

visão hospitalar

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



MALA DIRETA
POSTAL
9912312615/DR/BSB/MG
FBH
CORREIOS

PÂNCREAS ARTIFICIAL: vida nova para os diabéticos

ABRA NOVOS CAMINHOS
ENFRETE DESAFIOS
FAÇA DIFERENTE!

A Federação Brasileira de Hospitais deseja que o ano novo traga prosperidade e novas conquistas orientadas pela ética, respeito e qualidade de vida para todos.

VALORIZE A VIDA, CUIDE DE QUEM VOCÊ AMA!

FELIZ 2013



WWW.FBH.COM.BR

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

Luiz Aramicy Pinto
Presidente da Federação
Brasileira de Hospitais



Selo de qualidade aos hospitais

A Federação Brasileira de Hospitais não tem se descuidado de sua função maior, que consiste justamente em acompanhar, participar e defender o setor, no que diz respeito as políticas de saúde na esfera governamental.

Neste sentido, tem ocorrido no âmbito do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde (Estaduais e Municipais) novas contratações de leitos (contratualização), principalmente de retaguarda, com valores diferenciados discutidos e negociados com prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde-SUS.

Vale salientar que a contratação em tela tem melhorado e aliviado sobremaneira os leitos de UTI e de urgência e emergência.

Outro fato que merece destaque, diz respeito a saúde suplementar. A ANS a partir de janeiro de 2013 começará a testar indicadores de qualidade dos hospitais privados de várias regiões do país. A fase de teste contará inicialmente com 37 hospitais voluntários aos quais serão submetidos a avaliações mensais. Serão observados os níveis de infecção, mortalidade, padrão de cirurgia

segura entre outros com a finalidade precípua de atestar a qualidade de atendimento aos usuários.

Os hospitais privados deverão estar cientes silentes de que a partir de julho de 2013 a avaliação será obrigatória para hospitais das redes próprias das operadoras de planos de saúde e opcional para os demais estabelecimentos.

Ainda com relação a ANS, destacamos o grupo de trabalho recém instalado no sentido de elaborar o novo modelo de apresentação das contas hospitalares que vem sendo trabalhado e que vai privilegiar principalmente serviços de hotelaria (diárias) taxas e qualidade hospitalar.

Desnecessário lembrar que para os hospitais conseguirem valores representativos de suas diárias e taxas, os mesmos terão que passar por um processo de acreditação, onde se privilegiará a qualidade dos serviços oferecidos e a responsabilidade no atendimento aos pacientes.

Por fim, a FBH mais uma vez chama a atenção dos responsáveis pela gestão dos hospitais, no sentido de começarem a trabalhar nesta direção, pois somente assim não serão surpreendidos com as medidas que vem sendo anunciadas. ●

Projeto Dream

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o diabetes afeta cerca de 246 milhões de pessoas em todo o mundo. Estimativas afirmam que até 2025 este número cresça para 380 milhões. No Brasil, a ocorrência média de diabetes na população adulta, acima de 18 anos, é de 5,2%, o que representa mais de seis milhões de pessoas com a doença.

A Federação Internacional de Diabetes, entidade vinculada à Organização Mundial da Saúde, criou em 1991, o Dia Mundial do Diabetes, comemorado em 14 de novembro.

A Assembléia-Geral da ONU aprovou uma Resolução, em 2007, que considerou o diabetes como um problema de saúde pública. A resolução teve o objetivo de chamar a atenção dos governantes de todo o mundo para o desenvolvimento de medidas de políticas públicas em benefício

aos portadores da doença. No mesmo ano da resolução da ONU entrou em vigor, no Brasil, a Lei nº 11.347, que autoriza a distribuição gratuita de medicamentos e os materiais necessários à sua aplicação, para o tratamento de portadores de diabetes.

A Federação Internacional de Diabetes aponta que o diabetes tipo 1 cresce cerca de 3% ao ano em crianças na fase pré-escolar. Já o diabetes tipo 2, antes considerada uma doença de adulto, vem crescendo em taxas alarmantes em crianças e adolescentes, como consequência do sedentarismo, obesidade e maus hábitos alimentares.

Mas a luta contra o diabetes tipo 1 pode ganhar novos rumos com o avanço de pesquisas. Recentemente, no Brasil, o cientista israelense Moshe Phillip, apresentou novidades no tratamento da doença quando

apresentou um sistema eletrônico que chamou de “pâncreas artificial”

Trata-se de um aparelho, fruto de pesquisas do projeto “Dream”, chefiado por Phillip, e que funciona como um sensor de glicose subcutâneo, capaz de monitorar níveis de glicemia associados a uma bomba de insulina. O sensor e a bomba são conectados através de programas de computador que informam e estipulam a quantidade de insulina a ser liberada para manter a glicemia do paciente dentro dos parâmetros normais.

A boa notícia é que tudo isso é feito sem que o paciente tenha de realizar testes na ponta do dedo ou calcular a quantidade de insulina a ser aplicada. Vida nova aos diabéticos!

Ana Lúcia Barata
Editora-Chefe

EXPEDIENTE

MEMBROS DA DIRETORIA | FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS | FBH



Presidente:
Luiz Aramicy Bezerra Pinto

Vice-Presidente:
Francisco José Santiago de Brito

Vice-Presidente:
Luiz Plínio Moraes de Toledo

Vice-Presidente:
Benno Kreisel

Vice-Presidente:
Randal Pompeu Ponte

Vice-Presidente:
Dário Clair Staczuk

Vice-Presidente:
Renato Botto

Vice-Presidente:
Maria Luiza Loureiro

Vice-Presidente:
Adelvânio Francisco Morato

Secretário-Geral:
Eduardo de Oliveira

Secretário Adjunto:
Ivo Garcia do Nascimento

Diretor Tesoureiro:
Mansur José Mansur

Tesoureiro adjunto:
Danilo de Lira Maciel

Diretor de Atividades Culturais:
Avelar de Castro Loureiro

Assessores de Diretoria:
Antônio Dib Tajra
Manoel Gonçalves Carneiro Netto

Superintendente:
Luiz Fernando Corrêa Silva

Conselho Fiscal Membros Efetivos:
Edivardo Silveira Santos
Canísio Isidoro Winkelmann
Volney Waldvil Maia

Conselho Fiscal Membros suplentes:
Luciano Correia Carneiro
Paulo Eduardo Garcia Picanço
Breno de Figueiredo Monteiro

PRODUÇÃO | REVISTA VISÃO HOSPITALAR | SANTAFÉ IDEIAS E COMUNICAÇÃO

Santafé Ideias



Diretor Executivo
Maurício Júnior

Gerente de Redação
Flávia Gomes

Editora-Chefe
Ana Lúcia Barata - 3324/DF
ana@santafeideias.com.br

Subeditor
Yasmine Karysia

Departamento Comercial
Bueno Comunicação
daniela.bueno@buenocomunicacaodf.com.br

Projeto Gráfico
Blog Comunicação
marcelo@blogconsult.com

Arte e Diagramação
Blog Comunicação
marcelo@blogconsult.com
Tel. (31) 33091036

Tiragem
5mil

Publicação
Trimestral

Federação Brasileira de Hospitais - FBH



6

Carga tributária da saúde



30

Pesquisas de imunização no Brasil
é destaque internacional



52

Fusões e aquisições na saúde



10

Cirurgia bariátrica



36

FBH 45 anos



54

Crédito e financiamento na saúde



14

CAPA - Pancreas artificial



42

Hotelaria hospitalar



56

FBH em foco



20

Entrevista - Diretor da Anvisa



46

Saúde e tecnologia



58

Gestão Familiar



24

Atendimento psiquiátrico



49

O custo da saúde no Brasil



60

Gestão por competências



28

Saúde Mental



50

Novas formas de especialização



62

Visão Tributária

Urgência na desoneração tributária da saúde

Brasil carrega uma das mais altas taxas de tributação do mundo

Vanessa Campos

Saúde é o completo bem estar físico, social e mental, segundo definição da Organização Mundial de Saúde (OMS). O direito de todos de desfrutar o mais alto padrão atingível de saúde física e mental – ou, simplesmente, o direito à saúde – foi reconhecido pela Constituição Federal de 1988. Com isso, reconheceu-se também o dever do Estado neste setor. Essa compreensão guarda coerência com o valor da dignidade humana, princípio fundamental e núcleo básico do sistema constitucional instaurado com

a CF, tornando-se um marco importante dessa conquista da população brasileira.

No entanto, o direito à saúde enfrenta muitas dificuldades para a sua concretização, como as altas taxas da tributação ao setor. De acordo com o estudo A “Radiografia da Tributação do Setor de Saúde”, realizado pelo Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário (IBPT), em média, 1/3 do valor pago pela população por qualquer produto ou serviço que se relacione com a saúde é composto por impostos, taxas e contribui-

ções. Ou seja, desde as consultas, os equipamentos utilizados para fazer exames ou tratamentos, passando pelos medicamentos, materiais hospitalares e todos os insumos do setor de saúde são tributados em índices que ultrapassam os percentuais de outros países.

Segundo o levantamento, a Saúde no Brasil é responsável pelo pagamento de 33% dos tributos, enquanto em países desenvolvidos, como Estados Unidos e Japão, registram uma arrecadação de 12% e 13%, respectivamente.



Os países emergentes, como Índia (17%), México (16%), e China (16%), também apresentam uma isenção maior para o setor saúde do que o Brasil.

Com base em informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Receita Federal, estados e municípios, chegou-se à conclusão de que a tributação incidente sobre os materiais na área de saúde está entre 30 e 32% em média. O alto índice tributário reflete-se no preço final dos produtos e serviços. Materiais como bisturi (39,59%), bolsa térmica (37,48%), inalador (35,54%), maca (34,48%), muleta (39,59%) e termômetro (38,93%), por exemplo, embutem no preço final índices elevados de impostos.

O estudo, concluído em 2012, utilizou dados das entidades do setor, da Receita Federal, das secretarias de Fazenda de 13 estados e do Distrito Federal, de prefeituras de cidades com população superior a 200 mil eleitores e do IBGE. Os dados mostram ainda que, somente em 2009, foram arrecadados com tributos, taxas e impostos em geral - tanto na esfera federal quanto nas estaduais e municipais - R\$ 30,5 bilhões na área de saúde, sendo que mais de 90% vieram do caixa das empresas privadas que atuam na área. Do setor público, foram cerca de 4% e, das entidades filantrópicas, menos de 1%.



João Eloi, presidente do Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário - IBPT

O presidente do IBPT, João Eloi, mostra que os gastos com a saúde humana são maiores do que com produtos veterinários. Medicamentos para seres humanos têm, em média, 37% de tributos embutidos no preço final. Remédios veterinários, por sua vez, tem tributação embutida de 14,5%.

Para Olenike, o ideal seria desonerar esse setor e trabalhar com alíquotas médias entre 10% e 12% para os produtos e bens na área de saúde.

“Estamos falando de um serviço essencial, de empreendimentos que trabalham 24 horas por dia, todos os dias da semana”, enfatiza.

O presidente da Federação Brasileira de Hospitais, Luiz Aramicy Pinto, avalia que parece haver uma boa vontade por parte do governo federal em mudar este quadro, a julgar pela movimentação nas negociações pela Reforma Tributária. No entanto, destaca: “É preciso ainda que os governos mudem a visão sobre o setor de saúde e observem que os empreendedores da área necessitam de mais fôlego para as investirem - em ampliação da rede, novas tecnologias - e reduzirem os preços finais para os consumidores”.

Apesar de as alíquotas não terem crescido nos últimos anos, a arrecadação dentro do setor de saúde no Brasil avançou significativamente. Em 2003, ela estava em R\$ 14,303 bilhões, chegando a R\$ 20,266 bilhões em 2006 e ultrapassando os R\$ 30 bilhões



Luiz Aramicy Pinto,
Presidente da FBH

no ano passado. De acordo com João Eloi Olenike, o aumento da arrecadação deve-se ao crescimento econômico - que gerou mais vendas e ganhos para as empresas do setor, na carona da expansão do acesso desses bens e serviços pela população, especialmente da classe C - e à melhor performance da Receita Federal na fiscalização e na arrecadação setorial, entre outros.

Todo esse volume arrecadado, se levado em consideração que em 2009 houve quase 1,6 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde, significa que o consumidor brasileiro paga cerca de R\$ 20 de impostos em cada consulta. Estão incluídas aí também aquelas realizadas por meio

do Sistema Único de Saúde (SUS). No estudo todo do IBPT, porém, foi levada em conta também toda a carga incidente sobre materiais hospitalares e quaisquer outros insumos utilizados no sistema de saúde.

Considerando-se os números de 2009, a tributação sobre a saúde equivale a 16,07% do Produto Interno Bruto (PIB), o conjunto de riquezas geradas na forma de bens e serviços do setor. Levando em conta apenas as atividades privadas de saúde, o peso sobe para 25,23%. A carga tributária do Brasil no ano passado foi de 34,87% - nesse caso, considera-se a arrecadação de tributos de todos os entes da federação como proporção do PIB nacional. No mesmo período, o setor de educação geral teve carga de 14,25%. Já no setor financeiro a carga chegou a 20,84%. Na área de segurança, o percentual foi de 20,47%.

Em recente audiência com o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, a Federação Brasileira de Hospitais entregou documento com sugestões para diminuir a carga tributária do setor da saúde no país com base nos benefícios concedidos nesse sentido pelo

governo federal a outros setores públicos. De acordo com o documento, o Brasil continua com sérias dificuldades, porque os recursos destinados ao setor, pelo governo federal, são sempre inferiores às necessidades.

Nas sugestões, além da redução da carga tributária, a FBH indica o incentivo à produção de materiais da saúde pelas indústrias brasileiras a preços menores, a fim de evitar a importação de produtos e equipamentos que ainda possuem altas taxas.

“A saúde ainda não foi contemplada com redução de imposto e nós, com esse projeto, estamos mostrando o que se pode melhorar se diminuir a tributação na saúde, que é maior do que a tributação financeira”, afirma Aramicy.

O presidente da Federação observa também que o governo está tentando diminuir a sobrecarga dos valores cobrados aos agregados da saúde, porém esse processo deve levar algum tempo para mostrar resultados.

“O procedimento é de uma com-

plexidade tamanha que pode, inclusive, levar o tempo de um mandato político para apresentar os primeiros resultados, pois envolve o Ministério da Fazenda e a Receita Federal, por isso mesmo essa discussão mostra que a situação da saúde brasileira necessita de atenção prioritária e socorro”, diz Aramicy.

As sugestões entregues estão em avaliação pelo Ministro da Saúde, que, caso as aprove, vai encaminhá-las à presidenta Dilma Rousseff. ●

Dante Ancona Montagnana liderança do setor deixa sua marca e saudades

A FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS - FBH, através de sua diretoria, lamenta a irreparável perda do presidente da Federação dos Hospitais do Estado de São Paulo (FEHOSEP) e do Sindicato dos Hospitais do Estado de São Paulo (SINDHOSP), Dr. Dante Ancona Montagnana, grande amigo, companheiro e profissional exemplar, que em vida atuou



Dante
Ancona
Montagnana

firmemente em busca de soluções na melhoria do setor hospitalar brasileiro.

Que neste momento de saudade e pesar procuremos guardar na memória o fruto de sua liderança e de seu trabalho dedicação à família e profunda honestidade.

LUIZ ARAMICY PINTO
Presidente da FBH

Representando a FBH, o presidente Luiz Aramicy Pinto e o secretário-geral, Eduardo de Oliveira, compareceram ao funeral para prestar solidariedade aos familiares e amigos

Sistema de Saúde reduz idade para cirurgia bariátrica

Da redação

Em outubro de 2012, o Ministério da Saúde anunciou a redução da idade mínima para as pessoas que precisam de uma cirurgia bariátrica. Os adolescentes de 16 anos ou mais e que sofrem risco de vida podem passar pelo procedimento no Sistema Único de Saúde (SUS). A decisão foi tomada com base em estudos que apontam o aumento crescente da obesidade entre os adolescentes, como a Pesquisa de Orçamento Familiar de 2009 (POF), verificando excesso de peso

entre 21,7% dos brasileiros na faixa de 10 a 19 anos. Em 1970, este índice estava em 3,7%.

As opiniões dos especialistas sobre o tema são divergentes. Para o endocrinologista Bruno Geloneze a diminuição da idade mínima para realização de cirurgias bariátricas na rede pública, de 18 para 16 anos, pode causar superlotação em um sistema já carente de vagas. Ele argumenta que o SUS não tem capacidade para atender

a este novo contingente de pacientes. “Milhões de pessoas têm as doenças estabelecidas e não são operadas porque não há vaga no Sistema Único de Saúde. Alguém vai falar: ‘puxa, mas vão privilegiar os mais jovens, não está correto’. Os mais jovens têm tempo e oportunidade de serem tratados de outras formas, e podem até surgir tratamentos clínicos menos radicais nos próximos anos”, opina o médico.





Especialistas têm opiniões divergentes sobre o tema

Já o presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, Ricardo Côhen, discorda, indicando que a seleção de casos cirúrgicos será feita observando os mesmos critérios usados com os adultos, como Índice de massa corporal acima de 40, ou a partir dos 35, desde que a pessoa tenha doenças associadas à obesidade. “Há muitos anos a cirurgia privada no mundo, em casos selecionados, indica a operação em adolescentes. Está aumentando a

obesidade e as doenças associadas de todas as faixas etárias, sobretudo entre os adolescentes. Negar tratamento ao adolescente é negligenciar a sua saúde”, pondera.

Dados do Ministério da Saúde revelam que 48% dos adultos brasileiros têm sobrepeso e 15% deles são obesos. Esses números mostram que a obesidade é fator de risco à saúde da população brasileira. Para passar por uma cirurgia bariátrica o paciente precisa fazer um tratamento prévio multidisciplinar, durante

dois anos, que envolve nutricionistas, endocrinologistas, cardiologistas e psicólogos. Nesse período, o paciente é submetido a uma dieta e, se os resultados não forem positivos em relação a esse e outros métodos convencionais, a cirurgia é recomendada. Em alguns casos, se o tratamento prévio não for bem feito, o paciente pode desenvolver novas doenças depois do procedimento cirúrgico. “Provavelmente, essas novas patologias são resultantes de fatores como necessidade de adaptação psicossocial à nova condição e de alterações psíquicas decorrentes de déficit nutricional”, explica a psicóloga Márcia Abreu. Ela alerta que no caso dos adolescentes esta atenção tem que ser redobrada, visto que a formação psíquica pode ainda estar em desenvolvimento.



Bruno Gelonezene afirma que não é a faixa etária que determina a permissão ou não para a cirurgia, e sim o desenvolvimento do corpo de cada adolescente. “Existem adolescentes com 16 anos que já estão com o corpo formado, tal qual um adulto. Neste caso eles simplesmente estão com o organismo já está pronto. Por outro lado a gente também sabe que alguns meninos ou meninas com 16 anos ainda não completaram a sua puberdade. Há que selecionar de uma maneira muito criteriosa quem seriam os pacientes a serem operados, sob o ponto de vista do desenvolvimento”, ressalta o endocrinologista.

Para o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, as propostas têm o objetivo de ampliar o acesso e dar mais qualidade à cirurgia bariátrica. “Queremos aprimorar o que já existe no SUS de acesso ao procedimento cirúrgico. A primeira medida a ser tomada é ampliar a faixa etária. Dados apontam o aumento da obesidade entre jovens e adolescentes, importante momento da vida para evolução clínica, a outros fatores de complicação



Não é a faixa etária que determina a permissão ou não para a cirurgia, e sim o desenvolvimento do corpo de cada adolescente.



Dr. Bruno Gelonezene

relacionados à obesidade grave, como hipertensão e diabetes”, destaca Padilha.

Discriminação - Quando criança, a esteticista terapeuta CideliBonka já tinha sobrepeso. Ela conta que sempre foi alvo de brincadeiras sem graça, por causa da forma física. Na adolescência, chegou a pesar 120 quilos e, por causa do problema, desenvolveu hipertensão e sentia muitas dores nas pernas. Há três anos realizou a cirurgia bariátrica e agora, com 25 anos, está 30 quilos mais magra. Desde que passou pelo procedimento, ela continua a fazer acompanhamento nutricional e endócrino, mudou os hábitos alimentares, além de praticar academia, ginástica e natação. Cideli conta que na época não saía de casa. “Não gostava de sair, me expor. Sempre quando eu chegava em algum lugar todos ficavam me olhando, como se eu fosse de outro planeta. Depois da cirurgia estou bem contente com qualidade de vida. De lembrança da época tenho apenas as fotos de criança”, conta.

De acordo com dados do IBGE, os adolescentes brasileiros consomem sete vezes mais salgadinhos, quatro vezes mais biscoitos recheados, duas vezes e meia a mais biscoitos doces e 50% a mais de biscoitos salgados que os adultos.

O cirurgião-bariátrico Renato Teixeira lembra que é necessário inserir o obeso na sociedade. "Muitas vezes ele se sente excluído e os ambientes também não têm adequação necessária. Também é preciso divulgar que existe tratamento para a obesidade e incentivar que o procurem", ressalta.

A manutenção do peso adequado desde a infância é um dos principais fatores para a prevenção de doenças na fase adulta. Por isso o Ministério da Saúde tem uma série de ações para estimular desde crianças até os idosos a manterem hábitos de vida saudáveis.

A coordenadora de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, Patrícia Jaime, reconhece a obesidade como um importante fator que contribui para ser um dos principais causas de adoecimento da população brasileira. "Entendemos a obesidade como uma doença em si, que traz repercussões sobre a diminuição da qualidade de vida das pessoas, diminuição da autoestima e dessa forma tem os seus determinantes. Por isso é tão importante ter uma resposta específica para a obesidade", considera.

Combate à Obesidade – Em maio de 2010, a Organização das Nações Unidas (ONU) chamou a atenção do mundo para as doenças crônicas não transmissíveis. Então, em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), que tem entre os objetivos parar o crescimento da proporção de adultos brasileiros com excesso de peso ou com obesidade. O órgão também firmou um acordo de parceria com a Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação (ABIA) para redução de sódio nos alimentos. Entre os alimentos cuja redução está prevista figuram várias guloseimas comumente consumidas pelas crianças, como batata palha, salgadinhos de milho e biscoitos recheados.

De acordo com dados do IBGE, os adolescentes brasileiros consomem sete vezes mais salgadinhos, quatro vezes mais biscoitos recheados, duas vezes e meia a mais biscoitos doces e 50% a mais de biscoitos salgados que os adultos. ●



Pâncreas artificial: nova promessa para tratar diabetes tipo 1

Pesquisadores desenvolvem sensor que, aplicado à pele do paciente, monitora a quantidade adequada de insulina para manter nível normal da glicemia

Vanessa Campos

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, mais de 220 milhões de pessoas no mundo sofrem de diabetes e precisam monitorar a quantidade de glicose no sangue porque o corpo delas não produz insulina suficiente para quebrar essas partículas ou porque a insulina produzida não consegue mais exercer essa função. A Sociedade Brasileira de Diabetes considera valores acima de 126 mg em jejum como hiperglicemia e suspeita de diabetes; e acima de 200 mg, em qualquer situação, como hiperglicemia e quadro de diabetes.

A luta contra o diabetes tipo 1 parece ganhar novos rumos com o avanço das pesquisas sobre um pâncreas artificial, que calcula o índice de glicose no sangue e libera insulina automaticamente sem a intervenção do paciente. Apresentado

no Brasil em setembro de 2012, o estudo traz inovações para a área. Estima-se que o tipo 1 atinja 10% dos pacientes com diabetes.

O projeto Dream – sigla em inglês de Consórcio para o Pâncreas Artificial Sem Fio, em tradução livre – é um dos experimentos nessa área. No início de setembro de 2012, os resultados da pesquisa liderada pelo pesquisador israelense Moshe Phillip, foram apresentados no Brasil, durante um evento na cidade do Rio de Janeiro, dedicado às novidades sobre os tratamentos para esta doença.

O grupo de Phillip desenvolveu um sistema chamado MD-logic artificial pâncreas system - o pâncreas artificial, que consiste em um sensor de glicose subcutâneo capaz de monitorar os níveis de glicemia associados a uma bomba

de insulina. Ambos são conectados por programas de computador que informam e estipulam a quantidade de insulina a ser liberada para manter a glicemia dentro dos parâmetros normais. Tudo isso é feito sem que o paciente tenha de realizar testes de ponta de dedo e calcular a quantidade de insulina a ser aplicada.

De acordo com Phillip, o sistema funciona como uma ferramenta promissora para o controle da glicose individualizada em pacientes com diabetes tipo 1, pois foi projetado para minimizar os picos de glicose, evitando a hipoglicemia. “O núcleo do sistema de pâncreas artificial ideal é o algoritmo de controle que, automaticamente, modula a administração de insulina de acordo com os níveis de glicose medidos”, explica o pesquisador.

O MD-logic inclui em seu sistema as características físicas do paciente e o regime de administração de insulina – plano de insulina basal e fator de correção de insulina. O tratamento é baseado em dados pré gravados, incluindo a leitura subcutânea por um sensor de glicose, medições de glicosímetro, o tratamento já utilizado com insulina e um diário de atividades, que deverão ser gravadas durante a terapia diária do paciente regular. Tanto a gestão do tratamento do paciente como o desempenho do dispositivo é ajustável, tornando mais fácil para o sistema lidar com a possível variabilidade das taxas.

“Os dados do paciente são calculados pelo médico e inseridos previamente no aparelho, com cálculos feitos com algoritmos. A elaboração destes algoritmos tem sido o maior desafio, pois erros nas quantidades de insulina administrada levariam ao fracasso terapêutico, expondo o paciente tanto a hiper quanto a hipoglicemia”, explica a médica Rosane Kupfer, membro do departamento de diabetes da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia.

“Descobri que tinha diabetes tipo 1 depois de um verão em São Luís em que troquei as habituais cervejinhas pelo consumo desenfreado de



Viver com a doença é complicado e requer muita disciplina, sobretudo na administração da insulina: não posso perder os horários e isso na rotina de trabalho é bem complicado.



Antônio Viana



sorvetes. Eu sentia muita necessidade de açúcar”, conta Antônio Viana, 65 anos, há 25 com a doença. “Quando voltei das férias, o susto: a minha taxa de glicemia apontou o diabetes: 409 mg/dL”, rememora. Com histórico da doença na família – o pai e o irmão chegaram a sofrer de cegueira e amputações – a rotina de Antônio mudou radicalmente. “Tive que reaprender a me alimentar, rever os

hábitos e até mudar o tipo de calçados que uso; isso tem impacto em toda a minha vida. Viver com a doença é complicado e requer muita disciplina, sobretudo na administração da insulina: não posso perder os horários e isso na rotina de trabalho é bem complicado”, explica.

Diabética desde os 19 anos, a publicitária Briza Mulatinho, hoje com 35, diz que não imaginava que poderia ser diabética nessa idade com 54 quilos, se alimentando de maneira correta e fazendo exercícios regularmente. “Na época, só sabia da existência da diabetes tipo 2, que a minha vó materna, com quem morava, tinha. Só que de repente comecei a emagrecer muito, sentir muita sede e vontade de fazer xixi. Um belo dia, acordei vendo tudo embaçado e entrei em pânico”, explica. Depois de uma série de investigações que diagnosticaram a doença, Briza passou pela tentativa com remédios, mas como não funcionaram, passou a usar insulina. “No começo foi difícil demais, pensava: vou ter que fazer isso para o resto da minha vida! Era como se fosse uma agressão contra mim mesma”, desabafa.

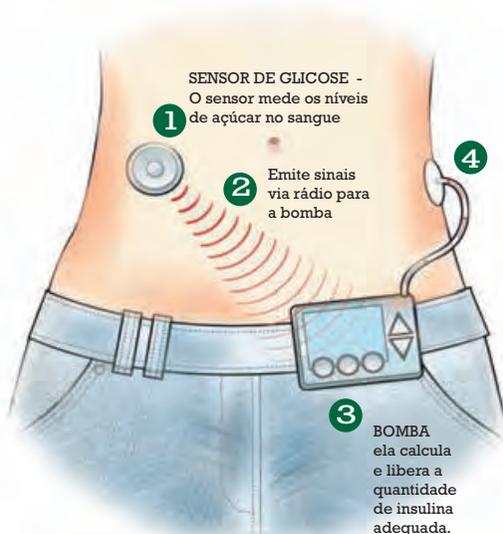
Atualmente existe no mercado a bomba de infusão de insulina. Do tamanho de um pager, o aparelho fica ligado ao corpo por um

MARCA PASSO PARA O DIABÉTICO

O APARELHO COMBINA UM SENSOR DE GLICOSE IMPLANTADO NO CORPO A UMA BOMBA COM CATETER, QUE LIBERA A INSULINA.

COMO
FUNCIONA O
APARELHO

30milhoes
de pessoas
são afetadas pela
doença, no mundo.



10% de todo
os casos de
diabetes são
do tipo 1.

Diagrama baseado no site da internet Folha de São Paulo

finíssimo cateter com uma agulha flexível na ponta. A agulha é inserida na região subcutânea do abdômen ou da coxa e deve ser substituída a cada dois ou três dias para evitar obstruções. Não é uma bomba inteligente: não mede a glicemia ou diz quanto de insulina deve ser usada. A dosagem da glicemia permanece sendo realizada por meio do glicosímetro e não pela bomba. A quantidade de insulina é programada pelo médico, 24 horas por dia, e a cada refeição é preciso fazer o cálculo da quantidade de carboidratos que serão ingeridos e programar o aparelho para lançar a quantidade adequada de insulina no organismo.

O diferencial do novo tratamento com o pâncreas artificial é a inteligência do sistema, que calcula automaticamente a dosagem necessária de insulina a ser aplicada, além de medir as taxas de glicose, funcionando exatamente como um pâncreas real.

Briza e Antônio ressaltam o alto custo do tratamento. Em média, ambos gastam o equivalente a R\$ 500 com o tratamento, que não é facilmente adquirido através do Sistema Único de Saúde. “Hoje faço cerca de oito medições por dia. Aplico insulina três vezes ao dia, além de medicamentos complementares em cada refeição; a quantidade varia de acordo com

a glicemia. Não me incomoda de tomar insulina, nem de fazer essas medições; com o tempo a gente acostuma. Só acho realmente caro”, conta a publicitária.

A médica Rosane Kupfer lembra que brasileiros com diabetes tipo 1, em sua maioria, fazem uso de múltiplas injeções de insulina ao longo do dia. “Algumas Secretarias Estaduais de Saúde disponibilizam os análogos de insulina que reduzem este risco, permitindo um melhor controle. Raramente oferecida pelo SUS, a bomba de insulina, por exemplo, é ainda considerada o padrão ouro de tratamento desses pacientes. Seu custo é elevado”, explica.

O pâncreas artificial não está sendo comercializado, pois ainda faltam os estudos finais que comprovarão sua eficácia e segurança em estudos com maior número de pacientes.

Os pesquisadores avaliaram o funcionamento do pâncreas artificial em 18 crianças entre 12 e 15 anos, durante um acampamento de três dias. Foi a primeira vez que um aparelho do tipo foi testado em um ambiente real, fora do hospital. Um estudo anterior com outro grupo, usando um sistema semelhante, foi feito com 24 pacientes hospitalizados.

Na prática

Os pacientes que têm diabetes tipo 1 convivem diariamente com as aplicações de insulina ou usam a bomba, que fornece o hormônio por meio de um pequeno catéter inserido sob a pele. Das duas formas, a pessoa tem de calcular a quantidade de insulina de que precisa com base na taxa de açúcar no sangue, na quantidade de carboidratos que vai ingerir, e o quanto de atividade física fará.

Com o pâncreas artificial a pessoa terá um sistema automatizado que consiste em um monitor contínuo de glicose, uma bomba de infusão e um medidor para calibrar e mo-

nitorar. Ter um pâncreas artificial significará ter um mecanismo de monitoramento dos níveis de açúcar no sangue, que sente quando o corpo precisa de insulina. Ele mesmo calcula a dose necessária, e a aplica, sem a necessidade de controle pelo paciente. Alguns dispositivos alertam quando os níveis estão elevados e basta que se aperte um botão. Não é preciso fazer cálculo algum.

“Isso representa uma esperança de maior liberdade para o paciente, menos preocupação e, portanto, menos estresse quanto aos inúmeros procedimentos necessários hoje, no dia-a-dia do paciente”, explica Rosana Kupfer. “É importante ressaltar, no entanto, que isso não significa abandono dos bons hábitos alimentares, como a base do tratamento”, complementa a médica.

Pesquisas no Brasil

Em paralelo às pesquisas feitas sobre o pâncreas artificial, o Brasil desenvolve dois estudos na Universidade de São Paulo (USP) com o uso da terapia celular, utilizando diferentes abordagens, para o tratamento do diabetes tipo 1.

No Centro de Terapia Celular (CTC) – Centro de Pesquisa, Inovação e Difusão (CEPID) da

FAPESP na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP) – a estratégia é interromper o processo de destruição do pâncreas que ocorre em portadores de diabetes tipo 1 por meio de um transplante de células-tronco hematopoiéticas retiradas da medula óssea do próprio paciente. A técnica foi idealizada pelo imunologista Julio Voltarelli, que morreu em março de 2012. A pesquisa continua sob a coordenação de Maria Carolina de Oliveira Rodrigues e Belinda Pinto Simões. Também colabora o endocrinologista Carlos Eduardo Couri.

O diabetes tipo 1 é uma doença autoimune e caracteriza-se pela destruição das células do pâncreas que produzem a insulina. “Quando os sintomas começam a aparecer, é sinal de que aproximadamente 80% das células já foram danificadas”, explica Maria Carolina. “Se o processo de destruição for interrompido nesse ponto e as células restantes forem preservadas, é possível que o paciente consiga se livrar da dependência de insulina ou pelo menos diminuir as doses”, diz a pesquisadora.

Com esse objetivo, foi iniciado em 2004 um primeiro protocolo experimental com 25 pacientes.

Eles passaram por um procedimento para coletar e isolar células-tronco hematopoiéticas da medula óssea, que foram congeladas. Em seguida, foram submetidos a uma quimioterapia agressiva para destruir o que restava da medula e de todas as células do sangue. “O objetivo é zerar o sistema imunológico, fazendo com que ele pare de agredir o pâncreas. Em seguida, infundimos as células-tronco congeladas para que elas produzam uma nova medula e novas células sanguíneas”, resume Rodrigues.

De acordo com dados do estudo, três dos 25 pacientes permanecem até hoje livres de insulina. Outros 18 tiveram de voltar a tomar o hormônio após um período que variou entre seis meses e cinco anos, mas recebem atualmente doses menores do que antes do tratamento. Outros quatro pacientes não conseguiram se livrar da insulina e nem reduzir a dose. Com base nos dados preliminares do primeiro experimento, a equipe iniciou um novo protocolo em 2010. “As análises indicaram que a quimioterapia não foi forte o suficiente para destruir todas as células sanguíneas em alguns pacientes, então estamos testando um tratamento ainda mais agressivo”, disse.

Em outro protocolo experimental

O diabetes tipo 1 é uma doença autoimune e caracteriza-se pela destruição das células do pâncreas que produzem a insulina. “Quando os sintomas começam a aparecer, é sinal de que aproximadamente 80% das células já foram danificadas”, explica Maria Carolina.

iniciado em 2008, os pesquisadores do CTC tentaram modular o sistema imunológico de oito pacientes diabéticos por meio de aplicações de células mesenquimais. Estas células são retiradas de um familiar do paciente diabético. A expectativa dos cientistas é que elas consigam combater a inflamação no pâncreas e ajudar na regeneração do órgão.

Terapia em cápsula

No Núcleo de Terapia Celular e Molecular (Nucel), coordenado pela professora Mari Cleide Sogayar e vinculado ao Instituto de Química e à Faculdade de Medicina da USP, a estratégia é encapsular as ilhotas pancreáticas –

conjuntos de células produtoras de insulina – com um material biocompatível capaz de evitar a rejeição após ser aplicado no organismo do diabético. “O método tem funcionado muito bem nos testes com animais. Implantamos ilhotas de ratos em camundongos para provar que a cápsula é mesmo capaz de evitar a destruição das células pelo sistema imunológico”, explica Mari Cleide.

As cápsulas contendo ilhotas de rato são implantadas no peritônio, membrana que reveste a parte interna da cavidade abdominal e recobre órgãos como o estômago e intestino. Após o tratamento, os camundongos diabéticos livraram-se completamente da insulina. “Depois de 250 dias, retiramos as cápsulas dos animais por meio de uma lavagem do peritônio e conseguimos mostrar que as ilhotas estavam intactas. Os camundongos, por outro lado, voltaram a ficar diabéticos”, relata a pesquisadora.

Embora a ideia de encapsular as ilhotas tenha sido desenvolvida em pesquisas internacionais, a equipe do Brasil conseguiu aperfeiçoar o método e criou um novo material biocompatível contendo uma proteína chamada lâmina, que foi patenteado com o nome de Bioprotect. ●

Vigilância Sanitária no Setor Hospitalar

Vanessa Campos

Em seu segundo mandato como diretor-presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o paulista de Ibaté Dirceu Barbano é reconhecido por sua vasta experiência na área da saúde e da Política Nacional de Medicamentos. Antes de integrar a diretoria da Anvisa, participou da criação e implantação do programa Farmácia

Popular, em 2004, e coordenou os departamentos de Assistência Farmacêutica e Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Também foi secretário municipal de Saúde das prefeituras de Ibaté e São Carlos, em São Paulo.

Em outubro de 2011 foi reconduzido para os cargos de diretor e de

diretor-presidente da Anvisa. Para Barbano, o maior desafio de sua gestão é agilizar o registro de medicamentos considerados essenciais para o sistema público de saúde e para a sociedade. Nesta conversa, o diretor-presidente fala sobre as principais ações da Anvisa para garantir a segurança sanitária no setor hospitalar.

Como a Anvisa atua dentro do setor hospitalar?

A Anvisa estabelece critérios em relação à estrutura física, recursos humanos e cuidados sanitários para evitar danos à saúde das pessoas no ambiente hospitalar. Faz também a regulação dos materiais e equipamentos médicos. Toda tecnologia disponível dentro do hospital passa por regulação, registros e certificações da Anvisa. A agência é responsável por regular a parte dos produtos que são utilizados para higiene, desinfecção e esterilização de ambientes e materiais.

Além disso, os serviços de hemoterapia, que são os bancos de sangue, os serviços que recebem e fazem transfusão sanguínea, também são passíveis de regulação por parte da Anvisa. De maneira geral, é possível dizer que os hospitais e a Anvisa são totalmente dependentes.

Como funcionam as parcerias entre a Anvisa e os hospitais?

Nós temos várias parcerias. Uma delas é com o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), na qual realizamos monitoramento de qualidade de produtos. O principal projeto dessa parceria refere-se ao monito-

ramento de qualidade de próteses ortopédicas, que já alcançou muito sucesso. Também temos parceria com o hospital Sírio Libanês no que se refere à capacitação de profissionais em vigilância sanitária.

Ressalto a importância dos hospitais que integram a rede Sentinela, que nos ajudou a ter vigilância pós-comercialização de produtos. É um projeto absolutamente exitoso que tem permitido uma integração muito grande entre a Anvisa e hospitais da rede, que têm a responsabilidade de fazer essa vigilância, estar em sentinela em relação aos agravos que podem ocorrer dentro dos hospitais.

**Dirceu
Barbano,
diretor
presidente
da Anvisa**



Divulgação Anvisa

O que um hospital precisa fazer para se tornar integrante da rede Sentinela ou firmar uma parceria com a Anvisa?

Para um hospital participar do projeto da rede Sentinela, basta entrar no site da Anvisa para verificar todas as orientações. Outras parcerias podem se dar por meio de convênios ou contratos. A Anvisa é aberta a receber proposições, que serão encaminhadas para as áreas técnicas analisarem o interesse e firmar a parceria.

Como são realizadas as inspeções de vigilância?

As inspeções em serviço, que é a parte de vigilância e inspeção para verificar o cumprimento das normas da Anvisa, geralmente são feitas pelas vigilâncias sanitárias dos estados ou dos municípios. E as licenças sanitárias emitidas por essas autoridades têm validade de um ano. Agora, quando há situações especiais, quando há solicitação, a Anvisa também pode, excepcionalmente, realizar a inspeção em um hospital.

Quando são encontradas irregularidades, o que é feito para orientar ou punir o hospital?

Principalmente com os hospitais, a postura da vigilância sanitária é sempre no sentido de orientar. A punição é importante, mas como os hospitais precisam funcionar para o atendimento das pessoas, nem sempre a punição é o caminho. Então, quando se encontram necessidades de melhorias, de alterações de atendimento, a vigilância auxilia os hospitais a buscarem a regularização, indicando o caminho a ser perseguido para regularizar e estabelecer prazos.

Quais são as maiores irregularidades encontradas no Setor Hospitalar?

A mais frequente refere-se a à ausência de procedimentos para higienização de ambientes e de materiais. É muito comum, ainda, os hospitais carecerem de maior rigor quanto a procedimentos relacionados ao cuidado com os alimentos, materiais e ambientes. Outro ponto é a inadequação de espaços aos procedimentos realizados nos hospitais. A agência identifica muitas dificuldades dos hospitais em estruturar um

Manual de vigilância

A Anvisa disponibiliza em sua página oficial – www.anvisa.gov.br – manuais destinados aos gestores hospitalares e profissionais de saúde. Um deles é o Manual de Registro e Cadastramento de Materiais de Uso em Saúde. O objetivo da publicação é melhorar o nível de informações prestadas para a regularização de materiais de uso em saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Isso pode permitir a melhoria das condições sanitárias de fabricação, comercialização e regularização de materiais de uso em saúde, além de fortalecer o desenvolvimento tecnológico e industrial do Brasil.

ambiente com mobiliário e equipamento para assistência prestada naquele lugar. De maneira geral, eu acredito que essas duas questões ainda sejam as mais relevantes encontradas pelo pessoal da vigilância nas inspeções.

E o que a Anvisa faz para conscientizar os gestores hospitalares sobre essas questões mais críticas?

A Anvisa tem manuais para essas duas questões e sempre os veicula de maneira intensiva. Mais recentemente nós criamos um grupo de trabalho para discutir melhor a qualidade de atendimento no serviço hospitalar, sempre com foco na melhor assistência ao paciente. Esse grupo deve propor à Anvisa medidas que venham a envolver, ainda mais, as instituições em um programa de melhoria da qualidade da assistência, a partir do cumprimento das normas sanitárias que protegem as pessoas.

De um modo geral, qual a avaliação da Anvisa com relação aos hospitais do país?

A Anvisa não tem um indicativo geral para definição das condições gerais dos hospitais do Brasil. Nós não dispomos de uma ferramenta que faça

essa avaliação de uma maneira global. Mas é possível afirmar que na medida em que as vigilâncias sanitárias dos estados e municípios se tornam mais capacitadas a acompanhar, fazer as inspeções, indicar para os hospitais como eles precisam atuar para melhorar as condições sanitárias, melhor os hospitais têm conseguido se estruturar.

Existem muitos hospitais em condições bastante adequadas para a situação da assistência. Por outro lado, nós ainda temos um desafio enorme com hospitais de menor porte. Há todo um cuidado de nossa parte em integrar as nossas ações e medidas com o Ministério da Saúde, porque muitas vezes as soluções passam por investimento e esses investimentos, via de regra, dependem de financiamento do próprio ministério.

Outro exemplo é o Documento de Referência para Guias de Boas Práticas Nutricionais, que apresenta modelo para elaboração de guias específicos para preparo de alimentos. O documento contempla as etapas críticas do preparo do alimento a serem controladas sob o ponto de vista nutricional, os ingredientes empregados na formulação, suas funções e a composição nutricional do produto. ●

Redução da jornada para enfermeiros: prejuízos à vista

Dagoberto J.S. Lima,
consultor jurídico
especialista
em direito
empresarial
da saúde.



Nas próximas semanas, a Câmara dos Deputados deve discutir a redução da jornada de trabalho dos profissionais de saúde de 40 ou 44 para 30 horas semanais. Isto porque, há mais de uma década, a enfermagem brasileira reivindica a aprovação do Projeto de Lei 2.295/2000 do Senado (PL 30 horas). Em caso de concordância, essa lei diminuirá automaticamente o tempo de trabalho de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, mas sem a correspondente redução de remuneração e encargos.

Como argumento, a classe de enfermeiros alega que a recomendação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), entidade ligada à Organização das Nações Unidas (ONU), é pela jornada de 30 horas semanais. Com isso, os profissionais teriam mais espaço para suas atividades pessoais e, durante o trabalho, poderiam se dedicar mais e melhor

aos pacientes. No entanto, não há qualquer estudo nesse sentido. Ou seja, a redução da jornada de trabalho não é garantia de um atendimento de excelência.

A falta de profissionais qualificados, de modo geral, está relacionada principalmente ao aumento do número de leitos nos hospitais, resultado da incidência cada vez maior de doenças crônicas. Ainda assim, pelo que as pesquisas nos mostram, o número de internações deve crescer ano após ano, forçando a contratação de novos profissionais como enfermeiros e médicos.

Por outro lado, é inevitável constatar que a redução de 30 horas reflete negativamente na saúde brasileira. Como sabemos, atualmente há um déficit de profissionais no mercado. Para ser ter ideia, segundo a Organização de Cooperação para o Desenvolvimento

Econômico, existe 0,9 enfermeiro para cada mil habitantes no país. Se essa carência já existe com 44 horas semanais, imagine com uma redução e a necessidade de buscar mais mão de obra qualificada.

Portanto, é evidente que a medida causa prejuízos aos hospitais, clínicas e programas governamentais como o Saúde da Família. Mas o pior é que a redução da jornada de trabalho depõe contra a saúde brasileira, que pode se tornar um caos devido à falta de profissionais mais capacitados. É importante destacar que os impactos negativos dessa redução vão atingir não só os estabelecimentos privados, mas também o SUS como um todo, até porque o setor público tem profissionais contratados sob vínculo trabalhista nas três esferas de governo, sem falar nos prestadores de serviços contratados ou conveniados com o sistema público de saúde. ●

Saúde Mental: um transtorno hospitalar

SUS não prioriza atendimento psiquiátrico e deixa sociedade apreensiva

Da Redação

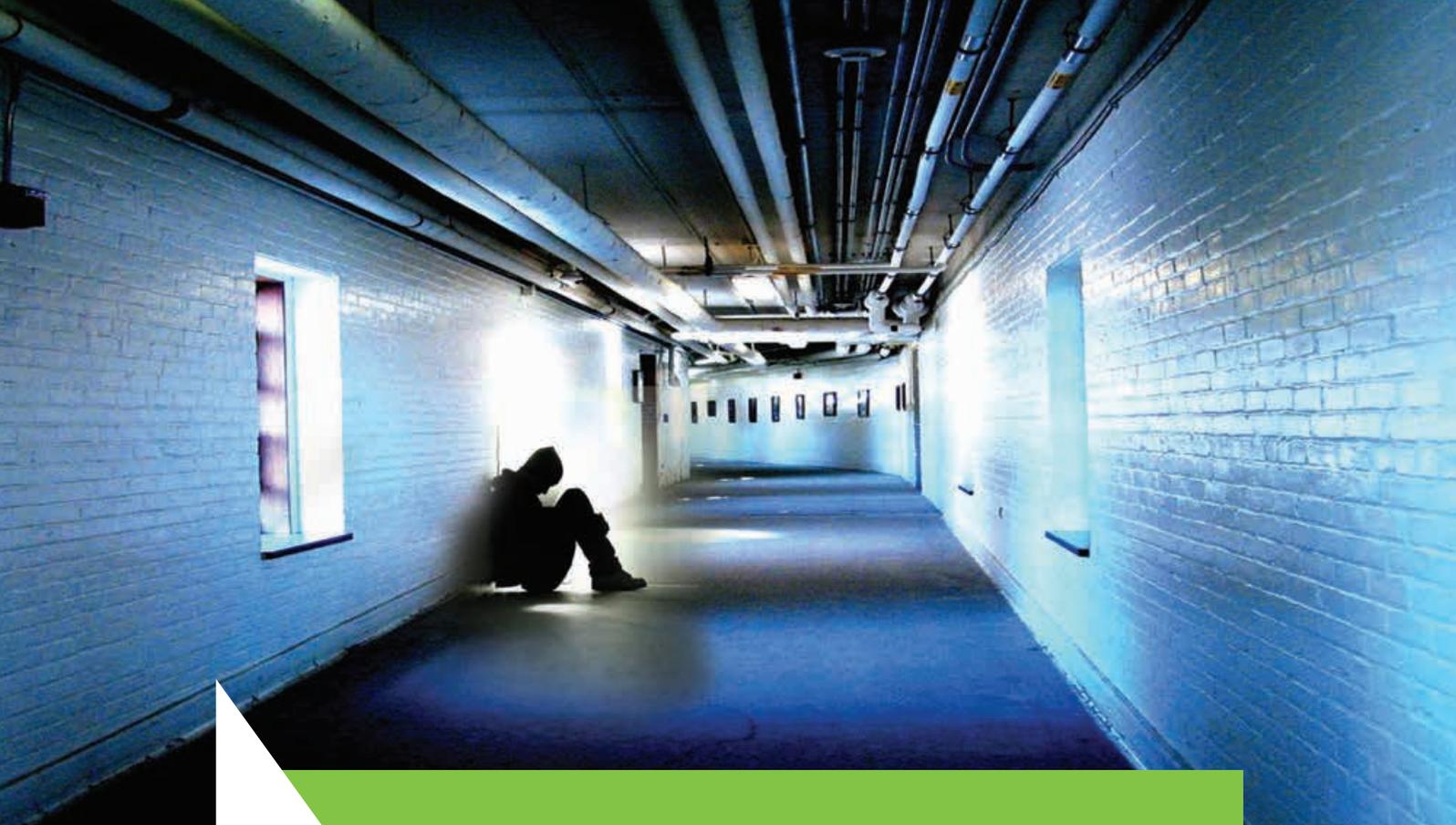
De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) aproximadamente 500 milhões de pessoas sofrem dos chamados transtornos mentais. No Brasil, o Ministério da Saúde estima que 3% dos brasileiros sofram com transtornos mentais severos e persistentes e mais de 6% da população tenha transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e drogas. Também de acordo com o órgão, 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental. Segundo dados do próprio Ministério da Saúde, foram extintos, desde a criação da Lei 10.216/01, que instituiu a Reforma Psiquiátrica, mais de 80 mil leitos, res-

tando apenas algo em torno de 30 mil leitos.

Também foram encontrados muitos problemas na principal porta de acesso dos portadores de transtornos mentais, já que esses centros são insuficientes para lidar com casos complexos. No atendimento em dependência química, um terço dos usuários de crack morre ou acaba na prisão. “Falta bastante para um atendimento digno aos doentes mentais. Os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) são insuficientes, há um desinteresse para com os hospitais psiquiátricos – extremamente importantes nos casos de internação – e o governo federal tem oferecido cada vez menos recursos para a

área”, destaca um dos diretores do Departamento de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Juliano Almeida.

O Ministério da Saúde se defende, afirmando que está empenhado em ampliar a assistência na área. De acordo com dados repassados pelo órgão, a atenção à área de Saúde Mental ampliou o orçamento de aproximadamente 12 milhões para 146 milhões, com o desafio de atingir 100% da população que necessita de atendimento psiquiátrico. Especificamente para o conjunto de Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), foi repassado um valor de mais de 200 milhões de reais para qualificar a rede já existente.



“No atendimento em dependência química um terço dos usuários de crack morre ou acaba na prisão. Falta bastante para um atendimento digno aos doentes mentais”.

Juliano Almeida – Psiquiatra

O coordenador-adjunto de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Leon Garcia, ressalta que o atendimento aos doentes mentais vai além dos CAPS. “A rede de atenção integrada em saúde mental também conta com os atendimentos oferecidos por meio das Equipes de Saúde da Família (mais de 33 mil equipes em todo o país), das 44 Unidades de Acolhimento Adulto e Infantis, 92 Consultórios nas Ruas e das Comunidades Terapêuticas. Na rede hospitalar ainda estão disponíveis mais de 32 mil leitos. Todos eles recebem recursos financeiros do governo federal” destaca.

Mas para especialistas, vive-se hoje um estado de desassistência preocupante. O presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Antônio Geraldo Silva, afirma que o governo federal tem uma visão muito ideológica e precisaria ter uma visão mais científica, focada em resultados e na qualidade do atendimento. “Hoje, o foco do governo federal é voltado para simplesmente acabar com os hospitais psiquiátricos. No entanto, o que vemos é uma necessidade de leitos psiquiátricos porque a demanda está se tornando gravíssima, como no caso do crack e outras doenças graves, que requerem internação, ao passo que as pessoas não têm onde serem internadas”, afirma o psiquiatra.

A OMS preconiza um leito psiquiátrico para cada mil habitantes. No Brasil há cerca de 0,2 leitos psiquiátricos para cada mil habitantes e a proporção tende a decrescer. O Sistema Único de Saúde (SUS) não prioriza o atendimento psiquiátrico, tornando ele insuficiente e dando a impressão de que o tratamento à doença mental deve ficar em segundo plano. “Atuação do estado indica um desrespeito ao doente mental”, ressalta o diretor da FBH.

A FBH já apresentou alternativas ao Ministério da Saúde como medida para reverter o caos crescente que o sistema psiquiátrico vem apresentando. Foi proposta a criação de um Centro Integrado de Atendimento à Saúde Mental, CIAPS, para substituir o modelo vigente. A ideia do CIAPS contempla o que não existe no modelo atual, como atendimento psiquiátrico com inclusão de pronto atendimento 24 horas, leitos dia e noite, internações de médio e longo prazo, oficinas de geração de renda, acompanhamento odontológico e estrutura

para atendimento ginecológico, que visa também atender aos doentes que não podem ser acolhidos apenas em suas residências.

Outro impedimento que dificulta o atendimento de quem necessita de tratamentos psiquiátricos: está cada vez mais difícil cobrir os custos de manutenção dos serviços de saúde prestados por hospitais psiquiátricos com o valor da diária paga pelo SUS para atendimento dos pacientes submetidos à internação. A diária hospitalar paga pelo SUS é de R\$ 49 por dia para cada paciente submetido à internação. O valor é destinado para cobertura dos custos operacionais, profissionais, medicamentos, alimentação e todos os serviços de apoio. Contando ainda com taxas e tudo mais, o valor de uma diária hospitalar deveria ser hoje algo em torno de R\$ 130, para que pudessem ser implementadas melhorias no serviço.

Combate ao álcool e outras drogas

Em dezembro de 2011 a presidenta Dilma Rousseff lançou o Plano Crack, é possível Vencer.

Nele está prevista uma maior atenção aos dependentes químicos. As medidas vão desde videomonitoramento nas crackolândias até tratamento em leitos especializados nos hospitais. O investimento total será de R\$ 4 bilhões, até 2014, para aumentar a oferta de tratamento de saúde aos usuários de drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e ampliar as ações de prevenção.

Antônio Geraldo acredita que esta ação está fadada ao insucesso. “O grande problema que o governo federal tem feito é não ouvir os especialistas que atuam nesta área. Nós não acreditamos que enfrentar o crack e outras drogas desta maneira seja resolutivo. Para nós é um sofrimento ter que lidar com esta situação diariamente e não apresentar para as famílias algo que realmente vai mudar o futuro do filho, da filha, do marido, ou da esposa, e das pessoas que estão envolvidas com álcool e drogas. Nós não achamos que isso é resolutivo”, opina o presidente da ABP.



O que nós vemos é uma necessidade de leitos psiquiátricos. A demanda está se tornando gravíssima, como no caso do crack e outras doenças graves, que precisam de internação.



divulgação - Síndihosp

Antônio Geraldo Silva,
presidente da Associação
Brasileira de Psiquiatria - ABP

Um problema comum que acomete os usuários de drogas é a criminalização do dependente químico. Milhares de pacientes são criminalizados pela doença, exclusivamente por carência de instrumentos capazes de resguardar e dar devido tratamento no momento mais agudo da doença. “O dependente começa a fumar crack e logo se vê no crime, pois tende a roubar e traficar para sustentar o vício. Dessa forma, cai na marginalidade e torna-se um microtraficante. Entretanto, precisamos refletir se estamos dando alguma chance aos dependentes

químicos. Quantos detentos hoje no sistema carcerário não poderiam estar convivendo com suas famílias se tivessem tido a chance de uma intervenção médica?”, pondera Juliano Almeida. Para ele não haverá sucesso se a questão das drogas for tratada de forma isolada. “Tem de haver um complemento de ações nos tratamentos.

Os hospitais precisam do apoio da rede de atendimento psicossocial para darem início ao processo de ressocialização — e a rede, para os casos mais graves e de recaída, dos hospitais psiquiátricos.

Juntos poderemos realmente dar um passo a frente nessa luta”, conclui.

Política de Saúde Mental - No Brasil, a Política de Saúde Mental adotou, a partir de 2003, um modelo de atenção integral aos pacientes estruturada nos princípios da Reforma Psiquiátrica. A reestruturação propôs uma mudança no foco da hospitalização como centro ou única possibilidade de tratamento aos dependentes químicos. Além disso, o Ministério da Saúde também introduziu medidas complementares de tratamento para dependentes químicos. ●

Da psicofobia à psiquiatria inclusiva

Vivemos tempos em que aumentam de forma avassaladora, em todo o mundo, os casos de transtornos psíquicos, principalmente os da área afetiva, com ênfase para a depressão, este grande “câncer da alma” do século XXI. Um mal que vem se propagando como uma verdadeira epidemia, competindo com as hipertensões e diabetes nos gráficos e nas estatísticas da saúde pública, em prevalência e incidência. Projeções da OMS apontam que em 2020 a depressão pode se transformar na maior causa de incapacitação para o trabalho.

São crescentes as angústias e tristezas, as fobias e obsessões, o estresse dos grandes centros urbanos, a violência acarretando ataques de pânico, os distúrbios alimentares, as crises ansiosas, a agitação e hiperatividade cotidianas, os surtos psicóticos, desencadeados muitas vezes por consumo de drogas ou estressores outros da vida moderna, os suicídios cometidos por adolescentes melancólicos, as demências senis, isso tudo alcançando com igual furor as mais diversas faixas etárias, classes sociais, raças e etnias.

Numa sociedade que se defronta com tanto sofrimento psíquico em seus habitantes, é de se esperar que lhes seja oferecido um leque de

opções terapêuticas na Saúde Mental, tanto em termos técnicos como institucionais.

Infelizmente, não é o que vemos no momento em nosso país, com essa onda psicofóbica infiltrada em alguns segmentos sociais, traduzida por rejeição aos tradicionais e consagrados procedimentos diagnósticos e terapêuticos psiquiátricos, como se os psicotrópicos representassem fábricas de zumbis entorpecidos e os hospitais que internam doentes mentais fossem verdadeiras prisões alienantes, antros de arbitrariedade e maus tratos, a praticar as suas torturas sorrateiramente.

Na Ciência de uma maneira geral, e particularmente na médica, as verdades absolutas são muito perigosas, e traiçoeiras por vezes. Não devemos nos pautar por elas de forma rígida ou dogmática. Tomemos, como exemplo, a eletroconvulsoterapia (ECT). Até há pouco rechaçada como recurso terapêutico cruel, e hoje reabilitada como uma opção eficaz de tratamento para os casos de depressão grave, refratária aos antidepressivos orais.

Falemos também dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS). Parece que o modelo “capscêntrico” de abordagem da saúde mental está

cada vez mais adotado pelos nossos gestores maiores, em detrimento da visão “hospitalocêntrica” anterior, que deve ser abolida, segundo essa nova concepção, o mais rápido possível, dentro do espírito da reforma antimanicomial, que na ressignificação da loucura não admite concessões, veio como uma panaceia para todos os nossos males mentais.

Nem tanto ao mar, nem tanto à terra. Os extremos e os radicalismos não são recomendáveis. A racionalidade e o bom senso, sem querer fazer infame trocadilho, devem prevalecer nessa seara de discussão. Todos nós sabemos da inoperância em termos de resolutividade dos antigos hospitais, manicômios ou asilos, que funcionaram no Brasil por anos a fio e ainda funcionam em alguns lugares, como degradantes depósitos de “malucos” trancafiados por serem inoportunos, inconvenientes e agressivos – imprestáveis, portanto, para o convívio social civilizado. Mas daí a partir para uma demonização indiscriminada da internação psiquiátrica, sem observar os critérios que ensejam a sua necessidade, há uma grande distância. Só quem vivenciou em sua casa um familiar em surto psicótico incontrolável sabe da importância de um acolhimento hospitalar.

“

O caminho está em harmonizar e racionalizar os aparentes contrários numa perspectiva inclusiva, agregando saberes e tecnologias, humanismo e ciência.

”

Valdir de Aquino Ximenes é médico, escritor, com pós-graduação na área de saúde mental infanto-juvenil.



Não podemos ser ingênuos de achar que os CAPS, apesar de sua importância no contexto terapêutico geral, têm condições de tratar com êxito toda a demanda psiquiátrica existente. Fogem à sua alçada os casos que necessitarão de uma intervenção mais aguda, a ser dada em nível hospitalar, com pessoas internadas, por vezes contidas, medicadas emergencialmente por profissionais treinados e capacitados para tal.

É cada vez maior o contingente de usuários de crack alucinados pelas ruas, sem juízo crítico de nada, sem o menor discernimento sobre os riscos à saúde que estão correndo (o que torna a internação compulsória nesses casos aceitável). Da mesma forma, é alarmante o número de moradores de rua com problemas mentais e desassistidos (30% dos moradores do Centro de Porto Alegre, segundo dados de 2006); os presídios em todo o país estão apinhados de criminosos que necessitam de apoio psiquiátrico urgente, suscetíveis, pois, de cometerem novos

crimes (15% são doentes mentais graves, a maioria também desassistida, dados de 2011). Por outro lado, as escolas, públicas ou privadas, estão repletas de alunos hiperativos a necessitar de medicação, e que por desinformação ou preconceito dos pais, professores, psicólogos e até mesmo de médicos, além de alguns setores da mídia, ficam sem tratamento, vítimas dessa psicofobia que parece querer se instalar veladamente entre nós.

Concomitante a isso e de forma paradoxal, os leitos psiquiátricos minguam em nosso país (32 mil, uma redução de 36% nos últimos 8 anos). E minguam com eles os hospitais psiquiátricos, as enfermarias psiquiátricas. Os psiquiatras também minguam, pois especialidades mais rentáveis e charmosas ganham as preferências dos jovens doutores. Do mesmo modo, o orçamento para a Saúde Mental míngua: segundo a OMS, no Brasil ele perfaz 2% do total da verba para a Saúde – um dos menores do mundo. Só não minguam as demandas psiquiátricas,

os doentes mentais, o sofrimento psíquico das pessoas. Ao contrário, só crescem.

Há espaço para tudo. Para o CAPS, para o Hospital, para a Clínica, para a Residência Terapêutica, para o Ambulatório (inclusive o de rua), para o medicamento, para a psicoterapia, para o eletrochoque, para as práticas alternativas, para a abordagem multidisciplinar, até mesmo para o “não fazer nada”. O caminho está em harmonizar e racionalizar os aparentes contrários numa perspectiva inclusiva, agregando saberes e tecnologias, humanismo e ciência, sempre buscando o melhor para o paciente, sem se deixar influenciar por um viés político-ideológico mais rasteiro que muitas vezes aparelha as instâncias decisórias em vários níveis.

E como tudo na vida é relativo, há espaço até para a livre expressão da loucura saudável, para “a necessária loucura das mães”, segundo Winnicott.

Pesquisas brasileiras sobre imunização ganham destaque mundial

Vanessa Campos

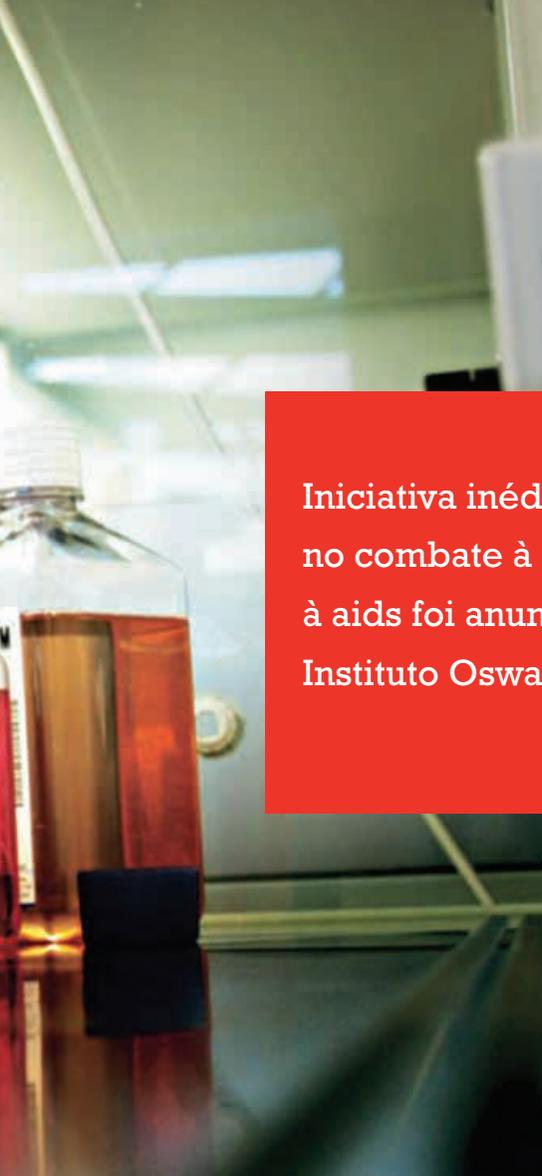
A saúde tornou-se um dos destaques na política externa brasileira, não apenas por causa da competência técnica gerada pela originalidade do seu sistema de saúde universal, integral e gratuito, mas também pela orientação do fortalecimento da cooperação científica entre diversos países. Uma das organizações ativas nessa cooperação é a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), instituição vinculada ao Ministério da Saúde que se dedica à pes-

quisa, desenvolvimento, educação, produção de bens de saúde – como vacinas e medicamentos – e consultoria nas mais variadas áreas da saúde pública.

No Brasil, o Programa Nacional de Imunização (PNI) tem sido muito exitoso, alcançando uma das mais altas taxas de cobertura de imunização do mundo. O País produz nacionalmente 94% das vacinas fornecidas à população. Os laboratórios públicos produzem, ao todo, 21 vacinas atual-

mente. Até o final de 2012, o Ministério da Saúde prevê o investimento de mais de R\$ 200 milhões na produção nacional de vacinas no Brasil. Com as contrapartidas de R\$ 100 milhões dos laboratórios públicos, serão investidos um total de R\$ 300 milhões.

Todas as vacinas são ofertadas ao público gratuitamente nos pontos de vacinação. Dentre os programas rotineiros de vacinação universal incluem-se BCG, poliomielite, sarampo, caxumba e



**Iniciativa inédita
no combate à malária e
à aids foi anunciada pelo
Instituto Oswaldo Cruz**



Peter Illicie

rubéola (SCR), difteria, coqueluche e tétano (DPT), Haemophilus influenzae tipo b (Hib), hepatite B, febre amarela, rotavírus, pneumocócica 10 valente e as vacinas conjugadas meningocócicas C.

As ações realizadas pela Organização PanAmericana de Saúde, que desempenha um papel proeminente no controle de doenças preveníveis por vacinação na América do Sul, contribuíram muito para o sucesso no controle dessas enfermidades no Brasil. A poliomielite, por exemplo, foi

erradicada do Brasil em 1990 e a transmissão do sarampo foi interrompida na década passada, com o registro de casos esporádicos e os pequenos surtos da doença que foram relatados constituem casos importados da Europa e Ásia.

Nas últimas seis décadas, houve uma redução considerável no número de mortes causadas por doenças infecciosas no Brasil. Mesmo assim, elas continuam sendo um problema de saúde pública no País e, por isso, são destaque no campo de pesquisas para a sua imunização.

Malária

Uma iniciativa inédita no mundo foi anunciada pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC) em outubro deste ano no tocante à malária. O IOC divulgou que teve início a

fase de ensaios pré-clínicos em animais para verificar a eficiência da vacina contra a doença no Brasil. De acordo Cláudio Tadeu Daniel Ribeiro, chefe do Laboratório de Pesquisa em Malária do IOC, essa é a etapa preliminar necessária para iniciar testes clínicos em voluntários. Ele estima que os ensaios clínicos em humanos podem começar a ser realizados em 2013.

O médico salienta, porém, que essa fase de operação do projeto é complicada, porque requer uma infraestrutura específica. Entre os requisitos a serem cumpridos estão o consentimento dos voluntários, conhecimento dos riscos, além de questões como biossegurança. A ideia dos pesquisadores do IOC é chegar a uma vacina que possa, ao mesmo tempo, proteger contra a malária e a febre amarela.

Embora uma corrente de pesquisadores considere que não é necessário fazer ensaios pré-clínicos em primatas, Cláudio Ribeiro defende a necessidade dessa etapa. “Estamos, de fato, pensando que seja possível vislumbrar simultaneamente testes em humanos, desde que eles tenham se mostrado promissores no modelo de primatas.” A região Amazônica concentra 99,8% dos casos de malária registrados anualmente no Brasil. No ano passado, somente na Amazônia, o número de casos atingiu 263 mil, contra 320 mil, em 2010. “Na Amazônia, eu digo que não é mais o mosquito que invade as casas do homem, como o mosquito da dengue. É o homem que invade a casa do mosquito, porque dentro da floresta, você não pode pretender eliminar o mosquito. A solução é reduzir a área de contato”, completa.

Segundo Ribeiro, de 807 municípios amazônicos, 57 respondem por 80% dos casos de malária do Brasil, o que equivale a 7% das cidades da região. Desse total, quatro municípios respondem por 25% dos casos. “Isso é um absurdo completo”, critica. Essas cidades estão concentradas nos estados do Amazonas, Pará, de Rondônia e do Acre. “As prefeituras não investem como deveriam”, considera.

Uma segunda operação envolve o mapeamento dessas doenças, para que a população conheça os riscos

e para que as autoridades de outros países e organismos internacionais possam fazer recomendações de procedimentos preventivos. Os desafios são de ambas as partes, de acordo com Ribeiro, porque se trata também de evitar que doenças sejam trazidas pelos viajantes estrangeiros.



HIV/AIDS

De acordo com dados no ministério da Saúde, a incidência de doenças associadas ao HIV tornou-se estável nos últimos cinco anos, com cerca de 33 mil novos casos registrados a cada ano.

Estima-se que 600 mil pessoas estejam infectadas pelo HIV no Brasil, e a média nacional de soroprevalência é de menos de 0,6%. Essas estimativas permanecem as mesmas desde 2000.

Um artigo publicado na revista Nature em 30 de setembro representa a abertura de um novo paradigma na busca de uma vacina para o HIV. Até agora, os estudos

buscavam uma abordagem focada nos anticorpos contra a síndrome. O estudo liderado por David Watkins, da Universidade de Miami, com colaboração de quatro brasileiros, usa como foco uma abordagem celular, tendo como alvo as células T CD8. O Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) integra o esforço de pesquisa, que conta com quatro brasileiros.

“Com este artigo, nosso grupo está apontando que é possível percorrer um novo caminho, uma nova abordagem, que ainda não tinha sido suficientemente validada”, adianta a pesquisadora Myrna Bonaldo, chefe do Laboratório de Biologia Molecular de Flavivírus do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) e uma das colaboradoras do projeto, juntamente com Ricardo Galler (pesquisador de Bio-Manguinhos/Fiocruz), Marlon Santana, bolsista do Laboratório de Biologia Molecular de Flavivírus do IOC/Fiocruz) e Maurício Martins, brasileiro que atua na Universidade de Miami, na equipe de David Watkins.

O grupo da Fiocruz produziu em laboratório três formulações de compostos indutores de produção de células T CD8 protetoras que usados em macacos, em testes divulgados na revista Nature. Em cada formulação, foram utilizados diferentes trechos do vírus HIV, identificados como potenciais para



Nossa expectativa é de que este método possa beneficiar milhões de pessoas que atualmente vivem em áreas endêmicas, de forma autossustentável e economicamente viável, sem danos ao ambiente.



alvos em estudos anteriores. Os testes em primatas utilizaram ainda uma terceira formulação, baseada na vacina de adenovírus, preparada pelo grupo de Miami, além das duas baseadas na plataforma da vacina de febre amarela, preparadas pelo grupo da Fiocruz.

“Nosso estudo aponta um novo caminho possível, não mais focado em anticorpos, mas em controle da replicação do vírus mediante a indução da produção de células T CD8 protetoras pelo organismo. É como se, na rodovia do estudo de vacinas para a aids, estivéssemos fixando uma placa nova, apontando para um novo caminho, baseado na abordagem celular”, aponta a pesquisadora Myrna Bonaldo.

Watkins também é cauteloso. “Há 30 anos se procura uma vacina para a aids. Este é um percurso difícil e ainda temos muito chão a percorrer. Trata-se de um vírus com altíssima variabilidade genética, portanto é como se tentásse-

mos atingir um alvo que se movimenta. Uma vacina eficaz provavelmente precisará incluir duas abordagens: tanto a de anticorpos neutralizantes quanto a de produção de células T CD8 protetoras”, pondera.

Dengue

Atualmente, 2,5 bilhões de pessoas em cem países estão sob ameaça de contrair o vírus da dengue, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). Desde 1986, a incidência dessa doença tem aumentado, com uma sucessão de epidemias, e uma crescente proporção dos pacientes acometidos apresenta a forma grave da doença – a febre hemorrágica da dengue. Por meio do esforço das autoridades brasileiras e da sociedade civil para controlar a doença, o Brasil conseguiu reduzir em 28% o número de casos de dengue entre 2010 e 2011.

Não há vacina segura disponível, mas a Fundação Oswaldo Cruz trouxe ao País uma nova estratégia



Fioruz divulgação - Gutemberg Brito

Luciano Moreira,
pesquisador da Fiocruz

de pesquisa para o controle da dengue. O projeto “Eliminar a Dengue: Desafio Brasil” utiliza a bactéria *Wolbachia* para bloquear a transmissão do vírus da dengue pelo mosquito *Aedes aegypti* de forma natural e autossustentável. O projeto integra o esforço internacional sem fins lucrativos do Programa ‘Eliminate Dengue: OurChallenge’ (Eliminar a Dengue: Nosso Desafio), que testa o método na Austrália, Vietnã, Indonésia e agora no Brasil.

O programa de pesquisa é liderado pela Universidade de Monash, em Melbourne, Austrália, com diversos colaboradores internacionais. Em estudo com a participação do pesquisador da Fiocruz Luciano Moreira, líder do projeto, os cientistas demonstraram em laboratório que, quando é introduzida no *Aedes aegypti*, a *Wolbachia* atua como uma espécie de vacina para o mosquito, bloqueando a multiplicação do vírus dentro do inseto. Como consequência, a transmissão da doença é impedida.

Naturalmente presente em cerca de 70% dos insetos no mundo, a Wolbachia é uma bactéria intracelular e não existem evidências de qualquer risco para a saúde humana ou para o ambiente.

Caso os testes sejam bem sucedidos, o uso da Wolbachia tem o potencial de ser uma tecnologia autossustentável, uma vez que a perpetuação da característica é garantida no processo reprodutivo do mosquito, dispensando os custos de soltura continuada no ambiente. “Nossa expectativa é de que este método possa beneficiar milhões de pessoas que atualmente vivem em áreas endêmicas, de forma autossustentável e economicamente viável, sem danos ao ambiente”, indica Moreira.

Na atual fase, a estratégia será testada em países endêmicos, como Brasil, Vietnã e Indonésia, para verificar a viabilidade entre populações locais de mosquitos. No Brasil, o projeto está em sua primeira fase. Luciano Moreira reforça que o projeto estuda uma nova alternativa para o controle da dengue, a ser utilizada no futuro como

Peter Liccè - Fiocruz



O número de casos de dengue no Brasil caiu 20 % entre 2010 e 2011.

medida complementar de controle. Neste momento, a orientação para a população é de não descuidar da eliminação dos criadouros preferenciais do mosquito transmissor.

“O projeto é uma iniciativa no âmbito científico, mas é de fato uma oportunidade de mudarmos o cenário da dengue no País. Inclusive, a estratégia de uso da Wolbachia seria plenamente compatível com a adoção de uma vacina, uma vez desenvolvida”, destaca.

Para o secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Jarbas Barbosa, o uso da Wolbachia para o controle da dengue pode se constituir em uma estratégia promissora. “A Secretaria de Vigilância em Saúde vem apoiando diversas iniciativas que têm como objetivo

aprimorar o controle da dengue no país. Entendo que o desenvolvimento de novas estratégias, como a Wolbachia e as vacinas, aliadas às atuais estratégias disponíveis, tornarão a prevenção e o controle da dengue mais efetivos”, ressalta o secretário.

Para o presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha, a proposta coloca o País na fronteira do conhecimento sobre a doença. “Atualmente, não existem medicamentos específicos ou vacina disponível no mercado para a dengue. Com este projeto, assumimos papel central em uma abordagem inovadora de enfrentamento a um dos mais relevantes problemas de saúde pública do Brasil”, avalia.

A abordagem colaborativa é destacada pelo pesquisador Scott O'Neill, líder de pesquisa do programa internacional. “Após anos de trabalho em laboratório e dois anos de experimentos em campo na Austrália, esperamos, no futuro, contribuir para alcançar um impacto real na redução de transmissão da dengue no Brasil”, vislumbra. ●

VÃOS CLAMORES

Pe. José Linhares,
Deputado
Federal



É tema de frequente discussão, não só na Frente Parlamentar de Saúde, mas em todos os corredores do Congresso Nacional, a situação precária em que se encontra o Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo, os hospitais com ele conveniados.

Os apelos feitos tanto ao Ministério da Saúde como aos diversos segmentos corresponsáveis pelo SUS, sempre findam junto ao Ministério da Fazenda e a resposta é-nos sempre a mesma e já conhecida: não existem recursos orçamentários.

O incrível de todo este contexto é que quando ouvimos o Poder Público referir-se ao tema é sempre com falácia e ufania. Falácia, porquanto, criam-se mais responsabilidades para o SUS, mas, simultaneamente, enaltece os grandes esforços do Governo em favor da própria área.

Há 30 anos encontro-me sempre ouvindo a repetição do mesmo refrão: a saúde tem recursos suficientes, mas falta gestão e aludem-se aos desperdícios por ela efetuados. O mais absurdo dessa assertiva é que se desperdícios os há, estes não são os efetuados pelos hospitais conveniados com o SUS; não os negamos, mas eles deveriam ser cobrados do próprio Poder Executivo. Afinal de contas, ele é o grande gestor do arcabouço de todo o Sistema.

Nas últimas reuniões da Comissão de Seguridade Social e Família, vimos que o clamor feito exclusivamente pelos parlamentares até hoje tem sido quase inócuo – ênfase o quase, já que algumas conquistas foram realizadas.

Conclui-se então que a mobilização deveria partir dos próprios usuários do Sistema, ou mais especificamente, organizar-se numa mobilização uniforme e solidária das Câmaras Municipais e das Assembléias Legislativas trazendo ao Congresso uma proposta de solução que logo após seria transformada em Lei, como foi o caso do Projeto da Ficha Limpa, forçando o governo a atender ao clamor da população, que é a grande vítima de todo o massacre que vem sofrendo a saúde no Brasil.

Nesse sentido, já temos uma iniciativa da Assembléia Legislativa de Minas Gerais que já conseguiu 1,5 milhão de assinaturas para trazê-las oficialmente ao Poder Legislativo.

Como sugestão para o próximo ano Legislativo, já que o presente encontra-se quase em seu término, responsabilizemos cada deputado, que somamos mais de 160 na Frente Parlamentar de Saúde, para efetuarmos a mesma iniciativa junto às nossas comunidades. É do conhecimento de todos nós que as mobilizações feitas até então nunca obtiveram o êxito colimado.

Oxalá que a voz “rouca” das ruas e dos sofridos sensibilizem os nossos Poderes Constituídos, sobretudo, o Executivo.

Isto é Sonho ou será mais uma iniciativa em chamar à responsabilidade os que dela estão a fugir.

Prazam os céus que tenhamos êxito! ●



45 ANOS NA HISTÓRIA DA SAÚDE NACIONAL

ÉTICA, DETERMINAÇÃO
E RESPEITO À SAÚDE
DE TODOS OS BRASILEIROS

TRAJETÓRIA DE CONFIANÇA NA MELHORIA DO SISTEMA DE SAÚDE

São quatro décadas e meia de existência com um histórico de lutas, vitórias e comprometimento com o setor da saúde brasileira. A Federação Brasileira de Hospitais participou ativamente da reformulação política hospitalar e de importantes tomadas de decisões na defesa das entidades que representa. Seus propósitos, sempre alinhados aos princípios da ética e responsabilidade, buscam congregiar as unidades hospitalares e estabelecer diretrizes práticas para o fortalecimento das instituições. Manter o padrão de qualidade nos serviços prestados

sempre foi uma de suas maiores bandeiras.

No mês de seu aniversário, a FBH saúda seus dirigentes pela excelência e comprometimento de seus trabalhos junto à entidade. A parceria das associações também registra uma história de contribuição para que a entidade esteja sólida e cumpra sua missão.

A Federação é uma das maiores representantes da rede de saúde privada do país e tem orgulho de sua história!

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS PRESENTE NA HISTÓRIA DA SAÚDE



MENSAGENS

A FBH, nos de seus 45 anos de existência, observa sempre a essência da melhor gestão na área da assistência hospitalar, fato este que credencia como uma das mais respeitadas e importantes entidades do segmento da saúde nacional. Parabéns FBH! Ad multos annos!

Pe. José Linhares
Deputado Federal

A FBH acaba de completar 45 anos de fundação. Como fundador e sobrevivente deste evento e, assim, com a responsabilidade que eu me imponho, desejo que a diretoria atual corresponda à memória dos que já foram. Parabéns !”

Sílvia Nascimento Andrade
Presidente de Honra da
Federação Brasileira de Hospitais - FBH

O fato se perpetua quando o empenho, idealismo, e, sobretudo, honestidade de propósitos existem.

A juventude das suas idéias e o alicerce da sua maturidade alegam-me muito em poder dizer:

FELIZ ANIVERSÁRIO! NOSSA FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS.

Avelar de Castro Loureiro
Diretor da Associação
Nordestina de Hospitais

Sentimo-nos honrados e envaidecidos em pertencer à Federação Brasileira de Hospitais – FBH. Entidade maior e pioneira nestes seus 45 anos de profícuos trabalhos em prol do desenvolvimento, grandeza e defesa dos interesses dos hospitais brasileiros.

Antônio Dib Tajra
Presidente da Associação de
Hospitais do Estado do Piauí - AHEPI

Gostaríamos de parabenizar a FBH – Federação Brasileira de Hospitais pelos seus 45 anos.

Essa passagem representa a maturidade de uma instituição tão importante no cenário nacional e que representa com grande afincamento os estabelecimentos hospitalares, entidades de suma importância para o atendimento e cuidado da saúde de nossa população.

João Eloi Olenike
Diretor do Instituto Brasileiro
Planejamento Tributário -IBPT

A Federação Brasileira de Hospitais fundada em 1965 é ao longo de quase meio século, a maior representação associativa dos hospitais do Brasil. Durante esses longos anos desenvolve uma árdua e incansável luta na defesa e desenvolvimento de seus filiados.

Tenho acompanhado de perto, praticamente desde a fundação, sua vitoriosa trajetória. Tenho, por isso, muito orgulho de pertencer a Federação Brasileira de Hospitais.

Quero, no momento, destacar o trabalho agregador de sua diretoria. Parabéns por mais um ano de liderança.

Daniilo Lira Maciel
Tesoureiro Adjunto da
Federação Brasileira de Hospitais - FBH

HOMENAGEM &

A AHEG tem um histórico de um bom relacionamento com a FBH, uma parceria que foi intensificada com nossa participação na vice-presidência da Federação nesta atual gestão e com nosso apoio e envolvimento nas lutas da entidade em prol da rede hospitalar privada de todo o Brasil. Temos trabalhado em conjunto com a Federação e entendemos que essa sintonia entre a AHEG e FBH tem se traduzido em resultados muito positivos para os hospitais goianos. Parabenizamos a FBH pelos seus 45 anos, cumprimos seus diretores e reforçamos nosso apoio à atuação séria desta entidade que tão bem vem representando o setor hospitalar brasileiro.

Adelvânio Francisco Morato
Presidente da Associação de
Hospitais do Estado do Goiás - AHEG .

A Federação Brasileira de Hospitais sempre se caracterizou como a principal referência na solução de todas as dificuldades pelas quais passaram os hospitais psiquiátricos de todo o Brasil. Como co-fundador do Departamento de Psiquiatria Federal e presidente do Departamento de Psiquiatria de sua Federada no Estado de São Paulo, conto sempre com a preciosa atuação da FBH e obtivemos inúmeros resultados junto às instituições e autoridades constituídas em todo o País.

Ivo Garcia do Nascimento
Associação de Hospitais do
Estado de São Paulo - AHESP

É com muita alegria que participo dessa edição em homenagem aos 45 anos da Federação Brasileira de Hospitais. À frente da assistência médica vinculada ao antigo INPS e na implantação e direção do INAMPS, há mais de 30 anos, mantive estreito relacionamento com o então presidente da instituição, Helvécio Boaventura. É na figura dele e de tantos outros bons dirigentes que se sucederam, que reintero meu respeito e reconhecimento ao trabalho desenvolvido pela federação.

Trata-se de uma causa extremamente difícil já que o governo, na maioria desses 45 anos, tem demonstrado uma visão política ideológica e até preconceituosa em relação aos hospitais privados. Aliado a isso, a crescente demanda por serviços médicos, o aumento dos custos de atendimento e a diminuição dos clientes privados – que levou ao fechamento de inúmeros hospitais – torna essa missão ainda mais importante e valiosa.

Reinhold Stephanes
Deputado Federal

RECONHECIMENTO

A luta da FBH em defesa da sobrevivência dos seus associados tem sido muito grande. Quem não se lembra dos defensores da estatização total da Saúde na última Constituinte?

Gostaria de salientar, porém, uma outra batalha - a da QUALIDADE - que vem desde sua fundação, mas com maior ênfase a partir dos anos noventa.

A criação da ONA – Organização Nacional de Acreditação, em conjunto com outras entidades representativas, e, hoje com mais de trezentos serviços acreditados, vem comprovando a preocupação dos dirigentes, em especial da iniciativa privada, com a melhoria contínua da prestação de serviços de saúde à população. Parabéns FBH por todos esses anos.

Luiz Plinio Moraes de Toledo

Presidente da Organização Nacional de Acreditação – ONA

Quero parabenizar a FBH, que nos seus 45 anos de existência sempre lutou em defesa dos hospitais brasileiros e dos seus respectivos corpo clínico e funcionários. Algumas dessas batalhas terminaram com certa decepção, mas muitas outras foram coroadas de sucesso. O louvável, no entanto, é que a Federação nunca abandonou a luta e, por mais de quatro décadas, vem ajudando a escrever a história do setor de saúde do Brasil. Para os próximos anos, esperamos que seus esforços possam trazer ainda mais resultados para os hospitais de todo País, que estão realmente necessitando do apoio de todos.

Volney Waldivil Maia

Presidente da Associação de Hospitais do Estado de São Paulo - AHESP

É lamentável termos que acompanhar por todos estes anos, a falta de percepção, por parte da maioria dos dirigentes do Sistema de Saúde do País, do grande desejo de parceria apresentado pelos hospitais privados na busca pela solução dos problemas de saúde da população.

Os esforços que a FBH sempre empreendeu na defesa desta idéia, foram em grande parte neutralizados pelas políticas públicas orientadas por uma visão estatizante, o que resultou no modelo caótico que aí está.

Luiz Pedro Pizzatto

Ex-presidente da Associação dos Hospitais do Estado do Paraná - AHEPR

Novas tendências e desafios na hotelaria hospitalar

Tenho observado por onde ando neste Brasil, em especial em Hospitais públicos e privados, que a Hotelaria Hospitalar está dando o que falar. Muitos mostram que possuem a hotelaria implantada, outros seguem a mesma tendência ou copiam serviços pequenos de fácil implantação, e outros ainda não possuem recursos suficientes para a implantação deste setor alegando que não é necessário. Existem grandes hospitais com acreditação internacional, mas pecam em pequenos detalhes.

Para se ter ideia, hoje a grande preocupação dos gestores é no atendimento de qualidade, mas sequer abrem mão de um bom treinamento ou ter um programa de qualificação interna, que possa possibilitar isso a sua

Instituição, realmente não dá para entender. Em Curitiba, por exemplo, tenho encontrado grandes hospitais com esta característica, o treinamento qualificado. O Centro Brasileiro de Estudos Médicos (CEBRAMED), em parceria com a Federação dos Hospitais do Estado do Paraná (FEHOSPAR) e a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), tem um programa de treinamentos em diversas áreas desde 2009, por meio do qual já foram treinados centenas de profissionais nas áreas de recepção, hotelaria, higienização e setores derivados da hotelaria.

Não é simples a implantação dentro da instituição; ela demanda diversas reuniões e definições internas para que se busque a melhora e a harmonização do

hospital. A arquitetura interna e externa é outra enorme barreira encontrada, pois alterar o layout de um hospital construído há mais de 70 anos não é fácil – e a maioria foi erguida há muitos anos. Outro problema é a capacitação adequada, pois a contratação de mão de obra em certas capitais depende da vinda de profissionais de outros estados.

Nossa instituição vem trabalhando na capacitação destes profissionais importando professores de São Paulo, por exemplo. No mês de julho iniciamos um programa de treinamentos em gastronomia hospitalar, governança, higienização, rouparia, lavanderia e recepção. Em 2013 estaremos abrindo a primeira especialização em hotelaria

“

Várias vezes sou questionado em minhas palestras como fazer para implantar esses serviços na rede SUS. Ora, é simples. Basta boa vontade, criatividade e planejamento correto.

”

Otávio Muller, médico e consultor em hotelaria hospitalar.



hospitalar no sul e nordeste do Brasil em parceria com hospitais dessas regiões. Essas mudanças não dependem apenas de implantação do setor, mas de um conjunto de normas internas que devem ser ajustadas e, principalmente, com um trabalho de consultoria em gestão e qualidade.

Mudanças arquitetônicas, programação social, serviços de hotelaria com capitão porteiro e mensageiros devidamente uniformizados e equipados para a recepção do cliente de saúde, quadros em exposição, música ambiente, restaurante, piano bar e apresentação de músicos dão a impressão de que se está no endereço errado, mas não é nada disso: os hospitais estão se adequando às novas tendências e principalmente às exigências de seus clientes. Mas é precoce dizer que muitos gestores estão preocupados com o estado emocional de seus clientes e principalmente com as internações prolongadas de alto custo para o paciente e seus familiares.

Essa nova tendência, que traz em sua essência a humanização do ambiente hospitalar, contagiou alguns hospitais públicos e outros cuja fatia de participação de clientes de saúde SUS é bastante representativa. Serviços de hotelaria, plantas espalhadas pelas áreas sociais, jogos, salas de aula com dança e de arte, peças de teatro e filmes, pessoas de todas as classes sociais que dividem espaços de televisão, leitura e brinquedos, aulas de alongamento e apresentações musicais para combater o estresse dos familiares e acompanhantes: esses são fortes aliados dos hospitais públicos que reservam poucos recursos, ou quase nenhum, para implantação destes serviços de melhoria em seus espaços. Várias vezes sou questionado em minhas palestras: “como se faz para implantar esses serviços na rede SUS? “...Ora, é simples: basta boa vontade, criatividade e planejamento correto..” ●

Prolactina: hormônio que vai além da lactação

A prolactina é um hormônio produzido na hipófise, glândula situada na base do cérebro, e é responsável pela produção do leite materno. Durante a gestação, sua concentração no sangue aumenta mais de dez vezes, comparada com os valores normais encontrados na mulher não grávida. Esse aumento é considerado normal nessa situação. A prolactina, em consequência, exerce função importante na lactação, tanto preparando as células mamárias para esse processo quanto atuando diretamente na produção de lactose, entre outras substâncias. Alguns estudos apontam que a concentração elevada de prolactina durante a gravidez contribui para o aumento no número de neurônios do feto.

Durante o período de amamentação exclusiva, a prolactina é capaz de inibir a secreção dos hormônios que estimulam o ovário no processo da ovulação. Em consequência, a mãe fica sem menstruar e, de certa

forma, protegida de outra gestação. Antes dos anticoncepcionais hormonais orais, o aleitamento materno era prática comum de contraceção. Porém, muito suscetível a falhas.

A prolactina tem outras funções importantes no organismo, como no sistema imunológico e no controle da fertilidade, tanto no homem quanto na mulher. Quando sua produção é normal, ela exerce efeito positivo nos ovários e na espermatogênese. Entretanto, em concentração elevada, inibe a ovulação e o funcionamento adequado do corpo lúteo, cujas células produzem a progesterona, hormônio importante na regulação do ciclo menstrual e na manutenção das primeiras semanas da gestação. É comum a mulher não menstruar nessa situação e ser infértil.

A hiperprolactinemia é o aumento da prolactina no sangue acima de valores considerados normais para o método do laboratório onde foi

realizado o exame. Além da gravidez, a concentração elevada desse hormônio pode decorrer do uso de alguns medicamentos, principalmente para doenças psiquiátricas, da tireoide, do rim e do fígado e ainda em tumor de hipófise secretor de prolactina. Nesses casos, a galactorreia – saída de leite pelos mamilos fora da época da amamentação – é muito frequente.

Se a investigação inicial não mostrar a causa de qualquer aumento da prolactina, deve-se realizar o estudo por ressonância magnética da região em que se localiza a hipófise para excluir ou não a presença de tumor. O diagnóstico correto tem importância maior na escolha do tratamento. Nos tumores produtores de prolactina, o tratamento é feito com a cabergolina ou com a bromocriptina, que são efetivas no controle do aumento da prolactina e na diminuição do tumor da hipófise. Além disso, esses medicamentos são fornecidos gratuitamente pelo Governo Federal.

“

A prolactina tem outras funções importantes no organismo, como no sistema imunológico e no controle da fertilidade, tanto no homem quanto na mulher.

”

Luiz Augusto Casulari, mestre e doutor em endocrinologia pela Universidade de Milão.



Manifestações clínicas do aumento da prolactina

Na mulher

Alterações menstruais até amenorreia (falta de menstruação por mais de 3 meses).
Galactorreia (presença de leite fora da época da amamentação).
Diminuição da libido.

No homem

Diminuição da libido.
Dificuldade em ter e manter a ereção do pênis (disfunção erétil).
Alteração na formação de espermatozoides.

Os games da saúde

Começam a ser criados jogos para dar apoio e informar pacientes com doenças como o câncer e a diabetes. Os jogos simulam um confronto de guerreiros contra as doenças. No jogo Re-Mission, por exemplo, um robô é a heroína. Ela é “injetada” no corpo de um paciente virtual e tem como funções combater infecções e informar a médica, outro personagem, sobre alterações no organismo. Dividido em 20 fases com níveis crescentes de dificuldade, o game traz informações sobre doenças e tratamentos.

<http://terra.l.com>



Bayer

Uma pesquisa publicada no periódico “Pediatrics”, realizada com 355 pacientes, mostrou que aqueles que jogaram o game mantiveram os quimioterápicos no sangue por mais tempo do que os que não jogaram.

Algumas das opções foram criadas pela indústria farmacêutica. A Bayer fez o Didget, aparelho que mede a glicemia e traz embutido um game. Plugged em um Nintendo DS, o jogo tem como personagens Britney e Hunter em uma história de luta diária contra a diabetes. A Pfizer lançou o jogo Back in Play, no qual o paciente de espondilite anquilosante (doença caracterizada por inflamação nas articulações) só atinge a meta se responder certo a perguntas sobre a doença.

Fonte: IstoÉ

Roupas-robôs ajudam paraplégicos a andar

Foi desenvolvido nos Estados Unidos a chamada “roupa-robô” que promete revolucionar o universo de quem anda de cadeira de rodas. São exoesqueletos motorizados produzidos para que pessoas com paralisia nos membros inferiores voltem a ficar em pé e até mesmo caminhar. O equipamento começa a ser usado em alguns centros de reabilitação dos Estados Unidos. Cada “roupa” custa no mercado 140 mil dólares. O produto vem com um contrato anual de serviços de 10 mil dólares. A versão mais recente da “roupa-robô” permite que a pessoa caminhe em diferentes níveis de dificuldade a fim de estimular os pacientes a progredir em sua reabilitação.



www.robotdalen.se

Fonte: O Estado De S. Paulo

Alta tecnologia no combate à infecção

Cientistas americanos apresentaram placas eletrônicas ultrafinas para proteger lesões e mantê-las livres de infecções. Os pesquisadores dizem que a tecnologia pode servir para implantes médicos, monitoramento de órgãos vitais e para a aplicação de medicamentos que se dissolvem naturalmente e que podem ter importantes implicações tecnológicas e médicas - justamente porque se dissolvem na água ou mesmo dentro do corpo humano. A novidade já foi usada para proteger uma ferida e mantê-la livre de infecções.

No campo dos aparelhos eletrônicos, pode servir, futuramente, para criar, por exemplo, celulares que se dissolvam após o uso, de forma a evitar que esses aparelhos passem anos contaminando aterros sanitários e lixões.

Fonte: BBC News

Terapia neural usa injeção de anestésico para tratar sintomas crônicos

Surgiu na Alemanha a terapia neural. Esta técnica propõe o tratamento de sintomas usando injeções de uma substância chamada procaína, que, segundo o método, provoca um estímulo no sistema nervoso e “reorganiza” funções do organismo. Para a terapia neural, fatores físicos e emocionais, como um trauma ou uma cirurgia, desequilibram o sistema nervoso. Essas alterações levam

a sintomas físicos, entre eles dores crônicas, insônia ou prisão de ventre.

A aplicação da substância seria capaz de restaurar o equilíbrio neurológico, o que contribuiria para o desaparecimento do problema. A terapia neural é contraindicada para quem tem alergia à procaína ou a outros anestésicos, como xilocaína.

Fonte: Folha de S. Paulo

Cientistas britânicos criam exame barato para detectar câncer e Aids



Pesquisadores britânicos desenvolveram um novo exame mais barato que pode detectar diferentes vírus e também alguns tipos de câncer. O exame ainda é um protótipo e revela a presença de uma doença ou de um vírus - mesmo em pequena quantidade no corpo - usando um sistema de cores. Um reagente químico desenvolvido pelos cientistas muda de cor quando

entra em contato com o sangue do paciente. Se um determinado componente da doença ou vírus estiver presente, a substância fica azul. Caso não haja doença ou vírus, o líquido fica vermelho. A pesquisa do Imperial College de Londres foi divulgada na revista especializada Nature Nanotechnology.

Fonte: BBC News

Pesquisadores usam células-tronco para tratar surdez

Pesquisadores ingleses anunciaram ter alcançado um grande avanço no tratamento da surdez, ao usar pela primeira vez células-tronco para restabelecer a audição de animais. Os autores de um estudo publicado na revista Nature dizem que conseguiram recuperar parcialmente a audição de roedores, ao reconstruir os nervos do ouvido que transmitem os sons para o cérebro. Os cientistas avaliam que o mesmo resultado em humanos permitiria que alguém incapaz de ouvir o barulho de um congestionamento consiga escutar uma conversa normal. No entanto, os pesquisadores admitem que aplicar o tratamento em seres humanos ainda é um projeto distante.



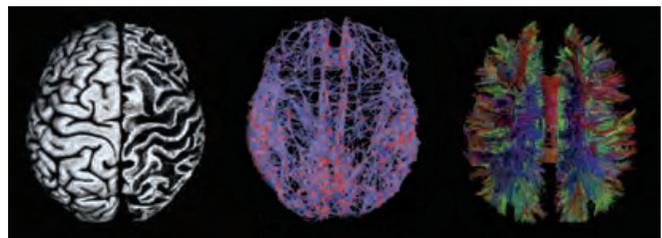
Fonte: BBC News

Escudo de células-tronco pode proteger pacientes de efeitos da quimioterapia



Cientistas nos Estados Unidos acreditam que pode ser possível usar um "escudo" de células-tronco para proteger pacientes de câncer dos efeitos colaterais da quimioterapia. O tratamento destrói células cancerosas, que se dividem rapidamente, mas também podem afetar outros tecidos saudáveis, como a medula óssea ou células sanguíneas, aumentando o risco de infecção e causando falta de ar e cansaço.

Cientistas reproduzem conexões do cérebro em modelo de computador



Um grupo de cientistas reconstruiu, em um modelo de computador, uma parte do cérebro de um rato identificando as conexões entre os neurônios. O avanço é considerado fundamental para entender o funcionamento do cérebro dos mamíferos. O objetivo do projeto, iniciado em 2005, é reproduzir virtualmente o cérebro de um mamífero até 2018. Um dos grandes desafios da neurociência é construir um mapa de sinapses entre os neurônios, um projeto denominado "Connectome", que permitiria explicar os fluxos de informação no cérebro, o que se considera o Santo Graal da pesquisa neste campo.

Fonte: Agência AFP

9.15% dos hospitais compram insumos pela internet



O crescimento das vendas on-line já atinge o mercado de materiais hospitalares. De acordo com a Bionexo, que fornece esse tipo de serviço, 15% dos hospitais brasileiros já fazem compras de insumos hospitalares dessa forma. Com o serviço, a empresa conecta os hospitais a uma rede de mais de 13 mil fornecedores com descontos de até 40% nas compras. A previsão do executivo é que o comércio eletrônico do setor movimentará este ano R\$ 4 bilhões, o dobro do registrado em 2011.

Recentemente a empresa recebeu um aporte da Insight Partners, fundo americano de US\$ 5 bilhões que está presente em empresas como Twitter e Hotel Urbano. Como investimento, a Bionexo, que já atua na Colômbia, no México, na Argentina e na Espanha, pretende operar na China.

Fonte: Jornal DCI

Câncer

Pesquisadores ingleses desenvolveram um robô médico, guiado por um cirurgião experiente e criado para alcançar pontos do corpo que os médicos só conseguiriam ver durante um procedimento cirúrgico invasivo. O equipamento é apenas um protótipo e não foi usado em pacientes reais - apenas em laboratório. Mas seus criadores britânicos dizem que, quando o aparelho estiver pronto e aprovado, será uma arma da medicina para encontrar e remover tumores.

A "cobra mecânica" é uma entre várias tecnologias de combate ao câncer que estão sendo apresentadas nesta semana na Conferência de Engenharia Oncológica da Universidade de Leeds, na Grã-Bretanha.

Fonte: BBC News

Unifesp testa implante de microlente na córnea para corrigir 'vista cansada'

Estudo da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) pretende avaliar a eficácia de uma microlente de apenas três milímetros de diâmetro implantada dentro da córnea para corrigir a presbiopia, conhecida como vista cansada. O problema, que dificulta a leitura e faz com que a pessoa afaste cada vez mais o livro para conseguir enxergar, por exemplo, afeta cerca de 85% das pessoas com mais de 40 anos. O produto, chamado FlexivueMicrolens, da marca Presbia, já foi aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e submetido a um estudo com cinco pacientes no Hospital de Olhos Paulista (H.Olhos).



Para se submeter à técnica, é preciso fazer um exame oftalmológico padrão para cirurgia na córnea e ter, no máximo, 4 graus de hipermetropia. O preço da cirurgia, que dura cerca de 10 minutos, é em média R\$ 8 mil – uma cirurgia de correção de miopia a laser, por exemplo, custa cerca de R\$ 3,5 mil cada olho.

Fonte: Estadão

O custo da saúde

Luciano Gonçalves de Sousa Carvalho, presidente da Associação Médica de Brasília (AMBr).



Não é segredo, para os profissionais envolvidos no segmento de saúde, que a deficiência do sistema suplementar tem desgastado, consideravelmente, a relação da classe médica com a sociedade. O profissional, que habitualmente se prepara, pesquisa, estuda e aperfeiçoa conhecimentos para assumir diante da sociedade o título de “doutor” e cuidar da saúde da população, ainda carrega o falso encargo de “salvar vidas” e sofre com o título de super-herói.

Já o paciente é prejudicado pelos longos prazos para agendamento de consultas e cirurgias por meio de guias de convênio, cobranças indevidas e o serviço ineficiente comumente prestado pelas operadoras.

O atendimento médico representa menos de 20% dos gastos das concessionárias de plano de saúde e o faturamento do segmento privado cresce, em média, 14% ao ano, em razão do aumento do número de empregos formais. A remuneração das prestadoras de serviços médicos, profissionais, clínicas e hospitais, no entanto, não reflete o balanço positivo apresentado pelo setor. Atualmente, a maioria dos planos de saúde paga entre R\$ 25

e R\$ 45 ao médico, por consulta. Não é difícil entender que, com esses valores, a atividade só é viável quando o profissional atende vários pacientes por dia.

Atualmente, os planos de saúde figuram no topo das reclamações do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). Recentemente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) chegou a suspender novas comercializações de 301 planos de mais de 30 operadoras. O setor não havia se recuperado da crise quando a categoria médica, também, decidiu demonstrar sua insatisfação. Os profissionais protagonizaram, em outubro, uma mobilização nacional contra os abusos cometidos pelos planos. Foram, no total, 15 dias de protestos, com suspensão de consultas e procedimentos eletivos. O Distrito Federal não fez parte do rol de regiões que paralisaram os atendimentos. A decisão de não aderir à paralisação foi baseada em um consenso entre as entidades de defesa da categoria no DF e configura uma tentativa de conter os danos à sociedade e, principalmente, amenizar esse desgaste entre médicos e pacientes.

Segundo o Conselho Federal de Medicina, dos 371 mil médicos em atividade no País, 170 mil oferecem atendimento com convênios. A manifestação, que envolve desde questões relacionadas ao valor dos honorários até a interferência antiética das operadoras na relação médico-paciente, sinaliza a apatia dos órgãos reguladores frente a um impasse que se arrasta há muito tempo.

Nesse contexto, é necessário discutir e aprofundar soluções que não configurem um equívoco das esferas envolvidas – o setor de venda de insumos, o especulador financeiro, as seguradoras, as operadoras e a ANS, que tem por dever zelar pela qualidade do serviço prestado. Do contrário, termina-se optando pela solução mais simples: colocar ainda mais médicos no mercado. Profissionais que serão, como os que já atuam, vítimas de um sistema viciado, que movimenta milhões diariamente em todo o mundo. Precisamos, como sociedade, aprofundar a discussão e as prioridades da comunidade organizada. Afinal, a vida não tem preço, mas a saúde tem custo. ●

Profissionais de saúde buscam novas formas de especialização

Cursos de saúde da família e da comunidade são os mais procurados pelos médicos

Vanessa Campos

A educação em saúde é um campo multifacetado para o qual convergem diversas concepções das duas áreas. Mais que aprendizagem sobre as doenças e como evitá-las, seus efeitos sobre a saúde e como restabelecê-la, os profissionais de saúde vem demonstrando outra tendência, alinhada com a definição de promoção da saúde da Organização Mundial da Saúde, que considera os fatores sociais, abordando os caminhos pelos quais diferentes estados de saúde e bem estar são construídos.

Para a professora Miriam Struchiner, docente do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o atual conceito de educação em saúde se sobrepõe ao conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pes-

soas sob risco de adoecer. “Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra ausência de doença, ajustamento ao ambiente, autorealização pessoal e afetiva e até o comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza”, explica a professora.

“Uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas comprometidas com a melhoria da qualidade de vida da população”, conceitua o secretário executivo da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), Francisco Campos.

O Sistema UNA-SUS foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008 com a finalidade de atender às necessidades de capacitação e educação

permanente dos trabalhadores do SUS, com ofertas de cursos que utilizam a plataforma de educação à distância na área da saúde. A plataforma disponibiliza cursos autoinstrucionais a qualquer trabalhador da área, além de programas de especialização, aperfeiçoamento, extensão e atualização aos profissionais do SUS. Todos os cursos são gratuitos e realizados à distância.

O secretário de Gestão do Trabalho e da Educação no Ministério da Saúde, Mozart Sales, enfatiza a importância da educação continuada para a qualidade dos serviços em saúde, sobretudo do SUS. “É essencial que os trabalhadores da rede pública aprimorem suas habilidades, seja por cursos mais simples, autoinstrucionais, seja por meio de cursos de especialização mais complexos. Em todos os casos, quem ganha é quem busca o atendimento e é acolhido por um profissional mais qualificado”, considera.



“A maioria dos profissionais de saúde, sobretudo os formados entre as décadas de 80 e 90, foram educados no modelo de saúde anterior, mais fragmentado, como a própria ciência era. A concepção da saúde era a ausência da doença”, avalia a diretora do Campus Ceilândia da Faculdade de Medicina da UnB, Diana Lúcia Moura Pinho.

É o caso de Gabriela Sandes, formada em medicina pela Universidade de Brasília no início dos anos 2000, hoje, aluna do curso de Especialização Saúde da Família da UnB/UNA-SUS. “Um curso como esse traz uma nova visão sobre como fazer medicina de família; não vemos isso tão detalhadamente na graduação. É um olhar mais atento à comunidade e foco no atendimento da atenção básica e isso serve para melhorar o atendimento de saúde como um todo”, observa.

“No Brasil não existem profissionais vinculados apenas à rede pública em senso estrito. Há uma multiplicidade de vínculos e em geral os mesmo profissionais atuam simultaneamente na rede pública, em consultórios privados e na rede supletiva. Há, portanto o nosso interesse de capacitação de todos os profissionais de saúde, dado que estes sistemas se intercomunicam”, esclarece Francisco Campos.

Algumas das ofertas da UNA-SUS são direcionadas a determinadas clientela, estratificadas tanto em relação ao nível de escolaridade quanto à profissão. O projeto possui um acervo de recursos educacionais de livre acesso batizado de ARES. “Espera-se assim, beneficiar ao conjunto de trabalhadores de saúde do país”, resume Campos.

Por meio das 16 instituições parceiras da Rede UNA-SUS, o projeto já capacitou 31.371 profissionais em 33 cursos desde a sua concepção em áreas como saúde da família, epidemiologia, saúde materno infantil, saúde mental, vigilância em saúde ambiental, gestão da assistência farmacêutica, controle da tuberculose e dengue, entre outros.

ARES

O Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES) é o repositório educacional digital da UNA-SUS onde ficam armazenados e disponíveis para busca e recuperação os recursos educacionais em saúde produzidos pelas instituições que compõem o Sistema UNA-SUS. É um acervo público, com recursos em diversos formatos, alimentado de forma colaborativa, e de acesso livre pela rede mundial de computadores. ●

Fusões e aquisições no setor de saúde do Brasil

O momento no Brasil é ímpar, pois é raro tantas oportunidades de negócios serem oferecidas com grandes chances de ganhos para todos os atores participantes. Atualmente, o cenário mundial teve uma redução de 21% nas operações de fusões e aquisições. Enquanto isto, para mostrar que o Brasil é a bola da vez, houve um crescimento de 55% somente no primeiro semestre deste ano, totalizando 433 transações. Prova disto foi a última grande aquisição feita pela UnotedHealth que comprou 58,9% da Amil, bem como a Odontoprev e Fleury, que compraram a Papaiz, entre tantos outros exemplos.

Entre os fatores que atraem grandes empresas para o Brasil destacam-se o crescimento do segmento de medicamento genéricos, o potencial de expansão de mercado para US\$ 8 bilhões, o público alvo de aproximada-

mente 120 milhões de pessoas, o crescimento dos planos de saúde, a ampliação das coberturas e o aumento da incidência de doenças como diabetes, hipertensão e câncer.

Podemos constatar e ainda entendermos um pouco mais por meio dos dados da saúde suplementar de 2011/2012, em que foram contabilizados 48,7 milhões de vínculos a planos de assistência médica – um crescimento de 1,79%. A receita das operadoras chega a R\$ 82,4 bilhões, indicando avanço de 13,1%. O número de operadoras ativas no final do primeiro semestre de 2012 chega a 1.571, sendo 1.363 com beneficiários, o que representa cerca de 86,8% do total. Em dezembro de 2011, havia 1.601 operadoras ativas, das quais 1375 com beneficiários, o que justificaria os sinais de consolidação do setor.

Enquanto isso, o número de beneficiários cresce. Em junho de 2012, foram contabilizados 48,7 milhões de vínculos a planos de assistência médica e 17,6 milhões de vínculos a planos exclusivamente odontológicos, o que representa um crescimento de, respectivamente, 1,79% e 4,50%, em relação a dezembro do ano anterior. Por sua vez, a receita de contraprestações das operadoras médico-hospitalares, corrigida em relação à edição anterior, chega a R\$ 82,4 bilhões em 2011, indicando crescimento de 13,1% comparado a 2010. No primeiro semestre de 2012, o número já atinge mais de R\$ 43,9 bilhões.

As tendências que colaboram diretamente para esse crescimento são as mudanças na legislação brasileira, cenário macroeconômico estável, inflação controlada, menores taxas de desemprego, instalação de multinacionais do

“

O Brasil é a bola da vez, houve um crescimento de 55% somente no primeiro semestre deste ano, totalizando 433 transações.

”

Delfin Gonzales Miranda é Presidente do Grupo Delfin



Grupo Delfin

segmento no Brasil além dos incentivos governamentais. Dentro desta visão, os mercados das regiões Norte e Nordeste estão na mira de aquisições por empresas estrangeiras e também nas nacionais. Na visão do Grupo Delfin, sob o comando do seu presidente, Dr. Delfin Gonzalez Miranda, a sua instituição tem que ser referência em serviços de assistência médica e de diagnóstico por imagem no Brasil, tendo qualidade no atendimento ao cliente, pois acreditamos que a fidelização do mesmo depende, além de uma precisão diagnóstica, do trato com pessoas, que realmente é o que faz a grande diferença.

A trajetória do Grupo Delfin tem sido construída em cima de três pilares:

- 1) **transparência;**
- 2) **qualificação profissional permanente;**
- 3) **tecnologia de ponta.**

Tendo iniciado como um pequeno e inovador empreendimento médico no início dos anos 90, atualmente o Grupo apresenta-se como um dos principais players do ramo de diagnóstico por imagem do país, sendo o maior nas regiões Norte e Nordeste. Em toda sua trajetória, o Grupo pode

se orgulhar de unir dois grandes vetores de um crescimento sustentável: inovação e liderança. Com notório conhecimento do mercado e com a maturação de seu corpo gerencial e técnico, outros segmentos começaram a ser explorados pelo Grupo, sendo estes o ramo hospitalar e a produção de biomarcadores moleculares. Pode-se, então, definir o atual Grupo Delfin como um conglomerado de empresas, assim divididos:

- a) **Delfin Imagem, constituído de nove empresas de Diagnóstico por imagem;**
- b) **Hospitais, com uma unidade contendo 180 leitos em pleno funcionamento e outra em final de construção em Lauro de Freitas, BA;**
- c) **Biofarmaco – unidade fabricante de biomarcadores moleculares.**

Cada sistema de negócios, geridos sob a liderança de Dr. Delfin, segue com formatos próprios e em busca das melhores práticas do mercado, aproveitando a sinergia de uma gestão corporativa e dos princípios de qualidade que norteiam o Grupo. ●

Clareza é tudo para o acesso ao crédito

Pouco importa o quanto se fatura, onde se localiza ou a especialidade de atendimento. Todas as empresas do setor de saúde têm interesse e desejo de obter financiamentos a custos civilizados para alavancar a expansão dos seus respectivos negócios. É bom que assim seja, pois investimento está intimamente atrelado à confiança do empreendedor sobre o futuro.

O momento é positivo para novas captações, há oferta de recursos, mas as fontes financiadoras têm se mostrado exigentes, seletivas e avessas ao risco demasiadamente alto. Obter crédito, portanto, exige muita clareza do gestor sobre os rumos do negócio.

De um lado, o segmento da saúde privada tem se beneficiado de uma combinação positiva de fatores, caso do ciclo evolutivo social vivido no País em quase duas décadas, a vertiginosa expansão do emprego com carteira assinada – impulsionadora de beneficiários dos planos

de saúde –, e o desejo de uma maior rapidez de atendimento do que a oferecida pelo setor público.

Da parte dos investidores, o contínuo processo de corte dos juros básicos da economia brasileira tornou as aplicações em renda fixa menos rentáveis. O mercado de capitais ainda sofre das oscilações de ânimo provocadas pelas crises financeiras nos Estados Unidos e União Europeia. É fundamental, portanto, despertar o desejo de mais risco pelos capitalistas. Especificamente para quem deseja investir no setor de saúde, o mundo oferece poucas oportunidades como o Brasil. Por este motivo, o debate sobre a entrada de capital estrangeiro nas áreas hospitalar e de clínicas do País se intensificou, mas o desfecho ainda é incerto.

Portanto, as principais linhas de financiamento ainda se concentram nas oferecidas pelos agentes financiadores domésticos, caso dos fundos de *private*

equity, sócios investidores, sócios estratégicos, fundos de pensão, fundos imobiliários e por meio de emissão de debêntures. Os bancos públicos e privados também se preparam para linhas de financiamento de prazo mais longo, fundamentais para nosso setor de saúde.

Cada investidor possui, obviamente, estratégias e critérios próprios para definirem onde vão aportar recursos e em qual proporção. É possível identificar, entretanto, alguns traços comuns de exigências e preferências. Geralmente, esses agentes financiadores estão atrás de organizações que possam oferecer alguma vantagem competitiva em comparação aos demais concorrentes, como a de ser o único prestador da localidade, ou, ainda, ter uma atuação absolutamente inovadora e exclusiva no mercado – um diferencial percebido pelos consumidores. Neste caso, o negócio se torna mais interessante por contar com uma boa demanda.

“

O momento é positivo para novas captações, há oferta de recursos, mas as fontes financiadoras têm se mostrado exigentes, seletivas e avessas ao risco demasiadamente alto.

”

Carlos Suslik,
diretor da PwC Brasil
e consultor em
gestão no setor
de saúde.



Grupo Delim

Outro ponto fortemente observado está no racional econômico aplicado ao negócio pelos gestores e quais são as teses de crescimento. Em outros termos, significa dizer que o investidor quer saber como esse negócio se rentabiliza e como pode crescer. O modelo é replicável em outra cidade? Pretende comprar concorrentes? Quer se associar a outro grupo de porte equivalente ou superior? E por aí vai.

Pesa também na decisão compreender quais são os múltiplos a serem pagos para a mensuração do valor da empresa – faturamento por leito, receita corrente *vis-à-vis* atendimentos e outros tantos.

Governança corporativa qualificada e transparência das informações obviamente também chamam atenção de quem vai investir, pois tão melhor é o estágio de aplicação destas práticas, menor é o risco. Por fim, porém não menos importante, o potencial impacto do fluxo de caixa em relação ao capital investido é outro ponto a ser tocado pelo financiador.

O candidato aos recursos não precisa preencher todos os quesitos, mas quanto mais itens da lista conseguir cumprir, mais crédito e menor custo terá. Por que, então, o último item é tão importante? Pelo simples fato de que as primeiras perguntas que o potencial parceiro financeiro fará são: “Você quer crescer de que forma? Qual é seu modelo de negócio e de que forma vai atuar? Como você enxerga esta empresa no futuro?”.

A resposta parece simples, mas não é. Afinal, principalmente quando se trata do negócio hospitalar, o que está sendo considerado é a fonte de financiamento, qual o público que tem acesso e o tipo de cobertura assistencial proposto pela empresa. Se o hospital não tem um foco claro nesses três quesitos, quer ter de tudo um pouco, atender a todos os perfis sociais e opta por ser generalista, aparentemente fica muito difícil planejar e mostrar ao investidor que o projeto de crescimento é sustentável e viável na geração de retorno. Sem muita clareza sobre os rumos, o crédito fica distante, mesmo quando ele está abundante e, incrível, ali ao lado. ●

Romário, FBH e CFM promovem inclusão de aprendizes com deficiência na área da saúde

Motivar e orientar jovens com deficiência a ingressarem no mercado de trabalho. Esse é o foco da campanha “Aprendiz com Deficiência”, lançada em Brasília, na Câmara dos Deputados, e apoiada pela Federação Brasileira de Hospitais e o Conselho Federal de Medicina. A campanha promove abertura de novas vagas para treinamento e qualificação de pessoas com deficiência e conta com a iniciativa do deputado federal Romário.



Elieir Barros

Romário em discurso na Câmara dos Deputados em defesa da campanha "Aprendiz com Deficiência".

CNS reúne representantes do setor saúde em Brasília



Divulgação CNS

Diretor da FBH, Mansur José Mansur com representantes da CNS, Paulo Rassi e Olympio Távora.

A FBH compareceu ao evento de apresentação do relatório de atividades da Confederação Nacional de Saúde, referente à 2012. Na ocasião, o jornalista Silio Boccanera apresentou palestra sobre sustentabilidade na saúde e compartilhou exemplos internacionais do setor.

O presidente da CNS, José Carlos Abraão, fez uma breve homenagem ao Dr. Dante Montagnana, vice-presidente da Confederação, falecido em 10 de dezembro.



Divulgação CNS

Silio Boccanera durante palestra de sustentabilidade em Brasília

Encontro da saúde no Paraná



Marcelo Cozzo

O Encontro Paranaense de Saúde 2012 foi realizado em Curitiba, e promovido pelas instituições representativas do setor privado hospitalar – Fehospar, Sindipar e a Associação dos Hospitais do Paraná. Temas sobre o universo jurídico, gestão, econômico e de recursos humanos estiveram em destaque no evento. O presidente da Federação Brasileira de Hospitais participou de um dos painéis com palestra sobre estrutura hospitalar e modernização. Foram mais de 300 participantes inscritos, que avaliaram a relevância do conteúdo programático e qualificação dos palestrantes, e do uso de conhecimento e experiências apresentados.



Marcelo Cozzo



Divulgação FBH

Workshop debate consequências da crise internacional na saúde brasileira



Divulgação FBH

"A crise econômica mundial e suas implicações no setor hospitalar brasileiro" foi tema do workshop promovido pela Federação Brasileira de Hospitais, em São Paulo. Vários assuntos foram abordados no encontro, dentre eles, a política do governo federal na área da saúde diante da crise internacional, os impactos da situação macro-econômica nacional e

Presidente da FBH durante palestra em workshop em São Paulo



seus custos hospitalares, a regulamentação e consequências legais e trabalhistas, a relação dos hospitais e prestadores de serviço de saúde, além das normas legais e de controle de comercialização pelos hospitais e dos materiais e medicamentos. O debate contou com a presença de gestores de várias áreas do setor saúde no Brasil.

Fórum de Líderes da Saúde do Nordeste

O Fórum de Líderes da Saúde do Nordeste de 2012, foi realizado em Porto de Galinhas, Pernambuco, sob o tema: "O futuro do setor médico-hospitalar do Brasil" e contou com a participação dos principais gestores do setor médico-hospitalar do país. O presidente da FBH, Luiz Aramicy Pinto, foi mediador no debate sobre fusões e aquisições no setor e questionou o futuro do mercado sob a perspectiva dos grandes investidores. Dentre os participantes estavam Delfin Gonzales, presidente do Grupo Delfin, Carlos Miranda, CEO da BR Opportunities, Rendrik Franco, Diretor de Estratégia e Marketing do Grupo Fleury e Carlos Barros, sócio da Gávea Investimentos. O evento também abordou as relações de consumo e financiamento na saúde, gestão familiar, novas oportunidades de PPP's e os desequilíbrios de um mercado em busca de expansão.



Roberto Abreu



Divulgação FBH

Entidades hospitalares cobram mais recursos para o setor em evento realizado em Florianópolis

O 34º Encontro Catarinense de Hospitais, realizado em Florianópolis, reuniu mais de 300 profissionais que debatem sobre novas tendências e mudanças no setor hospitalar. O evento contou com a presença do secretário da saúde do estado de Santa Catarina, Dalmo de Oliveira, representantes

da Federação Brasileira de Hospitais, além de diversas entidades nacionais e estaduais do setor. Durante o debate, o presidente da Confederação Nacional da Saúde, José Carlos Abrahão comentou que o Brasil funciona com 6.800 unidades hospitalares, responsáveis por 10% da movimentação do PIB, mas que o setor não recebe nenhum incentivo. Em palestra, o presidente da Associação de Hospitais do Estado de Santa Catarina, Tércio Kasten, ressaltou que a defasagem histórica da tabela do SUS e a falta de pagamento de vários procedimentos têm colocado em risco a sobrevivência de hospitais.

Desafios para a perpetuação do negócio

As empresas familiares apresentam melhor performance global, quando comparadas a negócios não-familiares. Essa realidade não é diferente nas empresas familiares que atuam na área de saúde.

Por que apresentam melhor performance ?

Uma explicação é que ao se defrontarem com os mesmos desafios do mercado, acrescidos àqueles criados pela família empresária (desafios já bem conhecidos por todos), criam um campo balanceado que propicia o aumento da disposição para vencer a competição em todos os seus aspectos: familiar (emoção) e de mercado (razão).

Outra característica que contribui para esse aspecto é que o horizonte de tempo considerado por elas é aferido em décadas e não em trimestres (“quarters”).

Trata-se de uma visão de longo prazo, apoiada pela compreensão das famílias que controlam seu capital.

Empresas familiares estão focadas, ao mesmo tempo, no passado e no futuro. No entanto existe um estigma no mercado a esse respeito. Acredita-se que a participação da família a empresa tende a reduzir a eficácia dos resultados. Mas a história de empresas familiares bem sucedidas confirma que o estigma deve ser revisto.

Não é a família em si que gera dificuldades à empresa, ou vice-versa, mas o posicionamento dos familiares frente aos problemas dessa relação especialmente sensível.

Muitos membros de famílias empresárias ainda não se aperceberam de um fator importante no contexto dos negócios familiares.

O aumento da complexidade na estrutura da sociedade no mundo (e, por ordem de consequência, nas famílias), atinge “em cheio” as bases da empresa familiar.

Faz-se necessário, nesse novo cenário, que essas famílias passem a contar com novos instrumentos que apoiem a preservação e a perenização da empresa, do patrimônio da família empresária. Um desses instrumentos é o protocolo familiar, um acordo de relações familiares. Outros instrumentos:

1) estrutura de governança familiar;

2) modelo de governança corporativa.

Observando a empresa familiar, pode-se verificar seus aspectos positivos e alguns desafios. Entre muitos aspectos, pode-se citar:



As empresas familiares apresentam melhor performance global, quando comparadas a negócios não-familiares. Essa realidade não é diferente nas empresas familiares que atuam na área de saúde.

Eduardo Najjar, consultor, coach e professor na área de governança corporativa.



Aspectos Positivos Desafios

- Maior taxa de lealdade dos funcionários após algum tempo de trabalho: estes profissionais identificam-se com as pessoas que estão em seu dia-a-dia. Entre elas estão membros da família. Essa empatia estimula a motivação dos profissionais e, com o tempo, o processo de comprometimento deles com os princípios da empresa;

Continuidade da gestão: a sucessão de membros da família competentes, apoia o crescimento dos negócios.

- Rapidez na tomada de decisão: especialmente em alguns ramos de negócios, esta velocidade é vital para um bom desempenho da empresa no mercado e frente à concorrência.

- Em muitos casos, falta de disciplina de membros da família, no âmbito profissional e no âmbito da convivência societária;

- Conflitos de interesse entre família e empresa que podem levar à descapitalização e utilização ineficiente

dos profissionais que trabalham na empresa;

- Utilização indevida de recursos da empresa por membros da família empresária;

- Falta de planejamento na empresa e no âmbito societário;

- Emprego de parentes e amigos sem visão de competência profissional e desenvolvimento profissional com princípios baseados na meritocracia.

O processo de sucessão e de melhoria contínua deve, portanto, ser encarado como prioridade da família empresária e ter seu início o quanto

antes, com visão de prevenção e não de correção de eventuais acontecimentos negativos na família empresária.

Para finalizar, é importante dizer sobre minhas convicções:

- A respeito da manutenção das boas relações entre familiares: utilizo o termo harmonia possível, ou seja, vale a pena o entendimento entre familiares visando discutir ou negociar aspectos importantes da empresa e do patrimônio da família, ainda que não exista ambiente de amor incondicional entre todos, o tempo todo;

- A respeito da defesa em favor da implementação

das melhores práticas de gestão, na estrutura da empresa familiar;

- Sobre a importância de um projeto de desenvolvimento do grupo de herdeiros visando seu futuro papel de sócios.

Essas convicções têm como objetivo manter a segurança do futuro da empresa familiar e a saúde do patrimônio da família, de geração para geração. ●

Gestão por competências

De qualquer profissional se exige conhecimentos, habilidades e atitudes. Todos os três componentes podem ser frutos de um processo formal ou resultado de uma interação mais ou menos complexa entre o viver e o integrar com o seu meio e consigo mesmo.

O que quero destacar é que embora este processo possa ser fruto do viver, ele pode ser fruto da vontade estruturada e se traduzir em competências a serem desenvolvidas, criadas, transformadas por meio de um conjunto concatenado de ações. A esse conjunto concatenado chamamos de educação. Um líder pode ser nato? Veio pronto do útero? Apesar da importância das questões genéticas elas são insuficientes para sozinho gerarem um líder. No entanto ele pode ser fruto das complexas interações com seu meio e que temos como reproduzirmo ambiente da educação.

Quando faço estas afirmações não estou falando de dogmas ou de princípios e sim de conhecimento estabelecido e testado. Assim, o que queremos de um líder em termos dos três componentes acima destacados são competências. Eu gosto de trabalhar no campo do desenvolvimento de competências para gerir serviços de saúde com cinco dentre tantas possíveis e desejadas: gestão da estratégia, gestão do cuidado, gestão de pessoas, gestão de processos e gestão do conhecimento.

O que significa cada uma destas competências ou destes tipos de saber fazer?

GESTÃO DA ESTRATÉGIA – dado um objetivo situado no espaço organizacional e em um ambiente, esta é a competência que permite desenhar e realizar o caminho da execução, do como alcançar os objetivos desenhados. É uma competência crítica

dependente de muita capacidade de análise ambiental externa e interna, de senso de oportunidade e contínua capacidade de negociação.

GESTÃO DO CUIDADO – é a competência ligada ao negócio. Aqui não somente é necessária a habilidade referente à execução, como também integrar o cuidado dentro de suas múltiplas exigências técnicas e emocionais. Esta tem sido uma competência muito desprezada na área da saúde; por isso o investimento em desenvolvê-la deve ser muito grande.

GESTÃO DE PESSOAS – liderar. Fazer por meio do outro. As tarefas organizacionais somente podem ser executadas por pessoas que conhecem sua tarefa e aceitam o comando de um líder. A liderança tem de acordo com o tipo de organização, a tecnologia envolvida no fazer, o tipo de profissional en-

“

Gerir com base em competências exige necessariamente um ambiente de aprendizagem contínuo e que comporte sempre espaço para a inovação e para o erro.

”

Gonzalo Vecina Neto é superintendente corporativo do Hospital Sírio Libanês.



volvido, diferentes formas de exercício e que devem ser usados às vezes simultaneamente. Não existe o modelo participativo sem o autoritário ou algumas de suas nuances. Em diferentes momentos e circunstâncias dentro da execução da estratégia, diferentes modelos de liderança serão exigidos, às vezes concomitantemente.

GESTÃO DE PROCESSOS – todas as competências são fundamentais, mas algumas em determinados momentos podem se destacar. Na área da saúde os custos são crescentes e a demanda também. Como não existem mais recursos, a saída é o aumento da eficiência (a capacidade de fazer mais com o mesmo). Muitas ferramentas estão à disposição do administrador para avaliar e intervir em seus processos de forma a gerar o aumento da eficiência e todas tem a ver com a análise e melhoria de processos.

GESTÃO DO CONHECIMENTO – esta competência é a mais difícil de ser abordada. Ela é meio

sem alça pelo fato de impor o caminho do conhecimento, ou seja, o da evidência do melhor resultado. É na construção de um caminho “do fazer” baseado “no saber”, que mora uma visão ultrapassada de que o conhecimento é uma camisa de força que tolhe o livre arbítrio do profissional de saúde, em particular do médico. Neste momento em que os serviços de saúde estão sendo chamados para aumentar a segurança de seus processos, esta competência tem ganhado muita relevância.

Gerir com base em competências exige necessariamente um ambiente de aprendizagem contínuo e que comporte sempre espaço para a inovação e para o erro. Aí está um duplo desafio para os serviços de : criar um espaço onde inclusive os médicos tenham que frequentar e que seja permanente na construção e oferecimento do saber fazer e ao mesmo tempo não busque culpados e sim aproveite os erros para aprender e fazer melhor. O desafio é criar nas organizações esta espiral virtuosa e infinita. ●

Tributação: a realidade nacional

João Eloi
Olenike, contador
e presidente do
Instituto Brasileiro
de Planejamento
Tributário (IBPT).



Não é novidade que a carga tributária vem aumentando ano a ano no Brasil e em 2011, já representa 36,02% do PIB. No período de 25 anos, ou seja, de 1986 a 2011, a arrecadação tributária cresceu 1.872,88%, enquanto o PIB apenas 1.126,35%. Se considerarmos somente o período de 2000 a 2010, enquanto a arrecadação tributária teve um crescimento de 264,49%, o PIB evoluiu somente 212,32%, demonstrando que os governos federal, municipais e estaduais subtraíram cerca de R\$ 1,85 trilhão apenas por conta desse aumento na carga tributária.

O Sistema Tributário nacional é um emaranhado de tributos, normas e obrigações acessórias. Além disso, o Brasil é o único país onde há multi-incidência tributária; tributação que, em efeito cascata horizontal e vertical, onera a cadeia produtiva. Tal sistema é perverso, pois tributa muito mais o consumo do que a renda e o patrimônio, fazendo

com que as camadas mais pobres da população paguem relativamente mais sobre os produtos.

O Brasil está entre os países com maior carga tributária, abaixo apenas de nações como Suécia, Dinamarca e Noruega. No entanto, entre os 30 países que possuem as maiores cargas tributárias, o Brasil figura em último lugar, sendo, pelo segundo ano consecutivo, o que oferece o pior retorno dos valores em serviços públicos de qualidade à população, como saúde, educação, segurança, saneamento básico, conservação das estradas pedagiadas etc.

A burocracia tributária atinge também as empresas brasileiras que, para cumprir cerca de 97 obrigações acessórias principais, arcam com um custo médio de 1,5 % do seu faturamento, o que em 2011 representou mais de R\$ 25 bilhões. Além disso, os tributos representam uma parcela de, em média, 33% do faturamento bruto, 47% do total de custos e despesas e 52% do

lucro das empresas. O complexo sistema tributário pode levar as empresas à marginalidade, uma vez que a informalidade atualmente significa 31% do PIB, enquanto a sonegação representa o equivalente a 39% do total da arrecadação.

Diante dessa situação, que subtrai, ano a ano, a renda, o patrimônio e o poder de consumo do brasileiro, constatamos que em 2012 o cidadão trabalhou 150 dias, ou cinco meses, somente para o pagamento de tributos, marca que tende a aumentar a cada ano. É preciso que o contribuinte brasileiro tenha consciência de que paga muito em tributos e exerça o direito e o dever de cidadão ao cobrar o retorno desses valores, além da liberdade para trabalhar, empreender, gerar empregos e propiciar o desenvolvimento do País. Já temos o Dia Nacional de Respeito ao Contribuinte, 25 de maio, mas agora é necessário exigir o respeito. ●

SE VOCÊ ACREDITA, VOCÊ CONFIA. ACREDITE!

A ONA - Organização Nacional de Acreditação, há 13 anos, contribui para o aprimoramento da qualidade da assistência à saúde, através do desenvolvimento e evolução de um sistema de avaliação e certificação da qualidade, a Acreditação.

Acredite, você só tem a ganhar!



ONA, acreditando na melhoria da Saúde no Brasil





A QUALIDADE DO AR MEDICINAL QUE SEU PACIENTE RESPIRA ESTÁ EM SUAS MÃOS.

O Ar produzido em seu hospital é medicinal mesmo?

O Ar Medicinal Sintético da White Martins oferece ao seu hospital padrões de pureza e qualidade incomparáveis. Uma tecnologia inovadora que leva mais segurança à terapia respiratória de seus pacientes.

- Mistura de dois gases com grau farmacêutico: Oxigênio Medicinal (O₂) e Nitrogênio Medicinal (N₂)
- Totalmente livre de umidade, hidrocarbonetos e outros contaminantes
- Reduz os custos com manutenção de ventiladores mecânicos
- Opera com consumo de energia desprezível
- Elimina a necessidade de investimentos na geração de ar, mesmo no caso de expansões

Consulte o seu representante White Martins e comprove as vantagens do processo de geração do Ar Medicinal Sintético através do nosso serviço de Análise da Qualidade do Ar.

Com o Ar Medicinal Sintético da White Martins o seu paciente respira melhor!

Medipure[™]
Medical Gases

WHITE MARTINS
PRAXAIR INC