

visão hospitalar

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



PRÊMIO

S Y N A P S I S

2 0 1 5

FBH lança prêmio de comunicação na Saúde

Implicações dos reajustes
dos planos de saúde

Modelo canadense é referência
em segurança do paciente



GOVERNANÇA
CLÍNICA NA
GESTÃO
HOSPITALAR

37°

ENCONTRO
CATARINENSE
DE HOSPITAIS

26 A 28 DE AGOSTO DE 2015

WWW.AHESC-FEHOESC.COM.BR/ECH

Profissionais de farmácia 24hs nos hospitais

A lei 13.021/2014 publicada em 11 de agosto de 2014, que dispõe sobre o exercício e fiscalização das atividades farmacêuticas, tem causado alguma apreensão e divergência por parte do setor hospitalar.

De acordo com o parágrafo único do artigo oitavo da referida lei: “aplica-se às farmácias privadas de unidade hospitalar ou similar as mesmas exigências legais previstas para as farmácias não privativas no que concerne a instalações, equipamentos, direção e desempenho técnico de farmacêuticos, assim como ao registro no Conselho Regional de Farmácia”.

A norma exige dos hospitais a contratação e a presença de profissional farmacêutico, em período integral, independentemente do número de leitos da unidade de saúde.

Esta é uma decisão que onera bastante o setor. Para fazer uma escala de 24hs, cada hospital precisa

contratar no mínimo três farmacêuticos. Além do salário base da categoria nos estados, há também outros ganhos previstos nas convenções coletivas junto aos sindicatos.

Uma recente decisão no STJ considerou, de acordo com as atuais normas do Ministério da Saúde, que hospitais de pequeno porte são unidades com até 50 leitos. Portanto, hospitais de 51 leitos em diante, de médio e grande porte, seriam aqueles que necessitariam da presença do farmacêutico.

No Brasil não há profissionais de farmácia suficientes para prestar assistência 24 horas a 6.700 hospitais, mesmo considerando os 4.500 hospitais enquadrados nesta lei.

Para cumprir a decisão será necessário gradativamente ajustar os farmacêuticos nas unidades hospitalares através de negociações entre os conselhos e os sindicatos dos hospitais nos estados.

Luiz Aramicy Pinto,

Presidente da Federação Brasileira de Hospitais



Cinco cabeças a Prêmio!

Há 50 anos a FBH se dedica à missão de defender e fortalecer o papel dos seus associados. Possui um histórico de lutas por melhorias na Saúde, com foco na mitigação da crise financeira que atinge parcela expressiva dos hospitais.

A Federação participa ativamente na reformulação de políticas para as constantes melhorias do setor.

Este ano a FBH abriu espaço para troca de ideias sobre a gestão da Saúde e vai reconhecer cinco melhores cabeças (jornalistas de quatro categorias distintas: impresso, TV, rádio e internet, além de uma Organização da sociedade) que tragam para o centro do debate, trabalhos e matérias com ações propositivas, dedicadas a melhorar a qualidade dos serviços de saúde do país.

A FBH acredita que as cabeças que ajudam a pensar na qualidade da saúde dos brasileiros merecem um prêmio. As ideias que mais contribuirão para aprimorar as instituições médicas e aqueles que se destacarem nessa importante tarefa, vão ser reconhecidos com o Prêmio Synapsis 2015.

Se você é uma destas cabeças não deixe de participar!

Consulte o regulamento do Prêmio Synapsis: fbh.com.br/premio

Inscrições: de 1º de junho a 30 de setembro de 2015

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

Boa leitura!

Ana Lúcia Barata
Editora

EXPEDIENTE

Editora-Chefe

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

Projeto Gráfico

Blog Comunicação
marcelo@blogconsult.com

Publicidade

comercialrevista@fbh.com.br

Tiragem

5 mil exemplares

Arte e Diagramação

Editorar Multimídia
www.editorarmultimidia.com.br

Publicação

Trimestral



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

DIRETORIA

Presidente:
Luiz Aramicy Bezerra Pinto

Vice-Presidente:
Francisco José Santiago de Brito

Vice-Presidente:
Randal Pompeu Ponte

Vice-Presidente:
Benno Kreisel

Vice-Presidente:
Dário Clair Stacruz

Vice-Presidente:
Adelvânio Francisco Morato

Vice-Presidente:
Reginaldo Teófanos F. de Araújo

Vice-Presidente:
Renato Botto

Secretário-geral:
Eduardo de Oliveira

Secretário adjunto:
Ivo Garcia do Nascimento

Diretor tesoureiro:
Mansur José Mansur

Tesoureiro adjunto:
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 Waldvil Maia
Maria Luiza Loureiro

Federação Brasileira de Hospitais - FBH

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

Hospitais e Tributos
Wagner Barbosa de Castro

6

Visão Jurídica
Ricardo Ramires

10

Contaminação pelo ar

12

SABIN

15

**Especialidade
em Foco**

18

Segurança do paciente

21

Notícias do setor

25

Psicologia Hospitalar

28

Visão Tributária
João Eloi Olenike

32

**Hospital
Referência**

34

Prêmio

38

Visão Política
José Márcio Mendonça

40

Acontece no Congresso

42

Índices Econômicos

46

Gestão
Claudio Brasil

47

Visão Internacional

49

Saúde e Tecnologia

52

Planejamento Sucessório



É o planejamento que garantirá o sucesso na continuidade da empresa, além de permitir avaliar as situações críticas que eventualmente possam aparecer no curso do processo



Planejamento sucessório é dar continuidade do negócio criado pelos patriarcas, protegendo os bens da família, para que os mesmos durem por várias gerações, não sendo dilapidados por falta de um planejamento e/ou discussões entre descendentes, trazendo maior segurança social e financeira para as gerações futuras e o desenvolvimento empresarial com a continuidade dos negócios iniciados pelas gerações anteriores, de forma segura e protegida.

Trata-se de um processo que adota medidas legais que visam garantir a sucessão de um patrimônio de acordo com o desejo ou a necessidade do seu proprietário. Crise na sucessão é o principal fator de mortalidade das empresas familiares no Brasil. Além disso, há um custo com inventário que consome cerca de aproximadamente 10% do patrimônio.

Planejar a sucessão, despertando os sucessores para a responsabilidade dos negócios, é fundamental. É o planejamento que garantirá o sucesso na continuidade de sua empresa, além de permitir avaliar as situações críticas que eventualmente possam aparecer no curso do processo.

Uma das soluções mais viáveis para que se evitem os problemas durante o trato sucessório é a criação de uma empresa Holding. Quanto a constituição jurídica da empresa familiar pode tanto ser uma limitada como uma sociedade por ações (S.A.). Para aqueles, ainda não muito familiar com o assunto, Holding é qualquer empresa criada com intuito de controlar outras companhias ou um certo patrimônio.

A Holding na sua grande maioria, não tem como objetivo realizar qualquer tipo de operação, apenas gerenciar as empresas controladas. É fundamental a clareza quando da fixação dos seus objetivos sociais. A Holding Familiar constitui uma forma preventiva e econômica de se realizar a antecipação de herança, pois o controlador poderá doar aos seus herdeiros as quotas-partes/ações da companhia gravando-as com cláusula de usufruto vitalício em favor do doador, assim como de impenhorabilidade, incomunicabilidade, inalienabilidade e reversão.

Somente os herdeiros deverão compor o quadro societário da Holding Patrimonial, ficando os patriarcas somente como usufrutuários e administradores, tendo deste modo o total controle sobre a sociedade,

melhor dizendo, os patriarcas constitui uma sociedade empresária, e todo o patrimônio do casal ou da pessoa, bens tangíveis de longa duração, sofrem menos depreciação, são integralizado no capital social da Holding Patrimonial, posteriormente as quotas sociais serão transferidas no próprio contrato social aos herdeiros mediante cláusula de doação de quotas.

O planejamento sucessório, por meio da formação de uma Holding Familiar/Patrimonial, irá eliminar grande parte da carga tributária que incide regularmente sobre os processos de inventário e partilha. É sobre as vantagens tributárias que iremos passar a falar: tributação na transferência de ativos - Imposto Sobre Transmissão Causa Mortis e Doação (ITBI) sobre o patrimônio transmitido por doação ou por morte incide o ITBI, tributo de competência dos municípios.

Sua alíquota varia de município para município, chegando a atingir o percentual de 4%. Importante

salientar que tal tributação tem como fato gerador a transmissão de propriedade de qualquer bem ou direito, ou seja incide da mesma forma sobre doação em dinheiro, como sobre o legado de um imóvel.

Na constituição da Holding Patrimonial, a título de integralização de capital, não incide (ITBI) sobre a transmissão de bens ou direitos incorporados ao patrimônio da pessoa jurídica em realização do capital social, art. 156,§2º, inciso I, da Constituição Federal. ITCMD (Imposto sobre a Transmissão “Causa Mortis” e por Doação), é estadual, constituindo a Holding Patrimonial o recolhimento do imposto será realizado com base no valor das quotas que compõe o capital social, com reserva de usufruto constante no contrato social, não havendo nenhuma reavaliação do Estado.

A Holding Patrimonial poderá ser tributada pelo regime de lucro real, arbitrado ou presumido.



Entendemos que o regime tributário pertinente para este tipo de empresa é o lucro presumido. A base de cálculo pelo regime de lucro presumido será de 32%, sobre a receita bruta. (art.15, inciso III, alínea C, da Lei 9.249/95).

A alíquota de imposto de renda da pessoa jurídica - IRPJ é de 15% até uma receita de R\$ 20.000,00 mês ou R\$ 60.000,00, no trimestre, havendo um adicional de mais 10%, sobre o excedente, caso haja ganhos, superiores ao teto do trimestre. O custo tributário final é de 4,80% da receita bruta. Contribuição Social Sobre o Lucro - CSLL, optante pelo mesmo regime tributário, a alíquota é de 9% sobre a base de cálculo de 32%.(art(s) 3º e 31º da INSRF nº 390/2004).

O custo tributário final é 2,88% da receita bruta. Programa de Integração Social - PIS, a alíquota fixada é de 0,65% sobre a receita bruta. Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS, a alíquota fixada é de 3% sobre a receita bruta. Os encargos tributários, sem considerar o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN, (Art.156, III, da Constituição Federal e Lei Complementar Nº 116, de 31 de julho de 2003) pela receita auferida na locação de imóveis terá seus rendimentos tributados em 11,33%, representando uma economia comparado com os rendimentos de pessoa física, para a mesma receita, de aproximadamente 60%.

Um alerta muito importante é pela manutenção da escrituração contábil que deve ser regular, ou

seja, baseada em registros permanentes e respaldada em documentação hábil. A vantagem de escrituração contábil fica evidenciada, sob a ótica fiscal, para amparar a distribuição de lucros. Ganha-se pela economia tributária, pois o valor distribuído não terá Imposto de Renda na Fonte (alíquota atual de até 27,5%).

A opção pela constituição de uma pessoa jurídica que controle o patrimônio da pessoa física – Holding Patrimonial – implica verdadeiramente em vantagens concretas, jurídica e tributária, posto que os bens da pessoa física, que é apenas titular de quotas, passam para a pessoa jurídica, havendo, assim, vantagens para seus titulares, principalmente no que concerne a impostos, transmissão causa mortis.

Outro fator a considerar é o prazo para a duração da sociedade recomenda-se que seja bem longo, pois, se o prazo for indeterminado, a qualquer tempo, algum ou alguns dos sócios poderão retirar-se da sociedade com os seus haveres, o que poderá acarretar a desestabilização da sociedade controlada.

Um planejamento sucessório familiar depende da vontade e preocupações do titular do patrimônio. Trata-se de uma decisão importantíssima e para cada caso, deve-se elaborar um diagnóstico situacional.

Wagner Barbosa de Castro
Economista, contador e administrador em saúde



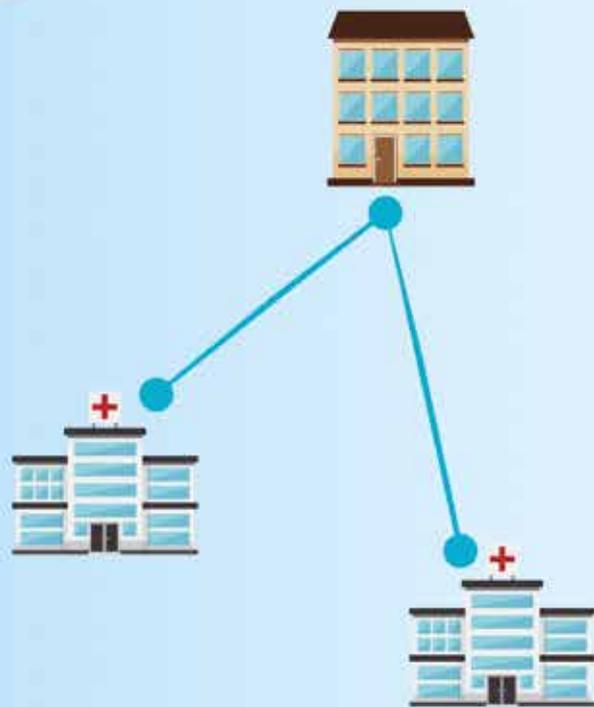


CONHEÇA A GIGACOM

A GigaCom é uma empresa especializada em Redes Privadas de Telecomunicações que, há mais de 15 anos, atende Órgãos Públicos e Privados.

DIFERENCIAIS DAS REDES PRIVADAS GIGACOM

- * Qualidade
- * Alta disponibilidade - SLA 99,99%
- * Alta capacidade
- * Sem compartilhamento de Infraestrutura e banda
- * Monitoramento 24x7x365;
- * Equipes próprias



As Redes Privadas GigaCom, com sua alta qualidade, disponibilidade e banda, permitem a agregação de serviços como transmissão de imagens de alta qualidade para diagnósticos em tempo real, videoconferência para consultas remotas, unificação das informações entre as Unidades e também a unificação da equipe de TI e dos serviços de Help Desk.



GigaCom do Brasil
Alameda Iraé, 312 - Indianópolis • São Paulo | SP • 04075-000
11 2626 2046 | 11 5051 9991

As implicações dos reajustes dos planos de saúde

No último dia 3 de junho de 2015, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS publicou o índice máximo de reajuste a ser aplicado nos planos de saúde da modalidade individual - familiar. Antes de adentrarmos na discussão, vale ressaltar que, dentre as modalidades de planos, temos os individuais familiares e ou coletivos, que por sua vez se subdividem em coletivos por adesão e empresarial.

De acordo com a Lei 9.961 de 2000 que criou a ANS, a mesma é responsável pela publicação dos índices de reajuste dos planos individuais, lembrando que existem três modalidades de reajustes: o anual, o reajuste por mudança de faixa etária e, ainda, o por sinistralidade, este último não aplicado aos planos individuais familiares.

De acordo com a Lei, a ANS publicará o índice, sempre ouvindo o Ministério da Fazenda, que pode discordar do índice proposto pela autarquia. O índice é calculado, em teoria, levando-se

em consideração alguns fatores, como a inflação nacional e a inflação do segmento, que historicamente sempre se mostrou maior que a inflação nacional, além do incremento de novas tecnologias e procedimentos, os quais ocorrem pelo menos a cada dois anos. A ANS elabora uma proposta de reajuste a ser aplicado a tais contratos e envia ao Ministério da Fazenda.

Cumprir observar que, a cada dois anos, a ANS promove adendos ao Rol de Procedimentos, que consiste na cobertura mínima obrigatória a todos os planos. Nesses últimos anos, foram acrescidos 262, sem falar em novas tecnologias que surgem a todo o momento. Porém, a agência não realiza qualquer tipo de pesquisa ou cálculo para entender melhor o impacto financeiro desses novos procedimentos.

Ocorre que tal medição somente poderia ser feita 12 meses após o acréscimo. No entanto, a ANS não disponibiliza a metodologia de cálculo para a publicação do reajuste desses planos. O que sabemos é que as despesas com

novos procedimentos e tecnologias não acompanham os reajustes, o que implica em uma grande defasagem.

Há tempos ouvimos que as empresas não comercializam mais planos individuais e que a oferta é pequena. Isto, de fato, acontece, pois o produto individual tornou-se desinteressante para ambos os lados, principalmente para as operadoras. Estas também têm sua culpa no cartório, haja vista que, para capitalizarem mais clientes, ofertaram produtos individuais mal precificados. Ou seja, não foi feito um estudo sério sobre o custo para a operadora. Simplesmente optou-se por vender um plano mais atrativo do que o da concorrência.

Tal erro já foi cometido por quase todas as operadoras. Mas criou-se um grande impasse no mercado, porque as empresas não poderiam reajustar os contratos de planos individuais já comercializados acima do índice da ANS. Além disso, os reajustes não eram sequer suficientes para cobrir os novos procedimentos bienalmente incluídos no rol.

“

Uma regulação muito dura acarreta uma menor oferta de determinados produtos e a concentração de mercado, assim como a falta de preparo das empresas e a má gestão de determinados processos leva a um risco, muitas vezes fatal

”

O reajuste e a “falta de oferta de planos individuais” são consequências da culpa dos três atores: ANS, operadoras e consumidores. Pontuo os consumidores porque há um fator não contemplado na composição do reajuste – não apenas destes contratos, mas de todas as modalidades, qual seja o Poder Judiciário. O Poder Judiciário é um fator importante hoje na saúde brasileira, por existirem mais de 400 mil ações que versam sobre saúde e porque este não vem fazendo a sua parte, aplicar a Lei.

O custo das ações judiciais, vulgarmente chamadas de liminares, ainda é um mistério, pois ninguém até o presente momento sabe dizer quanto representa a interferência do Judiciário na operação. O que sabemos é que representa um valor significativo, impossível de ser transferido aos beneficiários.

A questão não é nada simples. Porém, os stakeholders devem observar que todas as reações têm consequências. Uma regulação muito dura acarreta uma menor oferta de determinados produtos e a concentração de mercado, assim como a falta de preparo das empresas e a má gestão de determinados processos leva a um risco, muitas vezes fatal. Por fim, é necessária uma atuação mais consciente dos usuários para entenderem melhor o que estão contratando e seus limites. Igualmente importante é a atuação do Poder Judiciário, que não pode apenas se pautar em determinados preceitos individuais, mas com base no senso coletivo e na relevância pública. Afinal, essas causas individuais refletem em toda população: nos preços, nos reajustes e nas ofertas.

Ricardo Ramires
Advogado



Inimigo invisível dentro dos Hospitais

Microorganismos patogênicos existem em todos os ambientes. Ponto pacífico? Não. Áreas mantidas em condições de esterilidade não apresentam esta ameaça à profissionais e pacientes. É certo que em hospitais existem os mais diversos microorganismos colonizando o espaço aéreo, mas apenas uma pequena parte é patogênica.

Menos por curiosidade, mais por embasamento histórico, é interessante retroceder no tempo e entender a origem de um problema que hoje pode estar tirando o sono de muitos gestores da saúde.

Vejamos. Em 1902, o engenheiro norte-americano Wills Carrier, instigado a solucionar um problema de excesso de umidade na impressão de materiais numa indústria gráfica, inventou um processo mecânico para condicionar o ar. Surgia então, a possibilidade de se controlar o clima em ambientes internos. Mas, só em 1914 a técnica passou a ser usada para proporcionar conforto térmico à pessoas.

O que parecia uma genial solução à época, se mostrou um problema mais adiante. Na década de 70, portanto passados cerca de cinquenta anos da invenção, começaram a aparecer os primeiros relatos de queixas referentes à saúde dos ocupantes de ambientes interiores climatizados artificialmente e, nos anos 80, estudos relataram a existência da chamada “Síndrome dos Edifícios

Doentes”, considerada pela Organização Mundial de Saúde - OMS como causadora de sintomas como cefaleia, problemas oculares, congestão nasal e falta de concentração nos usuários desses prédios.

Portanto, o que parecia uma conquista tecnológica do início século XX, passou para o século XXI como um desafio sanitário de extrema importância a ser superado no mundo todo, especialmente pelas instituições de saúde.

Estudos alertam que nas grandes cidades a população economicamente ativa, principalmente a que representa a chamada classe A, passa 90% do seu tempo de trabalho ou estudo em ambientes internos. Logo, a qualidade do ar é motivo de atenção, até mais diretamente nas regiões de clima quente, onde o uso extremo de condicionadores de ar tem proporcionado uma intensa colonização de microorganismos pelas baixas taxas de renovação, porque o ar viciado recircula no ambiente e a contaminação acontece.

Surtos de Infecção Hospitalar (IH) podem estar associados à contaminação de filtros de ar condicionado por contaminantes biológicos, ou bioaerossóis. Pacientes internados, geralmente imunodeprimidos, podem facilmente ter seus quadros clínicos agravados.

Os vírus, que se propagam pelas correntes de ar no ambiente interno têm como principal fonte o ser humano, assim como as inúmeras bactérias



patogênicas veiculadas através de sistemas centrais de condicionamento de ar e de pessoas no ambiente. Os fungos também estão entre os poluentes do ar interno. A correta manutenção de um sistema de climatização de ambientes hospitalares deve atender a requisitos de qualidade que ultrapassam os exigidos pela Portaria 3523/1998, do Ministério da Saúde, que define o regulamento técnico contendo medidas básicas de limpeza e manutenção do estado geral de todos os componentes dos sistemas de climatização, visando garantir a qualidade do ar de interiores, prevenção e riscos à saúde dos ocupantes de ambientes climatizados.

Um sistema de ar condicionado deve ser implantado e mantido sob a responsabilidade da área

de manutenção. Entretanto o planejamento, a organização, a supervisão e o controle de infecção hospitalar são de responsabilidade da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, conforme estabelece a Portaria 2616/1998 que exige dos gestores um Plano de Manutenção, Operação e Controle, um responsável técnico e a divulgação da situação atual dos ambientes.

O Brasil, nos últimos anos, tem avançado em políticas públicas ao criar padrões de qualidade do ar climatizado estabelecidos através de portarias ministeriais. No entanto, apresenta-se como desafio o cumprimento destas normas por parte dos hospitais, o que somente é possível com o monitoramento regular dos órgãos fiscalizadores. O assunto teve destaque na

Surtos de infecção hospitalar podem estar associados à contaminação de filtros de ar condicionado por contaminantes biológicos ou bioaerossóis

Feira Hospitalar 2015, realizada em São Paulo. Em evento paralelo, a Sociedade Brasileira de Controle de Contaminação - SBCC realizou o fórum “Controle de Contaminação pelo Ar em Hospitais: do Planejamento à Implantação”.

Entre os debates, a revisão da ABNT NBR 7256, cujo novo texto proposto aponta algumas inovações, como a classificação por características do ambiente, diferenciando e classificando as salas de cirurgia em A, B ou C, em ordem crescente de complexidade, com cada nível devendo atender a recomendações específicas de condicionamento do ar.

Atração que chamou a atenção dos participantes no fórum foi a apresentação pela SBCC da Sala Limpa Itinerante – SLI. Um espaço de 10 metros quadrados, incluindo uma antecâmara, que reproduz uma área hospitalar em pleno funcionamento e, de forma prática e didática, mostra como se dá a operação de controle de contaminação pelo ar e os diversos componentes necessários para manter a classificação ISO classe 7 - sistema de ar condicionado dotado de filtros HEPA, dutos, dampers, grelhas, ventilador para controle de vazão, equipamentos de

monitoramento etc., e ainda apresenta diversas atividades, como os procedimentos corretos de paramentação para entrada nestes locais; a forma como deve ser realizada a limpeza técnica e a postura a ser adotada pelos manipuladores para garantir a segurança e controle dos processos. “Nosso objetivo com a SLI é ampliar o conhecimento dos profissionais que atuam direta ou indiretamente com o controle de contaminação em ambientes fechados.”, comentou Luciana Kimi, coordenadora do projeto, durante a apresentação da SLI.

Entre estudos, testes e experiências, o desafio de controlar, e combater, as infecções pelo ar, segue colocado a todos: instituições, gestores e outros profissionais de saúde. O que se sabe é que agentes infecciosos permanecem por muito tempo em suspensão no ar e podem causar ao paciente uma doença não relacionada ao problema que o levou ao hospital. Instalações adequadas e manutenção periódica dos sistemas de ar-condicionado são, no mínimo, fundamentais para a qualidade e segurança do ambiente hospitalar.

Deborah Andrade
visaohospitalar@fbh.com.br

Laboratório Sabin conquista mercado em MG, SP e MS

Empresa inova em tecnologia, fortalece sua rede de colaboradores e investe em expansão nacional

Fundado pelas bioquímicas, Janete Vaz e Sandra Soares Costa, em 1984, o Laboratório Sabin hoje é referência no segmento que atua. Com 31 anos de mercado, coleciona reconhecimentos e prêmios importantes nas áreas de gestão, técnico-científica, sustentabilidade, qualidade e inovação. A empresa possui 170 unidades de atendimento, onde trabalham aproximadamente 3.000 pessoas, realiza mais de 28 milhões de exames e atende 2,4 milhões clientes por ano. Para conhecer a trajetória destas empreendedoras e saber mais sobre os pilares de gestão que fortaleceram o Sabin, elas concederam entrevista à Visão Hospitalar.

Tire os sonhos da gaveta

“O começo não foi fácil”, conta Janete Vaz. “Uma frase que sempre esteve em minha cabeça foi ‘tire seus sonhos da gaveta’. Auxiliei no atendimento desde o início do Sabin até mudarmos para a sede no Brasília Shopping. De 1984 até maio de 1999, eu abria a unidade do Sabin. Chegava pela manhã e fazia questão de estar ali na frente, receber os clientes, olhar se todos estavam envolvidos, trabalhando com satisfação e prezando a qualidade no atendimento. Foram construções que fizemos, foram tijolinhos que colocamos um a um. Os primeiros 15 anos foram de estruturação de base, onde os valores foram muito fortes, os nossos princípios

nos deram muita segurança nas difíceis decisões que nós tivemos que tomar. Era um mercado difícil para quem estava começando, principalmente para as mulheres, estávamos no fim do regime militar, concorrendo com o corporativismo médico”. Sandra Soares Costa lembra: “Mesmo nos momentos de maior turbulência, nós pensávamos, vamos seguir firmes em nossa missão”.

Missão - a alma da empresa

“A nossa ideologia é muito forte e uma das coisas mais interessantes aqui do Sabin é que ela não está apenas nas paredes, mas foi completamente assimilada por nossos colaboradores. São eles que tangibilizam a promessa que fazemos por meio da nossa missão: oferecer serviços de excelência em medicina laboratorial. Acreditamos no crescimento pessoal e profissional dos colaboradores, para que tenham condições de contribuir na realização da missão da empresa enquanto caminham em busca da autorrealização. Procuramos identificar potenciais, desenvolvê-los, desafiá-los, reconhece-los e recompensá-los. Dessa forma, construímos um ambiente saudável de trabalho que reflete no atendimento ao nosso cliente. Ao chegar no laboratório, o paciente é recebido com um sorriso, porque a equipe está feliz. Isso faz toda a diferença nos nossos serviços”, reforça Janete.



Cuidar da vida dos colaboradores para que eles cuidem da empresa com satisfação e qualidade

Estabelecer um vínculo de comprometimento na melhoria da vida de seus colaboradores é uma política de gestão da empresa. São vários os benefícios oferecidos ao colaborador como: bolsa educação para cursos superiores, auxílio-casamento, auxílio-enxoval para o bebê, auxílio para material escolar, auxílio-funeral, dia da noiva, parcerias com escolas, creches e universidades, educação financeira, premiação por tempo de casa e participação nos lucros e resultados. A empresa está

há dez anos entre as Melhores Empresas para Trabalhar no Brasil. “No Laboratório Sabin, as pessoas estão no centro da estratégia empresarial. A empresa valoriza e trabalha todos os aspectos importantes que envolvem a vida do colaborador: a família, a saúde, a vida financeira, o crescimento profissional, as relações de amizade, os sonhos. Enfim, ao cuidarmos das pessoas elas cuidam do nosso negócio que é promover a saúde. Eu acho que este é o grande diferencial do Sabin. E foi assim que a gente sempre construiu tudo”, reflete Sandra Soares Costa.

“

As pessoas estão no centro da estratégia empresarial, cuidamos dos nossos colaboradores e eles cuidam do nosso negócio que é promover a saúde. Este é o grande diferencial do Sabin

”

Sandra Soares Costa

Mercado e Desafios

O Laboratório Sabin recentemente chegou aos mercados de São Paulo, de Mato Grosso do Sul, e ampliou sua atuação em Minas Gerais. “Nosso maior desafio nos últimos anos tem sido implantar o modelo de gestão e a cultura organizacional do Laboratório Sabin nos mercados nos quais começamos a atuar em 2012 - Manaus, Uberaba, Palmas, Belém e Salvador, e a partir de 2014 - São José dos Campos, Campo Grande e, agora, Uberlândia. Esse processo exigiu muito investimento em tecnologia, treinamentos, infraestrutura, controle da qualidade, entre outros”, ressalta Janete Vaz.

A qualidade e exatidão dos exames são pontos de constante atenção do laboratório. “Em todas as unidades do País, a qualidade analítica é acompanhada por meio de rigorosas práticas de controle da qualidade interna e pela participação em ensaios de proficiência. A soma destes esforços, aliada aos investimentos em capacitação técnica

e atualização, garante a confiabilidade dos nossos resultados”, ressalta Sandra Soares Costa.

Perspectivas e Sucessão

Em 2014, a empresa chegou a um nível de maturidade em que as sócias decidiram se dedicar às decisões mais estratégicas na organização. Dessa forma, Janete e Sandra passaram a ocupar cargos no Conselho de Administração e nomearam pessoas com alto conhecimento do negócio para conduzir o dia a dia da empresa. Com isso, o Laboratório Sabin passou a ser dirigido pela CEO Lídia Abdalla, pela diretora Administrativa Marly Vidal, pelo diretor de Relacionamento com Mercado Anderson Rodrigues, pela diretora Financeira Chanda Mota e pelo diretor Técnico Rafael Jácomo. “Temos a tranquilidade de saber que convidamos as pessoas certas para cumprirem esta missão, para nós gloriosa, pois entregamos uma empresa saudável, valorosa financeiramente e com uma marca forte”, destaca Janete.

visaohospitalar@fbh.com.br

Dengue, Zika e Chikungunya

Médico infectologista comenta sobre os desafios enfrentados no combate às doenças epidemiológicas no Brasil

O Brasil já enfrenta uma epidemia de dengue com mais de 745 mil casos só neste ano. Mas esta não é a única doença transmitida pelo *aedes aegypti*. Nos últimos meses, o país registrou casos de chikungunya e zika, causadas pelo mesmo mosquito e com sintomas semelhantes.

Trazidos de outros países, provavelmente por turistas que visitaram o Brasil na Copa de 2014, o zika vírus e a febre chikungunya também causam febre, mas não há relatos de morte nesses casos como na dengue. No caso do zika vírus a febre é mais baixa que nos outros e é comum surgirem erupções na pele, brancas ou vermelhas. Nos três casos, as dores nas articulações são comuns. Na chikungunya as dores podem ser mais intensas e mais duradouras, persistindo por meses ou anos. No caso da dengue, as complicações são relacionadas à forma hemorrágica e por isso é importante ficar atento a sinais de dor abdominal intensa e contínua, vômitos e sangramentos.

O médico infectologista Edmilson Migowski, Doutor em área de concentração de doenças

Infecciosas e Parasitárias, membro da Sociedade Européia de Infectologia Pediátrica e Chefe do Serviço de Infectologia Pediátrica da Universidade Federal do Rio de Janeiro concedeu entrevista especial à Visão Hospitalar para falar sobre os desafios enfrentados pelo Brasil no combate à doenças epidemiológicas.

Porque a dengue é um problema tão grave no Brasil?

No Brasil, em muitas áreas, não existe o fornecimento de água regular, então há a necessidade de armazená-la e isto é um problema. A proliferação de dengue aqui no Brasil existe porque você não tem o fornecimento regular da água, você é obrigado a armazenar água em tonéis, bacias e tanques. Você é obrigado a jogar o lixo onde não deveria porque o recolhimento de lixo em algumas comunidades nem sempre é feito de forma regular. E este lixo favorece o aparecimento de focos do mosquito transmissor. O crescimento urbano sendo desordenado dificulta o acesso à água, à saúde pública e ao recolhimento de lixo. O avanço da dengue também tem ligação

“

Estas doenças são consequência do descaso com a saúde pública, educação, saneamento básico, desenvolvimento urbano ordenado e o recolhimento de lixo

”

Edmilson Nigowski



com a falta de educação que, infelizmente, assola a população brasileira. Ou seja, o país tem tantos problemas e por conta desses problemas acaba tendo todos os ingredientes para a proliferação do mosquito. Em Miami, por exemplo, por mais que o clima seja favorável para o desenvolvimento do *Aedes Aegypti*, ainda que você tenha lá todas as condições climáticas e tenha o mosquito, porque não tem a epidemia? Lá não tem a proliferação do mosquito como tem aqui. Uma das coisas que tornam a epidemia menos provável é o famoso índice de infestação das residências, o LIRA, levantamento de infestação, que traduz o percentual de casas com o mosquito. Quanto maior for o percentual de casas com o vetor, maior será a chance que você tem de ter a epidemia. Pela OMS, o ideal é que o índice de infestação do mosquito seja abaixo de 1%. O índice de infestação tem que estar o mais próximo do zero possível. Quanto maior este índice, maior a possibilidade de ocorrer uma epidemia. É realmente uma consequência do descaso com a saúde pública, mas principalmente do descaso com a educação, com o saneamento básico, com o desenvolvimento urbano ordenado, com o recolhimento de lixo. Quando você tem tudo isso falhando, você tem como consequência dengue, tem como consequência a bala perdida, tem como consequência a violência urbana. É multifatorial, mas a base disso tudo está na educação, na formação das pessoas. O principal problema de saúde do Brasil

é a educação. Se eu tenho uma boa educação, se eu tenho uma boa estrutura educacional, eu resolvo um monte de problemas na área de saúde. Existe a frase atribuída a Darcy Ribeiro “Quando uma escola se abre, várias cadeias se fecham” e eu acrescento que os leitos dos hospitais vão ficar desocupados, o que é bom também.

Quais as medidas que o poder público ainda não desenvolveu para minimizar estas doenças?

O Poder Público entra como responsável pela educação e saúde que são direitos da população. Temos um país que cai a cada vez na qualidade da educação por conta do descaso com a educação pública e com a privada. O poder público peca nesta questão, peca também porque não combate o vetor efetivamente. Se você considerar que de 80 a 90% dos criadouros do mosquito se encontram dentro das moradias. Se cada pessoa for o seu próprio agente sanitário, eu consigo mudar o nosso destino. O fato de você não conseguir conscientizar a população, educar a população é um problema grave. Ninguém conscientiza ninguém, ninguém educa ninguém de uma hora para outra. Isso demanda anos sucessivos. É necessário o máximo de marketing. Agora é que a coisa começou a melhorar. Falam: “Vamos fazer 15 minutos por semana de combate a dengue”. Durante muito tempo se falava em dia D: “Ah, hoje é o dia D



Quando eu digo que não existe epidemia, a leitura do leigo é achar que não há casos mas a leitura do epidemiologista é que o número de casos está abaixo da série histórica



de combate ao vetor”. Como se pudesse combater o vetor, o problema, em um dia apenas. Não é D de dia, é D de década. Se a gente não conscientiza uma população por décadas, todos os verões a gente vai ficar contabilizando dor, sofrimento e morte que seriam evitados se cada um fizesse a sua parte. E para cada um fazer a sua parte, é necessário que esta pessoa seja conscientizada, seja bem informada, que aí sim ela vai conseguir, por meio da educação, mudar o seu jeito de atuar e amenizar os seus riscos e os riscos da população em geral.

O desenvolvimento da vacina contra a dengue é uma solução para o problema?

Só introduzir uma vacina não é o suficiente. O mais importante neste momento é combater o vetor, combater o mosquito. Isto não só evitaria os quatro tipos da dengue em circulação no Brasil, mas evitaria também Chicungunya, evitaria a febre amarela urbana, evitaria o Zika vírus. A vacina está em fase 3A, que é a fase que antecede o lançamento da mesma. Ficou aproximadamente cinco, dez anos em teste. Está prestes a ser lançada, prestes a ser licenciada. Temos grande chance de estar lançada para utilização em grande escala em dois anos, dois anos e meio. Esta é a minha expectativa.

A letalidade da doença no Brasil pode ser mais alta muitas vezes pela ignorância da população em entender o que o médico fala ou até mesmo pelo fato de o médico não conseguir transmitir corretamente. O médico pode ser um excelente profissional, bom para dar diagnóstico, para tratar, mas pode não ser um cara tão bom assim para se comunicar. E aí ele pode comunicar mal, ele pode comunicar não de um forma muito clara e o paciente não entender. A gente tem

que criar mecanismos de melhor se comunicar. Você que é jornalista se comunica muito melhor que eu que sou médico. Quando eu falo um termo um pouco mais técnico que acaba sendo vício de linguagem do médico você traduz e bota para uma outra linguagem aí. Em vez de falar uma hipertermia de 39 graus, você vai falar, vai traduzir hipertermia por febre. Então a gente tem que fazer com que as pessoas tenham melhor entendimento e se o médico não for a melhor pessoa para comunicar que se crie um mecanismo de melhor comunicar com estes pacientes.

Existe uma epidemia de dengue no Brasil? Como avalia esta questão?

A epidemia é um termo técnico. Não é em relação ao número de casos. Epidemia é o número de casos em relação à série histórica. Se a série histórica de dengue for dois mil casos por mês eu não estou vivendo uma epidemia se estiver ocorrendo 1800, 1900 casos. Quando eu digo a você que não tem epidemia, a leitura do leigo é achar que não tem casos, mas a leitura do epidemiologista é que o número de casos está abaixo da série histórica. Por exemplo, sarampo, a série histórica no Rio de Janeiro é nenhuma. Se existirem 500 casos de sarampo é uma epidemia de sarampo ainda que seja bem menor o número de casos de sarampo do que de dengue. É esse linguajar em relação a dengue é que a gente vive uma endemia, ou seja, faz parte do nosso dia a dia e vai ser epidemia quando ultrapassar a série histórica de casos de dengue e como a série histórica de dengue no nosso país é muito alta para você ter uma epidemia e porque existe um número absurdamente elevado.

Rosa School
visaohospitalar@fbh.com.br

Modelo canadense é referência mundial na gestão de segurança do paciente

Em outubro de 2004, a Organização Mundial da Saúde - OMS lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Desde então, a identificação de processos e estratégias que evitem, ou pelo menos minimizem, danos ao paciente e suas consequências negativas, têm sido uma questão de importância global, uma meta constante do setor hospitalar.

Dentre as estatísticas da OMS, uma tem colocado as instituições em alerta: infecções hospitalares têm atingido cerca de 14% dos pacientes internados e são responsáveis por aproximadamente 100 mil mortes no Brasil anualmente. No foco dos gestores, e a curto prazo, estão os Certificados de Acreditação, regularmente emitidos pela Organização Nacional de Acreditação – ONA, de acordo com os padrões do Sistema Brasileiro de Acreditação que apontam os processos para oferecer instalações seguras, evitar acidentes, reduzir e controlar perigos e riscos inerentes ao ambiente de cuidado do paciente, especialmente de pacientes críticos que necessitam de cuidados intensivos. Os certificados ocorrem em três níveis:

Acreditado - para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as

áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais;

Acreditado Pleno - para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresentam gestão integrada com processos ocorrendo de maneira fluida e com plena comunicação entre as atividades; e Acreditado com Excelência – onde a premissa é a excelência em gestão - uma organização ou programa de saúde;

Acreditado com Excelência atende aos níveis 1 e 2, além dos requisitos específicos de nível 3, e demonstra maturidade e uma cultura organizacional de melhoria contínua.

Um parâmetro internacional de segurança dos pacientes é o Canadá. Em visita recente ao Brasil, o presidente do Canadian Patient Safety Institute (CPSI), o professor doutor Hugh MacLeod mostrou porque o modelo canadense tem sido bem sucedido e afirmou que é preciso apostar em conhecimento, evidências e análises como norteadores da segurança do paciente e, sobretudo, no engajamento de todos os profissionais para obter os resultados esperados: “Uma das maneiras mais seguras está na implantação de uma nova cultura de segurança dentro dos estabelecimentos. Os principais focos de atenção nas intervenções estão em higiene das mãos; infecções

de espaço cirúrgico e aquelas associadas à ventilação mecânica; checklist cirúrgico; quedas e ferimentos causados por quedas. É necessário que haja uma mudança profunda na cultura hospitalar. O Canadá hoje apresenta estatísticas excelentes, mas até chegar aí houve um trabalho de muitos anos, ajustado e melhorado por meio do aperfeiçoamento de todas as intervenções.

É importante que haja uma governança efetiva para a qualidade e a segurança do paciente. Essa governança deve estar interligada com todas as partes envolvidas que, centradas em um mesmo eixo, complementam umas às outras.” O Instituto Brasileiro de Excelência em Saúde - IBES organizou - e está colocando gratuitamente à disposição de profissionais, entidades e empresas de saúde - o programa “Práticas Padrão Ouro”. No I Fórum de Práticas de Excelência para a Segurança do Paciente, realizado simultaneamente à Feira Hospitalar 2015, Vanice Costa, presidente do Instituto, apresentou o PPO e explicou aos participantes: “Pelo PPO identificamos quais

são as práticas com resultados mais promissores em segurança do paciente e, a partir desse levantamento, disponibilizamos as diretrizes que indicam o que há de melhor sendo feito no segmento”.

O desafio que está colocado para o Brasil é alcançar as metas estabelecidas pela Joint Commission International, representada no país pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação - CBA, que são importantes ferramentas de gestão da saúde para a adoção de uma cultura voltada à qualidade e segurança. São seis as premissas internacionais de segurança do paciente atualmente adotadas por instituições do mundo todo.

1° - Identificação correta do paciente. É o ponto de partida para a correta execução das etapas seguintes. Acontece na admissão, ou internação, de cada paciente e é essencial para a segurança do processo assistencial em qualquer situação, mesmo naquelas em que o atendido não pode responder por si mesmo.





Os principais focos de atenção nas intervenções estão em higiene das mãos, infecções de espaço cirúrgico e aquelas associadas à ventilação mecânica, checklist cirúrgico e ferimentos causados por quedas



Hugh MacLeod
Presidente do Canadian Patient Safety Institute

A correta identificação garante que os dados pessoais – basicamente nome completo, data de nascimento e número do prontuário – são correspondentes aos serviços prescritos e materiais destinados ao paciente – medicamentos, sangue ou hemoderivados, exames, cirurgias e tratamentos, etc.

Um método confiável de identificação é a leitura eletrônica, que possibilita um banco de dados completo que gera um código de barras pessoal que, por sua vez, é impresso numa pulseira ou etiqueta a ser utilizada em cada paciente.

2° - Comunicação efetiva. A comunicação entre os profissionais de todas as áreas envolvidas em um atendimento deve ser precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida por todos. Sua efetividade reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria da segurança do paciente.

Nas trocas de plantão, nas transferências de paciente entre unidades internas ou externas, nas situações de emergências e em todos os registros do prontuário do paciente, a comunicação é um processo chave. O momento conhecido como pit-stop, acontece quando, integrados, os profissionais de diferentes equipes discutem e trocam informações sobre ações assistenciais e

operacionais que possam melhorar o cuidado e a segurança dos pacientes.

Ainda como fonte de boa comunicação, o preenchimento do prontuário deve ser realizado por todos os profissionais envolvidos no atendimento e exige cuidado, já que é o documento legal, ao qual o paciente tem direito, onde estão todas as informações, desde a admissão até a alta.

3° – Uso seguro de medicamentos. Esta é uma etapa crucial. Centros hospitalares do mundo todo têm registrado falhas constantes na administração de medicamentos, seja por drogas ou doses ministradas equivocadamente, seja pelo erro na via de administração. A atenção às informações do prontuário deve ser redobrada – paciente, medicamento, dose, via e horário. Se o paciente possui a pulseira ou a etiqueta com os dados eletronicamente compilados em código de barras, este risco pode diminuir.

4° - Cirurgia segura. Algumas medidas podem ser tomadas para a redução do risco de eventos danosos ao paciente que podem acontecer antes, durante e depois das cirurgias. Itens essenciais do processo cirúrgico devem ser checados – paciente, procedimento, marcação da lateralidade (lado a ser operado), posicionamento e equipamentos.

5° - Prevenção do risco de infecções. O diagnóstico da Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - IRAS é o conjunto de procedimentos necessários à monitorização e ao tratamento de pacientes em hospitais, ambulatorios, centros de diagnósticos ou mesmo em assistência domiciliar, e é feito com base em critérios definidos por agências de saúde nacionais e estrangeiras, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.

Há grupos de pacientes mais propensos a desenvolver infecções para os quais é preciso reforçar o monitoramento dos processos assistenciais a fim de reduzir os riscos. São pessoas em idade avançada; diabéticas; com câncer; em tratamento ou com doenças imunossupressoras; com lesões extensas de pele; submetidas a cirurgias de grande porte ou transplantes; obesos e fumantes.

A higienização das mãos por todos os profissionais é um dos procedimentos essenciais e deve ser realizada conforme as recomendações da OMS que apontam suas etapas, incluindo antes e depois de qualquer contato com o paciente. Entre as infecções que devem ser sistematicamente monitoradas, estão as de corrente sanguínea associadas ao cateter venoso central - quando bactérias ou fungos entram no sangue e se manifestam com febres e calafrios ou tom avermelhado e sensação de dor na pele ao redor do cateter; e as que acontecem após as cirurgias.

6° - Prevenção do risco de queda. Quedas podem causar lesões em pacientes hospitalizados. Sua incidência no ambiente hospitalar varia conforme o

tipo de paciente atendido. Idosos e pessoas com distúrbios de marcha ou equilíbrio, rebaixamento do nível de consciência e em uso de determinados medicamentos estão mais propensos a cair.

Dentre as estatísticas da OMS, uma tem colocado as instituições em alerta: infecções hospitalares têm atingido cerca de 14% dos pacientes internados

Como prevenção, as instituições de saúde devem identificar o risco de queda dos seus pacientes e agir preventivamente tanto no aperfeiçoamento das instalações – estrutura física e mobiliário, quanto na orientação direta ao paciente.

Seguir as regras de segurança já não é só mais um protocolo básico nas instituições de saúde, é prioridade numa rotina essencial. Se, até cerca de duas décadas atrás, hospitais e clínicas em geral buscavam se diferenciar no mercado por altos investimentos em tecnologias avançadas, modernas instalações e em novos tratamentos e exames, hoje, esse diferencial chama-se: segurança do paciente.

Deborah Andrade
visaohospitalar@fbh.com.br

Fundador da Organização Nacional de Acreditação falece em SP

A Federação Brasileira de Hospitais manifesta pesar pelo falecimento de Luiz Plínio de Toledo, ocorrido na madrugada do dia 1º de julho, em São Paulo. Médico, fundador, presidente da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e vice-presidente da FBH, dedicou mais de 20 anos ao tema da Acreditação e Certificação de instituições de saúde. A ONA surgiu em 1998, juntamente com a criação do primeiro Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Seu fundador dirigiu a organização ao longo de todos estes anos, período em que foram certificadas mais de 400 instituições. Em março deste ano foi reeleito presidente pelo Conselho de Administração da Organização Nacional de Acreditação. Recebeu homenagens de reconhecimento pelo trabalho na busca da qualidade e segurança no setor hospitalar, durante a Feira Hospitalar 2015, em São Paulo.

Luiz Plínio de Toledo
Presidente da Organização Nacional
de Acreditação (ONA)



Encontro sobre Boas Práticas na Saúde Suplementar

Promover debates sobre evidências de boas práticas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de neoplasias de colo do útero, mamas, próstata e pulmões pelas operadoras de planos de saúde. Esse foi o objetivo da Discussão de Boas Práticas na Saúde Suplementar – Câncer, evento realizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Outros temas discutidos foram a prevenção e tratamento do tabagismo. O encontro aconteceu no dia 11/05, no auditório do IHGB, como parte das ações do Laboratório de Inovações Assistenciais na Saúde Suplementar.

O INCA aproveitou a oportunidade para realizar uma apresentação sobre combate ao tabagismo. Os resultados obtidos por meio da discussão servirão de base para as próximas ações regulatórias da ANS sob o aspecto assistencial.

O evento dá continuidade aos ciclos de debates realizados ano passado em parceria com a OPAS, no âmbito da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), para a discussão de assuntos relacionados à promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar.

Ainda para este ano, está prevista a realização de mais três eventos, com o intuito de discutir boas práticas no âmbito do Laboratório de Inovações Assistenciais na Saúde Suplementar. Visando

construir conhecimentos que auxiliem as ações regulatórias da Agência, os próximos temas propostos são: Saúde do Idoso, Saúde Ocupacional e Saúde Mental.

Sociedades médicas defendem novo critério de indicação para a cirurgia metabólica no Brasil

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima em 347 milhões os casos de diabetes em todo o mundo, o que representa cerca de 5% da população. No Brasil, dados do Ministério da Saúde indicam que aproximadamente 11% da população têm diabetes. Considerada uma epidemia mundial, a enfermidade está relacionada ao sedentarismo, a dietas pouco saudáveis e ao aumento da obesidade.

Para auxiliar a controlar esse cenário, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) e o Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) e o Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD) se uniram para traçar uma nova forma de determinar o tratamento da obesidade, do diabetes e doenças crônicas associadas, com base num

escore de riscos, não apenas no índice de massa corpórea (IMC).

Segundo o Dr. Ricardo Cohen, coordenador do Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e presidente do Conselho Consultivo e Fiscal da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, esse escore deverá ser submetido à aprovação pelo Conselho Federal de Medicina. O Escore de Risco Metabólico (ERM) considera diversos fatores de risco para a saúde do paciente e permite a avaliação do seu quadro clínico geral, para determinar critérios de elegibilidade e priorização para realização de cirurgia metabólica.

Essa mudança permitirá classificar o paciente de acordo com os riscos relacionados às doenças e não se restringe apenas ao cálculo de índice de massa corpórea (IMC).

Especialistas querem revisão dos índices da Lei de Responsabilidade Fiscal na saúde

O deputado Roberto Britto (PP-BA) afirmou que existe consenso entre os parlamentares da Câmara e todos aqueles que lutam pela saúde sobre a necessidade de atualização dos índices da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF - Lei complementar 101/00) para gastos com pessoal

na saúde. Durante audiência pública promovida pela Comissão Especial de Despesa com Pessoal na Área de Saúde (PLP 251/05), o deputado, que é relator da proposta, ressaltou que a LRF é inversamente proporcional ao gasto e à arrecadação.

O presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos e representante do Conselho Nacional de Saúde, Ronald Ferreira dos Santos, assinalou que a saúde é o tema que consegue reunir a maior

quantidade de forças políticas na tentativa de encontrar uma forma de superar os problemas do financiamento e, assim, realizar o aprimoramento da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Projeto

O Projeto de Lei Complementar 251/05, de autoria do ex-deputado Roberto Gouveia, aumenta o gasto com pessoal na área de saúde para até 75% dos recursos financeiros destinados a essa área. Com a nova regra, a União, os estados e os municípios passam a receber a mesma quantidade de recursos para o pagamento dos funcionários.

O texto modifica a Lei de Responsabilidade Fiscal, que estabelece uma porcentagem específica a ser recebida por cada ente da federação. O projeto visa equilibrar as despesas decorrentes dos vários elementos necessários às ações e serviços de saúde, entre eles: gastos com pessoal, material de consumo, serviços de terceiros, estruturas físicas, móveis, equipamentos etc.

Aplicativo poderá controlar preços de próteses e órteses

Até agosto a Agência Nacional de Saúde (ANS) deve disponibilizar um aplicativo que para dar acesso rápido, por meio de celular, a dados sobre marcas, padrões e preços de órteses e próteses. O objetivo é prover informações que ajudem a corrigir distorções de valores cobrados no mercado, motivo habitual de conflitos entre operadoras de planos e os serviços de saúde. A discordância de planos de saúde e hospitais e clínicas acaba afetando os próprios pacientes, que frequentemente precisam recorrer à Justiça para garantir acesso aos procedimentos para implantar próteses.

A comissão tripartite mencionada por Martha Oliveira foi formada depois de sucessivas denúncias sobre preços abusivos e mesmo fraudes praticadas por médicos e serviços privados de saúde, inclusive com a implantação desnecessária de próteses. Pelo Ministério da Saúde, fazem parte a ANS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A expectativa é de que seus estudos sejam úteis inclusive para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais também enfrentam o desafio de combater fraudes.

A informação foi prestada pela diretora-presidente substituta da ANS, Martha Oliveira, em audiência na comissão parlamentar de inquérito (CPI) que investiga fraudes relacionadas às próteses. As órteses são equipamentos que auxiliam a função de órgãos com funcionamento limitado, enquanto as próteses substituem aqueles que perderam completamente sua capacidade. São exemplos pernas mecânicas, aparelhos de audição e marcapassos cardíacos.

As denúncias motivaram a criação da CPI das Próteses, presidida pelo senador Magno Malta (PR-ES), que coordenou a audiência do dia. Ele aproveitou para anunciar que na próxima semana membros da CPI estarão no Rio Grande do Sul, para ouvir vítimas e suspeitos de integrarem uma máfia que operava esquema com próteses e órteses, com participação de médicos e empresários.

visaohospitalar@fbh.com.br

com informações ANS, Hospitalar, Agência Câmara, Agência Senado

Humanização e segurança emocional nos ambientes hospitalares

Conselho federal de psicologia conquista espaço nas instituições de saúde do país e ajuda pacientes, famílias de doente e profissionais

Medo, ansiedade, mágoa, tristeza e estresse são apenas alguns dos sentimentos comuns entre as pessoas que, temporariamente ou não, tenham envolvimento com o ambiente hospitalar. Como, muitas vezes, este estado de espírito pode prejudicar o tratamento do paciente, profissionais que saibam detectar estes sentimentos e ajudar a amenizá-los podem contribuir para o bem estar daqueles que precisam lidar com o sofrimento no ambiente hospitalar e até para o melhor sucesso dos tratamentos.

Mestre em Psicologia pela PUC-RJ, Márcia Velasco, lembra que “saúde é o bem estar biopsicossocial e não só a ausência da doença”. A especialista explica ainda que quando a “dor existencial é tratada, isto contribui no tratamento do paciente já que somos um ser integral”. O trabalho do psicólogo visa amenizar o sofrimento gerado dentro do ambiente hospitalar. E este sofrimento tem origem em várias circunstâncias. Conforme explica Márcia Velasco, “o hospital é como uma casa, mas é um ambiente desconhecido. O doente tem que depositar a confiança

em quem ele não conhece. Além disso, quando a gente se vê doente, nos damos conta da nossa finitude. Esta situação de estarmos diante da morte quase sempre gera uma grande angústia. Quando o paciente entra numa crise existencial por conta da consciência da morte, ele entra em sofrimento”. O psicólogo então tem o papel de amenizar esta dor psicológica, segundo a especialista. O papel do profissional é conversar sobre esta dor e amenizar o sofrimento do paciente. Como a família também sofre junto com ele, o ideal é que quem esteja acompanhando o paciente também receba este apoio.

“Quando eu informo e acolho, eu consigo fazer um local considerado muito frio e com muita dor como um hospital se tornar um ambiente mais agradável”, garantiu.

O trabalho do psicólogo no ambiente hospitalar vai desde dar mais informações sobre saúde com ênfase no atendimento do paciente até o acolhimento da família, passando também pela assistência psicológica aos profissionais da saúde.

O psicólogo pode acompanhar o paciente no leito ou em grupos de ajuda dentro da instituição. O apoio à família pode ser no sentido de mediar a conversa entre ela e o médico, de expor a rotina do hospital, de mostrar e explicar toda a dinâmica de assistência que o doente está recebendo ou pode ser simplesmente de acolher e confortar os familiares. “Nós temos a tarefa de abrir espaço para este diálogo, abrir espaço para os parentes falarem e, desta forma, amenizar a ansiedade da família”, explicou Márcia Velasco. O encontro entre a família do paciente e o psicólogo pode também ser feita no quarto, em forma de bate papo, podem ser pré-agendada ou não, individualizada ou em grupo, enfim, podem acontecer de várias formas conforme a necessidade e a situação, segundo Márcia.

A psicóloga defende que este atendimento leva a uma série de benefícios, principalmente ajudando na melhora do estado de saúde dos pacientes. Segundo ela, os doentes acabam aderindo melhor ao tratamento e enfrentando com mais tranquilidade a doença e os procedimentos hospitalares. “Com esta ajuda, o médico acaba tendo uma maior contribuição por parte do paciente e o tratamento se torna mais eficaz. Quando eu ouço estas pessoas que estão internadas, eu acabo tirando a ansiedade delas com relação ao tratamento. Quando ouço e acolho acabo tirando um pouco o peso do tratamento. Ele tem mais consciência do que está acontecendo, tem mais consciência do tratamento a que está sendo submetido. É uma questão de ser ouvido”, afirmou.

E está enganado quem pensa que apenas o paciente e parentes precisam deste tipo de acolhimento. Os profissionais de saúde também podem ser ajudados pela psicologia hospitalar

a enfrentar uma série de sentimentos oriundos do ambiente hospitalar, segundo Márcia. “O ambiente do médico e do enfermeiro, por exemplo, também cria mágoa, cria tristeza e por isso nós também damos assistência à equipe de profissionais que trabalham no hospital. Quando alguma questão ou situação afeta o profissional nós damos assistência para que ele possa falar sobre seus limites”. De acordo com Márcia Velasco, principalmente médicos e enfermeiros lidam com casos extremos de estresse “por estarem em um ambiente de sofrimento, dor e morte”. Neste contexto, Márcia acredita que a tarefa do psicólogo em abrir o diálogo com os profissionais ajuda a enfrentar melhor as situações de adversidade.

“

**Saúde é o bem estar biopsi-
cossocial e não só a ausência
da doença**

”

Márcia Velasco
Psicóloga

Velasco cita um programa que já foi desenvolvido por ela chamado Cuidando do Cuidador que consiste em formar grupos de ajuda, de apoio psicológico a grupos mistos ou divididos por profissionais da cada área para discutir os limites de cada um. Márcia destaca que muitos profissionais de saúde acabam sofrendo um desânimo profundo com relação ao trabalho e tem sido frequente o aparecimento de uma síndrome por conta do



esgotamento. Para Márcia, os baixos salários, a sobrecarga de trabalho, uma dinâmica mais ativa nas unidades de saúde, o trânsito e a vida estressante das grandes cidades acabam agravando o estresse que já faz parte do ambiente hospitalar. “É uma situação contraditória. O médico sabe que a dinâmica do trabalho é estressante e sabe o que terá que enfrentar, mas também são afetados por isso.” A grande quantidade de pacientes e escassez de profissionais são as principais reclamações, segundo a especialista. “Escuto muitos médicos reclamarem que não conseguem dar a atenção ao paciente como gostaria por ter que atender muitos. Além disso, a remuneração não é alta, eles acumulam trabalho e isso causa muito cansaço. Este cansaço afeta o psicológico do profissional”, ressaltou acrescentando que a assistência psicológica abrange os profissionais de todos os os setores

das unidades, do atendimento ambulatorial ao cirúrgico. “O nível de estresse é grande”, ressaltou.

Márcia Velasco percebe que a especialidade tem sido mais requisitada recentemente, mas os benefícios ainda precisam ser mais divulgados. “Temos já um espaço conquistado, mas sempre tento falar da necessidade de se reconhecer a contribuição da psicologia hospitalar no atendimento ao paciente”, ressaltou. Atualmente, segundo ela, existem hospitais no país com 500 leitos, por exemplo, com um único psicólogo hospitalar para dar este apoio, quando o ideal seria uma equipe de cinco a 10 profissionais. Mesmo assim, Márcia percebe um grande avanço tanto em hospitais públicos quanto nas instituições privadas.

Rosa School
visaohospitalar@fbh.com.br

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

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

BANCO

TODO O CONTROLE EM SUAS MÃOS.



Estabilidade e segurança de rede.



Relatórios gerenciais para análise de sinistro.



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



Combate à fraude de atestados médicos.



Opção de atendimento odontológico no Brasil inteiro.



Movimentação online da carteira.



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

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

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

Hapvida
Saúde

Revista de Negócios Saúde & 1

Reforma tributária - verdades e mitos

As pessoas que militam na área contábil e tributária, em especial, que possuem uma carreira de no mínimo duas décadas, têm, com certeza, ouvido falar sobre a chamada “reforma tributária” em quase todo esse espaço de tempo. Desde a época da implementação do Plano Real, ocorrida um pouco antes.

do primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, por volta do ano de 1994, temos esse tema sendo comentado mais assiduamente, como integrante das promessas de políticos, em suas campanhas, nas quais afirmam que em seu governo haveria a sua efetivação. Isso é verdade! Mas o que temos visto na prática é uma absoluta falta de vontade política para que isso ocorra.

O que aconteceu até os dias de hoje? O ex-presidente FHC ficou oito anos no governo e só ao final de seu mandato, resolveu atender às reivindicações dos empresários criando o PIS Não Cumulativo, cuja lei previa em um ano também a criação da COFINS Não Cumulativa. A esse fato, deu o pomposo nome de Mini Reforma Tributária. A verdade é que isso passava longe de uma efetiva reforma tributária. Na realidade, tornou-se uma nova forma de apuração dessas duas contribuições, com a possibilidade de créditos sobre os valores pagos em operações anteriores. Isso aplicado somente às empresas que optavam pelo Lucro Real. O que se viu, na prática, foi um aumento de arrecadação desses dois tributos - que não era objetivo das medidas-, em virtude de que o Governo Federal limitou

os créditos e aumentou as alíquotas em valores exponenciais, causando muitos problemas aos “caixas” das empresas, principalmente às prestadoras de serviços.

“

Temos um sistema tributário complexo, com muitos tributos incidindo em “efeito cascata”, além de um emaranhado de normas gerais e tributárias e uma burocracia sem precedentes

”

Passado todo esse tempo, culminamos na PEC 233/2008, que foi proposta no final do segundo governo Lula. Da mesma forma que fez FHC, o ex-presidente acenou com essa medida. Essa proposta de emenda constitucional, considerada como a instituição de uma “reforma tributária”, tinha e tem (está em tramitação ainda nos dias de hoje) como objetivos a redução da quantidade de tributos que oneram a produção, a desoneração da folha de pagamentos e a simplificação do sistema tributário brasileiro. Não cabe aqui discorrer ponto a ponto nas proposições desta norma, visto ser um tema bastante extenso e complexo.

Prosseguindo com as ações dos governos ao longo das últimas décadas, a Presidente Dilma acenou com as chamadas desonerações fiscais, que na realidade, se tornaram apenas transferências de fatos geradores de arrecadação, como a diminuição da tributação das folhas de salários, que, ao mesmo tempo, criou uma nova contribuição sobre faturamento. Da mesma forma, desonerar de IPI os automóveis novos, os materiais de construção, geladeiras e fogões, mas ao mesmo tempo aumentar o IPI das bebidas alcoólicas. Agora, por fim, a deliberação mais importante de sua gestão que foi a sanção da lei de universalização do Simples. A esses gestos, o Executivo Nacional atribui uma reforma tributária “fatiada”. Pela forma e pela amplitude, não nos parece merecer ser encarada dessa maneira.

Sendo assim, constatamos que estas medidas tomadas pelos governantes, no aspecto tributário, são paliativas, e não atacam o âmago da nossa situação tributária atual, ou seja, uma alta carga, com concentração hiper majoritária no consumo, igualitária em todas as classes sociais, portanto regressiva, fazendo com que os mais pobres acabem, proporcionalmente, pagando mais tributos. Temos um sistema tributário hiper complexo (único no

mundo), com muitos tributos incidindo em “efeito cascata”, além de um emaranhado de normas gerais e tributárias e uma burocracia sem precedentes. Tudo isso sem falar no retorno desses valores em serviços públicos, que fica muito abaixo do mínimo necessário para uma sociedade desenvolvida.

Alcançando recordes sucessivos de arrecadação de tributos, os governos não estão nada interessados em uma reforma tributária, porque têm receio de que, em um novo modelo, os valores arrecadados não sejam tão substanciais e suficientes para fazer frente aos mirabolantes gastos públicos.

Precisamos, urgentemente, de uma revisão no sistema tributário brasileiro, quer seja chamada de reforma ou não, sendo esse termo apenas referencial. Que as medidas, executadas de forma “fatiada” ou não (o que seria mais difícil), saiam do papel e se tornem realidade. Nosso fito como resultado é uma eficácia na verdadeira distribuição da tributação, fazendo com que, efetivamente, as empresas e os cidadãos paguem seus tributos pela efetiva capacidade contributiva.

E para que isso finalmente aconteça, precisamos, sem sombra de dúvidas, de vontade política!

João Eloi Olenike

Contador, tributarista e presidente do Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação





Hospital Ana Costa

Tradição e
Excelência

Desde 1957, o Hospital Ana Costa faz parte do dia a dia dos santistas e dos moradores da Baixada Santista. Sinônimo de tradição e excelência em saúde, a empresa nasceu de forma pioneira, como o primeiro serviço de pronto atendimento particular da região. Passados quase 60 anos, a marca Ana Costa tornou-se referência em saúde e representa o maior complexo hospitalar da região, estando presente em toda a Baixada Santista, em 11 unidades hospitalares, totalizando mais de 30 mil m².

Um complexo de saúde completo, com serviços de internação, pronto atendimento, centro de diagnóstico, laboratório, maternidade, ambulatórios de especialidade e institutos especializados; atendendo a população das cidades de Santos, São Vicente, Praia Grande, Guarujá, Cubatão e Bertioga.

Investindo em qualidade dos serviços, capacitação profissional, humanização hospitalar, reformas nas instalações, construção de novas unidades e nas mais modernas tecnologias em saúde, o HAC está sempre evoluindo, unindo tradição e tecnologia, para cuidar da saúde de toda a região.





Institutos

Unir diversas áreas numa mesma estrutura física, com consultórios, exames e testes diagnósticos, agilizando o processo entre consulta, exames, diagnóstico e tratamento, além de promover a troca contínua de informações entre os especialistas. Esse é o conceito dos Institutos do Hospital Ana Costa.

No Instituto de Cardiologia, duas salas de hemodinâmica, teste ergométrico, Serviço de Holter, Mapa, Ecocardiograma, Estudo Eletrofisiológico, entre outros procedimentos estão reunidos em uma mesma estrutura, com equipe altamente qualificada.

Já o Instituto de Cirurgia da Face e Pescoço é o primeiro da região que reúne as especialidades de Cirurgia Maxilo-Facial e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, cuidando de inúmeras patologias como tumores e traumas da face e pescoço, além de dispor de técnicas de implantes dentários.

O Instituto de Oncologia busca reunir várias especialidades, que atuam de forma integrada, trabalhando pelo bem estar e qualidade de vida dos pacientes. São profissionais de diversas áreas da saúde, especializados em oncologia, atuando para tornar a luta contra o câncer mais humanizada e menos traumática.



UTIs

O Hospital Ana Costa conta com quatro Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A Unidade de Terapia Intensiva Geral dispõe de 26 leitos, equipados com monitores multiparâmetros, diálise 24 horas por dia, aparelhos de ventilação assistida de última geração e boxes individualizados.

A Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica atende com 12 leitos e funciona em instalações modernas e com recursos técnicos avançados. Dispõe de monitores multiparâmetros e respiradores de última geração, além da possibilidade de realizar o ecocardiograma à beira do leito.

A UTI Pediátrica conta com 7 leitos e atende crianças menores de 12 anos. O espaço, recentemente remodelado, está preparado para receber crianças que necessitam de cuidados especiais, possibilitando aos pais acompanharem os filhos durante 24 horas, em sistema de rodízio.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal também foi recentemente reformulada e funciona em instalações novas, destinadas a bebês de até 30 dias de idade que necessitam de cuidados contínuos. São 15 leitos, instalados em ambiente moderno e humanizado.



Residência Médica

Contribuindo para a formação de especialistas, desde 1973 o HAC oferece o programa de Residência Médica, já tendo formado mais de 1.300 médicos especialistas. O hospital prepara residentes nas especialidades de Anestesiologia, Cancerologia Clínica, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Clínica Médica, Endoscopia, Ginecologia e Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria e Urologia. Também realiza Estágio Médico nas áreas de Cirurgia Vascul ar, Medicina Intensiva, Radiologia e Diagnóstico por Imagem e Endoscopia.



FBH lança desafio e reconhece trabalhos sobre saúde



A Federação Brasileira de Hospitais lançou, durante a Feira Hospitalar 2015, o Prêmio Synapsis de Comunicação que reconhecerá as melhores contribuições para o tema da Saúde no País. A premiação acontece no mês de novembro, em Brasília.

O prêmio em dinheiro será oferecido às melhores cabeças que possam ajudar a ampliar o universo de atuação do setor e

a pensar a qualidade da Saúde no Brasil, dentro do universo do jornalismo e Organização da Sociedade Civil.

O Prêmio FBH Synapsis de Jornalismo será oferecido aos jornalistas que tenham produzido material de excelência sobre o tema em TV, rádio, imprensa e internet.

O Prêmio FBH Synapsis de Ação Social vai ser entregue à

Organização da Sociedade Civil que apresente as melhores práticas no campo da Saúde dirigida à populações de baixa renda e em situação de risco social.

Consulte o regulamento do Prêmio Synapsis:

fbh.com.br/premio

Inscrições: de 1 de junho até 30 de setembro de 2015

ESTAMOS COLOCANDO 5 CABEÇAS A PRÊMIO

P R Ê M I O



2 0 1 5

**INSCRIÇÕES: DE 1 DE JUNHO
ATÉ 30 DE SETEMBRO DE 2015**

**CONSULTE O REGULAMENTO
FBH.COM.BR/PREMIO**



Quem tem medo de eleições?



O pacote do ministro da Fazenda de corte no Orçamento, não agradou a ninguém. O mundo político naturalmente não gostou, pois acha que foi excessivo, vai prejudicar projetos (e emendas parlamentares) e ampliar a recessão, aumentando o mau humor da sociedade. O mundo econômico também não, porque acredita que era preciso um maior sacrifício do governo, e menos apelo aos impostos. Até o ministro Joaquim Levy não apreciou, tanto que não deu as caras no anúncio das medidas, num claro sinal de seu descontentamento.

Com tanta confusão e com tanta gente no governo puxando as cordas da política econômica para todos os lados, o que se pode prever, certamente, é que o arranjo das contas públicas, considerado essencial para permitir o início da retomada da economia nacional, não se dará na velocidade que esperam os agentes econômicos que não vivem pendurados em Brasília.

Esta percepção fica clara nos movimentos das expectativas de cerca de 100 analistas consultados semanalmente pelo Banco Centro a respeito do

que eles esperam para vários números da economia nacional. Por mais esforço que o governo faça, cresce a cada semana a a previsão para a inflação para 2016, já há semanas acima de 8% e diminuiu a previsão para o PIB, já negativo abaixo de 1%.

Uma leitura simples disto é que vamos entrar em 2016 com a inflação correndo alta, com a economia ainda em recessão e com o Banco Central, como tem avisado em todas as ocasiões que pode se comunicar com o público ultimamente, mirando a elevação dos juros. Pode-se dizer, sem grandes riscos de errar, que somente no fim do próximo ano, a economia estará apontando para um PIB em ascensão e para uma inflação quase comportada. Antes disso, não. Sem falar que a área de emprego e renda, das poucas variáveis econômicas que até recentemente traziam boas notícias, entrou no radar negativo.

O que significa, em outras palavras, que o ano da graça eleitoral de 2016, com eleições municipais sempre importantes prévias das eleições gerais - Presidência da República, governos estaduais, senadores, deputados federais e deputados estaduais, vai ser realizar com a sociedade curtindo ainda um grande mau humor. Portanto, vai ser complicada para quem carrega no peito a imagem de governista. Qualquer governismo. O índice de reeleição deve ser o mais baixo das últimas disputas municipais.

Não é à toa que cresce a insatisfação dos atuais prefeitos. As cobranças sobre o governo federal, que tem o cofre mais recheado já estão crescendo e tendem a recrudescer com a proximidade da campanha. Um campanha que já deverá estar se instalando partir do segundo semestre deste ano. E prefeito sem dinheiro para tocar obra, é prefeito permanentemente ameaçado de condenação pelas

urnas. Ou com a negação da reeleição ou com a recusa de encampar o candidato governista ao cargo.

Não é à toa também que o PT, o mais marcado dos partidos hoje não só por ser governo federal, e também pelas marcas que está recebendo do petróleo, esteja ensaiando manobras diversionistas, para se distanciar dessa imagem. De um lado, procura se dissociar de Dilma, um movimento que deve se ampliar. Um pouco como fingir que esse bicho não é dele. Há sinais de que Lula, mais discretamente, pode fazer o mesmo gesto. O PT sente o cheiro de queimado por exemplo em São Paulo, onde vários prefeitos do partido estão procurando uma saída para mudar de legenda e poder se recandidataram por outro partido sem perda de mandato.

De outro lado, setores do partido estão sugerindo que o PT se junte a alguns aliados e lance uma espécie de “Frente Ampla” para disputar as eleições municipais. Seria mais que uma coligação, seria uma soma de partidos. Assim, o nome PT e seus símbolos ficariam mais diluídos. O problema é que a legislação eleitoral e partidária brasileira dificulta tais manobras, exige inscrição de candidatos por um partido ou em alianças claramente definidos. O desafio é como viabilizar esta mágica, num Congresso em que até os aliados andam agastados com o PT. Dificilmente os petistas conseguiriam o apoio do PMDB para uma manobra dessas.

A verdade é que nunca uma eleição no Brasil meteu tanto medo em tanta gente boa.

José Márcio Mendonça,
Jornalista, analista de política e economia



Projeto de Lei da terceirização

Poderá mordenizar as relações de trabalho e possibilitar novos empregos e a regulamentação dos já existentes?

A polêmica sobre a terceirização de mão de obra no Brasil acirrou nos últimos meses quando o presidente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha (PMDB-RJ), em flagrante litígio com o Palácio do Planalto decidiu desengavetar o Projeto de Lei (PL) 4330/2014, de autoria do ex-deputado Sandro Mabel que tramita há dez anos. Foi o suficiente para provocar acaloradas discussões que envolveram de um lado sindicalistas de diversas categorias e, de outro, entidades representativas do setor empresarial e organizações de trabalhadores que já atuam como terceirizados, além dos partidos políticos.

De parte a parte argumentos foram sendo apresentados e derrubados por especialistas e estudiosos. Um dos primeiros pontos em discussão tratou da questão entre a terceirização da atividade-meio e atividade-fim. Para uns a polêmica é falsa. Para outros trata-se do cerne do problema. O ministro do Trabalho, Manoel Dias (PDT), responsável direto pelo tema no governo, acabou confessando que ainda hoje, tem dificuldades em definir claramente a diferença. “Tem muitas definições e tem muitas indefinições. A rigor eu não sei, perfeitamente,

o que é diferente da terceirização da atividade-meio da atividade-fim”, afirmou.

Realmente, uma pesquisa entre especialistas na área jurídica, trabalhista, econômica e empresarial é capaz de confundir mais do que esclarecer quais seriam as atividades principais e as secundárias dentro de uma empresa. De uma forma simplificada todos concordam que atividade fim é a “razão da existência de uma empresa”. Mesmo em meio à dificuldade de definição, a presidente Dilma Rousseff não deixou de opinar: “A regulamentação do trabalho terceirizado, ela precisa manter, do nosso ponto de vista, a diferenciação entre atividades-fim e atividades-meio nos mais diversos ramos da atividade econômica.”

Para acirrar ainda mais a polêmica o professor titular da Faculdade de Direito da UFMG, Antônio Álvares da Silva garante: “A súmula 331 do TST criou a estranha figura da atividade-fim. Assim, pela via jurisprudencial, foi criado um conceito jurídico de grande significado, causa de toda a polêmica. Aqui, mais uma vez, a jurisprudência assume papel do legislador e o juiz passa de aplicador a agente criador de normas, o que é antidemocrático, pois ele não tem poderes nem legitimidade para esta atividade.”



Os direitos trabalhistas (ou sindicalistas?)

Na outra ponta da polêmica da terceirização de mão de obra o embate se dá entre as entidades de classe. De um lado a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP), em nome da classe empresarial e, do outro, sindicatos de trabalhadores. Há que ressaltar que entre os sindicatos há divergências com alguns apoiando, entre eles os que representam categorias de terceirizados que anseiam pela regulamentação do modelo.

Há muito tempo se fala no Brasil da necessidade de modernização das relações de trabalho, setor até hoje regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas

(CLT), datada de 1943, ainda nos tempos de Getúlio Vargas. Muitos consideram que a discussão sobre a terceirização pode ser o primeiro passo desse movimento e, em conjunto com outras reformas (política, fiscal, etc) contribuirá para resolver em definitivo as travas que impedem o país de caminhar rumo ao desenvolvimento sustentável.

Há muitos pontos em discussão principalmente no que tange à direitos trabalhistas e organizações de trabalhadores. Para o relator do projeto, na Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) da Câmara, deputado Arthur Maia (PMDB-BA), o projeto em discussão foi fruto de um grande acordo entre governo, sindicatos e empresariado. “Antes de abirmos discussões na Comissão existiam 40 pontos de conflitos, hoje são apenas dois”, disse.



Maia explica também que seu relatório não faz diferença entre terceirizar atividade meio ou atividade fim. “O critério será a especialização. A empresa terceirizada tem que ter um objeto social único.” Em relação a um dos argumentos do lado contrário, o da precarização dos direitos trabalhistas, o relator garante que o PL cria uma série de exigências para que a empresa seja classificada como especializada.

Os pontos mais polêmicos do projeto que segundo os envolvidos geram insegurança jurídica e possível precarização da mão de obra, foram cuidadosamente discutidos ao longo da tramitação do Projeto na Câmara.

O deputado afirma que, tirou do texto tudo que poderia dar interpretação dúbia. “Da técnica legislativa usamos sua forma subjetiva para trazeremos um texto sem margens para diversas interpretações”. Se o projeto for aprovado a empresa contratante do serviço terceirizado será responsabilizada solidariamente se não fiscalizar a empresa contratada todo mês, “A responsabilidade é subsidiária. Quem contrata tem que fiscalizar, para saber se a empresa contratada está cumprindo as obrigações trabalhistas previstas em lei. Se não, a responsabilidade será solidária”, disse o relator.

No Senado

No Senado o projeto é denominado PLC (Projeto de Lei da Câmara) 30/2015 e também não deverá ter uma tramitação simples. O presidente da Casa, Renan Calheiros (PMDB-AL) tem recebido para conversar os representantes de todos os setores. Primeiramente conversou com sindicalistas da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para, logo em seguida reunir-se também com o presidente da Confederação Nacional das Indústrias (CNI), Robson Andrade.

Pelo que se pode interpretar de suas colocações Renan Calheiros não tem nenhuma pressa em votar o projeto. Decidiu que o texto será discutido nas Comissões de Constituição, Justiça e Cidadania; de Assuntos Econômicos; de Direitos Humanos e Legislação Participativa; e de Assuntos Sociais. Isso com certeza demanda muito tempo. E parece disposto a modificar o projeto, o que levaria a uma nova votação na Câmara. “O debate será absolutamente criterioso em todos os dias de tramitação. Temos de discutir o mérito. Pode terceirizar a atividade-fim? Até pode, mas tem de colocar um limite. É um novo modelo de desenvolvimento econômico que não leva em consideração as relações de trabalho”, comenta.

Críticas ao projeto de lei da terceirização

As críticas e contestações ao PL 4330/04 surgiram forte vindas do meio sindicalista. Encabeçadas principalmente pela Central Única dos Trabalhadores (CUT) foram relegadas a uma questão central que é a perda de representatividade e de arrecadação.

Os argumentos contestatórios se baseiam, principalmente, nos seguintes pontos:

- “Precarização” das relações de trabalho. Os sindicatos alegam que haverá redução dos direitos dos trabalhadores (férias, décimo terceiro, assistência médica, etc.);
- Redução da remuneração. Segundo documento elaborado Pela CUT os trabalhadores terceirizados tendem a receber remuneração inferior à dos trabalhadores diretamente contratados. Isto porque as empresas, sempre interessadas em reduzir custos, vão terceirizar o máximo possível as suas atividades e a geração de empregos dentro das empresas será maiores riscos de acidentes no trabalho. O argumento é que, não sendo a contratante final do trabalhador, a empresa que terceirizar o serviço não se preocupará com as condições de segurança oferecidas ao trabalhador terceirizado.
- A CUT preconiza também uma provável redução na qualidade do serviço prestado e na segurança oferecida aos consumidores. E cita como exemplo o caso dos bancos. Se gerentes de banco e analistas de mercado forem terceirizados as informações cadastrais dos correntistas passam a ficar vulneráveis.
- O risco de perda de poder de negociação dos trabalhadores. A terceirização aumentará a divisão do trabalho e a especialização dos trabalhadores. Estes, contratados por diversas firmas diferentes, não pertencerão a um sindicato unificado. Eles poderão escolher a que sindicato se filiar (da categoria contratante ou da contratada).
- Finalmente o documento prega que se estendida ao serviço público, a terceirização será uma ameaça ao instituto do concurso público e um incentivo à distribuição demagógica e clientelista de empregos públicos.

Franklin Mendonça
visaohospitalar@fbh.com.br

Índices Econômicos

Índice	Período	no mês	12 meses
IPCA - %	mai/15	0,74	8,47
INPC - %	mai/15	0,99	8,76
IPC Fipe - %	mai/15	0,62	7,6
IGP-M - %	mai/15	0,41	4,11
IGP-DI - %	mai/15	0,4	4,83
ICV-Dieese - %	mai/15	0,57	8,82

Aplicações

Índice	Em %
Selic over, ao ano	13,65
CDI Over Cetip, ao ano	13,64
DI Futuro, ao ano (jan/17)	13,92
TR (18/11)	0,1878
Poupança antiga (18/11)	0,6887
Poupança nova (18/11)	0,6887

FIPE Saúde

Mês	Ano	%
Abril	2015	1,48
Maio	2015	1,08
Junho	2015	0,42

Indicadores de Saúde

Antes da criação Sistema Único de Saúde – SUS, os indicadores já subsidiavam as diversas tomadas de decisão na área da saúde. Contudo, a partir da década de 90 com a edição Lei Orgânica 8.080 que regulamentou o SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, os indicadores foram implementados e passaram a ser adotados de forma mais efetiva, principalmente na elaboração do Plano Nacional de Saúde.

Com a descentralização da gestão do SUS para Estados, Distrito Federal e Municípios, o Ministério da Saúde vislumbrou a necessidade de aprimorar as informações e desenvolver novos parâmetros. Para isso, em 1996, celebrou termo de cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS e instituiu a Rede Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSAs, cujo objetivo é produzir e tornar disponíveis informações qualificadas e oportunas para a formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas do setor saúde.

A RIPSAs congrega órgãos de saúde responsáveis pela gestão de políticas públicas e pela produção de informações; órgãos de outros setores de governo que geram informações necessárias à gestão integrada da área de saúde; entidades de ensino e pesquisa e entidades públicas representativas de segmentos profissionais envolvidos na produção e disseminação de informação em saúde. Dentre esses órgãos e entidades podemos citar: Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS, Departamento de Informática do SUS – DATASUS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

- IPEA, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP, Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde-CONASEMS e outras, responsáveis pela formulação de vários indicadores que subsidiam a programação das ações do Plano de Saúde.

Os indicadores, definidos como medidas-síntese contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde.

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados).

A validade de um indicador é determinada por sua sensibilidade (capacidade de detectar o fenômeno analisado), especificidade (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado), mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos).

Atualmente, a RIPSAs desenvolve os seguintes subconjuntos temáticos de indicadores: Demográficos; Socioeconômicos; Mortalidade; Morbidade e Fatores de Risco; Recursos e de Cobertura. A

“

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados)

”

produção de cada indicador é de responsabilidade da instituição-fonte melhor identificada com o tema e são atualizados continuamente.

São vários os indicadores que compõe cada subconjunto temático, e para melhor entendimento de sua importância na gestão de um sistema de saúde, exemplificaremos alguns:

Demográficos: Índice de envelhecimento; Taxa de fecundidade; Taxa bruta de natalidade, Taxa bruta de mortalidade; Taxa de crescimento da população;

Socioeconômicos: Taxa de desemprego; Taxa de trabalho infantil; Taxa de analfabetismo;

Mortalidade: Taxa de mortalidade infantil; Taxa de mortalidade neonatal; Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas; Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório; Taxa de mortalidade específica por AIDS;

Morbidade e Fatores de Risco: Taxa de incidência de AIDS; Taxa de incidência de Tuberculose; Taxa

de incidência de Dengue; Taxa de detecção de Hanseníase; índice parasitário anual de Malária;

Recursos: Número de profissionais de saúde por habitante; Número de leitos hospitalares por habitante; Número e leitos hospitalares SUS por habitante; Gasto público com saúde per capita e;

Cobertura: Número de consultas médicas SUS por habitante; Número de internações hospitalares SUS por habitante; Proporção de partos hospitalares; Proporção de partos cesáreos.

Portanto, esses dados que estão disponíveis no endereço eletrônico www.datasus.gov.br/idb, quando utilizados de maneira racional pelos gestores, auxiliam na elaboração e no aperfeiçoamento das ações e serviços contidos no Plano de Saúde e na Programação Anual, contribuindo assim, para uma gestão responsável e eficaz.



Claudio Brasil

Especialista em planejamento estratégico e gestão da saúde

Injeção de capital estrangeiro na saúde

Lei 13.097/2015 aponta possibilidades de expansão aos hospitais brasileiros

Depois de uma grande discussão sobre a constitucionalidade da entrada de capital estrangeiro na saúde e a falta de consenso entre alguns setores do governo, foi aprovada a lei que abre o mercado brasileiro da saúde para investimentos de fora do país e promove a maior mudança dentro do setor desde a criação do SUS, em 1988. A medida foi defendida publicamente pelo ministro Arthur Chioro, mesmo com a resistência do Conselho Nacional de Saúde e a recomendação da Advocacia Geral da União por um veto parcial.

Atratividade de novos negócios e mais qualidade no atendimento à população são os reflexos diretos da abertura irrestrita do capital estrangeiro a hospitais brasileiros prevista na Lei 13.097/2015, sancionada em janeiro pela presidente Dilma Rousseff, alterando a Lei 8.080/1990 e permitindo a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde e na oferta de serviços que vão desde a construção e gestão de hospitais à fabricação de equipamentos.

A legislação anterior permitia o capital estrangeiro nas operadoras de planos de saúde para a compra de hospitais, mas os hospitais não podiam comprar

outros com a mesma fonte financeira. Estes é um dos pontos corrigidos com a mudança legal num setor que movimenta em torno de R\$ 100 bilhões ao ano. Estimativa da Confederação Nacional de Saúde - CNS aponta que o setor de saúde tem participação de 10,2% no Produto Interno Bruto - PIB do Brasil. Na lista dos beneficiados estão hospitais e clínicas gerais e especializados, e até as entidades filantrópicas, caso de instituições líderes em atendimento de alta complexidade como Sírio-Libanês e Albert Einstein de São Paulo.

Para a Rede D'Or São Luiz, que opera 26 hospitais no país e fatura R\$ 5,5 bilhões por ano, a nova lei é positiva porque deve atrair novos investimentos: "Temos planos de expansão e investimentos em todos os hospitais.", destaca em nota Jorge Moll, médico fundador do grupo que tem o Banking and Trading Group - BTG como acionista.

O BTG considera ainda que o acesso ao capital externo é um fator que amplia a força do grupo também para fazer aquisições de outros hospitais. A posição do BTG é reforçada pelo especialista em Direito Empresarial, Jayme Petra de Mello Neto: "A partir de agora, os investidores estrangeiros têm segurança para investir, podendo exercer controle sobre as sociedades investidas". Ele explica também que o investimento estrangeiro na saúde

sempre foi visto com restrições, configurando-se como uma faixa de reserva de mercado.

Embora pela Constituição Federal pudesse em tese ser realizado como uma exceção, sua ocorrência dependia de regulamentação legal e abria a possibilidade de que um ato de menor hierarquia jurídica pudesse na prática anular os efeitos da permissão constitucional. E mais: a Lei 8080/1990, em sua redação original, vedava toda e qualquer participação de capital estrangeiro na saúde, autorizando apenas uma participação extraordinária, atrelada a uma iniciativa das Nações Unidas e, ainda assim, dependente de autorização governamental. “Na prática, o setor sempre foi atrativo, mas os impedimentos legais para investimentos estrangeiros desestimulavam investidores, que miravam a assistência à saúde.

Escapavam da regulamentação os investimentos nos setores auxiliares à saúde, tais como farmácias, laboratórios de análises químicas, empresas de tecnologia destinada à saúde, entre outros”, destaca Jayme.

Na contramão desse processo de expansão na saúde estão algumas instituições setoriais. O presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, Luís Eugênio Souza, acredita que a permissão da entrada de capital estrangeiro aumenta o risco de oligopólio: “Haverá uma pressão para compra de pequenos centros, uma concentração dos serviços nas mãos de grandes grupos, algo extremamente prejudicial, sobretudo num serviço como saúde. Uma pena que uma decisão como essa, com impacto tão significativo na vida de todos, tenha sido feita sem discussão.

Vamos fazer tudo para reverter esse cenário”. Corroborando com esta visão, oposta aos benefícios da Lei 13.097/2015, outras associações ligadas à saúde coletiva, especialmente entidades que reúnem sanitaristas, prometem ingressar com uma ação no STF para declaração da inconstitucionalidade da nova norma. E o professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Mário Scheffer, concorda.

Para ele, além do risco de oligopólios, a permissão de investimentos estrangeiros traz o risco de distanciar a oferta de serviços às necessidades da população. Existem 6.300 hospitais no Brasil. O risco de concentração é muito pequeno.

“

A partir de agora, os investidores estrangeiros têm segurança para investir, podendo exercer controle sobre as sociedades

”

Jayme Petra de Mello Neto
Consultor jurídico

Sem falar que, para fazer a fiscalização e evitar que isso ocorra, existe o Conselho Administrativo de Defesa Econômica - Cade”.

Os investimentos estrangeiros tiveram espaço privilegiado no maior evento de saúde da América Latina realizado recentemente em São Paulo, a Feira Hospitalar 2015. O grupo GPoS – Gestão em Projetos em Saúde promoveu o Encontro



denominado “Investimentos Estrangeiros nos Mercados de Saúde: Como Preparar as Instituições para as Mudanças” que reuniu especialistas de grandes consultorias, investidores, dirigentes e gestores de hospitais de todo o país e do exterior para debater a mudança na legislação.

Entre os palestrantes, Tracy Francis, sócia-diretora da McKinsey&Co e consultora de fundos estrangeiros na área de aquisições em saúde no Brasil; Rodrigo Pavan, business profile do BTG Pactual e membro do conselho da Rede D’Or São Luiz; Carlos Costa, diretor de novos negócios da Rede D’Or São Luiz; o especialista Renato Nunes, sócio da Nunes & Sawaya Advogados; e Marcelo Pinheiro Soares, consultor em fusões e aquisições da Crescente Consultoria.

Todos apontaram aspectos essenciais das mudanças na Lei Orgânica da Saúde: o cenário internacional; as perspectivas para o mercado brasileiro; como calcular o valor de um negócio e como preparar a empresa para os processos de fusões e aquisições. “O acesso ao capital vai mudar o cenário de saúde, que deverá se reorganizar de forma mais intensa, seja por fusão, aquisição ou até mesmo por retirada de alguns prestadores de serviços menos competitivos. A mudança na lei afeta decisões estratégicas como a vantagem ou não de se manter como uma organização filantrópica”. É a opinião de Gilmara Espino, diretora da GpeS.

Deborah Andrade
visaohospitalar@fbh.com.br

Alunos criam aplicativo para agilizar transplante de órgãos

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

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

Atualmente esse processo é feito por telefone e pode demorar muito tempo na localização de um paciente compatível, segundo a professora orientadora do projeto, Cristina Oliveira.

Os alunos idealizadores foram Camila Belo, Caroline Roda, Ingrid Mazoni, Jaqueline Izumi,

Lucas Oliveira, Rodrigo Ramos e Rogério Yokomizo.

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

Reconhecido - O eTransplante já está sendo reconhecido pelo mercado: foi um dos destaques na edição de 2014 da Feira Tecnológica do Centro Paula Souza (Feteps), na qual conquistou o primeiro lugar na categoria Informática e Ciências da Computação; também foi premiado no Congresso Nacional de Iniciação Científica; e será apresentado no Fórum Mundial de Educação Profissional e Tecnológica, que será realizado entre 27 e 29 de maio, em Recife.

Além disso, o sistema chamou a atenção internacionalmente e foi aprovado para ser apresentado em julho na 6th International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics, em Las Vegas, nos Estados Unidos.

Receita contra superbactéria

Fórmula encontrada em livro de mil anos atrás destrói uma das mais assustadoras bactérias resistentes a antibióticos

Uma receita registrada em um livro de mil anos atrás pode se tornar opção contra uma superbactéria. A preciosidade está registrada como medicamento contra infecções oculares no Bald's Leechbook - uma das mais antigas coletâneas de textos médicos ingleses. Mas nos testes realizados na Universidade de Nottingham, no Reino Unido, revelou-se potente contra a *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA), uma das bactérias resistentes à ação de antibióticos que mais preocupa pelas dificuldades e gastos envolvidos em seu tratamento.

A ideia de testar o remédio antigo foi de Christina Lee, integrante do Instituto para Pesquisa Medieval. Após traduzir a receita a partir do texto original, guardado na British Library, ela chegou aos ingredientes: alho, cebola, alho poro, vinho e uma substância extraída da bile produzida pelo estômago de vacas. O texto dá indicações precisas do método de preparo, o que inclui o uso de recipientes de bronze e a recomendação para que seja feito nove dias antes de seu uso.

A mistura conseguiu matar 90% das bactérias presentes em lesões produzidas em cobaias. Na opinião da pesquisadora Christina, o segredo de sua eficácia está na combinação de ingredientes.



Vacina para combater dependência de cocaína

Pesquisadores do The Scripps Research Institute, dos Estados Unidos, anunciaram o sucesso, em animais, de uma vacina contra a dependência da cocaína. O medicamento conseguiu impedir que a droga atingisse o cérebro. Dessa forma, impossibilitou a produção de seus efeitos e a consolidação do processo de dependência por ela induzido. Os detalhes do artigo foram publicados na última edição da revista científica “Molecular Pharmaceutics”.

O grupo responsável pelo trabalho é coordenado por Kim Janda, um dos mais renomados especialistas nesta área de investigação. Há anos os pesquisadores investem esforços para achar nas vacinas uma saída contra a dependência de drogas como a cocaína e a metanfetamina. O princípio é o mesmo dos imunizantes usados para a prevenção

de doenças como o sarampo e a poliomielite. O que se quer é estimular a produção de anticorpos. Nesse caso, contra as substâncias químicas.

Para isso, primeiro cria-se um modelo de molécula semelhante ao das drogas. O produto é misturado a fragmentos de bactérias e vírus inofensivos, mas capazes de despertar as células de defesa. Os pesquisadores americanos, por exemplo, usaram a proteína bacteriana flagellin, utilizada em outros imunizantes.

De acordo com os cientistas, o remédio mostrou-se o mais eficaz entre todos os que já testaram até agora. Na avaliação dos estudiosos, os resultados abrem um novo e promissor caminho na produção de vacinas contra a dependência química.

Dispositivo de impressora 3D cura doença respiratória grave em bebês

Em procedimento experimental, médicos americanos implantaram dispositivos criados por impressora 3D na traqueia de três bebês com doença respiratória fatal. Hoje, eles levam uma vida normal.

Médicos americanos salvaram a vida de três bebês que sofrem de traqueobroncomalácia, uma doença respiratória fatal, graças à produção de implantes produzidos por uma impressora 3D. Três anos após o procedimento, as crianças estão bem e respiram sozinhas. O estudo inovador foi publicado quarta-feira, no periódico científico *Science Translational Medicine*.

Vacina para a dengue em 2017

A vacina brasileira desenvolvida pelo Instituto Butantã apresenta eficácia de até 90% contra a doença. No entanto, a pesquisa que permite a confirmação desse resultado só será concluída no fim de 2016.

O aumento no número de casos de dengue em São Paulo provocou uma corrida por uma vacina que proteja contra a doença. O governador do Estado, Geraldo Alckmin, afirmou que pedirá à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) uma autorização especial para antecipar a produção do imunizante que está sendo desenvolvido pelo Instituto Butantan, ainda em fase de testes. Pelos critérios médicos e científicos, no entanto, o pedido não resolverá o problema neste ano. A vacina do Butantan só ficará pronta no fim de 2016, com as doses disponíveis para a população no início de 2017.

Atualmente não há nenhuma vacina disponível para proteger contra a dengue, mas existem algumas sendo desenvolvidas por laboratórios farmacêuticos ou institutos de pesquisa. As mais avançadas são as do Sanofi Pasteur, que está em desenvolvimento há cerca de 20 anos, e a do Instituto Butantan em parceria com o National Institutes of Health (NIH, na sigla em inglês). Outras vacinas estão sendo feitas

A traqueobroncomalácia se caracteriza por uma flacidez das paredes das vias aéreas, causando colapso da traqueia e dos brônquios na expiração. O dispositivo funciona como uma tala que ajuda a manter a traqueia aberta. A técnica ainda não foi aprovada pelos órgãos reguladores americanos. Os procedimentos, portanto, foram experimentais. A conduta é permitida já que as crianças corriam risco de morte. Segundo Glenn Green, professor de otorrinolaringologia pediátrica do Hospital Infantil C.S. Mott da Universidade de Michigan e principal autor do estudo, a doença causa infecções frequentes, o que reduz muito a expectativa de vida dessas crianças.

pelo GlaxoSmithKline, em parceria com a Fiocruz, pela Takeda Pharma e pela americana Merck.

Entre todas, a do Instituto Butantan é a que apresenta os melhores resultados. As primeiras conclusões dos ensaios de fase II, que analisam, principalmente, a segurança e a capacidade de a vacina produzir anticorpos, mostraram que ela tem uma capacidade de proteção de 85% a 90% contra os quatro sorotipos da doença. Com uma única dose, ela foi capaz de proteger 97% dos casos de dengue do sorotipo 1, 80% do sorotipo 2, 97% do sorotipo 3 e 100% do sorotipo 4. Os estudos foram feitos com 300 brasileiros e 600 americanos, de acordo com o Instituto Butantan.

Antes de chegar à população, entretanto, o imunizante precisa ainda passar pela fase III, que deve ser feita com 10 000 a 20 000 pessoas para avaliar a segurança e comprovar a eficácia das doses. O pedido que será enviado pelo Butantan à Anvisa até o fim desta semana vai solicitar o início desta fase. O propósito é vacinar 10 000 voluntários até o fim do ano.

visaohospitalar@fbh.com.br

com informações Saúde Business, Istoe, Veja, G1

VENHA PARA O MAIOR ENCONTRO HOSPITALAR DAS REGIÕES NORTE E NORDESTE DO BRASIL

- TENDÊNCIAS E LANÇAMENTOS
- OPORTUNIDADES DE NEGÓCIOS • CONGRESSOS • WORKSHOPS



Conheça a programação completa e faça já seu credenciamento antecipado no site:

www.feirahospitalmed.com.br

Patrocínio:



UNICRED



EMPETUR

SECRETARIA DE
TURISMO, ESPORTES
& LAZER



Pernambuco
ESTADO DE PERNAMBUCO

Parceiro de Mídia



Cia. Aérea Oficial



Agência de Viagens Oficial:



Filiada à:



Realização:



Promoção e Organização:



ACOMPANHE TAMBÉM
NOSSAS
REDES SOCIAIS



/hospitalmed

LABORATÓRIO SABIN. O PRIMEIRO A SE ADEQUAR ÀS NORMAS DE GESTÃO DE RISCO DA ISO 31000.



O Laboratório Sabin busca promover a saúde e o bem-estar das partes interessadas, oferecendo serviços de excelência em medicina preventiva e diagnóstica de forma sustentável, atendendo aos aspectos ambientais, sociais e econômico-financeiros, por meio de métodos que minimizem riscos e garantam a segurança dos processos e pessoas. Diante disso, o Sabin implantou o processo de Gestão de Risco, sendo o primeiro laboratório do Brasil a se adequar às normas da ISO 31.000.

Isso garante a segurança do paciente em todo o processo pré-analítico, analítico e pós-analítico. Um desafio conquistado por uma equipe comprometida e engajada com a excelência dos serviços de saúde.



sabin
laboratório clínico