis sejam divulgadas junto com os percentuais, como a própria especialidade médica e as condições de cada unidade de saúde para atender a eventualidades.

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) questiona quem ficará responsável pela confecção dos partogramas, caso o papel não seja fornecido pelos hospitais e clínicas. O Ministério da Saúde, no entanto, informou que se o documento não estiver disponível, pode ser solicitado pela internet à ANS. Já no caso de não poder ser preenchido por alguma intercorrência no parto, autoriza os planos a receberem um relatório médico detalhado. Outra preocupação dos profissionais é com a disponi-

bilidade de leitos. Mesmo na rede privada, alertam que há dificuldade de remanejar uma paciente para o leito cirúrgico, caso o parto normal evolua para uma cesariana. Por isso, muitos médicos optam pelo pré-agendamento. “Preconizamos que existam maternidades com toda a equipe para atender a parturiente, com anestesista, ginecologista auxiliar, pediatra, neonatologista e leitos obstétricos, coisa que está desaparecendo na saúde suplementar”, alertou Britto Ribeiro, do CFM.

Para o diretor-presidente da ANS, José Carlos de Souza Abrahão, “o parto é um dos momentos mais importantes na vida de uma mulher e de sua família e nós acreditamos que, ao fornecer informações qualificadas à mulher, ao informá-la sobre os riscos que podem ser gerados em decorrência de um procedimento cirúrgico desnecessário, ela estará mais segura na decisão em relação ao seu parto, escolhendo o melhor para sua saúde e a de seu bebê. Essa medida é parte de uma estratégia maior da ANS, que busca incentivar o setor – beneficiárias de planos de saúde, operadoras, hospitais e médicos - a mudar o modelo de assistência ao parto e nascimento, promovendo uma crescente melhoria nos cuidados à gestante e à criança”.



Deborah Andrade
saohospitalar@fbh.com.br

Índices Econômicos

Índice	Período	no mês	12 meses
IPCA - %	ago/15	0,22	9,53
INPC - %	ago/15	0,25	9,88
IPC Fipe - %	ago/15	0,56	9,04
IGP-M - %	ago/15	0,28	7,55
IGP-DI - %	ago/15	0,4	7,8
ICV-Dieese - %	ago/15	0,06	10,04

Aplicações

Índice	Em %
Selic over, ao ano	14.15
CDI Over Cetip, ao ano	14,13
DI Futuro, ao ano (jan/17)	15,75
TR (18/11)	0,1591
Poupança antiga (18/11)	0,6599
Poupança nova (18/11)	0,6599

FIPE Saúde

Mês	Ano	%
Julho	2015	1,67
Agosto	2015	1,1
Setembro	2015	0,78

Os hospitais cuidam da qualidade
de vida dos pacientes
A FBH cuida da qualidade
de vida dos hospitais



Há cinco décadas representando
o setor hospitalar brasileiro

Só uma operadora com rede exclusiva pode oferecer total controle para cuidar da saúde da sua equipe.

Graças à tecnologia, rede própria e gestão de custos, o **Hapvida** é a melhor opção de plano de saúde para sua empresa. Seja ela do tamanho que for. Porque são os fortes investimentos nessas áreas que garantem atendimento de qualidade com preços competitivos. Inclusive na hora da renovação do contrato.

BANDO

TODO O CONTROLE EM SUAS MÃOS.



Estabilidade e segurança de rede.



Relatórios gerenciais para análise de sinistro.



Gestão do atendimento ao usuário.
Acompanhamento em tempo real de todo o processo de atendimento para garantir o máximo de agilidade.



Combate à fraude de atestados médicos.



Opção de atendimento odontológico no Brasil inteiro.



Movimentação online da carteira.



Canal personalizado com gerentes multidisciplinares de pós-venda 24 horas por dia, 365 dias por ano, exclusivo para usuários Hapvida.

Maior Rede Própria do Norte/Nordeste. Exclusiva para seus usuários.

• Mais de **3 MILHÕES** de clientes em todo o Brasil • 20 hospitais próprios • 15 prontos atendimentos • 70 hapclínicas • 104 centros de diagnóstico por imagens e laboratórios • 16.500 colaboradores.

Hapvida
Saúde

Saúde ao seu alcance.