Ano 4 | Edição 10 | Janeiro 2015 | Trimestral

visão hospitalar
Revista da Federação Brasileira de Hospitais | FBH

Lixo hospitalar ainda provoca impasses

Desafio de reduzir custos hospitalares sem perder qualidade

Febre Chikungunya: atenção para os próximos meses

Leia mais | Custos Hospitalares | Capital estrangeiro na Saúde

Blog

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

FBH
FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

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

Atenção aos resíduos hospitalares

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária Anvisa (ANVISA) já estabeleceu regras nacionais sobre o acondicionamento e tratamento do lixo hospitalar gerado desde sua origem ao destino final (aterramento, radiação e incineração) dos hospitais, clínicas, consultórios, laboratórios, necrotérios e outros estabelecimentos de saúde. O descarte e a destinação do lixo infectante e o correto procedimento também é tema de debates e controvérsias entre os órgãos ambientais.

De acordo com a ANVISA, o lixo hospitalar deve ser descartado com todos os resíduos embalados de acordo com a procedência e, principalmente, em relação às substâncias presentes.

Os cuidados para evitar contaminação são fundamentais tanto em razão da integridade física das pessoas, como também pela influência negativa que pode gerar no meio ambiente. No primeiro caso, o resíduo hospitalar pode estar infectado com vírus e bactérias de pacientes, o que é altamente contagioso. Além disso, também há preocupação com drogas e remédios manipulados que são descartados e podem ser perigosos em caso de ingestão.

A preocupação das entidades do setor é extremamente importante, uma vez que há muito que se avançar sobre este tema, se compararmos aos países desenvolvidos.

Cerca de 60% dos resíduos de saúde coletados, no Brasil, são descartados de maneira inadequada, em locais impróprios, trazendo um grande risco à saúde pública.

Temos uma das legislações ambientais mais avançadas do mundo mas o Brasil ainda precisa evoluir institucionalmente e priorizar a gestão dos resíduos sólidos da Saúde. Há uma responsabilidade coletiva, a exigir um comprometimento cotidiano das organizações públicas, privadas e a sociedade, pois o risco da omissão é de extremo impacto.

Embora a Política Nacional dos Resíduos Sólidos (PNRS) - Lei Federal 12.305/2010, tenha instituído o ano de 2014 como prazo final para a implantação de diretrizes na destinação ambientalmente adequada dos resíduos no país, a realidade mostra uma inexpressiva evolução no cumprimento da determinação legal.

Luiz Aramicy Pinto,
Presidente da Federação Brasileira de Hospitais

Saúde em Pauta

Nesta primeira edição de 2015, dentre tantos assuntos relevantes, trouxemos a questão do lixo hospitalar para o centro do debate. A importância de abordar um tema desta complexidade se faz presente, uma vez que precisamos enfrentar as grandes pendências na gestão de resíduos sólidos que existem no país.

Abordamos também a resolução do Conselho Federal de Medicina quanto ao uso compassivo do "canabidiol", no tratamento de crianças e adolescentes de até 18 anos, portadores de epilepsia refratária. Um assunto que vem gerando polêmica entre ANVISA, OAB, CFM e sociedade.

O equilíbrio entre demanda e oferta de bons serviços é um desafio para a gestão financeira dos hospitais e ganha importância na reportagem sobre sustentabilidade financeira da Saúde. Como sair do impasse da despesa maior que a receita?

Com a chegada das chuvas, o Ministério da Saúde faz um novo alerta: a febre Chikungunya, que vem causando preocupação entre os médicos. Trata-se de uma doença originária do Continente Africano, transmitida tanto pelo mosquito Aedes Aegypti, quanto pelo Aedes Albopictus, e provocam sintomas semelhantes aos da dengue.

Você também vai acompanhar os Projetos de Lei sobre a Saúde que estão em tramitação no Congresso Nacional, além de informações sobre as Notícias do Setor e as inovações na Saúde & Tecnologia.

Boa leitura!
Ana Lúcia Barata
Editora

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
Editorar Multimídia
www.editorarmultimidia.com.br

Publicação
Trimestral

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

DIRETORIA

Presidente:
Luiz Aramicy Bezerra Pinto

Vice-Presidente:
Luiz Plínio Moraes de Toledo

Vice-Presidente:
Francisco José Santiago de Brito

Vice-Presidente:
Randal Pompeu Ponte

Vice-Presidente:
Benno Kreisel

Vice-Presidente:
Dário Clair Staczuk

Vice-Presidente:
Adelvânio Francisco Morato

Vice-Presidente:
Reginaldo Teófanes F. de Araújo

Vice-Presidente:
Renato Botto

Secretário-geral:
Eduardo de Oliveira

Secretário adjunto:
Ivo Garcia do Nascimento

Diretor tesoureiro:
Mansur José Mansur

Tesoureiro adjunto:
Danilo de Lira Maciel

Diretor de atividades culturais:
Avelar de Castro Loureiro

Conselho Fiscal - Membros Efetivos
Edivardo Silveira Santos
Canísio Isidoro Winkelmann
Paulo Eduardo Garcia Picanço

Conselho fiscal - membros suplentes
Luciano Correia Carneiro
Manoel Gonçalves Carneiro Netto
Breno de Figueiredo Monteiro

Assessores de Diretoria
Volney Waldivil Maia
Maria Luiza Loureiro

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

visão hospitalar
Revista da Federação Brasileira de Hospitais | FBH

ÍNDICE

Visão Tributária
Renato Merolli 6

Visão Política 8

Custos Hospitalares 10

Notícias do Setor 13

Especialidade em Foco
Saúde do trabalhador espera por novas políticas 15

Lixo Hospitalar
Deborah Andrade 18

Hospital Referência 20

Vigilância Sanitária
Danielle Barreto 23

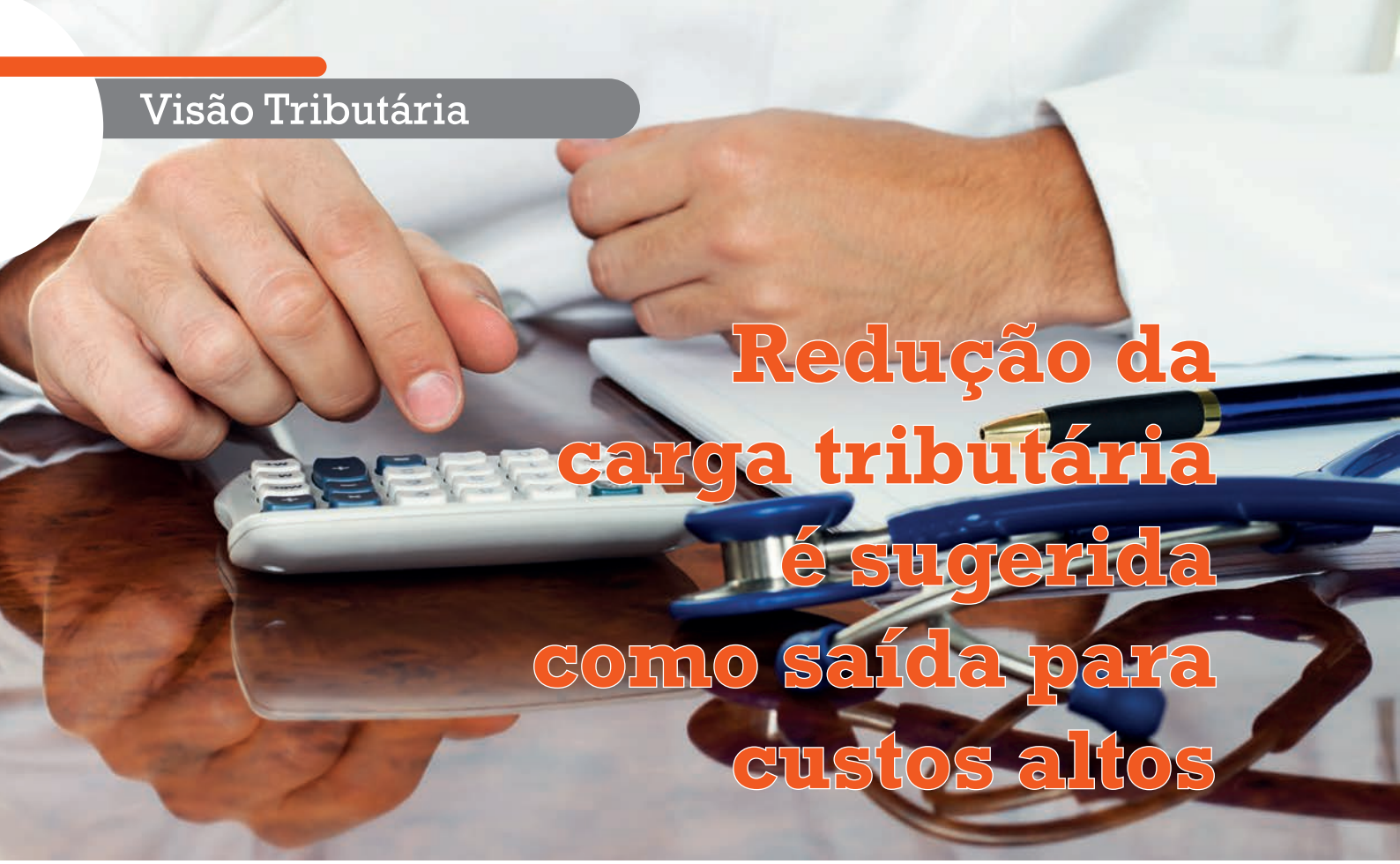
Resolução CFM
Danielle Barreto 25

Gestão
Informação Em Saúde 28

Projeto de Lei 30

Saúde & Tecnologia 32

Visão Internacional 34



Redução da carga tributária é sugerida como saída para custos altos

Impostos que incidem nos planos de saúde equivalem a 26,7% do faturamento das empresas do setor

A saúde brasileira apresenta desafios a serem vencidos tanto pela iniciativa privada quando pela esfera pública. Somos um País em que a demanda por serviços de saúde não para de aumentar, o crescimento contínuo do número de beneficiários de planos de saúde – que deve fechar 2014 em mais de 51 milhões de pessoas ou cerca de 25% da população brasileira – comprova esse cenário.

Nada mais natural que em uma nação onde houve uma substancial melhora da qualidade de vida na última década, a OMS (Organização Mundial de Saúde), por exemplo, projeta que o Brasil seja o sexto País em número de idosos em 2025, a população queira cada vez mais acesso a melhores serviços de saúde.

Porém, se há uma questão que aflige a todos os executivos e representantes de entidades da saúde é a sustentabilidade do setor privado. Preocupação esta que pode ser vista em congressos como os que foram realizados agora em dezembro no Rio de Janeiro e São Paulo, organizados respectivamente pela Unidas e Anahp, e que também foi abordada no Fórum em que a Confederação Nacional de Saúde (CNS) realiza em Brasília na última terça-feira (09).

Hospitais, clínicas, laboratórios e planos de saúde têm que lidar com o desafio de reduzir custos para minimizar o impacto que a inflação tem nos preços dos serviços e produtos e ter como manter a capacidade de novos investimentos. Muitos não sabem, mas a inflação do setor de saúde é quase que o triplo da inflação oficial (IPCA). Se no caso do consumidor a inflação alta significa redução do poder de compra e achatamento do salário, para empresas, é uma barreira para que se possa comprar novas tecnologias, ampliar número de leitos ou contratar mais profissionais.

Pesquisa da Abramge indica que o número de beneficiários de assistência médica com cobertura hospitalar teve um incremento de 34,6% entre 2005 e 2012, porém a quantidade de leitos para internação e exames complementares disponíveis para usuários de planos de saúde avançou somente 21,7% no mesmo período. Precisamos de mais recursos para compensar essa discrepância.

E por mais que se invista em gestão e aperfeiçoamento de processos, a redução de custos não será suficiente para que o setor possa ampliar investimentos e atender o crescimento de demanda. Ainda mais se consideramos que as previsões para 2015 não são otimistas em relação à economia.

Saída

Mas, felizmente, existem, sim, opções e alternativas que podem contribuir para abrir novas fontes de recursos e, assim, possibilitar que a iniciativa privada torne compatível a oferta de serviços com o crescimento da demanda. A redução da carga tributária é uma delas. Atualmente, impostos municipais, estaduais e federais que, segundo estudos da CNS, acabam representando 1/3 do valor do serviço ou produto médico-hospitalar. Do preço de uma muleta, o percentual de 39% do valor é referente a impostos, o mesmo aplicado no preço de um bisturi.

No caso dos planos de saúde (dados da Abramge), os impostos que incidem nos planos de saúde equivalem a 26,7% do faturamento das empresas do setor. Percentual superior a de outros segmentos como Agricultura (15,2%), Construção Civil (18,2%) e Siderurgia (19,9%). Como oferecer preços mais acessíveis à população com uma carga tão alta de impostos? Não tem como. A equação não fecha.

Um setor como a saúde que necessita constantemente de investimentos em tecnologia e infraestrutura precisa ampliar suas fontes de recursos, algo que fica limitado com a carga tributária que incide no segmento. Essa asfixia compromete, por exemplo, a expansão do número de leitos hospitalares no Brasil, como prejudica a população que demanda por mais vagas de internação.

Pesquisas apontam que o número de beneficiários de assistência médica com cobertura hospitalar teve um incremento de 34,6% entre 2005 e 2012, porém a quantidade de leitos para internação e exames complementares disponíveis para usuários de planos de saúde avançou somente 21,7% no mesmo período. Precisamos de mais recursos para compensar essa discrepância. Não podemos esquecer que a rede privada complementa a pública, atendendo, inclusive, a demandas que não podem ser supridas por hospitais públicos ou postos de saúde.

Renato Merolli,
Presidente da Confederação Nacional de Saúde

As três
crises de Dilma

A presidente Dilma Roussef assumiu seu segundo mandato com três crises para administrar e solucionar, todas elas criadas, total ou muito parcialmente, por ela mesma.

Seria uma espécie de "herança maldita" própria. As três são independentes entres si, mas se interpenetram, se alimentam, a solução de uma está ligada ao encaminhamento das outras duas.

A primeira delas é a política, do relacionamento da presidente com o Congresso Nacional e com os partidos políticos. Se não conseguir resolver institucionalmente – o que não alcançou em seu primeiro mandato – sua vida com os aliados, terá sérios problemas de governabilidade, com um parlamento dividido em 28 partidos, nenhum partido fortemente hegemônico e com uma oposição que, apesar de numericamente pequena, aprendeu finalmente a ser oposição.

Mal ou bem, Fernando Henrique Cardoso se acertou com seus pares, tiveram algumas derrotas em votações, porém levaram a convivência a bom termo, sem ameaças de paralisia. Dilma passou o primeiro mandato em choque com os seus, teve algumas derrotas relevantes em projetos de seu interesse e não logrou aprovar nada de realmente relevante na Câmara e no Senado, que mudasse alguma forma a face da política, da administração pública e da economia.

Sua salvação pode ser um envolvimento efetivo de Lula nas negociações políticas. Se Dilma de fato lhe der espaço, não for se socorrer nele apenas nas horas mais difíceis.

A outra crise, aquela que está na cabeça de todas as pessoas, é crise econômica, marcada pela deterioração geral dos principais fundamentos da economia nacional: inflação persistentemente no limite de tolerância (mesmo com alguns preços públicos, como eletricidade e ônibus urbanos vigiados), crescimento (PIB) pífio, juros altos, balança comercial negativa, falta de confiança dos empresários e dos investidores, internos e externos.

> As crises são independentes entre si, mas se interpenetram, se alimentam, a solução de uma está ligada ao encaminhamento das outras duas.

José Márcio Mendonça
Jornalista, analista
de política e economia

Se não é uma tempestade perfeita, é quase. O que está salvando é o fato de que emprego e a renda ainda não foram atingidos, porém, se a situação não mudar isto não dura muito tempo.

E tudo isso é puro Dilma, foi construído e alicerçado por ela, com o abandono do tripé macroeconômico de Fernando Henrique e continuado por Lua – responsabilidade fiscal (superávits primários sem mágicas), câmbio flutuante e perseguição das metas da inflação com tenacidade (política de juros e crédito não "populista") – pelo que o governo convencionou chamar de "nova matriz macroeconômica". Ao convidar Joaquim Levy para o Ministério da Fazenda, Dilma deu sinais para os agentes econômicos de que compreendeu os equívocos cometidos.

É preciso lembrar que ao apoiar a política "quase tucana" de Levy, Dilma está não só violentando seus mais arraigados princípios econômicos, trocando o "desenvolvimentismo" pelo velho "neoliberalismo".

Já causou incômodo no PT e em grupos influentes que apoiaram sua reeleição. Quando as medidas mais "impopulares" que ela já adotou e ainda vai adotar causarem efeitos, desagradará também parte do seu eleitorado.

Finalmente, há a crise da Petrobrás, um problema do tamanho do mundo e sobre a qual a presidente não terá nunca o controle total, pois parte dela já se desenrola na Justiça dos Estados Unidos, da Bélgica e da Suíça. Não se fará a leviandade de que Dilma tenha se envolvido nas escabrosas histórias do que já se pode chamar de "o maior escândalo de corrupção pública da história do país".

Sustentabilidade Financeira da Saúde

Desafio de reduzir custos sem perder a qualidade

O sistema brasileiro de saúde vem experimentando grandes transformações a partir da última década. Os sinais das mudanças começaram no final dos anos 90, quando, frente à crise instaurada pela falta de regulamentação do setor, surgiram as Agências Reguladoras – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Na esteira daquela crise, também os hospitais enfrentavam problemas e desafios. Mas, como "na crise surgem as oportunidades", o segmento de Serviços da Saúde começou a se organizar e investir em melhores práticas administrativas.

O século virou e a globalização da economia elevou o grau de competitividade, tornando a qualidade um pré-requisito para a sobrevivência no mercado. Organizações e profissionais da área da Saúde sabem disto, e a premissa agora é o aperfeiçoamento para o crescimento sustentável.

Do outro lado do balcão está o consumidor cada vez mais atento exigindo bons serviços. E vale observar que o contingente de clientes no setor privado da Saúde só aumenta – já são cerca de 25% da população da brasileira, haja vista que o setor público não tem conseguido absorver nem atender a crescente demanda. A própria ANS lançou em 2012 o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar, que refletiu diretamente sobre os planos de saúde e, por consequência, na qualidade dos serviços disponibilizados pela rede de prestadores das operadoras.

Hoje, o equilíbrio entre demanda e oferta de bons serviços é o desafio colocado. E é aqui que a gestão financeira dos hospitais ganha importância. Como manter um bom padrão no mercado quando o valor dos serviços prestados está sempre

aquém dos altos custos de manutenção e de novos investimentos? Como sair do impasse da despesa maior que a receita?

Em qualquer hospital, embora a gestão financeira vise basicamente analisar e determinar o custo (direto ou indireto, fixo ou variável) de cada paciente dentro de um serviço específico prestado, a contabilidade é um trabalho complexo, que exige um eficiente sistema de informações gerenciais.

Administradores hospitalares têm buscado cada vez mais conhecer, implantar, e até criar suas estratégias gerenciais. Há uma cultura de controle de custos que começa a fazer parte do cotidiano das organizações. Algumas formas de tornar este processo mais dinâmico e colaborativo são o envolvimento das equipes de trabalho na mitigação de desperdícios e melhor aproveitamento de materiais; o fortalecimento dos processos de comunicação e troca de informações; e a participação mais ativa da diretoria técnica nas decisões administrativas.

A necessidade de investimentos em estratégias de administração, mão-de-obra, infraestrutura predial, equipamentos e tecnologia tem movimentado um mercado que vai da criação de novos aparelhos à formação e qualificação educacional (universidades têm se adaptado à esta realidade promovendo cursos de especialização e pós-graduação em Gestão da Saúde). A introdução de tecnologias e modernos modelos de gestão – terceirização, parcerias e franquias, são evidências do aprimoramento das organizações. Os hospitais têm buscado se adaptar à nova realidade mercadológica.

Todas as áreas de uma unidade hospitalar podem permitir estratégias de redução de custos, desde a prescrição médica, passando pela manutenção, nutrição, conservação, até limpeza e higienização. No contexto da manutenção, a aquisição de modernos equipamentos médicos garantem um melhor desempenho e um menor índice de quebras. Claro que esta medida deve estar aliada a treinamento operacional e instalações adequadas, já que, em média, 40% das quebras dos aparêlhos estão relacionados a erros operacionais e 40% também têm origem em instalações inapropriadas. A gestão com ênfase em treinamento e programas internos de racionalização dos recursos (energia, água, gases medicinais, ar condicionados, etc) parece ser a mais inteligente e, por que não dizer, lucrativa. Outra medida adequada na administração hospitalar é a implantação de processos digitais modernos - *softwares* de ponta - para análise, controle de desempenho, produtividade e geração de indicadores para tomada de decisão.

A gestão com ênfase em treinamento e programas internos de racionalização dos recursos parece ser a mais inteligente e lucrativa. Outra medida adequada na administração hospitalar é a implantação de processos digitais modernos.

Algumas unidades de Saúde têm desenvolvido suas próprias estratégias que vão de ações simples às mais complexas como, por exemplo, substituir termômetros e aparelhos de pressão à base de mercúrio por alternativas digitais seguras e mais baratas; negociar o suprimento direto, regular e a médio prazo, de hortaliças e legumes com produtores e fornecedores locais mais próximos (isto pode reduzir em até 30% o valor da alimentação); realizar compostagem com a sobra de elaboração de alimentos para depois usar o material como adubo orgânico na agricultura e na jardinagem; aplicar a reciclagem, que, até recentemente, era um mito porque ficava associada a lixo infectante, a plásticos e papéis; adotar roupas de cama e tolhas mais leves que demandam menos água na hora da lavagem; checar regularmente quaisquer tipos de vazamentos; instalar sistemas próprios de produção de energia.

Por outro lado, a formação de uma equipe administrativa qualificada é fundamental para a eficiência dos resultados. É o que aponta Maurício Almendro, especialista em mercados da Saúde: "Apesar de serem grandes consumidores de insumos que garantem a disponibilidade do leito hospitalar ou o funcionamento de um equipamento médico, variando da energia elétrica à água e gases medicinais (ar comprimido, oxigênio, óxido nitroso, entre outros), as instituições de saúde, em geral, ainda não têm a cultura de direcionar uma equipe especializada ou terceirizar esta área chamada de gestão de *utilidades*. No entanto, tendo em vista as possibilidades de redução nos custos com estes recursos, que pode variar entre 5% a 35%, a necessidade de um olhar mais atento torna-se cada vez importante. Afinal, é possível ter uma instituição com uma operação otimizada e viável, ao mesmo tempo em que usuários e pacientes têm todo o conforto e segurança na utilização das instalações."

A constatação é a de que binômio gestão x redução de custos deve ser eficiente e eficaz, produzir um bom serviço com resultados positivos. Numa gestão contemporânea, um hospital tem de ser considerado não só como uma empresa de departamentos estanques, mas como uma verdadeira *holding*, onde cada área é analisada e gerida estrategicamente a partir de suas singularidades com foco nas melhorias globais.

Deborah Andrade
visaohospitalar@fbh.com.br

Fórum debate futuro da Saúde

A Federação Brasileira de Hospitais, FBH, participou como uma das realizadoras do II Fórum de Saúde, que abordou o tema "Repensando o Futuro da Saúde". O evento foi realizado em conjunto com a Confederação Nacional de Saúde (CNS), Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB).

O Fórum reuniu gestores, empresários, políticos e jornalistas para o debate. A solenidade de abertura contou com a presença dos presidentes das entidades do setor; Luiz Aramicy (FBH), Renato Merolli (CNS), Francisco Balestrin (ANAHP) e Edson Rogatti (CMB).

O primeiro talk show foi sobre o tema “Os cuidados com a imagem da saúde”. Os jornalistas José Carlos Tedesco, da Euro Comunicação e Alexandre Garcia da Rede Globo, participaram como debatedor e mediador, respectivamente. O segundo talk show apresentou o tema “Perspectiva da saúde para o governo de 2015”.

Medicamentos serão rastreados a partir da produção

Foi publicado no Diário Oficial da União no dia 11 de dezembro de 2014 uma Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa que aprovou regras para rastrear medicamentos no País.

No prazo de três anos, o sistema, que permitirá acompanhar a trajetória de produção até a venda do medicamento estará completamente implementado. As embalagens contarão com um código bidimensional.

Anvisa determinou um prazo de dois anos para que cada empresa farmacêutica apresente um relatório de rastreabilidade completo de pelos menos três lotes. E formará um comitê técnico para acompanhar a implementação da rastreabilidade.

Nova Diretoria da FENAESS toma posse

A Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde FENAESS, elegeu sua nova Diretoria para o triênio 2014/2017. A posse aconteceu no dia 8 de dezembro. O presidente da Federação Brasileira de Hospitais, Luiz Aramicy Pinto, faz parte do Conselho Fiscal, na nova gestão, como membro efetivo.

Governança, ética e modelo de remuneração são temas de debate entre gestores de Saúde

A Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) promoveu o Fórum Internacional Horizontes, com o tema 'Governança Clínica: o desafio da sustentabilidade dos hospitais brasileiros'. O evento abordou questões sobre modelos de gestão e de remuneração, conduta empresarial e ética na saúde, organização do corpo clínico e experiências de gestão de instituições internacionais.

O tema Governança Clínica tem ganhado cada vez mais atenção, de acordo com Francisco Balestrin, presidente do Conselho de Administração da Anahp. A prática, ainda recente no Brasil, tem como objetivo estimular a melhoria da assistência nas instituições, utilizando como princípios os processos de Qualidade e Governança Organizacional.

Saúde do trabalhador espera por novas políticas

Cerca de 200 milhões de acidentes do trabalho ocorrem anualmente no mundo, 2 milhões deles fatais. Brasil ocupa o 4º lugar no ranking mundial

Nas últimas décadas, várias iniciativas dos setores públicos e privados têm procurado consolidar estratégias e programas de atenção integral à saúde dos trabalhadores – educação, assistência, promoção, vigilância e prevenção. No entanto, são grandes os obstáculos institucionais e burocráticos e alguns indicadores nacionais mostram o Brasil em situação crítica quando comparado com nações socialmente mais desenvolvidas.

Dados oficiais, nacionais e internacionais, revelam que persistem em todo o mundo, e em grande escala, acidentes e doenças originadas nos processos de trabalho. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), ocorrem anualmente cerca de 270 milhões acidentes do trabalho no mundo, 2 milhões deles fatais, e o Brasil ocupa o 4º lugar no ranking mundial de mortes no trabalho por acidente – cerca de três mil óbitos anuais. Só em 2010, a Previdência Social, custeou cerca de R$ 11 bilhões em auxílio-doença e auxílio-acidente. Dá para imaginar o impacto orçamentário disto no orçamento da União.

Por outro lado, há um congestionamento de ações em todas as instâncias judiciais trabalhistas. O juiz do TST de São

> Precisamos pensar o sistema de saúde como um todo. Não haverá perspectivas de avanço se o sistema público desconsiderar o papel dos estabelecimentos privados.
>
> Arthur Chioro, ministro da Saúde

Paulo, José Antônio Ribeiro Silva, alerta que é preciso reforçar a fiscalização sobre as condições de trabalho, inclusive com a aplicação automática da lei em casos de flagrante desrespeito dos empregadores às normas legais. Isto evitaria conflitos na justiça e desafogaria os tribunais. "Os tribunais trabalhistas estão abarrotados. São milhares de processos todos os anos. Não temos ainda como diminuir os prazos de modo mais significativo e ter uma resposta mais efetiva, dado o número desproporcional de juízes e servidores em relação ao número de ações trabalhistas. É preciso estabelecer mecanismos de identificação de doenças do trabalho e agravos à saúde, e de investigação de tantos acidentes num grande trabalho de prevenção", afirmou o magistrado.

A prevenção de doenças e acidentes e a redução da mortalidade decorrente dos processos produtivos foram pautas em destaque na 4a Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador, que aconteceu em Brasília no mês dezembro. Presente ao evento, o ministro da Saúde, Arthur Chioro, disse que o país precisa avançar em todos os setores, especialmente no aprimoramento dos Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (apenas 210 unidades em todo o país) que existem para melhorar as condições de trabalho e a vida do profissional por meio de ações de prevenção e vigilância: "Não adianta termos os centros especializados em todo o país, se esses locais continuarem com a mesma política e mesmos protocolos. Eles precisam ser aprimorados, por isso é fundamental dialogar, permanentemente, sobre a saúde do trabalhador em outras agendas públicas. A articulação desses centros com toda a rede de saúde é fundamental para identificarmos, cada vez mais, o que deve ser melhorado no ambiente de trabalho dos trabalhadores." Outro ponto abordado pelo Ministro, foi a necessidade de se construir um novo sistema nacional de saúde: "Não me refiro ao SUS, mas sim a todo o setor.

Devemos pensar a dimensão da situação dos hospitais públicos, e também dos filantrópicos e privados, que prestam serviços ao setor público. Um dos grandes problemas que temos

em nosso país é que, desde a criação do SUS, há 26 anos, temos trabalhado como compartimentos estanques que não tem relação, e isso é um grande equívoco. Precisamos pensar o sistema de saúde como um todo, e principalmente trabalhar nessa interface, numa agenda comum que não pode ser colocada em segundo plano. Não haverá perspectivas de avanço se o sistema público desconsiderar o papel dos estabelecimentos privados. Há a necessidade de trabalhar as redes de forma mais articulada."

Geordeci Souza, representante da CUT no Conselho Nacional de Saúde e coordenador da 4a Conferência, reivindicou o fortalecimento da intersetorialidade entre os órgãos públicos que atendem o trabalhador acidentado, a perícia médica e o fator previdenciário e afirmou que "Há alguns gargalos que precisam de solução. Quando o trabalhador se acidenta ele é atendido no SUS, se precisar de afastamento, irá para a Previdência Social e quem fiscaliza o local de trabalho é o Ministério do Trabalho. Isso envolve três ministérios e eles dialogam muito pouco criando situações que geram demora e gastos para os cofres públicos".

O secretário de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, Jarbas Barbosa, também no evento, ressaltou que nos últimos anos o Brasil vem realizando uma articulação melhor entre os Ministérios da Saúde; Trabalho e Emprego; e da Previdência Social. "Esta integração é fundamental para garantir saúde e segurança ao trabalhador. Os sistemas de registro, por exemplo, precisam ser coordenados de maneira que, se ocorre uma morte ou um acidente grave de trabalho, os ministérios têm que agir conjuntamente, tanto na área de expansão, de fiscalização, de previdência e de saúde", destacou Barbosa.

Integração e responsabilidade coletiva na promoção da saúde são parte integrante da Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, lançada em 2012 pelo governo Federal, que vem reforçar a necessidade de garantir a integralidade na atenção à saúde dos trabalhadores em todas as instâncias.

Deborah Andrade
visaohospitalar@fbh.com.br

Política de Resíduos Sólidos precisa avançar no Brasil

Termina prazo de implantação das diretrizes para descarte de resíduos e realidade mostra tímida evolução no cumprimento da lei.

A palavra *sustentável* está, a cada dia, mais presente no nosso dia a dia. O século XXI trouxe avanços tecnológicos, mas também a necessidade de uma mudança de comportamento a favor da preservação ambiental. Diante do risco de escassez e esgotamento dos recursos naturais, indivíduos, governo e organizações começam a repensar suas estratégias. Gestão e planejamento, metas e resultados, estão na ordem do dia. Há uma responsabilidade social coletiva que, mesmo ainda frágil e com um longo caminho a trilhar, avança e se expande positivamente.

Em meio aos desafios que a sustentabilidade impõe, a destinação do lixo nosso de cada dia deve estar na lista de prioridades. Especificamente no segmento de serviços da Saúde, a redução de impactos ao meio ambiente e à saúde pública, causados pelo descarte de resíduos sólidos da saúde - RSS, popularmente conhecidos como lixo hospitalar, ainda provoca impasses.

Segundo Carlos Silva Filho, diretor executivo da Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais, Abrelpe, "No Brasil, a maior parte do lixo hospitalar vai parar em lixões. Cerca de 60% dos resíduos de saúde coletados são descartados de maneira inadequada, em locais impróprios, trazendo um grande risco à saúde pública".

A pesquisa *Panorama dos Resíduos Sólidos no Brasil - 2013*, realizada pela Abrelpe, mostra o cenário nacional da gestão dos resíduos e traz um capítulo específico para os serviços da Saúde. Os dados coletados a partir de levantamento, junto aos municípios, são de 2013, mas há também algumas informações de 2012 que possibilitaram o comparativo e a análise de evolução do setor e a identificação de tendências.

Uma constatação é a de que em 2013, dos 5.570 municípios brasileiros, 4.378 prestam serviços de coleta total ou parcialmente, o que representa um crescimento do total coletado de 3% em relação a 2012.

Por outro lado, houve municípios que não mencionaram na pesquisa a existência de tratamento prévio do RSS, contrariando a norma que estabelece que determinadas classes de resíduos de serviços de saúde, necessitam de tratamento antes de chegar à sua disposição final. Colocando em risco direto, os trabalhadores, o meio ambiente e a saúde pública como um todo.

Entre as modalidades de destinação, a incineração ainda é a técnica mais utilizada pelas cidades que realizam coleta.

No cenário regional, o Sudeste apresenta a maior capacidade instalada de tratamento de RSS com 147.170 ton/ano, seguido das regiões Sul – 31.200 ton/ano e Nordeste – 28.267 ton/ano.

Embora a Política Nacional dos Resíduos Sólidos (PNRS) - Lei Federal 12.305/2010, tenha instituído o ano de 2014 para a implantação no país da destinação final ambientalmente adequada no país, a realidade mostra uma tímida evolução no cumprimento da determinação legal pelos gestores públicos municipais.

O sistema de gestão de RSS, ainda que represente um dos principais componentes de garantia de proteção e preservação de recursos naturais, é deficitário e extremamente desigual entre as regiões, e tem trazido prejuízos ambientais e econômicos ao Brasil. Apesar de alguns importantes investimentos na área pública e privada, carece de estruturação, e,

> No Brasil, a maior parte do lixo hospitalar vai parar em lixões. Cerca de 60% dos resíduos de saúde coletados são descartados de maneira inadequada, trazendo um grande risco à saúde pública

Carlos Silva Filho,
Diretor executivo da Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais

principalmente, de recursos para viabilizar medidas e procedimentos adequados de gerenciamento.

Modalidade de Destinação do RSS no Brasil

Incineração – 44%
Outros – 33,1 %
Autoclave – 20,5%
Microondas – 2,4%

A indústria dos resíduos sólidos é um mercado emergente e repleto de oportunidades. Há um potencial ilimitado a ser explorado e uma grande demanda de aperfeiçoamento das práticas adotadas na implantação de sistemas tecnológicos avançados e na adequação de investimentos. Basta dizer que no Brasil, onde há uma década importava tecnologia de tratamento de RSS, hoje fabrica seus próprios equipamentos de microondas e autoclave, por exemplo.

A despeito de ter uma das legislações ambientais mais avançadas do mundo, o Brasil precisa evoluir institucionalmente e priorizar a gestão dos resíduos sólidos da Saúde. Há uma responsabilidade coletiva a exigir um comprometimento cotidiano das organizações públicas e privadas e a sociedade, pois os riscos da omissão são incalculáveis.

Roberval Bichara Battaglini, gerente comercial corporativo da Stericycle, assegura que os maiores desafios para a gestão dos resíduos sólidos da saúde são a conscientização e o treinamento de profissionais em todos os setores: "Quando um serviço prestado envolve a garantia de integridade de vidas humanas, todos são co-responsáveis. Há uma complexa cadeia de responsabilidades na destinação do RSS, desde o empregado que trabalha na cozinha da unidade de Saúde ao gestor público. Para darmos um exemplo comum, sabe-se que resíduos da elaboração de alimentos (limpos) são misturados a sobras de refeição de pacientes (resíduos infectantes). A segregação de resíduos ainda apresenta muitas falhas. Então, é importante ter a clara noção de que treinamento não pode ser visto como um gasto a mais, mas como investimento. Segurança e sustentabilidade são o retorno. É preciso trabalhar forte na conscientização de todos", avalia Battaglini.

Deborah Andrade
visaohospitalar@fbh.com.br

Primeira instituição do Centro Oeste a obter a certificação ISO 9001 em hotelaria hospitalar

Hospital Daher em Brasília

Pioneirismo em hotelaria hospitalar

Com uma localização privilegiada, o Daher garante um atendimento diferenciado, pautado pela hospitalidade, humanização e eficiência. Com instalações modernas, em ampliação e renovação constantes, conta com um corpo clínico e equipe multidisciplinar altamente qualificados. São diversas especialidades e uma diversidade de serviços médicos.

O Hospital Daher abriga também um moderno centro de Cardiologia e o Centro de Laser e Dermatologia, sendo ambos referências em Brasília. Tudo isso apoiado em um quadro de profissionais próprio, treinado e comprometido com o bem estar dos clientes saúde.

Pioneirismo

Uma das marcas registradas do Hospital Daher é o investimento constante em inovação. Focado no melhor atendimento aos seus clientes, o hospital saiu na frente mais uma vez ao implementar a hotelaria hospitalar em Brasília. A parceria com o Centro de Excelência em Turismo da Universidade de Brasília (CETUnB) foi o ponto de partida.

Um novo conceito de atendimento ao cliente foi criado, focado na prestação de serviços de alta qualidade e tratamento humanizado. O cliente saúde, que se sente melhor acolhido, conta agora com opções de serviços adicionais.

Além disso, o Hospital Daher é a primeira instituição do Centro Oeste a obter a certificação ISO 9001 em hotelaria hospitalar. Somado a isso, o Hospital Daher é acreditado nível 2 pela Organização Brasileira de Acreditação (ONA).

Os quartos são de arquitetura e decoração de alto padrão, além de possuírem televisor em LCD, DVD, notebook, armários, lavatório, cofres, macas modernas e sistemas de alarme.

> O objetivo é tornar a hotelaria hospitalar um diferencial, o Hospital Daher continua investindo na ampliação desta área e em alta tecnologia, sempre com vistas à excelência para o setor hospitalar.

Além de treinamentos constantes da equipe de nutrição, existe uma preocupação constante com a apresentação das refeições. O cliente saúde Daher é servido em pratos cobertos por cloche, talheres de aço inox e copos de vidro.

Inovação

O Centro Cirúrgico do Hospital Daher oferece a mais moderna tecnologia para atender cirurgias de pequeno e grande porte de diversas especialidades. O complexo é formado por seis salas cirúrgicas, sala pré-anestésica, sala de recuperação e Centro de Esterilização de Materiais (CME). Com todo o conforto e equipamentos necessários para o sucesso dos procedimentos cirúrgicos, o Centro Cirúrgico conta com aparelhos para videolaparoscopia, microscópios para cirurgias complexas de qualquer especialidade, e mesas cirúrgicas especialmente projetadas para cirurgias ortopédicas e para obesos.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Daher possui 27 leitos, dividida em dois andares, oferecendo toda a estrutura para o melhor tratamento intensivo possível. Visando a hospitalidade e a humanização, foram instalados televisores LCD, som e controles individuais com fones de ouvido para cada leito.

Moderna tecnologia
para atender cirurgias de
pequeno e grande porte
de diversas especialidades

Localização privilegiada pautado pela hospitalidade,
humanização e eficiência

Chikungunya: vilã silenciosa

Doença africana é transmitida por dois vetores "Aedes" e traz alerta para o verão

O período de chuvas iniciado no segundo semestre deste ano trouxe, além dos perigos de aumento nos casos de dengue, uma nova e iminente ameaça. A febre Chikungunya é uma doença originária do Continente Africano e tem causado preocupação entre os médicos. O Alphavirus pode ser transmitido tanto pelo mosquito Aedes Aegypti, quanto pelo Aedes Albopictus, e provocam os mesmos sintomas da dengue, que podem durar de três a dez dias: febre alta repentina, cefaleia, dor muscular e nas articulações. Apesar da semelhança, uma das principais reações que as diferem são as fortes dores centralizadas nos pés e mãos ou artrite intensa, além de manchas avermelhadas espalhadas pelo corpo.

O vírus CHIKV só pode ser detectado por meio de três exames laboratoriais: sorologia, PCR em tempo real (RT-PCR) e isolamento viral. E assim como a dengue, não existe tratamento específico para a Chikungunya. Ao ser diagnosticada, são recomendados apenas repouso absoluto e medicações para febre e dores articulares. Devido ao risco de hemorragia, o Ácido Acetil Salicílico não pode ser utilizado.

Até o dia 15 de Novembro, o Ministério da Saúde diagnosticou mais de 1.364 casos da febre Chikungunya. Entre estes, apenas 71 deles foram detectados em pessoas que viajaram para países com transmissão da doença, como República Dominicana, Haiti, Venezuela, Ilhas do Caribe e Guiana Francesa. Os primeiros casos registrados de pessoas infectadas pelo vírus CHIKV, foi no município de Oiapoque (AP). De lá pra cá, 531 pessoas foram infectadas no mesmo município, 563 em Feira de Santana (BA), 196 em Riachão do Jacuípe (BA), um em Matozinhos (MG), um em Pedro Leopoldo (MG) e um em Campo Grande (MS).

Doença causa os mesmos sintomas da dengue e pode durar de três a dez dias. Apesar da semelhança, a Chikungunya causa fortes dores centralizadas nos pés e mãos ou artrite intensa, além de manchas avermelhadas espalhadas pelo corpo.

Todos os anos o Governo Federal realiza diversas campanhas de conscientização e combate à dengue.

Apesar da redução de 61% no índice de casos registrados entre janeiro e 15 de novembro de 2014, comparados ao mesmo período de 2013, a situação ainda não está controlada. O Ministério da Saúde anunciou um recurso adicional de R$ 150 milhões para intensificar as medidas de vigilância epidemiológica e programas de prevenção da dengue e Chikungunya. A medida faz parte da Campanha Nacional de Prevenção da Dengue e Chikungunya, que visa a redução do número de pessoas infectadas.

O Ministro da Saúde, Arthur Chioro, destaca que "A prevenção precisa ser mantida, mesmo com redução nos casos de dengue. A combinação das ações do poder público e o trabalho preventivo em cada residência é capaz de reduzir a presença do mosquito Aedes Aegypti no meio ambiente e, consequentemente, evitar epidemias."

Do total repassado, R$ 121,8 milhões serão destinados às secretarias municipais de saúde e R$ 28,2 milhões às secretarias estaduais. O recurso adicional é exclusivo para ações contra dengue e chikungunya e será repassado em uma única parcela. O valor representa um subsídio de 12% do valor anual do Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde, que é de R$ 1,25 bilhão.

LIRAa

A transmissão das duas doenças se dá por meio do mesmo vetor: mosquito do tipo Aedes. Portanto, é fundamental que as pessoas reforcem as medidas de eliminação dos criadouros das espécies que são exatamente as mesmas: verificar e não deixar acumular água em recipientes. Todas as regiões do país apresentaram redução de casos notificados. A região Sudeste, que geralmente é a mais afetada pela dengue em relação às outras regiões, teve a queda mais representativa, correspondente a 67%. Seguida pelo Sul (64%), Centro-Oeste (58%), Nordeste (42%) e Norte (12%).

A coleta de dados foi possível por meio da elaboração do Levantamento Rápido do Índice de Infestação pelo Aedes Aegypti (LIRAa), realizado pelo Ministério da Saúde, em conjunto com estados e municípios. O índice é considerado fundamental instrumento de orientação para ações de controle da dengue, possibilitando aos gestores locais de saúde a antecipação das ações preventivas. Até o momento, 1.824 municípios realizaram o levantamento, obtendo um crescimento de 26,8% em relação aos 1.438 municípios que realizaram a pesquisa no ano passado. O LIRAa revela que 137 municípios brasileiros estão em situação de risco para a ocorrência de epidemias de dengue, outros 659 em alerta e 1.028 cidades com índice satisfatório.

Danielle Barreto
visaohospitalar@fbh.com.br

Parcimônia e entraves burocráticos dificultam uso e liberação do Canabidiol

Apontado como eficaz solução em quadros avançados de doenças crônicas neurológicas, sustância gera polêmica

A derivação da Cannabis, nome científico da maconha, dependendo do espaço geográfico com condições de clima e solo diferentes, deriva mais de 200 tipos e espécies da planta. Três delas são reconhecidas como principais: Cannabis Sativa, Índica e a Ruderalis. Seus principais compostos são os fitocanabinóides - que variam de 60 a 80 tipos. A mais conhecida delas é o delta-9-tetrahidrocanabinol (THC), mas a substância mais comentada da Cannabis no momento e que inicia ampla discussão no Brasil é o Canabidiol (CBD).

Após inúmeros relatos e constatações bem sucedidas de casos nacionais e internacionais de pessoas que utilizam os compostos derivados da substância, em tratamentos alternativos para redução de sintomas neurológicos graves - como convulsões em casos de epilepsia, dores crônicas e agudas em pessoas acometidas por doenças degenerativas, entre outras patologias, familiares brasileiros de pacientes com distúrbios e quadro neurológico acentuado brigam na justiça para a autorização de importação dos medicamentos que contenham os polêmicos - THC e CBD.

Pouco tempo após ser apontado como solução eficaz para fins terapêuticos em diversos tratamentos, o Canabidiol esbarra em sucessivas dificuldades para a liberação do óleo de CBD para pacientes que necessitem da substância em caráter emergencial. A exemplo do caso dos Fisher - primeira família a conseguir o direito à importação do óleo de canabidiol após todas as tentativas, sem sucesso, do uso de todos os tipos de tratamentos realizados com medicamentos farmacêuticos existentes no mercado, centenas de famílias solicitam todos os meses à ANVISA o mesmo direito.

O Conselho Federal de Medicina publicou no Diário Oficial da União, por meio da resolução n. 2.113, autorização do uso compassivo do canabidiol para tratar crianças e adolescentes (até 18 anos) com epilepsia refratária, que não apresentarem melhora com medicamentos convencionais.

Tal resolução, porém, restringe a prescrição do canabidiol às especialidades de neurologia e suas áreas de atuação, neurocirurgia e psiquiatria. Todos os profissionais deverão ser cadastrados no CRM/CFM, assim como os pacientes, que terão monitoramento de segurança e efeitos colaterais.

O vice-presidente do Conselho Federal de Medicina, Emmanuel Fortes, destacou que o Canabidiol ainda está em fase de experimento no Brasil. Para ele, o uso totalmente liberado e de forma indiscriminada, só pode ser autorizado após amplas pesquisas e estudos que comprovem a eficácia do medicamento, suas reações e consequências. “Temos que trazer a ciência para uma questão como essa porque é a ciência que nos dará respaldo e segurança”, ressalta o relator da resolução do canabidiol. Ainda não se sabe a dosagem específica para a prescrição. Por enquanto, está sendo realizados por análise de observação sobre os efeitos e reações.

Para que todas as questões sobre o canabidiol sejam esclarecidas e a substância finalmente seja desmistificada, por ser proveniente da folha da maconha – substância proibida no país, é imprescindível que a ANVISA dissocie o CBD das outras substâncias da maconha e o reclassifique como medicamento terapêutico, para que a importação seja amplamente liberada e os pacientes que são acometidos diariamente pelos dolorosos e constantes efeitos em epilepsia refratária, artrite, enxaqueca, glaucoma, espasmos musculares, Aids, câncer ou dores crônicas causadas por doenças degenerativas, possam comprar e utilizar o remédio sem burocracia.

Para todos estes casos, o CBD associado ao THC, tem obtido melhoras significativas. Atualmente, mais de 20 países já liberaram o uso de medicamentos com as duas substâncias.

Atualmente, mais de 20 países já liberaram o uso de medicamentos com as duas substâncias.

O Hospital de Brasília (HUB), juntamente com a OAB, promoveu debate para discutir estudos, testes e os efeitos do uso canabidiol em diversos casos clínicos. A classe médica julga improcedente a postura do CFM em regular e impor questões condicionais que cerceiam os direitos dos pacientes que poderão receber o canabidiol. Já representantes da Ordem dos Advogados do Brasil e da Comissão de Bioética, Biotecnologia e Biodireito da OAB, julgam improcedente e inconstitucional o parecer do CFM que libera a utilização do CDB apenas para crianças e adolescentes até 18 anos, e após todas as tentativas de tratamentos e medicamentos frustrados.

Para o neurocientista e professor de fisiologia da UNB, Renato Malcher, estudioso dos efeitos do canabidiol e outros fitocanabinóides: "Nenhum Comitê de Ética Internacional de medicina aceitaria a hipótese de pacientes trocarem o direito de usar um medicamento que se coloca como a última esperança, pelo compromisso obrigatório de ser sujeito de uma pesquisa."

Atualmente, mais de 700.000 pessoas sofrem de epilepsia refratária no Brasil, e mais de 3 milhões são acometidos por outros tipos de epilepsia. As famílias querem ter o direito de utilizar o canabidiol de início imediato, e não somente após a tentativa de erro e acerto de todos os outros tipos de medicamentos e tratamentos disponíveis no mercado brasileiro.

> "Não podemos tomar uma atitude apaixonada em uma questão como esta. O Conselho Federal de Medicina tem uma responsabilidade muito grande perante a sociedade"
>
> Emmanuel Fortes,
> vice-presidente do CFM

Danielle Barreto
visaohospitalar@fbh.com.br

Informação em Saúde

Fazer a gestão de um sistema de saúde, principalmente sistema público, implica cuidar rigorosamente dos aspectos organizacionais e funcionais, com o objetivo de promover uma assistência de qualidade. Para que isso ocorra é necessário trabalhar determinadas questões específicas, como por exemplo: gerenciamento dos recursos orçamentários e financeiros, gestão de pessoas, manutenção de equipamentos, controle do estoque de medicamentos e insumos, entre outros, para que o planejamento seja bem elaborado.

Na gestão de um sistema de saúde a informação é de extrema importância, e deve ser entendida com um redutor de incertezas, pois a interpretação dos dados disponibilizados nos diversos sistemas de informação subsidiará o planejamento das ações destinadas às transformações necessárias.

Neste contexto, a partir do momento que os sistemas de informação em saúde, fornecidos pelo Sistema de Saúde Brasileiro, forem utilizados de maneira precisa, subvencionarão os gestores nas tomadas de decisão.

A Organização Mundial da Saúde – OMS define o Sistema de Informação em Saúde como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação, necessário para planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. A transformação de um dado em informação exige além da análise, a divulgação, inclusive recomendações para a elaboração do plano de ação.

O sistema de saúde, independente da esfera gestora, deve utilizar de maneira coerente os bancos de dados específicos da área da saúde, além daqueles gerados por outros setores, mas que influenciam no setor saúde, como por exemplo, as informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA e do Sistema Integrado de Administração Financeira – SIAFI, com a finalidade de aprimorar e fortalecer a gestão.

Dentre os inúmeros sistemas de informação em saúde podemos destacar alguns que, obrigatoriamente, devem ser usados pelos gestores: Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES; Sistema de Informação Ambulatorial – SIA; Sistema de Informação Hospitalar – SIH; Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB; Sistema Nacional de Regulação – SISREG; Sistema da Programação Pactuada e Integrada da Assistência a Saúde – SISPPI; Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade – SISMAC; Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde - SIOPS; Sistema de Informação de Mortalidade - SIM; Sistema de Informação de Agravos Notificáveis – SINAN; Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC e outros. Esses sistemas contêm dados importantíssimos que quando utilizados adequadamente contribuem para o

> A partir do momento que os sistemas de informação em saúde forem utilizados de maneira precisa, subvencionarão os gestores nas tomadas de decisão.

Claudio Brasil
Especialista em Planejamento Estratégico e Gestão em Saúde

planejamento das ações de saúde ofertados à determinado contingente populacional.

O SCNES contém informações que demonstram a capacidade técnica-operacional do estabelecimento de saúde, assim como, permite conhecer a rede assistencial do município, da região ou mesmo do estado.

No SIA, é verificada a produção ambulatorial realizada por cada estabelecimento de saúde, ou mesmo por uma rede assistencial, ou seja, é uma excelente ferramenta para auxiliar na gestão da atenção ambulatorial. Da mesma forma o SIH, no que concerne a atenção hospitalar.

O SISMAC disponibiliza dados relevantes referentes às transferências de recursos aos estados e municípios destinados ao financiamento da atenção da média e alta complexidade. Este sistema está vinculado ao SISPPI, ou seja, os valores transferidos são calculados com base nas informações contidas na Programação Pactuada e Integrada – PPI, que explicita de maneira detalhada as ações de média e alta complexidade que serão executadas em determinado período. O SISREG além de fazer o gerenciamento do fluxo assistencial, a partir da atenção básica até a internação hospitalar, contém dados importantes para subsidiar a gestão. Assim como SIAB, SIM, SINAN, SINASC e outros sistemas que disponibilizam informações imprescindíveis na programação das ações de saúde.

Diante disso, a não utilização ou a utilização inadequada dos dados providos nos diversos sistemas, como por exemplo, as informações do SIA e do SIH que vêm sendo usadas somente para efeito de pagamento dos serviços executados, refletem de forma negativa no planejamento das ações, e consequentemente na gestão de todo e qualquer sistema de saúde.

Operadoras de Planos de Saúde serão obrigadas a disponibilizar informações aos segurados

Pacientes que utilizam serviços prestados por operadoras privadas de Planos de Saúde agora tem mais um motivo para comemorar. Foi aprovado na Comissão de Ciência e Tecnologia do senado, o projeto de lei (540/2013), de autoria do senador Cássio Cunha Lima (PSDB-PB), que obriga os planos de saúde a disponibilizarem mensalmente aos segurados, nos próprios sites das operadoras, os extratos financeiros de pagamentos e especificações dos procedimentos oferecidos aos consumidores.

A atualização detalhada dos profissionais, listas dos prestadores de serviços, entre outras informações, deverão ser atualizadas no prazo máximo de cinco dias após a data de inclusão ou exclusão de estabelecimentos e profissionais.

Dificuldades e longo tempo de espera para marcação de consultas, análises laboratoriais, exames, diagnósticos ou outros procedimentos terapêuticos, tratamentos de reabilitação ou de recuperação da saúde, por muitas vezes, geram incontáveis transtornos e dificultam a vida dos pacientes.

Os beneficiários de planos privados de assistência à saúde são obrigados a se depararem, frequentemente, com tais dificuldades que, ora são decorrentes da carência de serviços de saúde disponíveis para o atendimento, ora são ocasionados pela desatualização das listas de estabelecimentos ou profissionais credenciados, contratados ou referenciados.

Preocupado em atender a demanda ocasionada pelo acúmulo de reclamações registradas em todo o país, o senador Cássio Cunha Lima levou em consideração a recorrente insatisfação dos consumidores perante estes tipos de serviço e resolveu atuar em melhorias emergenciais para a contribuição da celeridade no processo. O principal ponto do PLS 540 é a regulamentação do prazo de viabilidade e atualização destes dados informativos para, no máximo, cinco dias da data de inclusão ou exclusão do prestador de serviços.

Para ele “Não há sentido legislar em dissociação com a vontade do povo. É obrigação do legislador, aliás, exercer essa “escuta social”, sem a qual a própria democracia perde o sentido.”

Problemas como a falta de divulgação das listas atualizadas dos prestadores de serviços, entre outras irregularidades, tem gerado inúmeros conflitos entre os segurados e as operadoras. Pacientes que não dispõem dessa informação primordial, frequentemente procuram, sem sucesso, hospitais ou médicos excluídos da rede de estabelecimentos e profissionais credenciados pelos planos de saúde, para dar continuidade aos processos médicos. A constante desinformação tem dificultado, atrapalhado, atrasado ou até mesmo inviabilizado o atendimento aos pacientes.

O projeto de lei obriga também a inclusão dos nomes das pessoas jurídicas próprias, contratadas, credenciadas ou referenciadas e os respectivos nomes fantasia; números de registro no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ), na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e no conselho regional fiscalizador da atividade; tipos ou espécies dos serviços prestados; e endereços e telefones para marcação de consultas ou outros procedimentos;

O inciso II do "Art. 18-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, trata ainda sobre a inclusão dos nomes dos profissionais credenciados, contratados, referenciados ou empregados pela operadora e os respectivos números de registro no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) e no órgão fiscalizador da profissão, especialidades em que atuam, endereços e telefones para marcação de consultas ou outros procedimentos.

O extrato financeiro mensal referente aos valores relativos a todos os produtos (contraprestações, pagamentos, participação e glosas) beneficia todos os envolvidos nas relações de consumo de planos de saúde – consumidores, operadoras e prestadores de serviços. A medida propicia ao beneficiário, especialmente àquele que está sujeito à participação no pagamento dos serviços por ele utilizados, condições de controlar o faturamento dos procedimentos, desde que as informações sejam claras e permitam identificar, além do valor cobrado, o procedimento realizado, o prestador do serviço e o dia em que o procedimento foi realizado.

O extrato financeiro mensal referente aos valores relativos a todos os produtos (contraprestações, pagamentos, participação e glosas) beneficia todos os envolvidos nas relações de consumo de planos de saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) também une forças em defesa dos segurados e atua na mesma vertente. A agência reguladora publicou três resoluções e uma instrução normativa no Diário Oficial da União (DOU) que regulamentam e detalham como deverá ser seguida na prática a Lei 13.003. As operadoras de planos de saúde serão obrigadas a substituir os prestadores de serviços não-hospitalares – clínicas, ambulatórios, centros de imagens e profissionais – que forem descredenciados, por outros equivalentes.

Multa para a não substituição do prestador de serviço descredenciado será de R$ 30 mil e a penalidade por não aviso aos clientes dos planos será de R$ 25 mil

A comunicação da substituição aos beneficiários do plano deve ocorrer em até 30 dias e deverá ser feita no portal da operadora, centrais de atendimento e envio impresso do endereço eletrônico e telefone de onde a lista de trocas está disponível. Segundo a ANS, a multa para a não substituição do prestador de serviço descredenciado será de R$ 30 mil e a penalidade por não aviso aos clientes dos planos será de R$ 25 mil.

Danielle Barreto
visaohospitalar@fbh.com.br

Saúde & Tecnologia

Faculdade de Medicina da USP inova com o uso de impressoras 3D

Um novo método para melhorar o aprendizado de anatomia humana será disponibilizado na Faculdade de Medicina (FM) da USP, por meio da Disciplina de Telemedicina do Departamento de Patologia. De forma inédita no Brasil, a FMUSP está produzindo estruturas anatômicas com detalhes realísticos, por meio do uso de impressoras 3D.

Essas estruturas são baseadas no acervo do Projeto Homem Virtual, também da Disciplina de Telemedicina, que consiste em imagens dinâmicas digitais e tridimensionais do corpo humano e de seus processos. Através da computação gráfica 3D, as sequências do Projeto Homem Virtual reproduzem estruturas como ossos, músculos, órgãos, células e até moléculas.

Brasil terá nova fábrica de medicamentos biológicos

Uma nova indústria farmacêutica de biofármacos será construída no Rio de Janeiro. A produção nacional vai gerar economia para o governo federal na compra de medicamentos de alta tecnologia oferecido no Sistema Único de Saúde (SUS). A previsão é que, com o fim das importações, o Brasil reduza em R$ 150 milhões ao ano, após o início da aquisição, os custos na compra desses produtos.

O novo empreendimento possibilitará que o Brasil reduza sua dependência em relação ao mercado externo de medicamentos biológicos, feitos a partir de material vivo e manufaturados, a partir de processos que envolvem medicina personalizada e biologia molecular.

Câmera fotografa processos moleculares

Uma equipe de engenheiros biomédicos da Universidade de Washington em St. Louis desenvolveu a mais rápida câmera 2D do mundo, um equipamento que pode capturar até 100 bilhões de quadros por segundo. Isso é mais veloz que qualquer tecnologia de imagem ultrarrápida existente, hoje limitada a “apenas” 10 milhões de frames por segundo. O invento tem potencial para revolucionar o estudo de doenças.

Os engenheiros Lihong Wang e Gene K. Beare registraram imagens de quatro fenômenos físicos: reflexão a laser pulsado, refração, propagação mais rápida que a luz e corrida de fótons. As cenas inspiradoras representam uma nova era para a exploração científica. A câmera vai interagir com uma série de equipamentos como microscópios superpoderosos e telescópios, capturando dinâmicas naturais e fenômenos físicos.

Vacinas experimentais contra ebola estarão disponíveis em 2015

A Organização Mundial da Saúde (OMS) informou que vacinas experimentais contra o vírus ebola, desenvolvidas pelas companhias britânica GSK e norte-americana NewLink Genetics, deverão estar disponíveis no início de 2015.

No que se refere ao soro ZMapp, que não passou por ensaios clínicos mas foi administrado a muitas pessoas infectadas pelo vírus, os estoques estão esgotados no mundo inteiro. Não existe uma vacina ou tratamento específico homologado contra o ebola.

A OMS autorizou a utilização de terapias à base de sangue, como os soros convalescentes, nos países afetados. O ebola, altamente contagioso, já deixou quase 3 mil mortos e mais de 6 mil pessoas estão infectadas, sobretudo na Guiné-Conacri, Libéria e em Serra Leoa.

Roupa especial com bluetooth pode transformar o tratamento da epilepsia

Aplicativo identifica e registra crise epilética e alerta quando vai acontecer a crise. A BioSerenity venceu o prêmio anual iiAwards com trabalhos que pretendem impactar de forma positiva a vida das pessoas. O produto vencedor foi o "WEMU", trata-se de um conjunto de biosensores acoplados em uma camiseta e uma touca que o paciente de epilepsia pode vestir para diagnosticar e identificar crises, facilitando assim o socorro e o tratamento.

Gel é capaz de estancar hemorragias em menos de 30 segundos

Um laboratório no Brooklyn, em Nova York, desenvolveu um gel capaz de estancar sangramentos em apenas 30 segundos. O Vetigel é uma substância desenvolvida a partir de polímeros à base de plantas que se une às plaquetas quando entra em contato com o sangue. É produzido com componentes biocompatíveis que podem ser absorvidos diretamente pelo corpo e ativa o processo natural de coagulação do sangue, imitando a matriz extracelular e acelerando a produção de fibrina, que coagula o sangue rapidamente. O Vetigel possui propriedades antimicrobianas e é uma forma limpa e segura de cuidar de um machucado.

visaohospitalar@fbh.com.br

com informações diagnosticoweb, olhardigital, BBC Brasil, Estadão, Istoé, Hospitalar e Fenaess

Aprovado capital estrangeiro na assistência à saúde

Projeto de Lei do Senado nº 259 de 2009 foi incluído na Medida Provisória 656/2014, aprovada em 17 de dezembro

O texto aprovado altera o art. 23 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 para permitir a participação direta ou indireta de empresa ou capital estrangeiro na assistência à saúde, por intermédio de doação de organismo internacional, vinculado à Organização das Nações Unidas, e de entidade de cooperação técnica e de financiamento e empréstimo. Vale também para pessoa jurídica, organizada sob a forma de sociedade anônima, com no mínimo 51% do capital votante, pertencente a brasileiros natos ou naturalizados há mais de dez anos.

As empresas interessadas deverão ser destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar hospital geral, laboratórios de análises clínicas, de anatomia patológica e de genética humana; serviço de fisioterapia e de diagnóstico por imagem; ações e pesquisas de planejamento familiar; seguro-saúde e plano privado de assistência à saúde.

A MP estabelece várias restrições à participação de empresas e de capitais estrangeiros na assistência à saúde. Isso para evitar, segundo o autor do projeto original, o senador Flexa Ribeiro (PA), "que algumas atividades assistenciais consideradas estratégicas e de interesse nacional sejam controladas pelo capital estrangeiro".

Entre elas estão hospitais com número de equipamentos de hemodiálise superior a 10% do número de leitos. Também ficam impedidas de participar em hospitais cuja taxa de ocupação de leitos por paciente submetidos à cirurgia cardiovascular, terapia ou propedêutica hemodinâmica ou transplantes de órgãos, tecidos, partes do corpo humano, quimioterapia e radioterapia seja superior a 30% da taxa de ocupação total de leitos.

Anteriormente, a participação de empresas e capitais estrangeiros na assistência à saúde era permitida somente em dois casos: doações de organismos internacionais vinculados à ONU, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos, e ainda serviço de saúde sem finalidade lucrativa, mantido por empresa

para atendimento dos seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

Ainda segundo o autor, a proposta tem a finalidade de permitir que empresas e capital estrangeiro participem da assistência à saúde da população brasileira, inclusive em hospitais filantrópicos, setor assistencial que passa por sérias dificuldades resultantes, principalmente, da insuficiente remuneração dos serviços prestados ao SUS.

Franklin Mendonça
visaohospitalar@fbh.com.br

> A proposta tem a finalidade de permitir que empresas e capital estrangeiro participem da assistência à saúde da população brasileira, inclusive em hospitais filantrópicos

Flexa Ribeiro,
senador e autor do projeto

Implicações da lei no setor hospitalar da saúde suplementar

Para que possamos entender melhor o que vamos expor sobre a referida lei e as Resoluções 363 e 364, expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que a normatizam, é preciso primeiro que se tenha conhecimento do conteúdo da lei e das citadas resoluções. Sugerimos portanto, que acessem nos respectivos sites (www.planalto.gov.br e www.ans.gov.br) tais documentos.

Após a leitura atenta do que está sendo exposto, chegamos à conclusão que a Lei 13003/14, com vigência a partir de 22 de dezembro de 2014, teve por finalidade criar mecanismos que regulassem melhor as difíceis relações entre prestadores de serviços e operadoras e seguradoras de planos de saúde.

Assim sendo, pelo que podemos depreender do conteúdo de todos os documentos a respeito do assunto, chegamos às seguintes conclusões:

1. Periodicidade

Prazo de um ano para o início das negociações, sendo tal prazo de 90 dias improrrogáveis, contados a partir de 1º (primeiro) de janeiro do ano-calendário.

A aplicação do reajuste, negociado entre as partes ou estabelecido pela ANS, será somente na data de aniversário dos contratos.

Para todos aqueles que se julgarem prejudicados por ser a data do reajuste coincidente com a data do aniversário do contrato, sugerimos que solicitem um aditivo contratual com a mudança desta data para o período mais próximo possível da negociação e/ou apliquem o disposto no artigo 18 da RN 363.

2. Reajustes

A forma e o índice de reajuste de diárias, taxas e aluguéis, assim como de materiais, medicamentos e OPMEs será de livre negociação no período constante no item 1, devendo, em caso de não haver acordo, ser feito um recurso à ANS que determinará o índice (somente para diárias, taxas e aluguéis) com base no IPCA.

Na nossa opinião e contrariando o que havíamos proposto diretamente à ANS (artigo 3º da RN 364) tal índice não deveria ser limitado ao IPCA mas sim, no mínimo, o próprio IPCA.

Lembramos que as negociações continuam livres entre as partes envolvidas e que os prestadores de serviços que consigam obter percentuais superiores ao IPCA devem continuar a fazê-lo, independente do que estabelece a lei, evitando dessa forma que as negociações não sendo concluídas nos 90 dias estabelecidos, seja solicitada a intervenção da ANS que obedecendo ao artigo 3º da RN 364 limita tal reajuste ao IPCA.

Sugerimos portanto, que se consiga, sempre que possível, nas citadas negociações um índice sempre superior ao IPCA dos últimos meses.

Os contratos escritos, celebrados anteriormente à vigência dessa RN, devem ser ajustados em até 1 (um) ano contado a partir de 22 de dezembro de 2014, conforme determina o artigo 21 da RN 363 (deve ser observado o que determina o artigo 24 da citada RN que revoga várias RNs anteriores) e como o índice de reajuste definido pela

Roberto Vellasco
Assessor da AHERJ e representante
da FBH junto à ANS

ANS se aplica a todos os prestadores de serviços, conforme o caput da RN 364, é importante que os hospitais atentem para o disposto no artigo 5º e seu parágrafo único da citada RN.

3. Qualificação

Conforme determina o artigo 7º e seu § 2º, assim como o artigo 9º da RN 364, para os hospitais que possuam certificados de Acreditação e de Certificação poderá ser aplicado um índice de reajuste diferenciado.

4. Glosas

Os artigos 13 e 14 da RN 363 estabelecem que devem constar do contrato prazos para contestação da glosa, para resposta da operadora e para pagamento dos serviços, em caso de revogação da glosa aplicada. O parágrafo único do artigo 14 também deve constar como cláusula contratual.

5. Outras sugestões

I. As discussões sobre reajustes entre as Operadoras e os Prestadores, que inevitavelmente continuarão ocorrendo mesmo após a publicação e a normatização da lei, devem ser conduzidas, se for interesse do Prestador, pelos órgãos de classe representativos dos mesmos (Associações, Conselhos, etc.).

Tal sugestão visa a proteger o Prestador de Serviços que se sente fragilizado no seu relacionamento com as Operadoras e é muitas vezes obrigado a aceitar condições que lhes são desfavoráveis por medo de sofrer retaliações.

II. No caso de não cumprimento do contrato por parte das Operadoras, a denúncia à ANS, através dos órgãos representativos, deve ser feita em até 60 dias para que sejam adotadas as devidas providências (artigo 23 da RN 363).

III. É imprescindível, pelo que conhecemos do mercado, que haja uma fiscalização por parte da ANS do cumprimento das cláusulas contratuais pelas operadoras, o que pode ser feito, a semelhança do Imposto de Renda, por amostragem.

Para concluir, lembramos que esse nosso artigo tem única e exclusivamente o objetivo de esclarecer alguns pontos mais importantes nos contratos celebrados entre as partes, sendo porém imprescindível que todos tomem conhecimento e apliquem, quando for de seu interesse, o estabelecido nas RNs já citadas.

Os prestadores de serviços, pessoas jurídicas (hospitais, clínicas, laboratórios, etc.) não devem assinar qualquer tipo de contrato ou documento, com nenhuma operadora ou seguradora, sem que haja antes a apreciação e aprovação do seu jurídico ou o do seu órgão de classe sobre o assunto.

Índices Econôminos

Índice	Período	no mês	12 meses
IPCA - %	out/14	0,42	6,59
INPC - %	out/14	0,38	6,34
IPC Fipe - %	out/14	0,37	5,33
IGP-M - %	out/14	0,28	2,96
IGP-DI - %	out/14	0,59	3,21
ICV-Dieese - %	out/14	0,5	6,56

Aplicações

Índice	Em %
Selic over, ao ano	11,15
CDI Over Cetip, ao ano	11,09
DI Futuro, ao ano (jan/17)	12,73
TR (18/11)	0,0669
Poupança antiga (18/11)	0,5672
Poupança nova (18/11)	0,5672

FIPE Saúde

Mês	Ano	%
setembro	2014	0,47
outubro	2014	0,44
novembro	2014	0,47
dezembro	2014	0,54

HOSPITALMED

02 a 04 Setembro 2015
das 14h às 20h

Centro de Convenções de Pernambuco - Recife - PE

3ª Feira de Produtos, Equipamentos, Serviços e Tecnologia para Hospitais, Laboratórios, Farmácias, Clínicas e Consultórios

VENHA FAZER NEGÓCIOS NO MAIOR ENCONTRO HOSPITALAR DAS REGIÕES NORTE E NORDESTE DO BRASIL

Nenhum outro evento oferece igual oportunidade para relacionamento, atualização profissional e conhecimento.

www.feirahospitalmed.com.br

Realização:

SAÚDE NORDESTE

Promoção e Organização:

BTS an informa business

ACOMPANHE TAMBÉM NOSSAS REDES SOCIAIS

/hospitalmed

A PRINCIPAL METODOLOGIA DE ACREDITAÇÃO BRASILEIRA TAMBÉM É INTERNACIONAL

ONA

Organização Nacional de Acreditação

ISQua Accreditation STANDARDS

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