

visão hospitalar

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



Santa Casa de Maceió exemplo de excelência administrativa

Equívocos na relação médicos e hospitais

Impactos das 30 hs da enfermagem

Nosso papel é congregar as unidades hospitalares, estabelecer diretrizes práticas e políticas que fortaleçam o sistema empresarial das instituições. A Federação Brasileira de Hospitais tem como missão priorizar a melhoria da saúde em toda rede hospitalar Brasileira.



HÁ 5 DÉCADAS EMPENHADA NO APRIMORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL.

WWW.FBH.COM.BR



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

Projeto de Lei 2295/00 e a crise na saúde

Em tramitação desde 2009, o Projeto de Lei 2295/00, que garante a enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem o direito à redução da carga horária de trabalho para 30 horas, vem sendo constantemente debatido entre as entidades de classe, representantes do setor, lideranças partidárias e governo federal.

Estudos indicam que a aprovação do projeto trará um impacto para o orçamento federal de 27 bilhões por ano, incluindo horas extras e contratação de cerca de 400 mil novos profissionais. Um aumento no quadro de enfermeiros implica não somente nos custos de contratação, como também investimentos e tempo hábil para a realização de treinamentos, formação e capacitação destes profissionais. O setor terá que lidar com um aumento elevado dos custos e possíveis prejuízos ao atendimento humanizado nos hospitais. Seria uma lei que poderia ser descumprida, vamos dizer, na sua essência.

No mês de julho, nós da FBH, juntamente com o apoio da CNS, ANAHP e CMB, encaminhamos nosso posicionamento por meio de um ofício enviado ao Sr. Vice-Presidente da Câmara dos Deputados, deputado Arlindo Chinaglia, contrários a votação do PL e com uma proposta e uma sugestão de implantação escalonada com o intuito de minimizar impactos negativos, sem

deixar de atender a solicitação dos trabalhadores. A proposta apresentada prevê a redução da carga de trabalho para 36 horas e autoriza a adoção da jornada de 12 horas de trabalho por 36 de descanso.

A Federação, como uma entidade cinquentenária, não podia se eximir de dar a sua opinião a respeito desse assunto. Somos favoráveis a um acordo em que tanto o governo, como o setor suplementar, possam realmente honrar a carga-horária acordada e dar a assistência ideal aos pacientes. Reconhecemos a imensa importância do profissional de enfermagem, que, em conjunto com os médicos são os que alavancam o atendimento, não só hospitalar, mas também ambulatorial. Vale também destacar a iniciativa do presidente da Câmara, o deputado Henrique Eduardo Alves, de constituir uma comissão para estudar o tema, ao tratar o assunto com a seriedade que ele merece.

Estamos também atentos às mudanças que virão com as eleições presidenciais e mudanças no poder executivo e legislativo, e estamos na expectativa de que o trabalho que vem sendo desenvolvido sobre o assunto possa ter continuidade e finalmente uma resolução.

Luiz Aramicy Pinto,

Presidente da Federação Brasileira de Hospitais



Transplantes:

A importância da sensibilização da sociedade

Há anos o Brasil ocupa o segundo lugar do ranking mundial em número de transplantes realizados por ano, porém, de acordo com dados publicados pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos e Tecidos (ABTO), no primeiro trimestre de 2014, houve uma queda preocupante na realização destes procedimentos no país. Vários fatores podem ter influência neste quadro, mas, segundo dados da ABTO, a negativa familiar ainda é o principal motivo para que uma doação não seja efetivada. Existe uma grande desinformação sobre o processo de doação de órgãos e principalmente, uma neces-

sidade latente de sensibilizar os cidadãos a respeito da importância do gesto.

Campanhas de conscientização e informação, como a “Eu Assumi”, criada pela ABTO, existem para esclarecer os cidadãos sobre a decisão de tornarem-se doadores e também estimular pessoas no apoio à causa.

E é fundamental o papel dos profissionais no atendimento às famílias, tanto para romper com os mitos que existem acerca da doação de órgãos, como também para um acolhimento psicológico adequado, de forma a diminuir o preconceito e a rejeição familiar.

Boa Leitura!

visão
hospitalar

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

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

Igor Antunes Bessa
igor.a.bessa@gmail.com

Publicação

Trimestral



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

DIRETORIA

Presidente:
Luiz Aramicy Bezerra
Pinto

Vice-Presidente:
Francisco José
Santiago de Brito

Vice-Presidente:
Luiz Plínio Moraes
de Toledo

Vice-Presidente:
Benno Kreisel

Vice-Presidente:
Randal Pompeu Ponte

Vice-Presidente:
Dário Clair Staczuk

Vice-Presidente:
Renato Botto

Vice-Presidente:
Maria Luíza Loureiro

Vice-Presidente:
Adelvânio Francisco
Morato

Secretário-Geral:
Eduardo de Oliveira

Secretário Adjunto:
Ivo Garcia do
Nascimento

Diretor Tesoureiro:
Mansur José Mansur

Tesoureiro adjunto:
Danilo de Lira Maciel

Diretor de Atividades Culturais:
Avelar de Castro
Loureiro

Assessores de Diretoria:

Antônio Dib Tajra

Manoel Gonçalves
Carneiro Netto

Superintendente:
Luiz Fernando Corrêa
Silva

**Conselho Fiscal
Membros Efetivos:**
Edivardo Silveira
Santos

Canísio Isidoro
Winkelmann
Volney Waldvil Maia

**Conselho Fiscal
Membros Suplentes:**
Luciano Correia
Carneiro

Paulo Eduardo Garcia
Picanço

Breno de Figueiredo
Monteiro

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: fbh@fbh.com.br

Visão Jurídica:
Dagoberto Lima

6

Visão Política:
Darcísio Perondi

8

Transplante

10

Notícias do Setor

14

Especialidade em Foco:
Neurocirurgia no Brasil

22

Consultoria

25

Hospital Referência

28

**Hospital e
Sustentabilidade**

32

**Gestão:
Saúde e Cidadania**

36

Visão Internacional

39

Farmácia Hospitalar

40

Saúde e Tecnologia

42

Equívocos no entendimento da relação entre médicos e hospitais

Eu gostaria de escrever um artigo no qual o espaço fosse insuficiente para desdobrar belos argumentos em favor do cenário da saúde no Brasil. Infelizmente, como isso não é possível, abordarei mais um assunto inspirado pela ausência de boas notícias nesse campo: a conflituosa relação entre médicos e hospitais, evidenciada no âmbito judiciário. Não raro, deparamo-nos com os relatos da irresignação de médicos que buscam, nessa alçada, o cumprimento do que acreditam ser seus direitos.

Os profissionais que partem para a adoção de ações judiciais fazem isso porque estão convencidos

da existência de seu vínculo empregatício com as entidades nas quais trabalharam. Caso que ilustra essa situação ocorreu no início deste ano, envolvendo 868 médicos de um hospital infantil de Minas Gerais. A entidade conseguiu reverter na Justiça do Trabalho autos de infração que a obrigavam a recolher aproximadamente R\$ 1 milhão para o pagamento de verbas trabalhistas desses profissionais. O hospital comprovou que a relação estabelecida com os médicos não abrangia os elementos de personalidade, não-eventualidade, subordinação hierárquica e remuneração pré-ajustada, requisitos elencados no artigo 3º da Consolidação das Leis do Tra-

balho (CLT) para a configuração de vínculo empregatício.

Há outro argumento que corrobora a inexistência de vínculo empregatício entre médicos e hospitais, além do relativo à ausência dos elementos integrantes da CLT. Esse raciocínio parte da consideração de que a atividade desempenhada pelos médicos é uma atividade-fim do hospital, entendendo que esse último tem como objeto a exploração do ramo de serviços médicos e hospitalares e, por esse motivo, tais serviços não poderiam ser terceirizados. No entanto, esse é um outro equívoco. »

Dagoberto J.S. Lima
é consultor jurídico do Sistema
Abramge/Sinamge/Sinog e FBH/AHESP



“Embora seja correto entender que a terceirização de serviços relacionados à atividade-fim de qualquer empresa é considerada ilegal, diante de doutrina e jurisprudência, essa percepção não deve ser aplicada no caso das relações estabelecidas entre médicos e hospitais”

Embora seja correto entender que a terceirização de serviços relacionados à atividade-fim de qualquer empresa é considerada ilegal diante de doutrina e jurisprudência – a Súmula 331 do Tribunal Superior do Trabalho deve ser lembrada nesse contexto –, essa percepção não deve ser aplicada no caso das relações estabelecidas entre médicos e hospitais.

A atividade desempenhada por um médico não é atividade-fim do hospital porque a caracterização desse último está determinada pela criação de uma estrutura de trabalho adequada para a atuação de um médico, possibilitando condições e instrumentação necessária – a exemplo de fornecimento de medicamentos, instalações, instrumentos, pessoal de enfermagem, etc. – ao cumprimento de suas funções.

Ou seja, não cabe à entidade a prestação de serviços médicos, essa sim competência exclusiva do profissional em questão.

Portanto, os objetivos definidos para a execução de atividades de um hospital não podem ser confundidos com os estabelecidos para o ato médico, que é uma atribuição exclusiva dos médicos. Dito de outra forma: o médico desempenha serviço diferente daquele executado pelos hospitais, esses últimos são somente um prestador de serviços hospitalares ao corpo clínico. Vale esclarecer o que é esse último de acordo com a definição do Conselho Federal de Medicina: entende-se por Corpo Clínico “o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que

a procuram, gozando de autonomia, profissional, técnica, científica, política e cultural”.

Assim, a execução de atividades por parte do corpo clínico não decorre dos serviços prestados pelo hospital e não se caracteriza pela subordinação a esses profissionais que o integram. Obviamente, os médicos estão sujeitos às regras de operação da entidade hospitalar, mas em caráter de respeito às mesmas e não de dependência.

É necessário que a ligação entre médicos e hospitais seja tratada, sempre, de forma clara e transparente por ambas as partes, desde o início do estabelecimento do contrato de trabalho. Dessa maneira, quiçá, poderemos ter melhores notícias decorrentes de relações mais harmoniosas. ■

Escassez de recursos para a Saúde

A cada dia que passa aumentam as críticas à forma como o Governo Federal administra a saúde pública no Brasil. A população, insatisfeita e indignada, sem acesso digno ao Sistema Único de Saúde (SUS), perdeu a paciência e saiu às ruas, a partir de junho do ano passado, para mostrar aos gestores que não aceita mais tanta omissão e descaso. Os jovens foram ouvidos e apontaram a saúde como o pior dos serviços públicos. Os institutos de pesquisa também vêm escancarando essa insatisfação. O Ibope, por exemplo, na sua última avaliação, divulgada no mês de março, apontou que 77% dos brasileiros desaprovam o Governo Dilma Rousseff na área da saúde. Já a pesquisa do Instituto MDA, divulgada no mês de abril e encomendada pela Confederação Nacional dos Transportes (CNT), confirma que 79,9% dos brasileiros exigem melhorias no setor de saúde.

A população, sobretudo o usuário do SUS, tem toda a razão em reclamar. A Saúde não é a priori-

dade desse Governo. De acordo com o Portal Siga Brasil, do Senado Federal, há falta de investimento público no setor, como mostra a execução orçamentária dos últimos dez anos. Os números apontam que os gastos com Assistência Social aumentaram 191%, saltando de R\$ 22,2 bilhões para R\$ 64,6 bilhões, por conta do pagamento de benefícios como a Bolsa Família. O documento mostra também que os gastos com trabalho aumentaram 285% e com educação, 253%. Já o aumento dos gastos com saúde, nos últimos dez anos, foi desproporcional, de apenas 61%. Aumentou de R\$ 52,9 para R\$ 85,3 bilhões.

Vale citar o último comunicado divulgado pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), onde a instituição demonstrou toda a sua indignação com o descaso e omissão dos chefes dos Poderes Públicos em relação ao Projeto de Lei de Iniciativa Popular, que visa obrigar a União a investir 10% de suas receitas correntes brutas na saúde, e que foi assinado por 2,2 milhões de brasileiros. “Lamenta-

“

Considerados os restos a pagar quitados apenas nos dois últimos anos, os desembolsos totais foram de R\$ 3,5 bi, em 2012. Em 2013 foram 4 bilhões, correspondente a 43% do disponibilizado naquele exercício, no valor de R\$ 9,3 bi.

”

mos que, até agora, nenhum esforço tenha sido feito para iniciar sua tramitação, num total desrespeito à vontade popular”, disse a entidade.

Essa falta de prioridade do Governo com a saúde também fica evidente se usarmos como referência os dados do Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi), divulgados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Comissão de Direitos Humanos (CDH) da Câmara dos Deputados. De cada R\$ 10 disponibilizados pelo Governo Federal na última década para investimento no Sistema Único de Saúde (SUS), só R\$ 1 foi efetivamente aplicado no mesmo ano. Os levantamentos não contabilizam os restos a pagar quitados posteriormente (valores empenhados em um ano, mas só pagos em exercícios subsequentes).

Os cálculos mostraram que, de 2004 a 2013, o Ministério da Saúde

teve quase R\$ 53 bilhões para compra de equipamentos, ampliação e construção de unidades de atendimento e aquisição de novas tecnologias — gastos classificados como investimento. Mas só aplicou, no ano em que os recursos foram lançados nos respectivos orçamentos do órgão, R\$ 5,5 bilhões (10,4%). Na conta, não entram as chamadas despesas com custeio, como pagamento de salários, despesas com luz e água e manutenção de instalações. Considerados os restos a pagar quitados apenas nos dois últimos anos, os desembolsos totais foram de 3,5 bilhões em 2012 — ou 30% da dotação autorizada de R\$ 12 bilhões — e 4 bilhões em 2013 — correspondente a 43% do disponibilizado naquele exercício, que foi de R\$ 9,3 bilhões.

Todos esses números confirmam o descaso governamental. A população tem razão de reclamar.

Darcísio Perondi

é deputado federal e presidente da Frente Parlamentar da Saúde



Aumenta o número de hospitais especializados em transplantes

Investimentos em clínicas e hospitais especializados geram mais procedimentos cirúrgicos e melhora nos transplantes realizados no país

O número de transplantes de órgãos no Brasil aumentou cerca de 18% entre 2010 e 2013. Segundo dados do Ministério da Saúde, os procedimentos considerados de alta complexidade, tiveram maior destaque. Nesta categoria, destacam-se os transplantes de pulmão, cujo número de cirurgias realizadas mais que dobrou no período. Já os transplantes de coração, houve um aumento de 60%. Medula óssea, que se enquadra nos transplantes de tecidos, também está entre os

de maior expansão com quase 25% de aumento.

Os procedimentos considerados de alta complexidade exigem ainda maior rigor no controle de qualidade, pessoal especializado e equipamentos modernos e adequados. O controle começa com a organização da captação de órgãos e vai até a cirurgia e o acompanhamento da recuperação dos pacientes.

Com o aumento da necessidade de cirurgias do gênero, segundo dados da Associação

Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), nos últimos anos cresceu a quantidade de hospitais especializados em transplantes no país. Em Brasília (DF), cinco unidades são especializadas: Hospital Santa Lúcia, Instituto de Cardiologia do Distrito Federal, Hospital Universitário de Brasília, Hospital Brasília e Hospital de Base do Distrito Federal.

Para aumentar e melhorar a rede de atendimento no país Brasil, houve aumento de 16,6% no investimento do governo



federal na área, chegando a R\$ 1,4 bilhão em 2013. Esses recursos concentram-se na realização das cirurgias e em todo o processo que garante o sucesso do transplante, como incentivo à doação e captação de órgão, locomoção até a recuperação.

Atualmente o Brasil é considerado referência mundial no campo de transplantes. O número de registro de doadores voluntários de medula óssea, aumentou de 30 mil doadores para 3,2 milhões de doadores nos últimos dez anos.

A gerente de Práticas Assistenciais, do Hospital Santa Lúcia, em Brasília (DF), Dárcia Lima, explica que a parceria entre a rede particular e a pública de hospitais acontece na maioria dos procedimentos. “Caso a doação e o transplante sejam realizados no hospital privado é previsto repasse financeiro para custear o procedimento, porém com a transferência realizada pela Secretaria de Saúde, não recebemos este subsídio”, cita.

Em 2012, o Ministério da Saúde liberou recursos para hospitais

que realizam transplantes. Com as regras, os hospitais que fazem acima de quatro tipos de transplantes podem receber um incentivo de até 60%. Para os que fazem 3, o recurso será de 50% a mais do que é pago atualmente. Nos casos das unidades que fazem 2 ou apenas 1 tipo, será pago 40% e 30% acima do valor.

Dárcia Lima, diz que o canal entre doador e receptor deve ser muito rápido. “Após confirmação de morte encefálica pelo profissional médico, a Comissão »



Caso a doação e transplante sejam realizados no hospital privado é previsto repasse financeiro para custear o procedimento.

Dárcia Lima, gerente de Práticas Assistenciais, Hospital Santa Lúcia, Brasília



Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para transplantes entra em contato com a família para o acolhimento inicial e aciona a Central de Transplantes do estado. Após este contato, um profissional médico e um enfermeiro da Secretaria de Saúde local, vem a Instituição e fazem a abordagem também com a família, se a mesma deseja doar os órgãos”, explica.

Há alguns anos, o governo brasileiro lançou uma campanha na qual o indivíduo, em vida, poderia expressar seu desejo de doação, esta informação poderia ser acrescida ao registro civil, porém apesar destes esforços, a família pode não permitir a doação, caso deseje. Segundo dados ABTO, o percentual de famílias que não autoriza a doação cresceu de 41% para 47% de 2012 a 2013, sendo explicado pela falta desse tema em conversas de família.

Orientações gerais para habilitação de novas Instituições de Saúde em transplantes:

Conforme o Art. 2º da Lei N.º 9434, de 4 de fevereiro de 1997 a retirada de tecidos, órgãos e partes e o seu transplante ou enxerto só poderão ser realizados por equipes especializadas e em estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, prévia e expressamente autorizados pelo Ministério da Saúde. O órgão responsável pela autorização é o Sistema Nacional de Transplantes. Todas as portarias de autorização para transplantes e captação têm validade de 2 anos, devendo então ocorrer renovação de credenciamento, assim prescrito no §5º, art. 8, do Decreto n.º 2268 de 30 de junho de 1997; é necessário que o hospital preencha uma série de formulários para credenciamento da equipe e estabelecimento, existe visita técnica da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO).

Órgãos para transplantes terão prioridade em voo

Acordo entre governo federal e empresas aéreas, firmado em dezembro de 2013, vai garantir prioridade de embarque nos aviões para órgãos doados.

As principais empresas aéreas se comprometem a dar prioridade ao transporte do órgão doado e da pessoa que o transporta. Isso pode significar ceder até dois lugares no avião, caso não haja a possibilidade de transporte na cabine do piloto. Segundo o Ministério da Saúde, os órgãos já são transportados de graça, e os voos que carregam órgãos terão prioridade em pousos e decolagens.



Lei 9434/97

A Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos foi estabelecida pela Lei 9434/97, e tem como diretrizes a gratuidade da doação. É expressamente proibido o comércio de órgãos no país. Mesmo em hospitais da rede privada, o custeio cabe apenas à internação e outros serviços utilizados, mas, a recepção é totalmente gratuita. As normativas garantem direitos aos pacientes que necessitam destes procedimentos e regula toda a rede assistencial.

visãohospitalar@fbh.com.br
Angelina Guedes

Notícias do Setor

Maior operadora de planos de saúde do país continua fechando aquisições

Aquisição de hospitais, tecnologia de ponta e gestão inovadora são as estratégias da Amil para manter o crescimento e a aposta em melhores resultados para o próximo ano.

Adquirida há um ano e oito meses pela americana UnitedHealth por quase R\$ 10 bilhões, a Amil, a maior operadora de planos de saúde do país, tornou-se mais rigorosa nas negociações de preço e em práticas internas e, mesmo dedicada a reformular suas operações, continua fechando aquisições. Neste primeiro semestre, comprou três hospitais e um convênio médico que demandaram investimentos de R\$ 400 milhões.

A Amil comprou os hospitais Monte Claro (Fortaleza), ISO (Santos) e Carlos Chagas (Guarulhos), sendo que este último possui planos de saúde e dental. E o maior empreendimento da companhia também será inaugurado neste ano, em julho: o Hospital das Américas, no Rio, onde foram investidos R\$ 500 milhões.

No front operacional, o foco é a implementação de uma moderna plataforma tecnológica americana para con-

trolar custos médicos. Esse sistema é um dos grandes diferenciais da UnitedHealth nos Estados Unidos.

A plataforma tecnológica é da Optum, empresa da UnitedHealth especializada em tecnologia voltada à saúde. O sistema americano está passando por uma “tropicalização”. Consegue por exemplo, reunir o histórico médico do paciente e indicar o tipo de tratamento mais adequado, com base em estudos cientí-



ficos. A ideia é que os dados sejam compartilhados com consultórios e hospitais.

“Em janeiro do ano passado, iniciamos um projeto piloto na nossa rede própria que deve se estender pelo menos até o fim deste ano. Com a tecnologia, conseguimos usar melhor os nossos recursos, controlar custos e ter maior competitividade no setor”, disse ao Valor Erwin Kleuser, diretor de orçamento e planejamento estratégico da Amil.

O objetivo da UnitedHealth é que a Optum preste serviços também para as demais empresas do setor e para a área pública da saúde no Brasil. Nos Estados Unidos, a Optum trabalha para concorrentes da United e para os programas públicos Medicare e Medicaid. A Optum teve receita de US\$ 38 bilhões no ano passado. Já o grupo UnitedHealth registrou receita de US\$ 122,4 bilhões, com aumento de 10% em relação a 2012.

O sucessor de Edson Bueno, fundador e ex-controlador da Amil, é outro tema recorrente nos corredores da Amil. Uma das missões de Bueno é capacitar um jovem executivo, entre 40 e 50 anos, para substituí-lo até 2017. Mas, de acordo com pessoas próximas à companhia, Bueno ainda não encontrou essa pessoa. Segundo Kleuser, Bueno já tem em seu radar cerca de cinco nomes da própria Amil.

Notícias do Setor

“Com a tecnologia, conseguimos usar melhor os nossos recursos, controlar custos e ter maior competitividade no setor”

Erwin Kleuser, Diretor de Orçamento e Planejamento Estratégico da Amil.

A chegada do novo controlador, a escolha do sucessor de Bueno e a adoção do modelo americano de gestão têm gerado um clima de incertezas e insatisfações para vários executivos da Amil, em especial, aqueles que trabalham há décadas na companhia e são considerados peças-chave dentro da operadora, segundo o Valor apurou.

“Quando há uma transação, marcada por ter sido o maior investimento americano direto em uma empresa brasileira, é natural que haja insegurança. A sucessão é um processo natural, mas não há em andamento um processo de passar o bastão para os americanos”, disse Kleuser.

Até o momento, apenas um executivo da UnitedHealth foi transferido para o Brasil: o americano Kevin Knarr, que ocupa a diretoria de operações. Também foi contratado um brasileiro para cuidar da área de ‘compliance’ (con-

junto de regras para fazer cumprir normas legais e internas da companhia) que se reporta diretamente à United, nos Estados Unidos.

“Antes [da United Health comprar a Amil] era mais fácil negociar descontos [com a Amil]”, diz uma fonte do setor de saúde. “Hoje, quem está lá dentro [da Amil] não cede esses abatimentos porque precisa passar pelo ‘compliance’”, complementa, a fonte. Kleuser, da Amil, é taxativo: “Trabalhamos com um sistema automatizado, que precifica se o contrato é rentável. Se não for, não fechamos”.

Ainda de acordo com fontes do setor, a insatisfação de parte da equipe já se reflete no resultado da Amil. “Algumas pessoas com posições relevantes dentro da empresa cruzaram os braços. O setor de saúde exige negociações diárias com hospitais, laboratórios, médicos. E quando

se baixa a guarda de um negócio com margens apertadas, o prejuízo é inevitável”, disse uma fonte. Em 2013, a Amil teve prejuízo de R\$ 43,5 milhões e neste ano, segundo avaliações do setor, a empresa poderá fechar no vermelho de novo. Em 2012, a Amil registrou lucro de R\$ 82 milhões.

Questionado sobre o desempenho negativo no ano passado - quando os custos médicos cresceram em proporção superior ao aumento da receita -, o diretor da Amil informou que o resultado não tem relação com uma possível desmotivação da equipe. “Esse resultado é devido a uma combinação de fatores como elevados custos médicos, redução do prazo de atendimento para consultas médicas e adequação do balanço para o padrão americano, que é mais conservador em provisões e amortizações. Mas neste ano, o resultado já será melhor”, afirmou Kleuser. ■

Cooperação entre universidade e FBH amplia cursos e estágios na rede hospitalar



Presidente da FBH e representantes da universidade Salgado de Oliveira na assinatura do convênio no Rio de Janeiro

A Universidade Salgado de Oliveira (Universo) e a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) assinaram, no Rio de Janeiro, convênio de Cooperação Técnica, Científica e Cultural na área de saúde. A cooperação entre as duas instituições irá permitir a realização de cursos e o ingresso de estudantes em estágios, na rede hospitalar.

A solenidade contou com a presença da reitora da Universo, professora Marlene Salgado de Oliveira, o presidente da federação Brasileira de

Hospitais (FBH), Luiz Aramicy Bezerra Pinto, o diretor de convênios da Associação de Hospitais do Rio, Roberto Velasco, além do presidente da Associação de Hospitais do Rio, José Mansur e demais representantes universitários.

Durante o evento, a professora Marlene Salgado falou de sua satisfação com a assinatura do convênio.

“Saúde e educação são irmãs gêmeas e deveriam ser as profissões prioritárias. Por conta do índice de violência

nas escolas, ninguém quer ser mais professor. Assim como a medicina, essa é uma profissão fundamental. Fico muito feliz em fechar esse convênio e gostaria de levá-lo a todos os campi”, ressaltou a reitora.

O presidente da FBH, Luiz Aramicy, disse que ficou muito satisfeito com a parceria.

“O governo tem feito muito pela indústria e agroindústria, mas a saúde e a educação estão sendo esquecidas. O grande problema na gestão da

saúde é a falta de profissionais qualificados, inclusive, de nível médio. Nos preocupamos com isso”, avaliou.

Depois da assinatura, aconteceu o Workshop Hospitais, Saúde e Sustentabilidade – Experiências, Perspectivas e Desafios, ministrado pelos professores Samuel Maia, Gustavo Esteves e Sonia Maria Alves. Dentre os temas debatidos, Saúde no Brasil, Meio Ambiente, Gestão, Qualidade, Formação de mão de obra e qualificação profissional, foram alguns destaques.

Notícias do Setor

Decisão obriga Unimed a pagar diferenças contratuais



A UNIMED de Santa Catarina desrespeitou a cláusula contratual que estabelecia a remuneração dos materiais com base na tabela SIMPRO mais 21,43%, aplicando, para o caso, uma tabela própria da UNIMED, com valores muito menores.

A existência de diferenças foi constatada pelo Hospital somente após um trabalho técnico interno, que se resumiu no processamento paralelo das contas faturadas. Por isso, o Hospital, por meio do escritório do advogado Rodrigo de Linhares (assessor jurídico da Ahesc-Fehoesc-Sindilab), e munido de todos os documentos comprobatórios, ajuizou ação buscando o pagamento dessas diferenças de valores, obtendo êxito integral, em primeiro grau de jurisdição.

Entre outros fundamentos, a sentença destacou: “O que evidentemente não se pode permitir é que a UNIMED defina unilateralmente quanto vai pagar pelos materiais empregados nos procedimentos médicos realizados pela autora ”

Foi reforçada também a importância da representatividade da Ahesc-Fehoesc em diversos trechos da decisão: “A participação conjunta das associações (Ahesc-Fehoesc) e da Unimed Federação certamente foi pactuada para preservar os interesses de ambas as partes, especialmente os da autora (hospital), a fim de se livrar de valores calculados e lançados exclusivamente pela ré”.

A decisão, além de representar uma vitória do Hospital, serve para encorajar os prestadores de serviços de saúde, por vezes fragilizados na relação contratual, a buscar proteção do judiciário contra a imposição de tabelas próprias pelas Unimeds, aplicadas de forma sorrateira e sem qualquer critério técnico ou negociação prévia.

A íntegra da sentença será apresentada e comentada pelo assessor jurídico da Ahesc-Fehoesc-Sindilab na próxima reunião das diretorias, no dia 24 de julho de 2014.

Nota de falecimento



A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo (AHESP) manifestam pesar pelo falecimento do Dr. Aloísio Fernandes. O médico foi fundador do Hospital Ana Costa em 1957, onde atuou como administrador por mais de 40 anos. Atuou também como secretário-geral da FBH e foi vice-presidente da AHESP até 1979, onde permaneceu por vários anos como membro do Conselho Diretor. Fonte : AHERJ, Valor Econômico, AHESC, Agência Câmara, Fehospar

Gestão de saúde será debatido em setembro no Paraná



O Encontro Paranaense de Saúde 2014 será realizado em Curitiba de 24 a 26 de setembro. Em sua quarta edição, o evento terá como tema central “Criando oportunidades na gestão de saúde”. São esperados aproximadamente 300 participantes, incluindo dirigentes das principais instituições representativas do setor hospitalar do País. Palestrantes de renome vão debater, além de gestão e perspectivas para a área de saúde, questões econômicas, jurídicas e de recursos humanos. Núcleo de segurança do paciente também vai merecer um capítulo especial nas apresentações, em parte feitas no formato de talk show.

A iniciativa é da Associação dos Hospitais do Paraná, juntamente com a Fehospar e

seus Sindicatos filiados e tem apoio da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e Confederação Nacional de Saúde (CNS), além do Conselho de Medicina do Paraná, que mais uma vez acolherá as atividades em sua sede. O fundador da Cardiolab e Rede D’Or, Jorge Neval Moll, é o convidado para proferir a palestra magna na abertura dos trabalhos, na noite de 24, em programa que já tem a presença confirmada do presidente da Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp), Francisco Balestrin de Andrade.

Dentre os demais palestrantes convidados estão Luiz de Luca, superintendente corporativo do Hospital Samaritano (SP); Miguel Cendoroglo Neto, diretor técnico do Hospital Albert Einstein (SP); Fernando Andre-

atta Torelly, superintendente executivo do Hospital Moinho de Ventos (RS); Afonso José de Matos, diretor-presidente da Planisa; Luiz Fernando Busnardo, superintendente Regional do Trabalho; Luiz Eduardo Gunther, desembargador do TRT da 9.^a Região; e Orestes Barroso Medeiros Pullin, vice-presidente da Unimed do Brasil. Os presidentes da CNS, Renato Merolli, e da FBH, Luiz Aramicy Bezerra Pinto, também participam dos trabalhos como convidados de honra.

Uma minifeira de produtos e serviços vai funcionar no hall e espaço cultural agregados ao auditório do Conselho de Medicina, a exemplo dos anos anteriores. As inscrições já estão abertas e há número limitado de vagas. Haverá entrega de certificado.

Nota de Pesar pelo falecimento de Eduardo Campos

É com grande pesar que nós, da Federação Brasileira de Hospitais lamentamos a morte repentina do Ex-Governador do Estado de Pernambuco e Candidato à Presidência Eduardo Campos. Eduardo era um grande político e certamente uma liderança em ascensão para o Brasil e foi fundamental para desenvolvimento do Estado e um ótimo representante do povo pernambucano. Nos solidarizamos com seus familiares e familiares de seus assessores e também com os companheiros das Associações de Hospitais no Nordeste e do Estado de Pernambuco.



Foto: Breno Laprovitera/ALEPE



Vacina contra HPV é premiado pelo Icesp

Uma pesquisa da USP, ainda em fase experimental, venceu a categoria Pesquisa em Oncologia nesta V edição do Prêmio Octávio Frias de Oliveira. O

resultado do trabalho foi o desenvolvimento de uma vacina terapêutica que ataca diretamente as lesões e tumores causados pelo HPV (papiloma vírus), um dos maiores causadores do câncer no colo uterino. O prêmio é uma iniciativa do Icesp, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, e abrange também outras categorias, como Inovação Tecnologia e Profissionais em Destaque. Com informações do Icesp e Folha de S.Paulo.

Novo hospital em Curitiba terá 305 vagas de UTI e atendimento preferencial ao SUS

A Região Metropolitana de Curitiba ganhou um novo hospital, na região do Campo Largo. A nova unidade do Hospital do Rocio tem 51 mil metros quadrados de área construída, 1.200 leitos, dos quais 305 são de UTI, que o coloca como um dos maiores da América Latina. O complexo é o maior do

Paraná e dará prioridade ao atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A nova unidade irá substituir o atual Hospital do Rocio, que funciona na região há 50 anos e que deverá ser desativado aos poucos. A expectativa é que o hospital ajude a desafogar a procura por leitos de UTI na Região Metropolitana de Curitiba e atrair pacientes de todo o Brasil.

Com informações da Fehospar.

Índices Econômicos

Índice	Período	no mês	12 meses
IPCA - %	abr-14	0,67	6,28
INPC - %	abr-14	0,78	5,82
IPC Fipe - %	abr-14	0,53	5,2
IGP-M - %	mai-14	-0,13	7,84
ICP-DI - %	abr-14	0,45	8,1
ICV-Dieese - %	abr-14	0,57	7,05

Aplicações

Índice	Em %
Selic over, ao ano	10,9
CDI Over Cetip, ao ano	10,8
DI Futuro, ao ano (jan/17)	11,69
TR (03/06)	0,0661
Poupança antiga (03/06)	0,5664
Poupança nova (03/06)	0,5664

Fundo de investimento

(Rentabilidade até 28/05 em %)

Fundo	Dia	Mês	Ano	12 m
Referenciado DI	0.04	0.79	4.11	9.58
Renda Fixa	0.06	0.97	4.72	9.28
Previdência RF	0.06	0.88	4.31	8.22
Ações Livre	0.53	1.50	*- 1.26	*- 1.72
Mult. Multistrat	0.18	1.05	2.51	7.53

Neurocirurgia no Brasil

e os desafios para acompanhar os custos dos avanços tecnológicos

Cresce o número de clínicas especializadas em neurocirurgias no Brasil. Dados da Sociedade Brasileira de Neurologia mostram que cada vez mais os hospitais investem em equipamentos modernos que atendam bem os pacientes e também os especialistas. A modernização dos hospitais está sendo cada vez mais necessária, visto que, estatísticas mostram que a procura por atendimentos neurológicos cresce assustadoramente a cada ano.

Nos últimos anos, pesquisas da Rede Sarah Kubitschek de Hospitais de Reabilitação, mostram que para cada morte decorrida de acidente de trânsito no Brasil,

as estatísticas registraram cerca de 13 feridos. Em 2012, mais de 3 milhões de pessoas sobreviveram aos acidentes de trânsito, e necessitaram de assistência médico-hospitalar.

O neurocirurgião, Luiz Antônio Dias, presidente do departamento de neurocirurgia da Associação Paulista de Medicina (APM) e da Associação dos Neurocirurgiões do Estado de São Paulo (Sonesp), lembra que o Brasil é o campeão mundial em acidente automobilístico, logo, traumatismos como o craniano (cranioencefálico) e da coluna vertebral (raquimedulares) são os mais frequentes, seguido pelos tumores do sistema nervoso central, »



“

O repasse de verbas dos planos de saúde é um problema enfrentado pela rede particular de hospitais. Muitas vezes as tabelas atuais não cobrem os custos, o que leva a salários baixos para médicos e funcionários, gerando insatisfação e baixa produtividade

”

Antônio Dias
presidente do departamento
de neurocirurgia da
Associação Paulista de
Medicina

malformações vasculares, hemorragias cerebrais e doenças da coluna vertebral.

Com o aumento de procedimentos cirúrgicos, empresários médicos tentam investir em tecnologias modernas, mas, encontram dificuldades pois esbarram com aos altos custos dos aparelhos. Os investimentos iniciais são altos, pois equipamentos essenciais para realização de exames, tem tabelas de valores altos. Equipamentos como o Tomógrafo, variam de R\$ 300 mil até R\$ 800 mil reais, o aspirador ultrassônico, varia de R\$ 3 mil até 36 mil, o microscópio neurocirúrgico que custa a partir de R\$ 150 mil, dentre outros.

Estes são apenas alguns exemplos, mas o neurocirurgião, Luiz Antônio lembra ainda de outros equipamentos necessários. “O

radiodiagnóstico já aproxima até a real etiologia com a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) e suas variantes como difusão e funcional. A estereotaxia (aparelho capaz de definir exatamente onde está a alteração, através de radiografias obtidas com diferentes angulações) e a neuronavegação (A tecnologia permite localizar e atuar em áreas profundas do cérebro com menor risco de lesões ao paciente) localizam e delimitam as lesões. A Eletrofisiologia complementa o mapeamento das áreas cerebrais eloquentes, promovendo a exérese (manobra cirúrgica) completa das lesões sem sequelas”, lembra.

Países como Alemanha e Estados Unidos possuem centros com salas de cirurgia ditas “inteligentes”, com todo o aparato tecnológico »

disponível dentro de um único ambiente. No Brasil, mesmo com a isenção de impostos segundo o Decreto Nº 4.543/2002, Capítulos XIII, XIV da RDC Anvisa Nº 81/08, os equipamentos e materiais ainda chegam com valores altos, o que dificulta o acesso às modernidades.

Para o especialista, as parcerias público-privadas na saúde são opções para modernizar e melhorar também a rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), pois diminui a burocracia pública, agiliza a contratação de profissionais e oferece melhores salários. O Hospital Sarah Kubitschek, pode ser citado como parcerias positivas. Com nove unidades no país, oferece o que há de mais moderno e eficiente a pacientes portadores de doenças neurológicas crônicas.

Para Luiz Antônio Dias, outro problema enfrentado pelas redes particulares de hospitais é o repasse de verbas dos planos de saúde. “Muitas vezes as tabelas atuais não cobrem os custos, nem sempre é possível usar os materiais nacionais e sim importados, o que vem onerar mais, e leva a salários baixos para médicos e funcionários, gerando insatisfação geral e baixa produtividade”, lembra. O especialista diz ainda que apenas nos hospitais de grande porte, onde há mais pacientes, os convênios remuneram melhor, e as dificuldades são menores.

Ronaldo B. Tonaco, é Coordenador da Neurocirurgia do Centro Universitá-

rio Unineuro, do Centro de Excelência do Hospital Anchieta e Colaborador do Hospital Santa Marta, em Brasília (DF). Ele lembra que investimentos em novas tecnologias beneficia todos os envolvidos nos procedimentos. “Os resultados são incisões menores, ressecções de tumores com maior precisão e menos sequelas, menor tempo cirúrgico e conseqüentemente exposição aos agentes anestésicos”.

O neurocirurgião lembra ainda que com os altos custos, acabam sendo repassados aos mais interessados, os pacientes. “Quem arca com esse custo são os planos de saúde e há uma queda de braço entre o bem estar do paciente e o dividendo dos planos, ficando os médicos e hospitais de um lado e os planos do outro, com o paciente que é a parte mais frágil do processo sofrendo as conseqüências”.

Para o especialista, os investimentos são necessários e os resultados para o paciente com a utilização da tecnologia adequada para cada caso tende a melhorar cada vez mais, com aumento da segurança nos procedimentos e tratamentos mais eficazes.

Além disso, as tecnologias implementadas, melhoram a qualidade de vida do paciente proporcionando qualidade e eficiência dos procedimentos com menor risco de complicações e recuperação mais rápida aos pacientes.

visãohospitalar@fbh.com.br
Angelina Guedes



Gestão estratégica de custos hospitalares

A Planisa é uma empresa especializada em consultoria e gestão da saúde que atua há mais de 25 anos no mercado. Focada no segmento da saúde é especializada em gestão de custos hospitalares com atuação em todo o país e também no exterior e vem atuando fortemente no processo de mudança no modelo de remuneração dos serviços, uma mudança necessária no Brasil.

A empresa acaba de lançar no mercado uma metodologia para apuração e gestão de custos acessível a grupos de pequenos e médios hospitais. Denominada como “Hecos”, a nova ferramenta utiliza-se de um software disponibilizado via WEB devidamente suportado por manuais de utilização, tutoriais interativos e “help-desk”

Afonso José de Matos
é diretor presidente da Planisa.



“

Quem não mede, não gerencia. Este fato ganha especial relevância no cenário de extrema competitividade e de pressão por reduções de custos, vivido pelos hospitais

”

capazes de permitir aos hospitais um processo facilitado de implantação com custos acessíveis.

Além de constituir-se como ferramenta para viabilização econômica das instituições, a consolidação das informações permitirá a troca de informações entre os participantes e a geração de um banco de indicadores que possibilitará a cada hospital avaliar sua posição em relação ao mercado e a adequada tomada de decisões.

A metodologia do “Hecos” inclui ainda fóruns trimestrais de capacitação mediante encontros regionais dos hospitais participantes suprindo uma lacuna de conhecimento, informações econômicas, financeiras e de custos.

O software “Hecos” possibilita desde a apuração dos custos das diferentes unidades internas até a apuração de custos de procedimentos, tais como o custo de uma diária, de um exame ou então de uma cirurgia, mediante a geração

sistemática de informações mensais e também dos itens de custo como pessoal, material, custos gerais e de seu comportamento entre custos fixos e variáveis.

À partir da máxima de que “Quem não mede, não gerencia”, conclui-se que é preciso medir, para se ter a possibilidade de gerenciar. Este fato ganha especial relevância no cenário de extrema competitividade e de pressão por reduções de custos vivido pelos hospitais, seja para os prestadores de serviços ao SUS, seja para as operadoras de planos privados de saúde.

Dentro deste contexto as entidades representativas dos hospitais possuem o relevante papel de estimular seus associados na busca da evolução nas suas práticas e na implantação de metodologias consistentes para apuração e gestão estratégica de custos que contribuam na manutenção da sua sustentabilidade econômico-financeira.

visão hospitalar

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

A SUA REVISTA DO SETOR HOSPITALAR



FOMADORES
DE OPINIÃO
NOTÍCIAS DO SETOR
QUALIDADE EDITORIAL

5000 EXEMPLARES
CIRCULAÇÃO NACIONAL
FREQUÊNCIA TRIMESTRAL
MÍDIA SEGMENTADA
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

ANUNCIE, VOCÊ TAMBÉM!

PUBLICAÇÃO



PUBLICIDADE

TEL: +55 (61) 8404-6115
comercialrevista@fbh.com.br

www.fbh.com.br



Unidade Materno Infantil do Hospital Nossa Senhora da Guia, mantido pela Santa Casa de Maceió: Excelência no atendimento ao SUS com o selo Hospital Amigo da Criança, concedido pelo UNICEF e Ministério da Saúde.

Santa Casa de Maceió

exemplo de sustentabilidade e excelência

Num cenário onde mais de duas mil Santas Casas e hospitais filantrópicos brasileiros acumulam dívidas que ultrapassam R\$ 11,8 bilhões, a Santa Casa de Maceió tornou-se exemplo de excelência administrativa, sustentabilidade financeira, profissionalismo gerencial, humanização na assistência, qualificação de talentos, além de modernização na infraestrutura física, tecnológica, de suprimentos e logística entre outros.

O esforço para modernizar a Santa Casa de Maceió em tantas frentes, tendo como base o equilíbrio de receitas, despesas e investimentos, pode ser comprovado por meio de inúmeras conquistas e investimentos em novas unidades de atendimento.

Entre as conquistas, o provedor da Santa Casa de Maceió, Humberto Gomes de Melo, destacou a certificação da instituição como Hospital de Ensino pelos ministérios da Saúde e da Educação. Apesar da Santa Casa de Maceió desempenhar ações na área de ensino e pesquisa, o reconhecimento formal demorou 40 anos para tornar-se realidade.

Outra importante conquista foi o selo Hospital Amigo da Criança, concedido pelo Unicef e pelo Ministério da Saúde ao Hospital Nossa Senhora da Guia por atender aos dez passos da amamentação. A unidade materno-infantil é referência no atendimento ao SUS.

Na lista constam ainda a Acreditação em Nível 3 seguindo os critérios da Organização

Nacional de Acreditação (ONA); o reconhecimento da Anvisa como Hospital Sentinela; e o Prêmio Sustentabilidade Financeira da revista Isto É Dinheiro entre outros.

No campo dos investimentos, o provedor Humberto Gomes de Melo citou a inauguração de dois complexos hospitalares: o próprio Hospital Nossa Senhora da Guia e a Santa Casa Farol, moderna unidade de pronto atendimento pediátrico dedicada a pacientes de convênios e particulares. A Santa Casa Farol conta com o que há de mais moderno em tecnologia e arquitetura dedicadas à saúde, além de uma equipe capacitada seguindo os princípios da Acreditação, da humanização e da segurança e excelência assistencial.

»

“ Nós procuramos adotar uma administração moderna, descentralizada, responsável, que busca o crescimento com os pés no chão. Graças a isso, hoje, somos uma das empresa que mais empregou pessoas no Estado de Alagoas ”

Humberto Gomes de Melo – provedor da Santa Casa de Misericórdia de Maceió

Na área internacional, destaque para a adesão da Santa Casa de Maceió ao programa de qualificação Acreditação Internacional Canadense, sendo a primeira Santa Casa do País a investir nesta certificação.

Quanto aos diversos reconhecimentos públicos, Humberto Gomes de Melo citou o guia “As 1000 Melhores” da Revista Dinheiro, que elencou a Santa Casa de Maceió como a única empresa alagoana, e uma das onze do Nordeste, destaque em 2013 em 27 setores da economia pesquisados. No ranking, a Santa Casa de Maceió ficou entre as cinco melhores do país no setor saúde em quesitos como Governança corporativa, Sustentabilidade financeira, Inovação e qualidade, Recursos humanos e Responsabilidade social e meio ambiente.



BREVE HISTÓRICO

Fundado em 7 de Setembro de 1851 pelo Cônego João Barbosa Cordeiro, na época pároco da capital alagoana, o Hospital de Caridade São Vicente de Paulo foi fundado para atender aos mais necessitados e à grande parte da população que sofria com doenças tropicais. Anos depois, o hospital passou por momentos de crise financeira até ser transformado em filantrópico por decreto-lei do governador provincial. Mudou, então, para Santa Casa de Misericórdia de Maceió. Passados 162 anos e há 10 sob a gestão do provedor Humberto Gomes de Melo, a instituição é uma das poucas Santas Casas do país a equilibrar receitas e despesas e a expandir sua atuação por meio de novos investimentos.



SANTA CASA FAROL

A Santa Casa Farol possui cinco modernas salas cirúrgicas; uma equipe formada por 450 profissionais, dos quais 150 médicos; e 72 leitos, sendo 7 para pequenas cirurgias (“day clinic”), 16 da UTI Neonatal e 7 da UTI adulta, além de 11 leitos da oncopediatria, duas suítes, apartamentos e enfermarias com dois leitos cada. A unidade conta com duas suítes com mesas de parto natural, berços aquecidos com monitoramento eletrônico, hidromassagem, além de equipamentos onde são realizados os primeiros cuidados com o recém-nascido.



HOSPITAL NOSSA SENHORA DA GUIA

Hospital Nossa Senhora da Guia é uma unidade materno-infantil mantida pela Santa Casa de Maceió, cuja vocação é o atendimento exclusivo de usuários do Sistema Único de Saúde. O complexo é composto por centro cirúrgico pediátrico, centro cirúrgico obstétrico, sala de parto normal e sala de pré-parto. O hospital possui 80 leitos de internação, distribuídos em 45 leitos exclusivos para obstetrícia, 24 leitos para cirurgias pediátricas, cirurgias ginecológicas e cirurgias vasculares em mulheres, além de leito para internações clínicas (egressos). No ano de 2013 foram realizadas 7.128 cirurgias dessas especialidades médicas.



Hospitais brasileiros investem em ações socioambientais

Mudanças climáticas e a degradação da natureza nos últimos anos preocupa clínicas e hospitais do país que se engajam em atitudes sustentáveis

O desenvolvimento sustentável está sendo cada vez mais aplicado no Brasil, principalmente na área de Saúde. Isto porque, a degradação da natureza, as alterações climáticas e o efeito estufa geram preocupações. Anualmente, multiplicam-se as vítimas de tornados, secas, enchentes e outros desastres que geram estado de calamidade pública.

Nos últimos anos, clínicas e hospitais do Brasil, tomaram consciência de suas responsabilidades e também da necessidade de empregar ações sociais e conservação da natureza e empregam ações sustentáveis na tentativa de colaborar com o bem-estar da sociedade.

Estratégias e ações socioambientais, e seus impactos sociais e econômicos fazem parte das estratégias do Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo (SP) e Brasília (DF). Desde 1998, a instituição aplica programas que contribuem com o meio ambiente. Segundo o coordenador de sustentabilidade, Flávio Alexandre Cardoso Álvares, o objetivo é adotar uma estratégia de ação para reduzir e até mesmo eliminar os principais riscos e impactos negativos, além de potencializar as iniciativas que trazem benefícios para o meio ambiente e a sociedade de uma maneira geral.

Diversas ações são realizadas por todas as áreas do hospital. O coordenador cita algumas das principais:

Projetos de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS

- São mais de R\$80 milhões investidos em ações de apoio à gestão, ensino e pesquisa para profissionais do SUS.

Gestão de pessoas – diversas ações de valorização dos profissionais, visando sua segurança, empregabilidade, motivação e respeito a Direitos Humanos.

Gestão de resíduos e reciclagem - ações conjuntas com comunidade e catadores de lixo.

Certificações ISO 14001 e OHSAS 18001 - Eficiência na gestão ambiental e mais segurança para a saúde dos colaboradores.

Construção Verde - (selo LEED Gold para as novas torres).

Agenda Global para Hospitais Verdes e Saudáveis - inclui 10 temas para redução do impacto ambiental da instituição.

Além disso, o coordenador relata que no dia a dia são realizados estudos para novas tecnologias para redução do consumo de insumos de energia, água e gás, e também de práticas socioambientais com fornecedores. Em 2013 a instituição investiu cerca de R\$

200 mil em ações socioambientais em todas suas sedes.

De acordo com o diretor geral do Hospital Municipal de Araucária (HMA), no Paraná, Frederico Alexandre Coltro, as ações empregadas ocorrem desde 2010. A metodologia escolhida foi a GRI (Global Reporting Initiative), para elaboração de relatórios de voltados para minimizar os impactos ambientais.

Segundo o diretor, a cada ano, com o amadurecimento institucional, o projeto foi ampliado e estruturado de maneira mais ampla. “A sustentabilidade passou a fazer parte do planejamento estratégico e a filosofia do desenvolvimento ecológico passou a fazer parte da linha de gestão da instituição”, diz.

Para Frederico Alexandre, as ações são pensadas para o bem estar de todos. “A sociedade é beneficiada, uma vez que o hospital minimiza seus impactos negativos ao meio ambiente e na sociedade, e ainda passa a oferecer um serviço que preza não apenas pela qualidade no aspecto técnico, mas também em tudo que se refere ao respeito humano”. »

“ O hospital minimiza seus impactos negativos ao meio ambiente e na sociedade, e ainda passa a oferecer um serviço não só de qualidade técnica, como também em tudo que se refere ao respeito humano.”

Frederico Alexandre
Diretor geral do Hospital
Municipal de Araucária (PR)

Como exemplo de ações realizadas, vale destaque:

Vale Vida – projeto no qual cada mãe da maternidade ganha uma muda de árvore no momento da alta hospitalar. O projeto visa o reflorestamento municipal e a sensibilização da população para a questão ambiental, uma vez que faz alusão do nascimento do filho com o nascimento de uma nova árvore na cidade. No ano de 2013 foram entregues 1.397 mudas

Captação de óleo – o projeto teve início no ano de 2012 e tem como escopo a criação de um ponto de coleta de óleo de cozinha usado (em frituras por imersão), trocando por barras de sabão vegetal feito a partir do óleo coletado. A barra de sabão é fabricada pela mesma empresa que realiza a coleta no hospital mensalmente. A cada 1 litro de óleo, é entregue uma barra de sabão. No ano de 2013 foram entregues 312 barras de sabão. Inicialmente o projeto atende apenas colaboradores, mas já há estudos para ampliar a toda comunidade.

Papa-Pilhas – Esta ação faz parte do movimento mundial ao que o HMA faz parte que preconiza a substituição dos

elementos químicos de maior impacto ambiental além da substituição de todos os produtos de serviços a assistência que contêm mercúrio. Desta forma, além da substituição de todos os equipamentos à base de mercúrio por aparelhos digitais o HMA também montou um ponto de coleta de pilhas e baterias (O Papa-Pilhas). Assim, estes dispositivos são coletados e desprezados de maneira adequada, evitando que sejam misturados com o lixo comum. No ano de 2013 foram coletados 52 Kg de pilhas e baterias.

Saúde na Comunidade – Pensando no bem estar social e na saúde da população, o HMA promove algumas ações com foco em orientação e promoção da saúde. Entre elas destacam-se o Dia da Saúde, Campanhas de Doação de Sangue, Projeto Orientação é Prevenção, entre outros.

Frederico Alexandre, conta ainda que só houve benefícios gerados pelas ações implementadas no hospital, já que além de contribuir com a preservação do meio ambiente, o custo das ações é praticamente zero. “Não tivemos ações com impacto financeiro específico para isso. As ações têm custo

zero ou custo muito baixo, que acabam saindo do próprio centro do setor. Por exemplo, a troca dos temporizadores das torneiras e os sensores de presença do banheiro já estão inclusos no orçamento da manutenção”, lembra.

A Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná (Femipa) é responsável pela elaboração e implementação de todas as ações de sustentabilidade ambiental nos hospitais do estado do Paraná (PR). A instituição lançou em 2012 um Manual que apresenta as diretrizes empregadas e também exemplos que podem ser facilmente aplicados nas instituições de saúde.

O material está disponível no site (www.femipa.org.br) e traz sugestões de projetos financeiros, sociais e de ações que tornam a gestão e a atuação das instituições mais sustentáveis.

Veja algumas das ações indicadas:

Substituição de equipamentos à base de mercúrio: Consiste na troca de materiais que têm em sua composição o mercúrio, como

termômetros e esfigmomanômetros, por exemplo. Como é de conhecimento, o mercúrio é uma substância extremamente agressiva ao meio ambiente e à saúde do homem.

Construção de Estação de tratamento de efluente:

Consiste na construção de uma estação de tratamento de efluentes, conforme legislação vigente (Lei 12.305/10), realizando o pré-tratamento dos efluentes contaminados do Hospital, reduzindo o impacto ambiental.

Aquecimento por energia solar: Consiste na instalação de placas para captação de energia solar, reduzindo o consumo de energia.

Digitalização de exames de imagem:

Consiste na aquisição de sistema de digitalização dos exames de imagem, gerando redução na repetição de exames e não consumo de revelador e fixador de filmes, produtos que contém prata em sua composição, substância nociva ao meio ambiente.

Captação de água da chuva:

Consiste na criação de tanques em pontos estrategicamente colocados, onde ficará armazenada a água da

chuva, que posteriormente, através de um sistema de bombas para distribuição, servirá para lavagem de pátios e tratamento de jardins. Tem impacto direto na redução de consumo de água.

Atitudes socioambientais no mundo

Desde os anos 90, durante a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio-92) foram definidas entre em todas as nações do planeta a agenda do desenvolvimento sustentável para as próximas décadas. Este compromisso foi revisto e reafirmado 20 anos depois, durante a Rio+20, realizada em 2012. O documento define regras para que os países possam garantir a biodiversidade e os ecossistemas naturais para as futuras gerações.

As iniciativas citadas fazem parte de práticas sustentáveis adotadas por hospitais no Brasil e no mundo. As instituições pretendem cumprir as ações e assim contribuir para a preservação do meio ambiente.

visãohospitalar@fbh.com.br
Angelina Guedes

SAÚDE E CIDADANIA

Decorrido 25 anos da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecido na Carta Magna de 1988, o cidadão brasileiro ainda continua lutando em busca de seus direitos constitucionais. Antes do SUS o atendimento era garantido apenas às pessoas que trabalhavam com registro em carteira de trabalho, ou seja, àquelas que contribuía para a Previdência Social. A assistên-

cia dispensada à essa parcela da população era realizada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS, criado em 1974 e extinto em 1993. O cidadão não contribuinte que trabalhava no mercado informal e aquele que vivia na linha de pobreza era atendido nos serviços disponibilizados pelas Secretarias de Saúde dos estados e dos muni-

Claudio Brasil
Especialista em Planejamento
Estratégico e Gestão em Saúde



cípios, pelos Hospitais Filantrópicos e pela Fundação SESP, que atuava em diversos municípios brasileiros, principalmente, nas regiões norte e nordeste, exceto nas capitais.

Quando falamos em direitos constitucionais, convém falar sobre os deveres do cidadão, para que ele também possa exigir os direitos que lhes são assegurados.

O termo cidadania, oriundo da língua latina, é definido como o conjunto de direitos e deveres ao qual o indivíduo está sujeito, em relação à sociedade em que vive.

Segundo o historiador José Murilo de Carvalho, cidadania é o exercício pleno dos direitos políticos, civis e sociais; uma liberdade completa que combina igualdade e participação numa sociedade ideal, talvez inatingível. Portanto, cidadania brasileira é a soma de conquistas cotidianas, na forma da lei, de reparações a injustiças sociais, civis e políticas.

Fundamentado na definição strito sensu de cidadania e no conceito lato sensu do historiógrafo citado, podemos fazer um contraponto cidadania x sistema de saúde.

Todos os brasileiros têm inúmeras obrigações estabelecidas em leis e em outros dispositivos legais com base na Constituição Federal, sem que lhes sejam assegurados os benefícios definidos como direitos do cidadão. Isto acontece no âmbito de todas as políticas públicas; portanto, não poderia ser diferente no campo da saúde.

Entre os deveres de cidadania podemos citar, por exemplo: votar para escolha dos governantes e representantes do poder legislativo; cumprir as leis; proteger a natureza; prover seu sustento com o seu trabalho; proteger o patrimônio público e social do país. Enquanto que, como direitos, temos: direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade; à educação, saúde, moradia, trabalho e lazer; a crença religiosa que

“

O sistema de saúde brasileiro foi instituído com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Porém, a forma de assistência ofertada ao cidadão brasileiro, não é equânime mas proporcional à sua classe social

”

desejar; liberdade de manifestação de pensamento, sendo vedado o anonimato, entre outros.

O Art. 5º da Constituição Federal estabelece que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. No item I desse artigo é expresso que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos da Constituição. Portanto, fica evidente que homens e mulheres são iguais em direitos e deveres. Já o Art. 196 define que saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Sabemos que os homens não são iguais biológica, econômica e nem sociologicamente, sendo assim, o princípio da igualdade de direitos perante a lei é tratado de forma diferenciada, ou seja, no ambiente de seus pares. Por exemplo: todos os médicos podem solicitar exames e prescrever medica-

mentos; todos os engenheiros civis podem construir prédios e outras obras; todos os advogados podem mensurar questões judiciais. No entanto, o médico não pode construir uma ponte; o engenheiro não pode fazer uma defesa jurídica e nem o advogado pode fazer o tratamento de um paciente. Então surge a necessidade de, em sendo desiguais, que seja garantida à esses profissionais a igualdade de oportunidade como se iguais fossem.

Levando esse exemplo para o campo da saúde podemos dizer que existem 4 ambientes distintos da população brasileira: classe alta; classe média; classe baixa e a classe que vive abaixo da linha de pobreza e que vêm recebendo assistência à saúde de forma desigual.

Não podemos esquecer que o Sistema de Saúde Brasileiro foi instituído com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Porém, observamos claramente que a forma de assistência ofertada ao cidadão brasileiro, não é equânime, e sim proporcional a sua classe social. Essa situação é notória e reflete, de maneira evidente, que o cidadão brasileiro ainda tem um grande caminho a percorrer para asseverar seus direitos estabelecidos na Constituição Federal. ■

Médico cria rede de hospitais inspirada na indústria automobilística

Indiano chama a atenção do mundo ao adaptar a rotina de um hospital focada em baixo custo e mais pacientes atendidos

“A Índia se tornará o primeiro país do mundo a dissociar a oferta dos serviços de saúde da geração de riqueza para seus agentes provedores”

Devi Shetty
é cardiologista

A saga do cardiologista indiano Devi Shetty em ampliar o acesso a saúde na Índia é repleta de curiosidade, desconfiança e alento para os que acreditam que os custos crescentes na saúde podem ser domados. Médico pessoal nos últimos cinco anos de vida de Madre Tereza de Calcutá, sua grande inspiração, Shetty consegue realizar cirurgias cardíacas invasivas por até R\$ 1,9 mil - o valor médio do procedimento no Brasil ultrapassa os R\$ 40 mil. Ao mesmo tempo, registra uma receita total de US\$ 141,5 milhões (2013), em sua rede de 23 hospitais, localizados em 14 cidades - o Narayana Hrudayalaya Group of Hospitals. Os planos do médico, conhecido como o Henry Ford das cirurgias do coração, incluem a ampliação do número de leitos dos atuais 6,2 mil para 30 mil até 2017 e o aumento da fatia dos pacientes internacionais.

Como em uma linha de montagem, o cardiologista organizou o sistema de atendimento e o processo de intervenções cirúrgicas para atender 70 e às vezes até 100 pacientes diários.

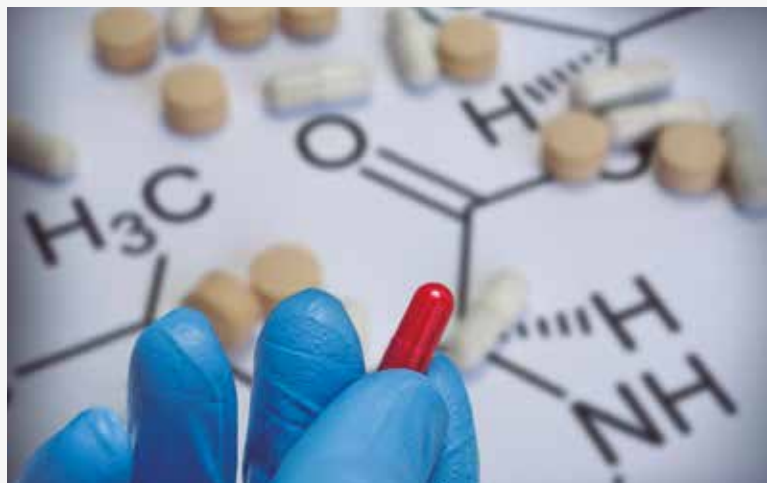
O modelo fez com que o Narayana Hrudayalaya de Bangalore, um dos hospitais da rede, fosse o recordista em número de cirurgias cardíacas no mundo, com 30 operações diárias em 2012. Com números significativos, Shetty usa seu poder de barganha para negociar com fornecedores de suprimentos e equipamentos, terceirizando algumas etapas da produção. O resultado: menores gastos, ganho sob demanda em toda a cadeia produtiva e mais pacientes atendidos.

Mas ainda há muito a ser feito. Para atender a demanda da população, todos os anos o país precisa fazer 2,5 milhões de cirurgias do coração. No entanto, apenas 90 mil procedimentos são realizados.

Brasil e Índia certamente possuem realidades diferentes, mas há um ponto em comum, além da pobreza, que une as duas nações emergentes: a busca de um milagre da multiplicação da assistência, com custo cada vez mais acessível.

visaohospitalar@fbh.com.br
Diagnóstico web

Farmacêutico e sua importância para a segurança do paciente



Os medicamentos são considerados a principal ferramenta terapêutica para recuperação ou manutenção das condições de saúde da população. No entanto, o simbolismo de que eles são revestidos e, conseqüentemente, o uso dos mesmos pela sociedade, tem contribuído para o surgimento de muitos eventos adversos, com elevado impacto sobre a saúde e custos dos sistemas¹.

Tradicionalmente, os farmacêuticos hospitalares concentraram suas atividades em ações como aquisição, armazenamento, controle de estoques e dispensação de medicamentos. Nesse modelo, a prática farmacêutica se restringe à área da farmácia, distanciando-se das ações de cuidado ao paciente e, conseqüentemente, dos demais profissionais de saúde.

Em 1999, o Institute of Medicine dos Estados Unidos com a publicação *To Err Is Human: Building a Safer Health System* alertou sobre os eventos adversos e acelerou as iniciativas governamentais para prevenção destes. Em 2007, o mesmo Instituto, declarou que o nível e as conseqüências dos erros de medi-

cação são inaceitáveis. Nos últimos anos, o aumento considerável de estudos relacionados à segurança do paciente e erros de medicação levou a um maior conhecimento sobre o tema, confirmando sua importância como um problema mundial de saúde pública².

Atualmente, os casos de erros de medicação que ocorrem nos hospitais brasileiros vem se tornando cada vez mais presentes na mídia. Infelizmente, foi a morte de uma menina de 12 anos em São Paulo, que recebeu vaselina ao invés de solução de hidratação venosa, que despertou a sociedade e as autoridades brasileiras sobre a necessidade de se qualificar a assistência à saúde no Brasil. Outros casos ficaram famosos, como o do “enfermeiro da morte” do Hospital Municipal Salgado Filho, da médica que matava os pacientes em uma UTI em Curitiba e da idosa que faleceu após receber sopa no cateter venoso. Em todos esses exemplos houve falha nos processos de assistência aos pacientes e, também, das farmácias hospitalares. Apesar dos profissionais de enfermagem serem mais fre-

quentemente responsabilizados pelos erros, fica claro que a falta de controle sobre os medicamentos, sua incorreta rotulagem e armazenagem, podem levar a morte dos pacientes. Seja por atuação dolosa como nos casos do enfermeiro do Rio e da médica de Curitiba quanto no da menina que recebeu vaselina erradamente porque estava armazenada em frasco idêntico e no local de guarda das soluções parenterais.

A preocupação com o gerenciamento dos riscos, a identificação das falhas, mitigação dos erros, a implantação de uma cultura de qualidade e a prevenção de danos aos pacientes é o foco principal do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), lançado em 2013 pelo Ministério da Saúde. Cabe ressaltar, que tal estratégia que estabelece a implantação de 6 protocolos, incluindo o de melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos deve ser adotada em todos os estabelecimentos de saúde do país. Em consonância com as expectativas do Ministério da Saúde, a ANVISA lançou a RDC 36/2013 que prevê a implementação dos Núcleos de Segurança do Paciente, com foco na integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde.

O farmacêutico pode contribuir sobremaneira para o sucesso do PNSP, já que dentre os eventos adversos mais comuns estão os relativos aos medicamentos. Os profissionais devem utilizar seus conhecimentos para promover o uso seguro e apropriado de medicamentos nos pacientes, em um trabalho que dever ser desenvolvido de forma conjunta com os demais profissionais de saúde, acrescentando valor aos serviços, contribuindo para a promoção da saúde e qualidade da assistência.

Dentre os modelos propostos para a melhora da qualidade e segurança no processo de uso de medicamentos nos hospitais, incluindo todas as etapas desde a seleção até a avaliação do impacto do uso dos medicamentos nos resultados obtidos e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, está a implementação da Farmácia Clínica. A principal característica das atividades clínicas do farmacêutico está em ter o paciente como foco principal e o medicamento passa a ser um instrumento utilizado em benefício dos pacientes.

Certamente os processos de Acreditação Hospitalar contribuíram muito para essa mudança de visão da atuação dos farmacêuticos no ambiente hospitalar. Nos hospitais acreditados é necessário um incremento das atividades farmacêuticas para que os padrões de excelência sejam atingidos. Como toda a implantação de novos serviços e novas práticas, os serviços de Farmácia Clínica vão sendo realizados de forma gradual. Em um primeiro momento, os farmacêuticos passam a dedicar parte de seu tempo às atividades clínicas, como validar as prescrições, monitorar farmacoterapias específicas (antimicrobianos, medicamentos potencialmente perigosos, etc), implementar as ações de farmacovigilância, até o momento onde os farmacêuticos clínicos já atuam junto às equipes em setores específicos, como na terapia intensiva, no controle das infecções hospitalares, emergências e outros.

As perspectivas de melhora da assistência aos pacientes no Brasil são amplas e sustentem-se em vários aspectos explorados nos documentos que norteiam a implantação do PNSP. Nesse contexto, o desenvolvimento das atividades da Farmácia Hospitalar e, conseqüentemente, do farmacêutico serão de extrema relevância para o sucesso do programa e da efetiva busca pelos bons resultados em saúde.

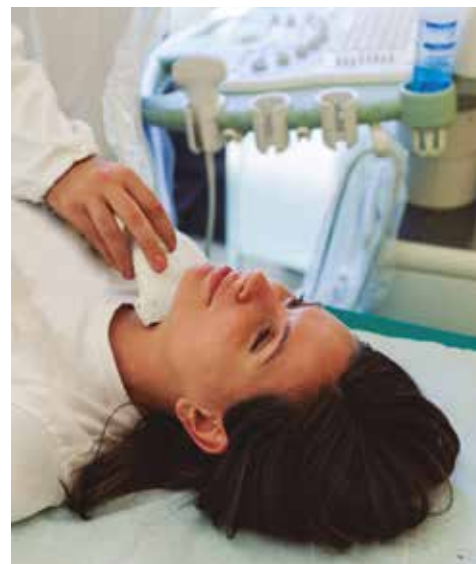
Tireóide preservada

Novos métodos permitem remover nódulos na glândula sem a necessidade de cirurgia.

Em média, uma em cada sete mulheres tem nódulos na glândula tireoide. Se crescerem rápido demais, incomodarem e se sua aparência despertar o receio de que sejam malignos ou de que venha a se converter em câncer, a recomendação é removê-los. Até agora, o método predominante para isso é a cirurgia, o que pode implicar remoção parcial ou total da glândula e a necessidade reposição hormonal. Muitos centros médicos nos Estados Unidos, na Europa e na Ásia, porém, começam a colocar em prática métodos menos invasivos para reduzir bastante as dimensões dos nódulos ou eliminá-los. Os cientistas estão estudando principalmente o desempenho das ondas de radiofrequência, do laser e das micro-ondas. As técnicas geram calor, o que leva à morte dos tecidos nodulares.

Testes com pacientes estão em andamento principalmente na Coreia, nos Estados Unidos e na Itália. Um dos aspectos mais investigados é a segurança do procedimento para não atingir estruturas nobres que cercam a tireoide, como as artérias carótidas, a traqueia e o nervo laríngeo (relacionado à voz).

No Brasil, os radiologistas intervencionistas Antônio Rahal e Rodrigo Gobbo, do Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, submeteram, em caráter experimental, 33 mulheres com nódulos benignos ao tratamento com laser. “Verificamos que se trata de uma terapia precisa, com resultados tão eficazes quanto os da radiofrequência”, afirma Rahal. O procedimento é realizado por meio da introdução de um a quatro feixes de fibra óptica no interior do nódulo por onde serão conduzidas as ondas de energia do laser. Sob temperatura elevada, as células sofrem necrose e morrem.



Há mais técnicas em estudo. Uma delas é a eletroporação (usa pulsos elétricos para perfurar a membrana das células, levando-as à morte), em teste em centros americanos e europeus. Por aqui, a equipe do Einstein pretende iniciar ainda este ano um protocolo experimental utilizando as micro-ondas.

As principais vantagens dessas técnicas em face da cirurgia são a eliminação dos nódulos sem cortes e as chances de preservação da glândula.

Os avanços incitam também a preocupação com sua aplicação adequada. Esses procedimentos se destinam a pacientes com nódulos benignos. Só depois de comprovar que o nódulo é benigno (por duas punções seguidas da análise dos tecidos) se pode optar por um método menos agressivo.



Pesquisadores criam exame de sangue capaz de apontar o risco de um indivíduo desenvolver a doença em até três anos.

Um dos grandes problemas no enfrentamento da doença de Alzheimer é a dificuldade para fechar o diagnóstico. Para se ter ideia, estima-se que um milhão de pessoas tenham a doença no País, mas apenas 150 mil usam os remédios distribuídos pela rede pública. Em geral, quando isso ocorre, a enfermidade já avançou muito e as medicações que tratam seus sintomas não produzem seus melhores efeitos. Por isso, um dos desafios da ciência é descobrir que indivíduos tem maior predisposição à doença para que seja feito um acompanhamento preventivo. Neste sentido, pesquisadores americanos deram um grande passo: encontraram um conjunto de substâncias cujos níveis permitem definir o risco de ter a enfermidade bem antes que ela apresente seus sintomas. São lipídios (gorduras) presentes na membrana que envolve as células nervosas e que estariam associados ao desenvolvimento da doença. O trabalho pioneiro foi publicado pela renomada revista científica “Nature”.

Até o fim do ano, médicos do Albert Einstein onde a pesquisa está sendo feita, testarão um exame de imagem mais sofisticado, capaz de detectar o depósito da proteína beta-amiloide sobre os neurônios, processo que está na origem da enfermidade.

Saúde eletrônica

Implante de microchips, sensores e marca-passos de última geração são alternativas para o tratamento de doenças como apneia e anorexia.

Uma modalidade inédita de tratamento que nada tem a ver com os remédios tradicionais ganha espaço na medicina. São os medicamentos bioeletrônicos, dispositivos implantados no corpo ou colocados sobre a pele, na forma de adesivos. Sua finalidade é restaurar ou equilibrar a emissão de sinais elétricos no organismo de forma a reparar funções perdidas e recuperar a saúde. O tratamento é feito com implantes, eletrodos e marca-passos de última geração. A principal vantagem é não precisar tomar remédios para sempre, para males crônicos, e não sofrer os efeitos colaterais das medicações.

A nova tecnologia sustenta-se no fato de que as funções do corpo são reguladas por circuitos que interagem entre si por meio de impulsos elétricos. Os medicamentos interferem nessa troca de estímulos para tratar males como o refluxo gastroesofágico e a apneia do sono.

No setor de instrumentos médicos, cateteres com balão inflável na ponta acrescido de sensores estão sendo testados para diagnosticar e eliminar entupimentos, tratar arritmias e remodelar válvulas cardíacas. Os sensores permitirão aos cirurgiões obter dados mais precisos da região e direcionar melhor o procedimento. A pesquisa está sendo feita em parceria com a Medtronic, companhia do setor de tecnologia médica, e a estimativa de lançamento é de dois anos.



Cientistas desenvolvem músculo que se regenera

Cientistas americanos cultivaram um músculo em laboratório que não apenas parece e funciona como um músculo de verdade, como também se regenera - um passo significativo na engenharia de tecidos.

Os cientistas da Universidade de Duke, na Carolina do Norte, nos Estados Unidos, dizem que seu sucesso se deve à criação do ambiente perfeito para o crescimento de um músculo - fibras musculares contráteis bem desenvolvidas e um conjunto de células-tronco imaturas, conhecidas como células satélites, que podem evoluir para um tecido muscular. Durante os testes, o músculo cultivado em laboratório contraía bem e se mostrou forte, capaz de reparar-se usando as células satélites depois que os pesquisadores usaram uma toxina para danificá-lo.

Quando foi enxertado em ratos, o músculo pareceu se integrar bem ao resto do tecido circundante e começou a fazer o trabalho que lhe é exigido. Os pesquisadores dizem que mais testes são necessários antes que eles possam transferir a pesquisa para seres humanos.

Há uma grande esperança na comunidade científica de que as células-tronco, que podem se transformar em qualquer tipo de tecido, transformarão a medicina regenerativa. Os cientistas já fizeram minifígados e rins no laboratório usando células-tronco. Outros têm pesquisado a possibilidade de remendar o músculo cardíaco com células-tronco.

Mas tratamentos ainda devem demorar alguns anos até que cheguem a clínicas e hospitais.

Cientistas criam exame de sangue que prevê partos prematuros

Implante de microchips, sensores e marca-passos de última geração são alternativas para o tratamento de doenças como apneia e anorexia.

Uma modalidade inédita de tratamento que nada tem a ver com os remédios tradicionais ganha espaço na medicina. São os medicamentos bioeletrônicos, dispositivos implantados no corpo ou colocados sobre a pele, na forma de adesivos. Sua finalidade é restaurar ou equilibrar a emissão de sinais elétricos no organismo de forma a reparar funções perdidas e recuperar a saúde. O tratamento é feito com implantes, eletrodos e marca-passos de última geração. A principal vantagem é não precisar tomar remédios para sempre, para males crônicos, e não sofrer os efeitos colaterais das medicações.

A nova tecnologia sustenta-se no fato de que as funções do corpo são reguladas por circuitos que interagem entre si por meio de impulsos elétricos. Os medicamentos interferem nessa troca de estímulos para tratar males como o refluxo gastroesofágico e a apneia do sono.

No setor de instrumentos médicos, cateteres com balão inflável na ponta acrescido de sensores estão sendo testados para diagnosticar e eliminar entupimentos, tratar arritmias e remodelar válvulas cardíacas. Os sensores permitirão aos cirurgiões obter dados mais precisos da região e direcionar melhor o procedimento. A pesquisa está sendo feita em parceria com a Medtronic, companhia do setor de tecnologia médica, e a estimativa de lançamento é de dois anos.

Tratamento com corrente elétrica pode retardar o Alzheimer

Pesquisadores da Alemanha testaram uma nova abordagem para barrar o avanço dos sintomas do Alzheimer que pode, inclusive, retardar alguns danos causados pela doença. Hoje, nenhum tratamento disponível faz com que a doença regrida, mas apenas que se estabilize ou que a sua progressão seja mais lenta.

O estudo fez uso da estimulação cerebral, por meio de uma cirurgia pouco invasiva que implanta um eletrodo conectado a um dispositivo semelhante a um marca-passo. O aparelho, então, emite impulsos elétricos e estimula o funcionamento da região cerebral.

A técnica de estimulação cerebral profunda já é aprovada no Brasil para controlar sintomas de Parkinson, mas também são indicados para o tratamento da epilepsia, anorexia, TOC e depressão.

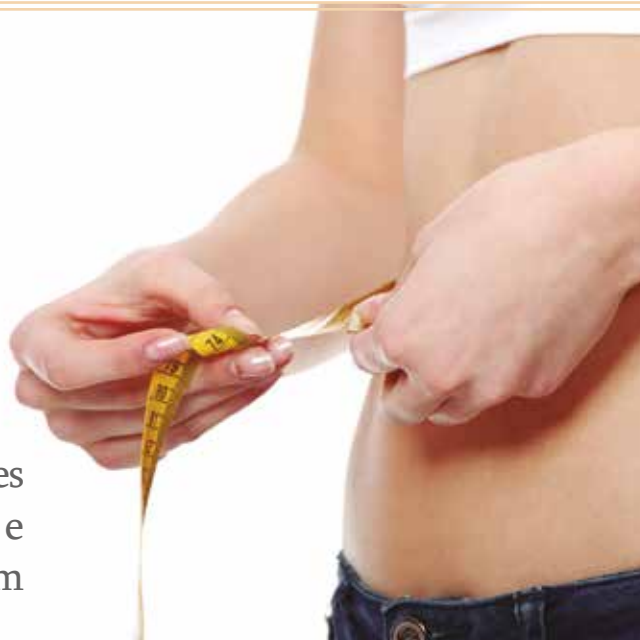
O conjunto de técnicas que usam corrente elétrica para interferir na atividade cerebral é conhecido como neuromodulação. A terapia parte do princípio de que o cérebro é plástico – e, portanto, capaz de ser moldado –, e estimula os neurônios a atingirem o efeito desejado. Os autores concluíram que a estimulação cerebral profunda pode ser uma alternativa segura para barrar a doença de Alzheimer na maioria dos pacientes. Estudos maiores precisam ser feitos para que os resultados sejam confirmados.

Estudo testa marca-passo cerebral para tratar anorexia

Abordagem ajudou pacientes que sofriam de anorexia grave e duradoura e que não responderam aos tratamentos convencionais.

Um time de pesquisadores do Canadá utilizou uma nova abordagem para tratar pacientes com anorexia grave que não haviam respondido aos tratamentos convencionais. Por meio de uma cirurgia pouco invasiva, esses especialistas implantaram, no cérebro de seis voluntárias, um dispositivo semelhante a um marca-passo que, uma vez ativado, estimula regiões do órgão associadas à ansiedade, depressão e imagem do próprio corpo. Os resultados, que foram publicados nesta quinta-feira na revista *The Lancet*, mostraram que, com exceção de um participante, todos os outros voltaram a ganhar peso ou então apresentaram uma melhora significativa.

Essa técnica, conhecida como estimulação cerebral profunda, consiste em implantar um dispositivo sob a pele capaz de emitir impulsos elétricos a eletrodos inseridos em determinada região do cérebro. A abordagem já é utilizada



há mais de 25 anos para atenuar os sintomas da doença de Parkinson e, em estudos recentes, vem se mostrando eficaz em tratar condições como Alzheimer, depressão e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Essa é a primeira vez em que a estimulação cerebral profunda é utilizada no tratamento de anorexia.

A nova pesquisa foi desenvolvida no Centro de Neurociências Krembil, da Universidade Health Network, em Toronto, Canadá. Participaram do estudo seis mulheres com idades entre 20 e 60 anos que tinham anorexia nervosa, caracterizada por uma “recusa de manter um corpo saudável, um persistente medo de ganhar peso, uma incansável busca pela magreza e preocupantes imagens e percepções de si mesmo”, segundo definiu o artigo. As voluntárias sofriam da doença há pelo menos quatro anos (em um dos casos, há 32 anos) e se mostravam resistentes aos tratamentos convencionais.



Estudo desenvolve medicamento mais prático e seguro contra esclerose múltipla

Em teste, droga promoveu mesmos benefícios que remédio usado atualmente, mas com apenas uma injeção a cada duas semanas, e não uma por dia.

Um novo medicamento contra a esclerose múltipla parece oferecer os mesmos benefícios que os remédios atuais, mas com menos efeitos adversos, sem a necessidade de ser usado diariamente e com um menor risco de resistência – ou seja, menos pacientes deixam de responder à droga.

Os efeitos do novo medicamento, desenvolvido por pesquisadores da Universidade Johns

Hopkins, nos Estados Unidos, foram observados em uma pesquisa feita com mais de 1.500 pessoas com esclerose múltipla de 26 países diferentes. O estudo foi publicado nesta quinta-feira na revista médica *The Lancet Neurology*. A droga, porém, ainda não está disponível no mercado.

A esclerose múltipla é uma doença de causas desconhecidas e para a qual não existe cura. Trata-se de uma doença autoimune – ou seja, o sistema de defesa de uma pessoa passa a atacar o próprio corpo. No caso da esclerose múltipla, ele danifica ou destrói a mielina, uma substância que envolve e protege as fibras nervosas do cérebro, da medula espinal e do nervo óptico. Quando isso acontece, são formadas lesões, ou escleroses, capazes de desencadear diferentes sintomas sensitivos, motores e psicológicos.

O primeiro medicamento aprovado para o tratamento da esclerose múltipla foi o interferon beta. A droga, injetável, bloqueia a ação de algumas células do sistema imunológico que atacam a mielina em pessoas com a doença. Seu efeito varia de acordo com o paciente – em alguns casos, o benefício é pequeno, mas, em outros, a droga pode reduzir em um terço os relapsos e níveis de inflamação causados pela doença.

No entanto, o fato de as injeções serem diárias torna comum que pacientes abandonem o tratamento. Mesmo assim, de acordo com os autores do novo estudo, o interferon beta parece ser mais seguro do que os medicamentos orais que surgiram mais recentemente para o controle da doença.



Olho biônico devolve visão a americano

Paciente de 55 anos não enxergava devido a uma doença degenerativa detectada na adolescência.

Um homem de 55 anos voltou a enxergar com a ajuda de um olho biônico. Com o dispositivo, implantado por pesquisadores da Universidade de Michigan, nos Estados Unidos, o paciente Roger Pontz consegue entrever formas, silhuetas, sombras e flashes de luzes e pode identificar a presença de seu neto ou de seu gato, por exemplo.

Pontz perdeu a visão devido a uma retinite pigmentosa diagnosticada na adolescência. Trata-se de um tipo de degeneração da retina que leva à perda

lenta e progressiva da visão. Pacientes afetados sentem, inicialmente, cegueira noturna seguida de redução do campo visual. Algumas pessoas com a doença ficam cegas após os 50 anos, enquanto outras permanecem com parte da visão a vida toda.

Segundo a agência de notícias Associated Press, o olho biônico consiste em um par de óculos com uma pequena câmera de vídeo e um transmissor. As imagens captadas pela câmera são transformadas em pulsos elétricos, que por sua vez são transmitidos a eletrodos ligados à retina do paciente. Esses pulsos estimulam as células saudáveis que restam na

retina a levar os sinais ao nervo óptico, onde a informação visual é reconhecida e interpretada.

O implante do olho biônico de Pontz aconteceu em janeiro deste ano, mas o seu caso só foi relatado nesta quarta-feira. Além dele, outros três pacientes receberam o dispositivo na Universidade de Michigan — informações sobre os demais indivíduos, porém, não foram divulgadas. Essas pessoas foram as primeiras nos Estados Unidos a receber a “retina artificial”, que foi aprovada pelo Food and Drug Administration (FDA) no ano passado. Na Europa, dispositivos como esse já haviam sido implantados em pacientes anteriormente.



Remédio para doença renal pode bloquear o desenvolvimento da AIDS.

Um estudo com macacos revelou que os problemas de saúde ocasionados pelo vírus HIV podem ser amenizados com o uso de uma droga utilizada para o tratamento de diálise renal. A comprovação foi feita por pesquisadores da Universidade de Pittsburgh, nos Estados Unidos, e publicada nesta sexta-feira no periódico *Journal of Clinical Investigation*.

A pesquisa, assim, sustenta a teoria de que terapias complementares às drogas antirretrovirais podem diminuir a progressão do HIV no organismo. O medicamento utilizado para a pesquisa foi o Sevelamer, que se mostrou eficaz no bloqueio da proliferação de bactérias provenientes do intestino e acabou por reduzir complicações de saúde.

Deficiência do sistema imunológico e inflamações são os

principais determinantes da progressão da infecção do HIV para a aids. O que se acreditava, e que foi comprovado, é que uma das causas dessa progressão seria o trânsito de bactérias do intestino para o resto do corpo — facilitado pela mucosa intestinal danificada pelo HIV.

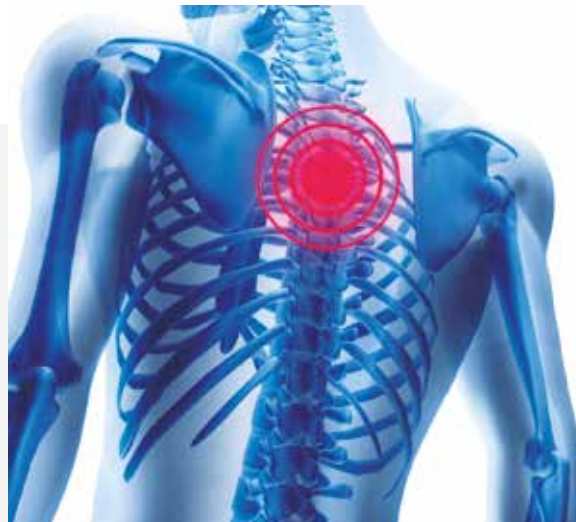
Os pesquisadores utilizaram para o estudo macacos previamente infectados com SIV, a forma primata do HIV. Parte dos animais foi medicada com Sevelamer via oral, indicado para tratar níveis elevados de fosfato no sangue de pacientes com doença renal crônica. A outra parte não utilizou a medicação. Nos macacos tratados com o remédio, o nível de uma proteína que indica translocação microbiana se manteve baixo. Já naqueles do grupo de controle, esses níveis

aumentavam quase quatro vezes por semana após a infecção por SIV.

Segundo os pesquisadores, as bactérias se ligam ao Sevelamer, o que dificulta sua fuga para o resto do corpo e previne problemas mais sérios, como doenças cardiovasculares, enfraquecimento ainda maior do sistema imunológico e o desenvolvimento da aids.

As bactérias do intestino são ricas em fosfato, e o medicamento utilizado se liga a essa substância, de modo que ela não passa para o sangue. Esse mecanismo, porém, só funciona na fase aguda — em média uma semana depois da contaminação pelo vírus, quando o intestino ainda está saudável — ou um pouco antes da contaminação.

Dispositivo elétrico devolve movimentos a homens com paralisia



Intervenção foi feita em quatro pacientes que haviam perdido grande parte de suas funções motoras há pelo menos dois anos. Com o tratamento, eles conseguiram realizar movimentos voluntários nos pés e quadris.

Pesquisadores anunciaram nesta terça-feira que quatro homens que haviam perdido a função motora do tórax para baixo há anos recuperaram a capacidade de realizar alguns movimentos voluntários. Isso foi possível após médicos terem implantado um dispositivo de estimulação elétrica na medula espinhal dos pacientes que imita os sinais transmitidos pelo cérebro para iniciar algum movimento.

Embora esses indivíduos não tenham voltado a andar, os especialistas consideram que o feito oferece esperança para o tratamento de pessoas que sofreram paralisia e que ouviram de especialistas que nada poderia ser feito para que os movimentos fossem recuperados.

O caso dos pacientes foi relatado em um artigo publicado no periódico *Brain*. Os pesquisadores responsáveis pelos testes com o dispositivo elétrico são das universidades de Louisville e da Califórnia

em Los Angeles (UCLA), nos Estados Unidos, e do Instituto de Fisiologia Pavlov, na Rússia.

De acordo com os pesquisadores, os pacientes foram capazes de recuperar alguns movimentos voluntários imediatamente após o implante e a ativação do dispositivo, um resultado considerado “muito surpreendente” pelos especialistas. “Devido à estimulação, agora eles conseguem mover voluntariamente os seus quadris, tornozelos e dedos do pé. Isso é inovador e oferece uma nova perspectiva de que a medula espinhal, mesmo após lesões graves, tem um grande potencial de recuperação”, diz Claudia Angeli, professora do Centro de Pesquisa em Lesões da Medula Espinhal da Universidade de Louisville (KSCIRC, sigla em inglês) e uma das autoras do estudo.

A pesquisa também mostrou que o tratamento ofereceu outros tipos de benefícios à saúde dos pacientes, como aumento da massa muscular, controle da pressão arterial e redução de episódios de fadiga muscular.

visaohospitalar@fbh.com.br – com informações de Istoé, BBC Brasil, Folha de S. Paulo, saúde web.



ENCONTRO
PARANAENSE DA
SAÚDE
2014

24 A 26 DE SETEMBRO
CURITIBA - PARANÁ

CRIANDO OPORTUNIDADES NA GESTÃO DE SAÚDE

LOCAL: Conselho Regional de Medicina do Paraná - Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre

PALESTRAS: Auditório Raquele R. Burkiewicz (Piso S1)

ESTANDES - PRODUTOS E SERVIÇOS: Espaço Cultural (Piso S1)

DIA 24/09

18h00 - Credenciamento

19h00 - ABERTURA SOLENE - BOAS-VINDAS - Presidentes da CNS, FBH, AHOPAR, CRM-PR e ANAHP

19h30 - PALESTRA MAGNA - CRIANDO OPORTUNIDADES NA GESTÃO DE SAÚDE

20h30 - COQUETEL E VISITA AOS ESTANDES

DIA 25/09 - ESPAÇO GESTÃO/ADMINISTRAÇÃO

08h00 - Credenciamento

08h30 - GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES - "CASES" DE SUCESSO EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

10h00 - Coffee break

10h30 - GOVERNANÇA DO CORPO CLÍNICO

12h00 - Intervalo para almoço

13h00 - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

14h30 - Coffee break

15h00 - PERSPECTIVAS E OPORTUNIDADES DO SETOR - VISÃO DOS PRESTADORES E OPERADORAS

17h00 - Encerramento das atividades do dia

DIA 26/09 - ESPAÇO RH+ E V SIMPÓSIO DE DIREITO APLICADO EM SAÚDE

08h00 - Credenciamento

08h30 - A TERCEIRIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

10h00 - Coffee break

10h30 - COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA O SUCESSO NO TRABALHO

12h00 - Intervalo para almoço

13h30 - ASPECTOS TRIBUTÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

14h30 - JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

15h45 - Coffee break

16h15 - DIREITOS DA PERSONALIDADE E AS RELAÇÕES DO TRABALHO

17h15 - Encerramento do Encontro 2014

**INSCRIÇÕES
ABERTAS**

encontro2014@fehospar.com.br

INFORMAÇÕES: (41) 3254-1772

www.fehospar.com.br

REALIZAÇÃO:



APOIO ORGANIZACIONAL:



APOIO INSTITUCIONAL:

SINDICATOS
FILIADOS DA
FEHOSPAR



Fabricio de Mello & Milano
Advogados Associados

PATROCÍNIO:



ParanáBanco

Uniprime



PHILIPS

BÁGGIO

Qualirede

AIR LIQUIDE

GRSA

ISAE

BRASANITAS



A PRINCIPAL METODOLOGIA DE ACREDITAÇÃO BRASILEIRA TAMBÉM É INTERNACIONAL

ONA
Organização Nacional de Acreditação



Os hospitais, clínicas e laboratórios com a certificação ONA são mais seguros para os pacientes. Agora, a metodologia de qualidade que mais certifica instituições no Brasil acaba de ter as normas e padrões do seu Manual reconhecidos pela ISQUA - THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE. Esta conquista enaltece todos os prestadores de serviço de saúde que venceram os desafios de suas próprias unidades e conquistaram o certificado de Acreditação. A saúde se distingue pela ONA. A metodologia da ONA se distingue pela ISQUA.

www.ona.org.br