Ano 2 | Edição 4 | Agosto 2013 | Trimestral

visão hospitalar

Revista da Federação Brasileira de Hospitais | FBH

Governo em crise quer médicos estrangeiros sem revalidar diploma

Médico, líder do Democratas na Câmara dos Deputados afirma que entrará com uma ação no Supremo Tribunal Federal contra o programa Mais Médicos do Governo Federal.

FBH promove encontro, sobre a implantação do PADRÃO TISS 3.0 exigido pela ANS, em todo o Brasil.

Leia Mais | Notícias do setor | Artigos | ANS - IN nº49 | Hospital Referência | TI na prevenção à Infecção Hospitalar

Blog

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

HÁ 45 ANOS MELHORANDO A
QUALIDADE DA SAÚDE NO BRASIL.

WWW.FBH.COM.BR

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

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

"Luiz Aramicy Pinto | 2011"

Luiz Aramicy Pinto
Presidente da Federação
Brasileira de Hospitais

Apoio às manifestações populares pacíficas e democráticas

A Federação Brasileira de Hospitais, diante das manifestações populares ocorridas nos últimos meses, vem trazer seu apoio ao clamor do povo brasileiro quando se posiciona de maneira pacífica e democrática, e manifesta sua insatisfação com as estruturas oferecidas pela esfera pública, com dignidade, cidadania e liberdade de expressão.

A FBH entende que os atos públicos fazem parte da rotina política e social dos regimes democráticos e que são necessários para o aprimoramento dos processos decisórios que envolvem os diversos interesses da sociedade civil. No entanto, para que se tornem legítimas é necessário que essas manifestações sejam realizadas sem violência, garantindo os direitos individuais de todos os cidadãos indistintamente, assim como a integridade do bem público do nosso Brasil. As mobilizações pacíficas legitimam as manifestações de ideias e críticas, o que fortalece o ideal de democracia brasileira.

A pressão imposta pelas ruas, historicamente, revela-se como decisiva nos desdobramentos políticos no país. Vale lembrar a passeata dos 100 mil, no dia 16 de junho de 1968, no Rio de Janeiro, que marcou o protesto contra a ditadura militar, organizada pelo movimento estudantil com a participação de artistas, intelectuais, e vários setores da sociedade brasileira. O Comícios das "Diretas Já" ocorrido em 1984 também foi um marco na história do Brasil, com o clamor popular que pedia a volta das eleições diretas para presidente, abolidas desde 1964. O Impeachment do presidente Fernando Collor, em 1992 também foi movido pela mobilização do povo nas ruas que se revoltou com as denúncias de corrupção do então governo.

O Brasileiro quer sentir-se filho de sua terra e ver suas necessidades básicas atendidas. As questões que envolvem saúde, educação, transporte, emprego e infraestrutura não podem mais ficar para depois. São questões essenciais que mexem com o cotidiano da sociedade e necessitam de uma mudança premente.

A FBH, atenta ao cumprimento de sua missão, atua na defesa dos interesses dos hospitais e nas diversas áreas do setor saúde, fez-se presente neste momento importante da história do país, colocando-se ao lado do processo democrático e em defesa das melhores e mais dignas condições de vida da população brasileira.

O poder das redes sociais

A mobilização do povo nas ruas, acompanhada nos últimos meses em todo o mundo, tem como pano de fundo a internet. As novas formas de comunicação do século XXI são extremamente poderosas e capazes de mudar o rumo da história. O Brasil e o mundo se surpreendem com a magnitude e organização das manifestações, facilitadas pelas mídias sociais.

Mark Zuckerberg, o universitário americano criador do Facebook, não imaginou que aquilo que inicialmente seria instrumento de interação entre os estudantes de uma universidade americana, já é considerada a mais influente ferramenta de mobilização social conhecida até hoje.

O Facebook possui mais de um bilhão de pessoas cadastradas, com aproximadamente 316 mil contas criadas por dia. É um fenômeno de comunicação com um incrível poder de compartilhar e disseminar ideias e informações de maneira instantânea.

Assim como o Facebook, outras mídias como o Twitter, Instagram e o YouTube estiveram integradas e foram decisivas na marcação de datas, horários e locais das passeatas e manifestações, que assistimos em todo o Brasil.

A organização dos grandes atos, realizados pelo Movimento Passe Livre, foi realizada em eventos no Facebook . As informações foram compartilhados em sequência, atingindo milhares de usuários em poucas horas .

Independentemente da força das mídias sociais, o que vimos foi o clamor de um povo indignado com o descaso de seus governantes com questões vitais como saúde, educação, mobilidade urbana, melhores condições nos serviços públicos e repulsa com a corrupção exposta todos os dias nos veículos de comunicação. O desafio agora é fazer com que o gigante, ao passar, tenha como meta a transformação e não a destruição.

Boa Leitura

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

PRODUÇÃO | REVISTA VISÃO HOSPITALAR

Editora-Chefe Ana Lúcia Barata - 3324/DF visaohospitalar@fbh.com.br
Projeto Gráfico Blog Comunicação marcelo@blogconsult.com
Publicidade comercialvisaohospitalar@fbh.com.br
Tiragem 5mil exemplares
Arte e Diagramação Blog Comunicação Tel. (31) 33091036
Publicação Trimestral

Federação Brasileira de Hospitais - FBH - SRTVS Qd. 701 – Conj. E Nº 130 - Bloco 03 - 5º andar - Ed. Palácio do Rádio Asa Sul - Brasília /DF - CEP: 70340-901 - Tel: (61) 3322-3330 - E-mail: fbh@fbh.com.br

visão hospitalar
Revista da Federação Brasileira de Hospitais | FBH

6
Projeto de lei sobre assistência de saúde aos turistas estrangeiros

8
IN 49 - ANS define regras mais claras para contratos

12
Tecnologia a favor do controle das infecções hospitalares

14
Hospital Referência
Hospital Marcelino Champagnat

18
Artigo | Dr. Eduardo Oliveira, Presidente da AHESP

20
Estudo aponta necessidade de reforma radical na saúde

22
Tributação das pequenas e médias empresas no Brasil
Artigo de João Eloi Olenike,

24
Dilma sataniza a figura do médico brasileiro

28
Marcus Pestana, deputado federal, fala sobre Sistema de Saúde no Brasil

32
Anvisa recomenda novas práticas de higienização

42
Visão Jurídica
Dagoberto J.S. Lima

44
FBH promove eventos sobre TISS 3.0

49
Notícias do Setor

54
Lei do Ato Médico é sancionada após 11 anos e gera polêmica

Câmara dos deputados avalia projeto de lei sobre assistência de saúde aos turistas estrangeiros que virão ao Brasil para os eventos esportivos até 2016

Andrea Barbi

Copa das Confederações, Jornada Mundial da Juventude, Rock in Rio, Copa do Mundo e Olimpíadas, esses são os principais eventos no calendário nacional até 2016. Milhares de turistas vindos de vários países são esperados nas capitais brasileiras que sediarão os espetáculos de esporte, cultura e religiosidade. Uma das preocupações quanto à permanência dos estrangeiros no país, diz respeito à assistência nos serviços públicos de saúde, matéria que está em discussão na Câmara dos Deputados. De acordo com o deputado Luiz Henrique Mandetta (DEM-MS), essa assistência não pode ser relegada ao Sistema Único de Saúde (SUS), que já tem sua capacidade de atendimento esgotada. De acordo com o parlamentar, a obrigatoriedade do seguro-saúde não foi contemplada na Lei Geral da Copa, o que justifica a apresentação de um projeto de lei que determine a obrigatoriedade do seguro para os estrangeiros que vierem ao Brasil.

Luiz Henrique Mandetta, Deputado Federal, (DEM-MS)

O Projeto de Lei 5542/2013, da autoria do deputado Mandetta, aguarda manifestação da Comissão de Relações Exteriores e de Defesa Nacional da Câmara dos Deputados, e tem como relator o deputado Henrique Fontana

> "O Seguro-saúde não foi contemplado na lei Geral da Copa, o que justifica a apresentação de um projeto que determine a obrigatoriedade do benefício para os estrangeiros que vierem ao Brasil."
>
> Deputado Federal Luiz Henrique Mandeta

(PT-RS). O PL determina que "o ingresso no País de estrangeiro, submetido ou não a um visto de curta duração, exigirá o porte de seguro-saúde e de repatriamento válido por todo o período de permanência do estrangeiro em território nacional". O projeto prevê, ainda, que o valor mínimo do seguro deverá ser fixado pelo órgão federal responsável pelo controle e fiscalização do segmento securitário no país, no caso a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O deputado complementa a argumentação com as próprias exigências feitas para brasileiros que visitam países estrangeiros. "A maioria dos países exige esse seguro e o Brasil tem de fazer a mesma coisa", completa.

Ainda de acordo com Mandetta, será preciso que o sistema de saúde suplementar esteja envolvido na questão e preparado para os casos que possam surgir. Pois, a Lei Geral da Copa presume que a responsabilidade do atendimento médico dentro dos Estádios é da Federação Internacional de Futebol (FIFA), que prevê seguro para os torcedores. Desse modo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) precisaria identificar o tipo de seguro adequado para esse público em específico, durante todas as circunstâncias de permanência no país. No entanto, de acordo com o previsto por lei, a ANS não tem a responsabilidade sobre seguros internacionais. A agência informou que não possui dados sobre planos internacionais para turistas, "haja vista a legislação em vigor não conferir competência a este órgão para regular este tipo de produto. Inclusive, as operadoras de planos privados de assistência à saúde sujeitas à fiscalização desta Agência são legalmente proibidas de comercializarem este produto". Por enquanto, como forma de atender às eventuais necessidades de serviços médicos e de saúde, resta aos estrangeiros de passagem pelo Brasil utilizarem os serviços do SUS, ou arcarem com os custos do atendimento efetuado pelo setor privado. ●

Instrução Normativa 49 da Agência Nacional de Saúde define regras financeiras mais claras para os contratos com os prestadores de serviço

Andrea Barbi

A Instrução Normativa/DIDES nº 49, de 17 de maio de 2012, que regulamentou o critério de reajuste é um detalhamento do entendimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre qual deve ser a forma de reajuste dos contratos, observando os aspectos de clareza e objetividade.

A Normativa visa encerrar uma prática comum nos contratos firmados entre as operadoras e os prestadores de serviços de saúde, no que se refere à "livre negociação" estabelecida anteriormente, como forma de critério para o reajuste. O que, de acordo com o entendimento da Agência, "não é um critério, mas sim o meio de se chegar ao critério. Com a IN, caso não haja um acordo até o aniversário do contrato, torna-se obrigatória a utilização de (I) índice vigente e de conhecimento público; (II) percentual prefixado; (III) variação pecuniária positiva; ou, (IV) fórmula de cálculo do reajuste, a ser aplicado automaticamente", como destaca Carlos Eduardo Figueiredo, Gerente de Relações com Prestadores de Serviços da ANS.

Outra regulamentação que consta na IN diz respeito ao fato de que as operadoras não poderão condicionar o reajuste à sua sinistralidade. Segundo Figueiredo, da ANS, "isso significa que os planos de saúde não poderão nivelar o repasse pelos serviços prestados pelos médicos e demais prestadores de serviços de acordo com a quantidade de exames solicitados, por exemplo", comenta. Desse modo, as operadoras não podem correlacionar os seus valores remuneratórios ao aumento ou decréscimo induzido de sinistros (internações, exames), tais como bônus ou penalizações associados aos eventos primários (consultas médicas, por exemplo).

Ainda de acordo com o gerente de Relações com Prestadores de Serviços da Agência, o prazo para adequação dos contratos entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde previstos na Normativa foi prorrogado por mais 90 dias, a contar de 12 de maio. "O novo prazo termina em 12 de agosto", enfatiza. A medida não vale para profissionais

de saúde que atuam em consultório, cujo prazo terminou no dia 12 de junho. A operadora que não tiver os contratos adequados ao novo instrumento poderá ser multada, considerando cada contrato celebrado. Também foi formado um grupo de trabalho, que terá 60 dias para estabelecer os parâmetros que serão utilizados para a adequação contratual.

Para o dr. Eduardo de Oliveira, secretário-geral da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), "a ANS tem por obrigação institucional regulamentar as relações das operadoras de planos de saúde com seus prestadores de serviço, sendo o principal deles, os hospitais". O secretário destaca, ainda, que "o primeiro grande marco deste triângulo foi a RN nº 42, de 04 de julho de 2003, que estabeleceu a necessidade de haver um contrato formal entre as partes". Pois, até então, o que ocorria usualmente eram acordos verbais e, até mesmo, rascunhos de contratos. A partir da publicação desta RN ficou estabelecido que os contratos deveriam ter um índice de reajuste, como em qualquer contrato de serviço continuo.

Tal medida causou reação por parte das operadoras, inclusive com o não cumprimento da legislação na prática cotidiana do relacionamento com os usuários. Houve, ainda, considerável número de operadoras interpretando a redação da Resolução sob ótica própria. O que, por sua vez, levou a ANS a criar a IN n°49. Considerando que, há necessidade de entendimento entre as partes, inclusive do ponto de vista jurídico. Pois, como destaca Eduardo de Oliveira, "é muito importante que a sociedade, em especial os bancos, acreditem nesta relação. Isso faz com que diminua o custo do financiamento deste setor para todos", comenta. Além do que, gera maior credibilidade para o setor de serviços de saúde.

Porém, mesmo com a IN nº49, ainda há dificuldades a serem superadas. E, a maior delas, diz respeito à resistência das partes, que a princípio visualizam perdas nas alterações propostas pela ANS. Entretanto, na opinião do secretário-geral da FBH, "os hospitais de pequeno porte não sobreviverão às operadoras sem uma legislação avançada, em especial às cláusulas de reajuste nos contratos". Em termos de melhorias voltadas aos usuários, a aplicação dessa Normativa representa um impacto positivo e direto do serviço ofertado pelos prestadores, diminuindo a concentração do mercado e aumentando a competitividade, comenta.

TI no combate à infecção hospitalar

Vanessa Campos

Já existem, no Brasil, softwares desenvolvidos com o objetivo de melhorar o trabalho das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Nos softwares para este segmento, toda a modelagem dos processos do sistema é feita com a intenção de aperfeiçoar o trabalho da vigilância epidemiológica.

Historicamente, no Brasil, o Controle das Infecções Hospitalares teve seu marco referencial com a Portaria MS nº 196, de 24 de junho de 1993, que instituiu a implantação de Comissões de Controle de Infecções Hospitalares em todos os hospitais do país, independente de sua natureza jurídica.

Atualmente, as diretrizes gerais para o Controle das Infecções em Serviços de Saúde são delineadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). De acordo com a Anvisa, são chamadas infecções hospitalares aquelas desenvolvidas pelos pacientes após a admissão no hospital relacionadas à internação ou a procedimentos hospitalares. Entre as medidas para combater o problema, o Ministério da Saúde sugere desde ações simples, como a higienização das mãos, até cuidados mais sofisticados relacionados à esterilização de equipamentos e ao uso de produtos especialmente desenvolvidos para evitar infecções.

Com a implantação de uma solução de controle, integrada com um Sistema de Informação Hospitalar (SIH), é possível obter de forma rápida informações precisas sobre internações, consumo de antibióticos, exames microbiológicos e cirurgias. "Isso possibilita uma primeira leitura geral dos procedimentos que estão ocorrendo no hospital, mantendo um controle rigoroso em cada etapa", explica Gilsinei Hansen, Diretor Estratégia de de Software da TOTVS.

Gilsinei Hansen,Diretor Estratégia da TOTVS

A cerca de dez anos nesse mercado, o software Janus, da TOTVS é utilizado hoje por 50 instituições no país. O software foi desenvolvido para promover um diálogo interno no hospital, entre CCIH, médicos que fazem a prescrição de medicamentos e a farmácia. O sistema faz um alerta quando a dose de medicamentos antibacterianos está elevada, o que pode representar que os micro-organismos estão ficando mais resistentes ao medicamento, estimulando o surgimento de superbactérias.

O custo médio para se tratar de um paciente afetado por uma superbactéria é avaliado em R$ 1 mil por dia. Essa conscientização já impulsiona a venda de softwares de gestão e, em 2013, a previsão da TOTVS é conquistar 25 novos clientes.

No ano passado, a Epimed Solutions lançou um sistema de controle de infecção hospitalar, que viabiliza o monitoramento e a análise detalhada de informações relacionadas à atuação das CCIH. De acordo com a Epimed, a solução permite ao gestor redesenhar as estratégias de tratamento utilizadas no hospital.

O desenvolvimento da tecnologia incluiu a formação de uma parceria com o ILAS (Instituto Latino Americano de Sepse). O trabalho conjunto permitiu que as orientações do Instituto fossem incorporadas à ferramenta, adotada pela Rede D`Or São Luiz, no Rio de Janeiro, para o gerenciamento inteligente das CCIHs dos 12 hospitais da rede localizados na cidade.

Desenvolvido com base nas sugestões de profissionais da área de saúde, o sistema possibilita aos usuários a gestão integrada dos protocolos de sepse, dos procedimentos de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica e das infecções relacionadas ao cateter intravascular.

> A ferramenta permite que os dados sejam acessados em tempo real, de qualquer dispositivo conectado à internet, como celulares, notebooks ou tablets, integrando-se também com sistemas hospitalares e laboratórios de microbiologia

Márcio Soares, diretor de pesquisa e desenvolvimento do Software.

A busca pela melhoria da assistência em unidades médicas motivou também uma parceria sociorresponsável firmada entre a Epimed e o Instituto Qualisa de Gestão (IQG) para suporte ao Programa Brasileiro de Segurança do Paciente, projeto do instituto que conta com o apoio de organizações do setor de saúde e visa à criação de estratégias de prevenção de eventos adversos para hospitais públicos e privados de todo o país. "A ferramenta permite que os dados sejam acessados em tempo real, de qualquer dispositivo conectado à internet, como celulares, notebooks ou tablets, integrando-se também com sistemas hospitalares e laboratórios de microbiologia", diz o diretor de pesquisa e desenvolvimento da Epimed, Marcio Soares.

O Hospital Nove de Julho, em São Paulo, decidiu investir para diminuir a incidência das infecções e conseguir ganhos na governança corporativa e imagem da empresa. A entidade sabia que a solução passava por algo que pudesse juntar o maior número de informações sobre as melhores práticas existentes no mundo, disseminar isso de forma rápida para os gestores, ajudar no planejamento de ações e medir e comparar resultados. "Sabíamos o que era necessário e fomos procurar um sistema que pudesse fazer tudo isso", lembra o gerente de TI, Carlos Yamashita.

A solução foi implementar um sistema que desse condições para que CCIH monitorasse e controlasse todo o processo de vigilância epidemiológica de infecções associadas aos cuidados de saúde. O hospital optou então pelo Hepic, software desenvolvido pela portuguesa First, que conecta a CCIH e as áreas de enfermaria e farmácia do hospital a um laboratório de análises clínicas.

Os processos de registro e repasse das informações para outras áreas foram automatizados e, com isso, os profissionais médicos conseguiram maior dedicação para ações de controle e prevenção. "A tecnologia nos ajudou neste passo da governança corporativa e estabelecimento de processos no CCHI, pois nos trouxe integração e mais rapidez. O tempo economizado com isso faz toda a diferença no setor de saúde", destaca o diretor geral, Paulo Curi.

O modelo anterior funcionava de forma manual, com pontos vulneráveis por falha humana ou desvios de processos. "No modelo manual, por melhor que fosse, não teríamos essa antecipação", complementa Curi. "Com a mudança, a CCHI passou a atuar assim que os primeiros alarmes sobre infecção são detectados, ainda na internação, e não somente após o encaminhamento ou a saída do paciente", conta Regina Tranchesi, diretora técnica da instituição.

Orientações

A Anvisa, desde 2006, coloca à disposição de hospitais gratuitamente o Sistema Nacional de Informação em Serviços de Saúde (Sinais), software que aprimora o estudo do controle de infecção no país. As informações sobre infecção nos hospitais catalogadas pelo programa permitem acompanhar e agir rapidamente na solução dos casos detectados, segundo a Agência.

Atualmente o programa está disponível no site da Anvisa. Com a adoção do sistema, as informações sobre infecção hospitalar processadas pelos estados e municípios podem ser repassadas à agência de maneira online e, ainda, podem ser usadas para cálculo de índices de infecção hospitalar. A Anvisa oferece ainda um curso de controle de infecção hospitalar na modalidade à distância.

Pesquisa

O Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) é hoje o hospital-polo numa abrangente pesquisa sobre infecção hospitalar. O estudo, coordenado pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), teve início em 2012 e pretende estabelecer um panorama do problema em unidades públicas, privadas e filantrópicas de saúde de todo o território nacional.

Com o título "Infecções relacionadas à Assistência em Saúde em hospitais brasileiros: prevalência, fatores de risco, prognóstico, custos e infraestrutura para controle", o projeto de pesquisa não tem caráter de auditoria ou fiscalizador, e pretende embasar políticas de prevenção e controle, além de estabelecer uma rede permanente de estudo sobre o tema.

"Acreditamos que o resultado desse levantamento, onde os hospitais participarão voluntariamente fornecendo dados, será uma ferramenta importante para gestores de saúde ao revelar o quanto é gasto com o problema e o número de casos registrados de infecção hospitalar", acredita o presidente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do IFF, Carlos Figueiredo. O estudo será realizado em uma amostra de 270 hospitais de vários portes em âmbito nacional.

Informações

Sistema Nacional de Informação em Serviços de Saúde (Sinais) - http://www.anvisa.gov.br/sinais

Hospital Marcelino Champagnat: atendimento humanizado e alta tecnologia a serviço da população

Andrea Barbi

Com uma área de mais de 27 mil m² distribuídos em um prédio de dez andares, o Hospital conta com sete salas cirúrgicas, 20 leitos de UTI geral, 11 leitos de Unidade Coronariana e Neurovascular (UCN), moderno Centro Diagnóstico e 72 consultórios médicos. Referência na prestação de serviços voltados à saúde na cidade de Curitiba, e um dos mais modernos complexos hospitalares da região, o Marcelino Champagnat destaca-se pela atuação das equipes das áreas clínicas e cirúrgicas de média e alta complexidade. Como forma de humanizar a assistência e manter o compromisso de qualidade no atendimento aos mais de 4,5 mil pacientes por mês, o Hospital adota o conceito da globalidade dos processos de saúde. Esta iniciativa gera uma relação mais harmoniosa entre os profissionais e os pacientes, individualizando as necessidades e, consequentemente, melhorando a qualidade nos atendimentos prestados aos pacientes e familiares.

Dentre os diferenciais do Hospital Marcelino Champagnat , ainda no que diz respeito ao atendimento dispensado ao público, encontra-se o Núcleo de Hospitalidade, área voltada exclusivamente à receptividade e bem-estar dos usuários da Unidade. Além de prestar o atendimento decorrente da internação, o Núcleo tem por objetivo entender as necessidades de cada caso, seja por meio da elaboração de cardápio preparado conforme as restrições alimentares do paciente, inclusive considerando seus gostos pessoais; seja atendendo aos pedidos relacionados à espiritualidade e crenças dos pacientes e familiares.

A humanização está presente também na estrutura física do hospital, por meio das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), que dispõem de luz natural, cores suavizadas, espaço apropriado para acompanhantes e boxes individualizados. As janelas amplas possibilitam aos internados nas UTI's o contato visual com o ambiente externo.

Inaugurado no 2° semestre de 2011, o Hospital foi o maior investimento na área de saúde da última década, na região Sul do país. Foram R$ 65 milhões investidos na construção da Unidade, integrante da Área Saúde do Grupo Marista.

O hospital conta com 7 salas cirúrgicas, 20 leitos de UTI geral, 11 leitos de unidade coronariana e neurovascular, moderno centro diagnóstico e 72 consultórios médicos

Cerca de 600 cirurgias são realizadas mensalmente nas diversas áreas de atuação, em salas inteligentes que possuem os mais modernos equipamentos cirúrgicos e de monitoração, adquiridos com a garantia das melhores marcas disponíveis no mercado. Destaque para as duas salas de telemedicina, que colaboram no processo de capacitação e reciclagem do corpo de saúde da Unidade e de outros centros de medicina e Saúde. O Centro Diagnóstico moderno e integrado dispõe de aparelhos de ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassonografia, radiologia convencional, endoscopia digestiva/respiratória e, métodos gráficos cardiológicos e neurológicos.

O Corpo Clínico é altamente qualificado nas diversas áreas clínicas e cirúrgicas voltadas às necessidades de atenção para pacientes adultos. As principais áreas de expertise são a Cardiologia, Neurologia, Cirurgia Geral / Bariátrica, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Cirurgia Craniomaxilofacial, Cirurgia Plástica, Cirurgia Oncológica, Ortopedia e Urologia.

Para a equipe do Hospital, o importante é a satisfação e a confiança absoluta do paciente, com alto desempenho e segurança assistência do corpo funcional. Isso se traduz na oferta de um grupo seleto de profissionais, comprometidos com a prática da medicina de alta qualidade, tecnologia de ponta, com vistas à excelência nos resultados.

TRACTMANAGER®

A TractManager oferece uma solução de software e serviços patenteada que proporciona às organizações acesso seguro e em tempo real a um inventário pesquisável de todos os contratos, acordos e documentos de suporte. Como é baseada na Internet, esta solução centraliza e normaliza toda a documentação essencial da organização através de departamentos segmentados, unidades de negócio e localizações geográficas.

Gerenciamento de contratos, arrendamento e documentos baseado na Internet

Retorno sobre o investimento

O retorno sobre investimento da TractManager tem início imediato e multiplica-se ao longo do tempo. Com a TractManager, não há custos de implementação, custos contínuos de manutenção/suporte ou custos de hardware/software. Além disso, o sistema é seguro e pode ser acessado por um número ilimitado de usuários registrados.

Líder no fornecimento de serviços de gerenciamento de contratos e documentos nos Estados Unidos, a TractManager oferece uma maneira inovadora e prática de reduzir custos e melhorar o gerenciamento de suas práticas operacionais e estratégias de negócios.

Banco de dados de contratos protegido e centralizado baseado na Internet

A TractManager permite às organizações gerenciar de maneira eficaz e eficiente seus relacionamentos contratuais usando um banco de dados digital centralizado. A solução TractManager proporciona os seguintes recursos fundamentais:

- Digitalização e processamento por OCR (reconhecimento óptico de caracteres) patenteados de contratos/arrendamentos/documentos novos e preexistentes
- Criação de documentos em PDF indexáveis, pesquisáveis e que podem ser apresentados em relatórios por palavras-chave
- Anexo ilimitado de documentos de apoio, incluindo notas/correspondências/e-mails, PDFs, Seguro de Garantia Contratual, documentação de devida diligência, documentos de faturamento/contas a pagar, relatórios de despesas, entre outros
- Extração automática de pontos de dados de arrendamento e contrato fundamentais para os campos correspondentes no aplicativo
- Notificações por e-mail automatizadas de datas críticas pendentes, como datas de vencimento, renovações automáticas e datas de revisão
- Classificação por tipo de contrato, responsável do departamento, data de vencimento, etc.
- Preenchimento automático de campos de dados, como: nome do contrato, partes responsáveis, termo original, etc.
- Auditoria automatizada para garantir que todos os contratos sejam cumpridos adequadamente, que não estejam vencidos e para determinar se contêm informação sobre renovação automática

Automação de processo e fluxo de trabalho aprimorado

Um importante recurso da solução MediTract é o nosso Colaborador do Contrato, um componente de fluxo de trabalho com recursos avançados usado para criar, encaminhar e revisar novos contratos antes de executá-los. Projetado para ajudar os usuários com o processo legal inicial da negociação de contratos, o Colaborador de Contrato proporciona aos usuários processos de negócio simplificados através de:

- Encaminhamento de documentos para os revisores designados com base no tipo de contrato, arrendamento, documento
- Criação e envio de documentos para revisão sequencial
- Envio de sugestões e comentários sobre os documentos recebidos
- Pesquisa e filtragem de documentos pendentes, salvos e concluídos
- Integração de uma Biblioteca de Modelos para criar e armazenar contratos, arrendamentos edocumentos
- Utilização de uma Biblioteca de Linguagem Aprovada quem contérm o disposições e linguagem de marcação para a criação de modelos de contrato, arredamento edocumento

Implementação de classe mundial

Diferente da maioria das soluções de gerenciamento de contratos disponíveis hoje no mercado, a TractManager fornece toda a mão de obra para implementar e atualizar seu banco de dados de contrato. Além disso, nossos profissionais desenvolvem um plano de implementação abrangente projetado para atender a suas necessidades em particular.

Para os clientes que precisam de digitalização de documentos, vamos as suas instalações para digitalizar todos os contratos, acordos e documentos de apoio e criamos um banco de dados online personalizado. Inserimos todos os dados e documentos necessários para garantir que seu sistema funcione de maneira adequada e eficaz desde o início.

www.tractmanager.com.br

TractManager do Brasil Ltda.
Av. Rio Branco, 1 - Suite 1201
Rio de Janeiro, RJ 20090-003

Tel.: (21) 2516 4550 | Cel.:(21) 7708 3088
E-mail: fmedeiros@tractmanager.com
www.tractmanager.com.br | www.meditract.com.br

28 de junho, medicos fazem manifestação em frente ao Palácio do Planalto, em Brasília contra vinda de profissionais estrangeiros para trabalhar no país.

Por um melhor pacto para a saúde

O Presidente da Associação de Hospitais do Estado de São Paulo (AHESP) e Secretario Geral da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Dr. Eduardo Oliveira critica a falta de investimento do Governo Federal para a área de Saúde.

A Federação Brasileira de Hospitais apóia a decisão do CFM, AMB e de todas as entidades médicas

De nada adiantará a proposta de contratação de 25 mil médicos, a ampliação do programa de residência médica, nem muito menos importar médicos para atuar onde os profissionais brasileiros de Medicina não tenham interesse em trabalhar.

O pacto proposto pelo Governo Federal está fora da realidade, pois a crise no Setor de Saúde Pública do país não é novidade. Para completar, este ano o Sistema Único de Saúde (SUS) completa 25 anos conforme estabelecido na constituição Brasileira e apesar dos grandes avanços científicos e tecnológicos da medicina no Brasil, falta uma política clara nos investimentos de infraestrutura.

Atualmente o país tem cerca de 400 mil médicos, porém não existem condições e remunerações adequadas que propiciem uma distribuição justa.

A mobilização nas ruas, inicial-

Dr. Eduardo Oliveira,
Secretário Geral da FBH e
Presidente da AHESP

> A saúde do país não irá mudar somente com a importação de médicos, é necessário um pacto e o estabelecimento de compromissos com todos os profissionais, juntamente com os representantes dos setores público e privado

mente pelos preços abusivos das passagens de ônibus, mas que cresceu em busca de melhorias nas áreas de segurança, educação, saúde, igualdade social e contra corrupção é um alerta claro das necessidades do povo brasileiro.

Vale ressaltar que apesar do SUS estabelecer que é livre a iniciativa privada, com a expectativa de que a complementariedade entre o sistema público e privado seja melhor opção para população, a situação é bem diferente.

O Setor Privado que é o responsável pelo atendimento de mais de 40 milhões de brasileiros também passa por momento delicado, pois paga uma das maiores cargas tributárias do mundo. Apesar do compromisso do Ministro da Saúde, Alexandre Padilha em encaminhar ao Governo Federal a proposta dos representantes ao Setor Privado de Saúde, para garantir estímulos fiscais, incluindo a desoneração de folha de pagamento assim como foi concedido à outros setores de economia, a presidente Dilma Rousseff vetou Prestadores de Serviços Hospitalares e de Saúde.

Dia 02 de Julho, é o dia do hospital, mas o que temos para comemorar?

A Saúde do país não irá mudar somente com a importação de médicos, é necessário um pacto e o estabelecimento de compromissos com todos os profissionais de Saúde, juntamente com os representantes dos setores público e privado, estabelecendo propostas objetivas e maior transparência aos investimentos feitos pelo Governo Federal na área de Saúde.

Esta na hora de nosso governo deixar de subfinanciar a saúde, investir o que tecnicamente é necessário, ou seja, como nos demais países algo como 10% dos gastos federais. ●

Estudo internacional aponta necessidade de reforma radical na saúde e as tendências que estão mudando o setor em todo o mundo

Os próximos cinco a dez anos são considerados críticos para os sistemas de saúde, na medida em que eles buscam outros meios para lidar com o rápido crescimento e envelhecimento populacional. A constatação é do estudo da KPMG,(empresa internacional de consultoria em gestão e estratégia) que reuniu quarenta especialistas de organizações líderes no setor de saúde representando 22 países para realizar um debate sobre o futuro dos sistemas de saúde e para compartilhar conhecimentos. O estudo mostra que os gestores de empresas de saúde precisam considerar a necessidade de uma reforma radical para superar o desafio do aumento de custos e demanda.

O relatório Something to teach, Something to learn: Global perspectives on healthcare (Algo para ensinar, algo para aprender: perspectivas globais para o setor de saúde), que entrevistou profissionais de organizações líderes em saúde, aponta a necessidade de desenvolver estratégias de transformação que superem os desafios enfrentados pelos sistemas no mundo inteiro.

O relatório identifica alguns fatores determinantes em comum que estão moldando o setor de saúde mundial. Além disso, indica vários países que estão utilizando estratégias que proporcionam melhorias na qualidade e, ao mesmo tempo, economia com a diminuição de custos.

As principais constatações do relatório incluem:

- A mudança de "volume para valor"' nos sistemas de saúde, que estão buscando eliminar a recompensa pela quantidade em detrimento à qualidade (o número de tratamentos realizados em vez de benefícios aos pacientes e de melhorias gerais para a saúde da população).
- O relacionamento entre pacientes, médicos, contribuintes e prestadores de serviços de saúde é essencial. Evidências mostram que os pacientes geralmente tomam decisões melhores (e mais eficazes em termos de custos) quando são devidamente informados sobre suas opções.

Fatores determinantes que apontam a necessidade de transformação:

• Os pacientes estão exigindo ter mais controle sobre seu próprio tratamento, pressionando os médicos para que eles deixem o papel de 'Deus' e assumam o papel de 'Orientador'.

• Uma nova geração de 'gestores ativistas' – tanto governos, quanto companhias de seguros – que estão reinventando-se como agentes transformadores por meio de contratações seletivas e direcionadas e fazendo com que os prestadores de serviços de saúde repensem seus modelos para trazer soluções mais inovadoras e integradas.

• Prestadores de serviços de saúde que assumam a responsabilidade pelos resultados e pelas melhorias relacionadas à saúde. Isso pode significar a adaptação de hospitais por meio de sua transformação em 'sistemas de saúde' responsáveis por todos os tipos de tratamento e pela saúde de sua comunidade.

• O surgimento de uma forma mais genuína de parcerias à medida que os prestadores de serviços de saúde e os contribuintes começam a enxergar os benefícios relacionados à qualidade e aos custos que poderão surgir a partir de uma integração eficaz e de um foco em resultados.

Recomendações-chave do relatório

Para os gestores

• A necessidade de organizações capazes de fazer contratações visando resultados e valor.

• A descoberta de novos meios de conectar os pacientes e de dar autonomia.

• A necessidade de um foco maior na gestão da saúde da população em geral.

• O desenvolvimento de novas habilidades e capacidades organizacionais será uma prioridade.

• A necessidade de gestores comprometidos, motivando os prestadores de serviços de saúde a gerar inovação.

Para os prestadores de serviços de saúde

• Abordagens novas e radicais serão necessárias para criar uma integração nos sistemas de saúde, nas redes de especialistas ou nas áreas de competência especial;

• Assumir uma maior responsabilidade durante toda a jornada do paciente.

• O investimento na formação de lideranças será crucial, bem como criação de novas parcerias com a equipe médica.

• A importância de aprender com outros mercados e utilizar melhor as informações para obter uma vantagem estratégica.

Para os sistemas de saúde

• Os gestores e os prestadores de serviços de saúde precisarão deixar de lado as abordagens competitivas tradicionais.

• Mudanças estruturais significativas serão necessárias, apesar de o retorno de tal investimento não ser imediato.

• Os gestores e os prestadores de serviços de saúde devem entender o que constitui valor para os pacientes e incorporarem tal conceito a todos os processos.

• Desenvolver novos canais de comunicação com os pacientes e conectá-los.

• As organizações e os sistemas mais bem preparados estão investindo uma quantia significativa tanto no ensino quanto no aprendizado à medida que trabalham com o objetivo de encontrar novos meios operacionais.

Metodologia

A KPMG reuniu quarenta especialistas de organizações líderes no setor de saúde representando 22 países para realizar um debate sobre o futuro dos sistemas de saúde e para compartilhar conhecimento. O relatório Something to teach, Something to learn captura o resultado desse encontro e as perspectivas dos participantes*

Com informações : Saúde Web

Tributação das pequenas e médias empresas no Brasil

O Brasil tem uma das mais altas cargas tributárias do mundo, com a arrecadação crescendo sempre em níveis bem superiores à produção de riquezas do país (PIB). No ano de 2012, este percentual ficou em 36,27%. Isso significa dizer que mais de 36% de tudo que é produzido no Brasil é retirado da sociedade sob a forma de tributos, valores estes que são recolhidos aos cofres públicos.

Nós temos uma quantidade enorme de tributos que nos são cobrados. Atualmente, chegamos a 63 (sessenta e três), sendo que muitos deles pagamos e não nos damos conta – não há informação -, porque estão embutidos no preço dos produtos que adquirimos como consumidores finais. A aprovação da Lei 12.741 em dezembro de 2012, que obrigará a discriminação dos tributos nos documentos fiscais poderá por fim a esta falta de transparência.

Especificamente, com relação ao escopo de nossa matéria, as pequenas e médias empresas tem tido um tratamento diferenciado, por parte do governo, em se tratando de simplificação de cálculos e de carga tributária mais moderada.

Para que uma entidade seja considerada uma pequena empresa, em termos fiscais, e possa ser incluída no sistema de tributação denominado "Simples Nacional", ela deve não ultrapassar um limite legal de faturamento anual. Este valor de limite está, pela legislação vigente, em R$ 3.6 milhões anuais.

A partir deste valor e com a limitação em um faturamento anual de R$ 48 milhões, estimamos a média empresa.

As pequenas empresas, com algumas exceções, em virtude de atividades não permitidas pela legislação, participam do sistema "Super Simples" de tributação, que se trata de uma forma simplificada de recolhimento de tributos, além de ter alíquotas mais razoáveis, conforme a atividade desenvolvida.

Já com relação às empresas que extrapolam este limite legal de faturamento, estas ficam vedadas de aderir a esta tributação simplificada, e se vêem obrigadas a optar pelas outras formas de tributação, ou seja, o lucro real, o lucro presumido ou o arbitrado.

Ela deverá optar pela forma de tributação que lhe dê o menor valor final na somatória de todos os tributos a serem recolhidos.

O principal critério para a escolha entre as formas de tributação restantes é a margem real de lucro antes dos tributos. A isso deve ser verificado o recolhimento de outros tributos como PIS e COFINS, que tem tratamento diferente no lucro realo, no sistema não-cumulativo, mas com alíquotas diferenciadas. O

> É mportante que todas empresas desenvolvam um planejamento tributário, porque legitima opções, ou operações necessárias a elas, que efetivamente venham a trazer uma economia tributária

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

melhor regime somente poderá ser verificado após a somatória de todos os tributos e a comparação entre as essas modalidades.

Deixamos aos nossos leitores, como uma mensagem final, a importância de todos os tipos de empresas procurarem desenvolver um planejamento tributário, porque legitima opções, ou operações necessárias a elas, que efetivamente venham a trazer uma economia tributária. Como nos dias atuais a concorrência é muito acirrada, a busca e consecução da elisão fiscal acabam sendo um diferencial no resultado das entidades com relação às demais existentes no mesmo segmento de mercado.

A opção pelo regime é ponto primordial para a consecução de direcionamentos que levem a empresa a pagar o menor tributo dentro das possibilidades legais apresentadas.

INDICADORES ECONÔMICOS

PAPEL	DESCRIÇÃO	VARIAÇÃO (%)
IPCA 12	IPCA - Variacao 12Meses (IBGE)	6.31
IPCA ANO	IPCA - Variacao Ano (IBGE)	1.47
IPCA MES	IPCA - Mes (IBGE)	0.60
IGPM 12	IGP-M Variacao 12 Meses (FGV)	8.06
IGPM ANO	IGP-M Variacao Ano (FGV)	0.84
IGPM MES	IGP-M Mes (FGV)	0.21
IGPDI 12	IGP-DI Variacao 12 Meses (FGV)	8.24
IGPDI ANO	IGP-DI Variacao Ano (FGV)	0.51
IGPDI MES	IGP-DI Mes (FGV)	0.20
CDI OVER	CDI Over - Cetip	564677
TJLP ANO	Taxa de Juros Longo Prazo Ano	5.00
DPC TXT	DPC TXT	1.47
KGI TXT	Capital de Giro	1.68
SELICMETA	Taxa Selic Ano	7.25
SELIC OVER	Taxa Selic Ano	0.576353
TR DIA	Taxa Selic Ano	0.0001

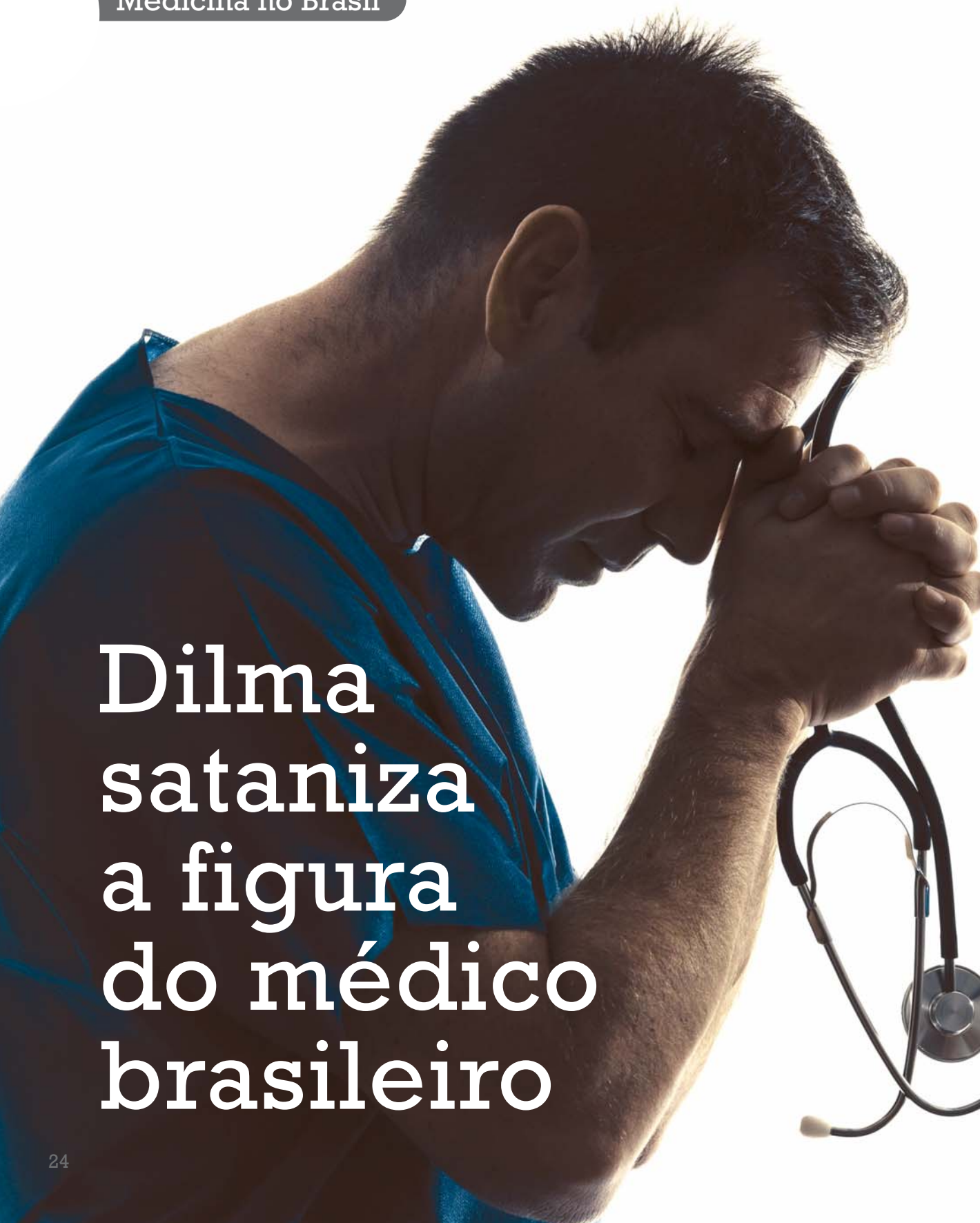
FIPE - SAÚDE 2012

MÊS	ÍNDICE	MÊS	ÍNDICE
Jan.	0,40	Jul.	0,39
Fev.	0,50	Ago.	0,55
Mar.	0,38	Set.	0,56
Abr.	0,73	Out.	0,21
Mai.	0,76	Nov.	0,48
Jun.	0,57	Dez	1,49%

FIPE - SAÚDE 2013

MÊS	ÍNDICE
Jan.	0,41
Fev.	0,58
Mar.	0,25
Abr.	
Mai.	
Jun.	

SALÁRIO MÍNIMO	BASE 2013	678.00
IMPOSTO DE RENDA	DESCRIÇÃO	VALOR
Base Mensal 1499,16 a 2246,75	Alqt: (7,5)	128.31
Base Mensal 2246,76 a 2995,70	Alqt: (15)	320.60
Base Mensal 2995,71 a 3743,19	Alqt: (22,5)	577.00
Base Mensal Acima de 3.743,19	Alqt: (27,5)	790.58



Dilma sataniza a figura do médico brasileiro

> Esta maneira autoritária da presidente Dilma importar médicos estrangeiros sem concurso, é uma forma truculenta que cada vez mais descredencia a profissão e desmotiva os jovens a fazer medicina no pais

Ronaldo Caiado, médico, líder do Democratas na Câmara dos Deputados (GO)

O médico, líder do Democratas na Câmara dos Deputados, Ronaldo Caiado (GO), indignado com a postura do Governo Federal diante das medidas adotadas na área da saúde, afirma que entrará com uma ação de inconstitucionalidade da Medida Provisória 621 no Supremo Tribunal Federal. A MP criou o programa "Mais Médicos" e tem como um dos objetivos levar os profissionais para regiões do interior e as periferias das grandes cidades.

Pelo texto da medida, a partir de 2015, os alunos de medicina deverão trabalhar por dois anos na atenção básica, na urgência e emergência do SUS, o que está sendo chamado de "segundo ciclo". Com isso, o curso passará de seis anos para oito anos de duração. A medida é válida para faculdades públicas e privadas e garante, durante o período, o pagamento de uma bolsa tanto para estudantes quanto para professores tutores.

A Medida Provisória 621 prevê também a contratação de médicos estrangeiros para as vagas não preenchidas pelos profissionais brasileiros.

Na opinião do Deputado Ronaldo Caiado, a medida coloca a população contra os médicos brasileiros. "A presidente precisa se acautelar mais e não tentar satanizar a figura do médico no Brasil. Ela está tentando desviar o foco da sua responsabilidade e está querendo criar uma comoção na população contra os médicos. Não é correta essa atitude".

Caiado reforça que o médico precisa de uma estrutura para fazer o atendimento, com hospitais, postos de saúde, equipamentos e outros profissionais de saúde. "O médico tem compromisso com a sociedade, mas ele não resolve o problema da saúde sozinho sem ter uma estrutura compatível com a estrutura da profissão".

O líder ainda afirmou que é inconstitucional a medida de estender por mais dois anos os cursos de medicina para que o estudante atenda exclusivamente no SUS. O deputado lembra que o artigo 207 da Constituição Federal garante autonomia às universidades para definir a grade curricular, administração e a gestão financeira das instituições.

Além disso, pelo artigo 5º da Carta Magna, todos são iguais perante a lei, então outras carreiras da saúde e de outras áreas também poderão ser obrigadas a atuar na área pública tutelada pelo Estado. "A partir desse programa qual será o raciocínio de um pai? Formo meu filho na Bolívia e ao final de seis anos ele vai entrar no Brasil como médico. Você vai desestimular as pessoas a fazer medicina no Brasil".

O democrata também classifica como demagógico e eleitoreiro o anúncio de mais recursos para a construção de Unidades de Pronto Atendimento (UPA's). "Essa proposta da presidente é um factoide. A parte que ela se comprometeu como programa de governo não foi cumprido. Você não tem as Upas instaladas no Brasil e, se você perguntar a todos os prefeitos no Brasil, ninguém quer construção de UPA porque todo mundo deseja saber quem vai custear. A presidente está pensando na sua reeleição. Ela não está pensando na saúde do povo brasileiro."

De acordo com Caiado, a presidente optou pelo populismo quando não ouviu os diretores das faculdades de medicina, agredindo assim a autonomia das universidades federais e propondo um novo currículo e uma nova fórmula para resolver o atendimento dos médicos no interior do Brasil. "Eu conversei com o diretor da faculdade de medicina da USP e ele se propôs a vir aqui ao Congresso fazer um grande debate sobre este assunto, junto aos lideres dos partidos. É uma oportunidade para esclarecer o erro do governo e apresentar um projeto alternativo a esse populismo desenfreado e a essa atitude marqueteira da presidente da república que ao invés de construir saídas inteligentes e consistentes para resolver a saúde pública em nosso país, transfere para os ombros dos médicos a desaprovação do seu governo."

> O Governo Federal ignora a revalidação do diploma primeiro para atender a um lado ideológico das pessoas que se formaram nestes países e não conseguem ser aprovados nas provas brasileiras e segundo para tentar vender para a sociedade que a solução para a saúde no Brasil é trazer médicos, e não a infraestrutura que está totalmente colapsada.

Quando o assunto é a importação de médicos estrangeiros, o deputado é enfático. "Nós não temos nada contra a vinda de nenhum colega médico estrangeiros ao Brasil, desde que como em todos os outros países, seja realizada a revalidação do diploma para saber se este profissional está apto para o exercício da profissão. Esta maneira autoritária de excluir os médicos estrangeiros deste concurso público é uma forma truculenta, autoritária que cada vez mais descredencia a profissão e desmotiva os jovens a fazer medicina no pais"

"O Governo Federal ignora a revalidação do diploma primeiro para atender a um lado ideológico das pessoas que se formaram nestes países e não conseguem ser aprovados nas provas brasileiras e segundo para tentar vender para a sociedade que a solução para a saúde no Brasil é trazer médicos, e não a infraestrutura que está totalmente colapsada, sem condições sequer de atender a demanda de exames médicos."

Sobre o veto da presidente Dilma Russeff ao projeto que regulamenta o ato médico, o líder do Democratas demonstra indignação. "Isso é um tapa na cara de todos os médicos. A presidente Dilma esqueceu de vetar o inciso que mantém a prerrogativa do médico atestar o óbito. Se ela retira de nós a prescrição, pode passar o atestado de óbito para as demais profissões. Que as entidades assumam toda a responsabilidade a partir de agora. Não é justo que apenas na complicação do paciente, o médico seja chamado para assumir a responsabilidade e assinar o atestado de óbito", concluiu.

O direito à saúde e a presença dos médicos estrangeiros

Qualquer pesquisa de opinião pública demonstra que o acesso à saúde de qualidade é o principal problema do país na visão da maioria dos brasileiros. A pesquisa Datafolha, feita nos dias 27 e 28 de junho, confirmou essa realidade. Em resposta espontânea e única, 48% dos brasileiros elegeram a saúde como prioridade número um. Léguas à distância vieram educação (13%), corrupção (11%) e violência e segurança pública (10%).

O Brasil fez uma aposta ousada e generosa em 1988. O SUS deveria oferecer acesso universal e integral de qualidade como direito de cidadania.

Muitos anos se passaram. Vinte e cinco anos depois o SUS entra em seu período de maturidade exibindo avanços inegáveis, sucessos relativos, gargalos visíveis, demandas crescentes e insatisfações represadas.

Vivemos nesta abertura de Século XXI uma combinação explosiva: direitos amplos, recursos escassos, judicialização extrema, custos crescentes, gestão ainda insuficiente.

Não há como negar, o problema central é o subfinanciamento da saúde pública. Investimos, no Brasil, menos que países latino-americanos e muito menos que os países avançados e que a própria saúde complementar do Brasil.

Diante dos protestos de rua, o Governo Dilma sacou uma suposta solução mágica para os males do SUS: importar médicos. A polêmica se instalou. O déficit de médicos é real. Temos 1,8 profissionais para cada mil habitantes. Enquanto isso, México tem 2, Reino Unido 2,7, Argentina 3,2, Portugal 3,9, Espanha 4 e Cuba 6,7.

A entrada de médicos estrangeiros tem que ser abordada sem corporativismo, sem xenofobia, sem açodamento ou viés ideológico.

Muitas vezes, os vazios assistenciais em regiões pobres e distantes se devem à precarização do trabalho médico, à falta de carreiras estruturadas e de condições dignas de trabalho. É preciso formar mais profissionais, descentralizar as escolas de medicina, estruturar uma carreira nacional do SUS, introduzir

Marcus Pestana,
deputado federal e
presidente do PSDB-MG

> O déficit de médicos é real. Temos 1,8 profissionais para cada mil habitantes. Enquanto isso, México tem 2, Reino Unido 2,7, Argentina 3,2, Portugal 3,9, Espanha 4 e Cuba 6,7. A entrada de médicos estrangeiros tem que ser abordada sem corporativismo, sem xenofobia, sem açodamento ou viés ideológico.

incentivos para a interiorização, apostar nas estratégias de telemedicina e educação permanente à distância.

Enquanto as medidas estruturantes de longo prazo não são tomadas ou não surtem efeito, não há mal em contarmos com apoio de médicos estrangeiros. Tendo claro que esta questão não é mais importante do que a do subfinanciamento. O mesmo governo que derrotou os 10% das receitas federais para a saúde é quem alardeia a importação de médicos como medida salvadora para todos os males do SUS.

Defendo a necessidade obrigatória da revalidação dos diplomas, como garantia da qualidade no atendimento, e a preferência para os médicos brasileiros. E em contraposição a medidas improvisadas, demagógicas e paliativas, como a surpreendente proposta de extensão por mais dois anos do curso de medicina, creio que temos que apostar em soluções definitivas, como a estruturação da carreira nacional do SUS, a organização de verdadeiras redes assistenciais integradas e a aprovação imediata dos 10% dos recursos federais para a Saúde. ●

Marcus Pestana, presidente do PSDB-MG
e-mail: contato@marcuspestana.com.br

35º ENCONTRO CATARINENSE DE HOSPITAIS

28 DE AGOSTO

15:00 SECRETARIA

Credenciamento
Abertura da Secretaria e entrega de credenciais.

Abertura da Feira de Tecnologia, Produtos e Serviços Médico-Hospitalares

15:00 SALA JURERÊ

A importância do certificado de filantropia
Debate sobre a importância do certificado de filantropia para a sobrevivência das entidades e a fundamental obrigação das entidades em prestar contas em tempo hábil e na forma correta.
Luiz Vicente Dutra: Advogado e consultor, especialista nas questões relacionadas à Filantropia – Brasil.
Monaliza Santos: Advogada da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB – Brasil.

19:30 SALA ARVOREDO

Conferência inaugural
Exmº Sr. Ministro de Estado da Saúde Alexandre Padilha - Brasil.

21:00 FEIRA DE TECNOLOGIA

Coquetel de boas-vindas
Coquetel de boas vindas com visitação à Feira de Tecnologia, Produtos e Serviços Médico-Hospitalares.

29 DE AGOSTO

9:00/10:30 SALA ARVOREDO

A qualidade na gestão como fator de resultado na administração hospitalar
Erik Camarano: Economista formado pela FEA-USP. Mestrado e o doutorado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com foco em macroeconomia e política fiscal e Diretor Presidente do Movimento Brasil Competitivo – Brasil.
José Fragata: Professor, cirurgião cardíaco, diretor do serviço de cirurgia cárdio–torácica de um dos maiores hospitais centrais portugueses, em Lisboa, com livros publicados na área de qualidade em serviços de saúde – Portugal.
Moderador: Tércio Kasten Presidente do Instituto Santé e Federação de Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Santa Catarina – Brasil.

10:30/11:00 COFFEE-BREAK E VISITAÇÃO À FEIRA

11:00/12:30 SALA ARVOREDO

Talk Show com os modelos de gestão hospitalar de Brasil e Portugal
Helvécio Miranda Magalhães Júnior: Formado em Medicina pela Universidade Federal de MG (1985), especialista em Epidemiologia pela UFMG, Doutor em Saúde Coletiva,Secretário de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde – Brasil.
Adalberto Campos Fernandes: Professor da Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa; Presidente da Comissão Executiva do SAMS - Prestação Integrada de Cuidados de Saúde – Portugal.
Moderadores: Luiz Aramicy Bezerra Pinto: Presidente da Federação Brasileira de Hospitais – FBH – Brasil.
António Pedro Araújo Lopes: Licenciado em Direito pela Universidade de Coimbra. Pós-graduação em Administração Hospitalar, ENSP/Lisboa, Portugal. Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares – APAH – Portugal (Gestão 2008/2013).

12:30/14:00 ALMOÇO (SERVIDO NO CENTROSUL) E VISITAÇÃO À FEIRA

14:00/15:30 SALA ARVOREDO

A ética no relacionamento: atualidade o
Angélica Carlini: Advogada, Mestre em História Contemporâ
ra em Direito Político e Econômico, sócia da Carlini Sociedad
Moderador: Carlos José Serapião: Presidente do Comitê de
de Bioética da UNIVILLE – Brasil.

14:00/15:30 SALA JURERÊ

A segurança do paciente em serviços de
Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira: Gerente-Geral

Qualidade da gestão nos serviços de sa
A experiência de acreditação pela Joint
Anabela Almeida: Licenciatura, Mestrado e Ph.D em Gestão
Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Cova d
Gestão de Economia e Consultora na empresa EMDEME - Co
Moderador: Wilson Edmar Ascencio: Diretor Adjunto da Re

15:30/16:30 COFFEE-BREAK E VISITAÇ

16:30/18:00 SALA ARVOREDO

Sustentabilidade dos hospitais: o equilíbri
Desoneração da carga tributária do setor saúde n
Gilberto Luiz do Amaral: Graduado em Direito e Ciências Co
Tributário, Diretor Presidente do Conselho Superior do Institu
Gestão estratégica de custos como instrumento d
Afonso José de Matos: Graduado em Administração, Mestra
Administração Financeira e Custos Hospitalares, Membro da
Docente e conferencista em diversos países, Autor de livros
Instituições de Saúde – Brasil.
Moderador: José Carlos de Souza Abrahão: Presidente da

16:30/18:00 SALA JURERÊ

Case de sucesso: hospital público com g
Valmor Busnello: Diretor Administrativo Hospital Terezinha
Carolina Fajardo Valente Pagliarin Bruggemann: Enferme
de São Miguel do Oeste,SC - Brasil.
Moderador: Carlos Alberto Robini: Diretor Regional São Ca
da Federação Brasileira de Administradores Hospitalares - B

20:00 JANTAR DE CONFRATERNIZAÇÃ

Jantar no Lira Tênis Clube
Com lançamento do livro AHESC 50 anos.
Endereço: Rua Felipe Schmidt, 636 – Centro – Florianópolis/

REALIZAÇÃO

AHESC – Associação de Hospitais do Estado de Santa Catarina
FEHOESC – Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina
Federação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Estado de Santa Catarina – FENOSC

APOIO

FBAH

6ª CONFERÊNCIA DE Gestão Hospitalar DOS PAISES DE LINGUA PORTUGUESA

ou assunto superado?

ânea, Mestre em Direito Civil, Doutora em Educação e Douto-
de de Advogados – Campinas, SP – Brasil.
e Bioética do Hospital Dona Helena de Joinville,SC e Professor

e saúde

de Tecnologia de Serviços de Saúde da ANVISA – Brasil.

úde
Commission International (JCI)

ão, todos pela Universidade da Beira Interior. Vogal Executa do
da Beira desde 2011, Docente Universitária no Departamento de
onsultores de Engenharia e Gestão - Portugal.
egional São Camilo Sul, SC - Brasil.

ÇÃO À FEIRA

rio, investimento, custo e remuneração

no Brasil
ontábeis, Pós-graduado em Direito Tributário e Processual
uto Brasileiro de Planejamento Tributário – Brasil.

de viabilidade
ado em Finanças, Doutorado em Saúde Pública, Professor de
HFMA Healthcare Financial Management Association/USA,
e Diretor Presidente da Planisa Planejamento e Organização

Confederação Nacional de Saúde – CNS – Brasil.

gestão de entidade filantrópica privada

a Gaio Basso de São Miguel do Oeste,SC - Brasil.
eira e Diretora de Qualidade do Hospital Terezinha Gaio Basso

amilo Sul e Membro do Conselho Nacional de Gestão em Saúde
Brasil.

ÃO

/SC

30 DE AGOSTO

9:00/10:30 *SALA ARVOREDO*

Qualificação dos prestadores de serviço de saúde nos países da CPLP

Bruno Sobral de Carvalho: Graduado em Engenharia Civil pela Universidade de Brasília, Especialista em Políticas Públicas, Mestre em Economia, e MBA pela Universidade de Georgetown (EUA) e Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar - Brasil.
Marta Temido: Licenciada em Direito e mestre em Gestão e Economia da Saúde. Administradores hospitalar e diplomada pela Escola Nacional de Saúde Pública, desde 2000, atualmente executiva do Hospital Arcebispo João Crisóstomo. Doutoranda em Saúde Internacional no Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa e membro da Diretoria da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares.– Portugal.
Moderador: Eduardo Oliveira: Secretário Geral da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) - Brasil.

10:30/11:00 *COFFEE-BREAK E VISITAÇÃO À FEIRA*

11:00/12:30 *SALA ARVOREDO*

O *benchmarking* clínico como ferramenta estratégica para a avaliação de hospitais

Manuel Delgado: Licenciado em Economia pela Universidade de Lisboa, Pós Graduado em Administração Hospitalar pela ENPS/UNL,foi presidente da Associação de Administradores Hospitalares de 1992 a 2008 e Presidente da Associação Européia de Gestores Hospitalares de 2002 a 2006, atualmente Diretor Geral da IASIST Portugal desde abril de 2010 - Portugal.
Moderador: Darlo Clair Staczuk: Presidente da Associação de Hospitais de Santa Catarina e Diretor- Presidente da Associação de Caridade São Vicente de Paulo em Mafra,SC – Brasil.

12:30/14:00 *ALMOÇO (SERVIDO NO CENTROSUL) E VISITAÇÃO À FEIRA*

14:00/15:30 *SALA ARVOREDO*

Palestra motivacional: Não sabendo que era Impossível, ele foi lá e fez!

Steven Dubner: Formado em Educação Física, especialista em esportes adaptados para portadores de necessidades especiais no Brasil e nos Estados Unidos e Fundador da ADD – Associação Desportiva para Deficientes - Brasil.
Moderador: Hilário Dalmann: Presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais e Entidades Filantrópicas de Santa Catarina e Diretor do Hospital Bethesda, Joinville, SC - Brasil.

15:30/17:00 *SALA ARVOREDO*

Entrega da 3ª Edição do Prêmio Santé de Qualidade em Gestão de Serviços de Saúde e sorteio de brindes aos congressistas.

INSCRIÇÕES ONLINE
www.ahesc-fehoesc.com.br/ech

ORGANIZAÇÃO

Av. Almirante Tamandaré, 94
Edifício Coral Center - Sala 805
Coqueiros - Florianópolis - SC - Brasil
CEP: 88080-160
Fones: +55 48 3224 5488 / +55 48 3223 7060
www.ahesc-fehoesc.com.br

INSTITUTO SANTÉ

Programa Nacional de Segurança do Paciente recomenda práticas de higienização e aponta situações que devem ser evitadas dentro de hospitais e serviços de saúde

A Federação Brasileira de Hospitais apóia o lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente da Anvisa, que tem por objetivo promover melhorias relativas à segurança do paciente, de forma a prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos no atendimento e internação.

Uma das principais ações será a obrigatoriedade de que os hospitais e serviços de saúde implantem um Núcleo de Segurança do Paciente. O Núcleo, que deverá entrar em funcionamento em 120 dias a partir da aprovação da norma, será uma referência dentro de cada instituição na promoção de uma assistência segura e também na orientação aos pacientes, familiares e acompanhantes de pessoas internadas.

Também passará a ser obrigatória a notificação mensal de eventos adversos associados à assistência à saúde. Para isso, a Anvisa vai colocar à disposição de todos os profissionais e serviços de saúde a Ficha de Notificação de Eventos Adversos. O formulário será hospedado no site da Agência e será o canal oficial para a notificação de situações adversas. Os serviços de saúde que não se adequarem a nova norma poderão perder o alvará de funcionamento.

O Programa estabelece, ainda, a criação do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP). Composto por representantes do governo, da sociedade civil, de entidades de classe e universidades, tem por objetivo promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção à saúde. O Comitê também será uma referência para a tomada de decisão na área e de apoio à implantação do Programa.

Protocolos de segurança

As orientações se dirigem aos seguintes temas: higienização das mãos, cirurgia segura, prevenção de úlcera por pressão, identificação do paciente, prevenção de quedas e prescrição e uso e administração de medicamentos.

O objetivo é oferecer aos profissionais de saúde uma espécie de guia padronizado, com o passo a passo sobre situações que devem ser evitadas e normas que devem ser observadas nos hospitais, mas também quais práticas são as mais recomendadas para manter a segurança ao paciente.

Força de trabalho

A Anvisa também irá publicar um edital de chamamento para entidades da sociedade civil que tenham interessem em compor a força de trabalho que será formada para discutir soluções e propostas para a promoção da segurança do paciente. O grupo terá seis meses para apresentar propostas. Poderão participar instituições e entidades representativas dos setores produtivo e hospitalar e aquelas relacionadas à temática de segurança do paciente, públicas e privadas.

Higiene das mãos é fundamental no controle de infecções hospitalares. Anvisa aponta nove principais recomendações que devem ser observadas

1. Recomendações específicas para administradores de serviços de saúde:

Fatores-chave importantes para as estratégias de sucesso:

• Acesso a suprimento de água contínuo e seguro em todas as torneiras e nas unidades necessárias para a higienização das mãos (IB).

• Preparação alcoólica prontamente disponível no ponto de assistência/tratamento do paciente (IA).

• Disponibilizacão de produtos alternativos para os profissionais alérgicos ou com reações adversas. Ainda, cremes e loções para o cuidado da pele de todos os profissionais.

A adesão à higienização das mãos como prioridade em uma unidade do serviço de saúde requer liderança adequada, apoio administrativo e recursos financeiros (IB).

Instrução e motivação da equipe:

A mudança de comportamento é a chave para melhorar as práticas de higienização das mãos.

As estratégias multimodais constituem a abordagem mais eficaz para melhorar a higienização das mãos. Participe ativamente das estratégias implantadas pela sua instituição.

Note a rapidez e a facilidade de contaminação das mãos após os procedimentos realizados durante a assistência (II).

Participe da adesão da equipe à monitoria e ao retorno dos resultados obtidos.Incentive a parceria dos pacientes para promover a higienização das mãos (II).

3. Escolha do Produto:

Os produtos devem ser eficazes e apresentar baixa probabilidade de provocar irritações (IB).

A equipe deve ser incluída na escolha do produto, considerando sensação agradável, fragrância e tolerância da pele (IB).

Os dispensadores de preparações alcoólicas devem estar disponíveis no ponto de assistência ao paciente (IB).

Os dispensadores de preparações alcoólicas devem funcionar adequadamente.

4. Cuidados com a Pele:

As loções e os cremes para as mãos devem ser usados para minimizar a dermatite de contato irritativa (IA).

Os profissionais alérgicos ou com reações adversas devem usar produtos alternativos (II).

5. Quando:

Higienize as mãos com água e sabonete quando estiverem visivelmente sujas ou se houver risco de exposição a microrganismos que desenvolvam esporos (IB) ou após usar o banheiro (II).

Use uma preparação alcoólica para as mãos em todas as outras situações clínicas, principalmente antes e após contato direto com os pacientes (IA).

Higienize as mãos:

• Antes e após contato direto com o paciente (IB).

• Após remoção de luvas (IB);

• Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos, independentemente do uso de luvas (IB);

• Após risco de exposição a fluidos corporais, membrana mucosa, pele não intacta e curativos de feridas (IA);

• Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente (IB);

• Após contato com objetos inanimados (inclusive equipamento médico) e superfícies imediatamente próximas ao paciente (IB).

6. Como:

Preparação alcoólica para as mãos: Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha, para cobrir todas as superfícies das mãos; friccione as mãos até que sequem (o cartaz "COMO", da OMS, ilustra a técnica correta).

Água e sabonete: molhe as mãos e aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (o cartaz "COMO", da OMS, ilustra a técnica correta).

Certifique-se de que as mãos estejam secas (IB).

Água: os serviços de saúde são encorajados a garantir que haja água disponível para a higienização das mãos, MAS, em ambientes sem fácil acesso à água, deve-se envidar esforços para disponibilizar, prioritariamente, as preparações alcoólicas para as mãos. As preparações alcoólicas podem ser produzidas in-house usando a fórmula da OMS (veja a Folha Informativa 5 do site :www.who.int/gpsc/en/index.html).

7. Luvas:

As luvas não substituem a necessidade de higienização das mãos com preparações

alcoólicas ou com água e sabonete (IB). As luvas protegem as mãos da equipe do contato com sangue e fluidos corporais, pele não intacta e membrana mucosa (IC).

Remova as luvas após assistir ao paciente. Não use o mesmo par de luvas ao entrar em contato com outro paciente (IB). Troque ou remova as luvas ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao mesmo paciente (II).

Não reutilizar o par de luvas (IB)
(Veja a Folha Informativa 6; Uso de Luvas do site: www.who.int/patientsafety/challenge/en/).

8. Anti-sepsia Cirúrgica das Mãos ou Preparo Pré-Operatório das Mãos:

Se as mãos estiverem visivelmente sujas, proceda à higienização com água e sabonete comum (II).

Remova as jóias (IB).

Use anti-séptico degermante ou preparação alcoólica com efeito residual ou persistente antes de calçar as luvas cirúrgicas (IB).

Se não houver garantia da qualidade da água, use uma preparação alcoólica com efeito residual ou persistente antes de calçar as luvas cirúrgicas (II).

Ao usar anti-séptico degermante, friccione as mãos e antebraços por 2 a 5 minutos, conforme recomendado pelo fabricante (IB).

Ao usar preparação alcoólica com efeito residual ou persistente, siga as recomendações do fabricante, usando o suficiente para manter as mãos e antebraços úmidos com a preparação durante o procedimento. Deixe as mãos secarem completamente antes de calçar as luvas cirúrgicas (IB).

Não combine a anti-sepsia cirúrgica das mãos (com anti-séptico degermante) e a fricção de anti-séptico nas mãos (compreparações alcoólicas), sequencialmente (II)

9. Unhas das mãos:

Não use unhas postiças quando entrar em contato direto com o paciente (IA).Mantenha as unhas naturais,limpas e curtas (0,5 cm de comprimento) (II).

Classificação das evidências:

CATEGORIA IA: Recomendada para a implementação e fortemente embasadas em estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos bem delineados.

CATEGORIA IB: Fortemente recomendada para a implementação e embasadas em alguns estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos e em forte base racional.

CATEGORIA IC: Implementação exigida, conforme regulamentação ou norma federal e/ou estadual.

CATEGORIA II: Sugerido para implementação e apoiada em estudos clínicos ou epidemiológicos sugestivos ou em base racional ou consenso por uma equipe de especialistas. ●

Para obter as Diretrizes completas e um Resumo Executivo, acesse:
www.who.int/gpsc/en/index.html

Dilatação pré-parto poderá ser monitorada por celular

Uma invenção desenvolvida em Israel permite que mulheres às vésperas do parto possam monitorar sozinhas a abertura do colo do útero para saber o momento certo de se deslocar ao hospital para dar à luz, sem ter de passar por inúmeros exames manuais realizados geralmente por ginecologistas. O dispositivo foi desenvolvido pela engenheira médica Maayan Pokshivka como projeto de finalização de seu curso na Faculdade Afeka, em Tel Aviv. Trata-se de um sensor do tamanho de uma moeda de 1 dólar, que é instalado no colo do útero e transmite informações pela tecnologia Bluetooth a um aparelho receptor - que pode, por exemplo, estar em uma pulseira no braço da mulher, em seu telefone celular, ou no próprio hospital.Para Yael Danay Menuhin, diretora de projetos no departamento de Engenharia Médica da Faculdade, a invenção "irá poupar muito incômodo para as mulheres e muito trabalho, tempo e dinheiro para os hospitais". De acordo com a cientista, os médicos ou enfermeiros que examinam manualmente as mulheres antes do parto, se baseiam em uma sensação "subjetiva". Se não houver empecilhos burocráticos e econômicos, a engenheira médica acredita que o novo aparelho poderá ser comercializado dentro de cerca de um ano.

Sistemas automatizados monitoram infecção hospitalar

No Brasil, unidades de saúde são obrigadas a formar uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) para impedir a contaminação. Conscientização já impulsiona a venda de softwares de gestão de controle de infecção hospitalar. O Hospital 9 de Julho, em São Paulo, possui 310 leitos, um ambulatório que atende 3.600 pacientes por mês e mais de 1.500 internações mensais. Na maioria dos casos, são pacientes em situação de baixa imunidade e vulneráveis a ação de bactérias e outros micro-organismos. E um de seus maiores desafios é impedir a contaminação desses pacientes, a exemplo do que se repete nas instituições de atendimento à saúde em todo o mundo.

No Brasil, todo hospital é obrigado a formar uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Entretanto, ainda são poucas as instituições que contam com sistemas de gestão automatizados capazes de gerar informações em tempo real, e permitir aos médicos e enfermeiros uma reação imediata aos riscos de infecção, como no caso do 9 de Julho, em 2011. De acordo com Regina Tranchesi, diretora técnica do 9 de Julho, a unidade utiliza um software - o Hepic, desenvolvido pela portuguesa First - que conecta a CCIH e as áreas de enfermaria e farmácia do hospital a um laboratório de análises clínicas. O hospital informa ao laboratório o grupo de bactérias que pretende controlar. Quando uma bactéria é detectada, imediatamente é enviado um alerta, contendo todos os procedimentos que devem ser adotados pela enfermaria. A conexão com a farmácia permite saber quais medicamentos estão sendo utilizados e se as doses estão adequadas. Segundo Regina, a informação chega rapidamente onde o paciente está, permitindo uma intervenção imediata.

Aplicativos apontam a saída para crise em sistemas de saúde

Nos últimos 50 anos, os gastos com saúde pública nos EUA aumentaram mais do que o produto interno bruto (PIB) do país. Durante um evento sobre saúde digital realizado, em Las Vegas, especialistas avaliaram que os EUA e outros países desenvolvidos atravessam uma crise no sistema de saúde, considerados incapazes de dar conta financeiramente das necessidades dos cidadãos. A utilização de soluções de saúde móvel, especialmente aquelas de caráter preventivo, através das quais os próprios pacientes possam acompanhar sua saúde, é tida como uma salvação para o setor.

A empresa de Thompson criou uma pílula de material orgânico que, quando ingerida, transmite informações de dentro do corpo humano para o smartphone do paciente, passando a monitorar o funcionamento do corpo. Espera-se que 60 milhões sejam vendidos nos próximos 3 anos e, para 2013, a expectativa é de que 44 milhões de aplicativos de saúde sejam baixados em todo o mundo, a maioria deles gratuita. Órgãos reguladores europeus aprovaram o equipamento e ele começará a ser comercializado em 6 semanas na Europa. Espera-se que ainda este ano as vendas sejam aprovadas nos EUA.

Pesquisadores brasileiros criam monitor cardíaco portátil inteligente

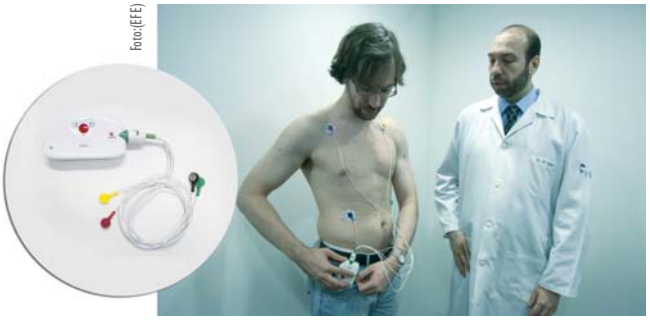


foto:(EFE)

O primeiro monitor cardíaco portátil inteligente do mundo, o Nexcor, foi aprovado em testes clínicos com 152 pacientes do Hospital do Coração de São Paulo e desenvolvido por um grupo de pesquisadores brasileiros. O aparelho é capaz de detectar problemas no coração do paciente e transmitir automaticamente os dados para uma central de atendimento ou hospital por meio da rede de celular. Segundo os pesquisadores, o objetivo é reduzir o grande número de mortes por infartos que não são percebidos nos primeiros instantes por não apresentarem sintomas. "O Brasil possui cerca de 1.200.000 pessoas com problemas cardíacos e a identificação precoce destas doenças poderá evitar milhares de mortes todos os anos", afirma Antônio André, presidente da Corcam, desenvolvedora da tecnologia. As doenças cardíacas representam a causa de 1/3 de todas as mortes no mundo. No Brasil, a quantidade de mortes por cardiopatias - as doenças do coração - ultrapassa 300.000 por ano. "Se o infarto for detectado no momento em que acontece e se o paciente for atendido rapidamente, pode ter sua vida salva", disse André. "A probabilidade de ocorrências de cardiopatias cresce devido à má qualidade da alimentação, obesidade, sedentarismo, estresse e o fumo. O desenvolvimento do monitor levou cinco anos e envolveu 40 profissionais, entre médicos engenheiros e pesquisadores. O aparelho possui o tamanho de um celular e pode ser usado no bolso do usuário. O monitoramento deve ser contínuo, ou seja, o paciente deve usar o aparelho 24 horas por dia, porque o Nexcor acompanha os batimentos do coração em tempo real. O equipamento será alugado sob prescrição médica e poderá ser encontrado em hospitais, clínicas especializadas e laboratórios ainda neste semestre. O valor da locação será de aproximadamente 600 reais por semana.

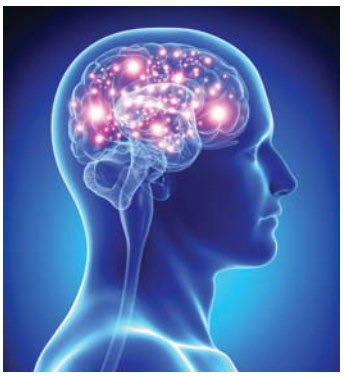
Estudo identifica proteína que 'dirige' conversão de aprendizado em memória

Cientistas encontraram novas informações sobre a função de uma importante proteína no cérebro utilizada no processo que transforma o aprendizado em memória de longo prazo.

Em artigo na revista científicaNature Neuroscience, eles afirmam que mais pesquisas sobre o papel da proteína Arc (actin-regulated cytoskeleton) poderia ajudar na busca por novos tratamentos contra doenças neurológicas.

A mesma proteína pode ser um fator atuante no autismo, dizem os cientistas. Pesquisas recentes detectaram a falta da proteína Arc no cérebro de pacientes de Alzheimer e indicado que a função da proteína era crucial.

Para o professor de neurologia e fisiologia da Universidade da Califórnia Steve Finkbeiner, que liderou a nova pesquisa, "cientistas já sabiam que a Arc estava envolvida na memória de longo prazo, porque estudos em cobaias com falta dessa



proteína podiam aprender novas tarefas, mas falhavam ao tentar lembrá-las no dia seguinte". Os novos experimentos, mais aprofundados, revelaram que a proteína Arc age como um "regulador mestre" dos neurônios durante o processo de formação da memória de longo prazo.

A pesquisa revelou que, durante a formação da memória, certos genes eram ativados e desativados em intervalos de tempo específicos para que fossem geradas as proteínas que ajudam os neurônios a estabelecer novas memórias.

A pesquisa também confirmou que disfunções na produção e transporte da proteína Arc podem ter uma papel-chave no autismo.

A Síndrome do X Frágil, por exemplo, vista como uma causa comum tanto de autismo como de retardo mental, afeta diretamente a produção de proteína Arc em neurônios.

O time californiano de cientistas afirmou que mais estudos são necessários sobre a função da proteína Arc para a saúde humana.Eles ressaltaram que entender o papel da Arc em doenças poderia contribuir para uma maior compreensão desses problemas e ajudar na criação de novas estratégias terapêuticas para combatê-las.

Vítimas de AVC mostram sinais de recuperação em teste com células-tronco

Os cinco pacientes estão participando de um teste clínico no Southern General Hospital, em Glasgow, na Escócia, envolvendo nove pacientes na faixa dos 60, 70 e 80 anos. A pesquisa, uma das primeiras do mundo desse tipo, pretende avaliar se o procedimento, que envolve a injeção de células-tronco na parte danificada do cérebro, é seguro.

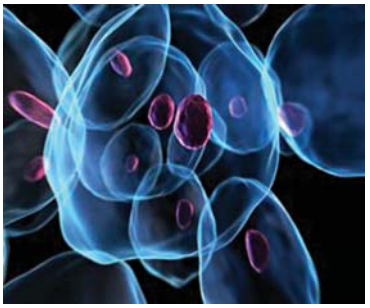
Keith Muir, da Universidade de Glasgow, responsável pelo experimento, disse estar "surpreso" com a melhora, que vai de leve a moderada, dos cinco pacientes.

Ele ressalta que ainda é muito cedo para dizer se o efeito é resultado do tratamento que os pacientes estão recebendo.

Já foi bastante documentado que o sentimento de bem-estar resultante de uma atenção médica especial dada a pacientes, conhecido como efeito placebo, pode ter uma ação positiva sobre a saúde das pessoas.

Os resultados, que serão apresentados na European Stroke Conference (Conferência Europeia sobre Derrame) em Londres, mostram que até agora não houve efeitos adversos nos pacientes, e que mais da metade dos participantes têm apresentado algum tipo de melhora.

Os resultados até agora abrem caminho para uma segunda fase do ensaio clínico que deverá começar no final deste ano, e pretende determinar se as melhoras realmente resultam do tratamento.



Se a fase dois confirmar que as células tronco são a causa das melhoras, uma terceira fase será necessária para avaliar para que tipo de paciente o tratamento será mais adequado, e em que estágio ele será mais eficaz.

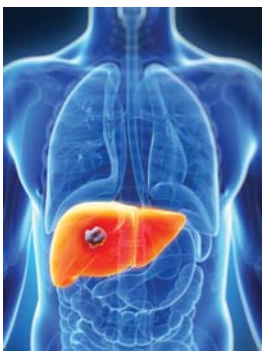
HC (SP) implementa centro de ensino em cirurgia robótica

A Divisão de Urologia do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) inaugurou obras de modernização das unidades de internação pediátrica e feminina, além de implementar o Centro de Ensino em Cirurgia Robótica, o primeiro da rede pública de saúde do País. De acordo com a Agência USP de Notícias, o centro, equipado com simulador virtual, possibilitará o treinamento

de residentes. Ainda segundo a nota, o investimento de R$ 295 mil contou com recursos do governo do Estado de São Paulo. "Além disso, R$ 5 milhões foram doados pela iniciativa privada e possibilitarão oferecer atendimento técnico altamente qualificado e tratamento humanístico", completa o comunicado. De acordo com a USP, a Divisão de Urologia atende, em média mensal, 4 mil pacientes, incluindo crianças e mulheres com doenças de alta complexidade.

Cientistas criam minifígados de células-tronco

Cientistas anunciaram a criação de pequenos fígados a partir de células-tronco em um laboratório da Universidade de Yokohama, no Japão.A equipe se disse "espantada" ao perceber a formação espontânea de brotos hepáticos, os estágios mais iniciais de desenvolvimento do órgão.A esperança é de que o transplante de milhares de brotos hepáticos possa reverter situações de falência do fígado. Após a publicação dos resultados do estudo na revistaNature, muitos especialistas reagiram classificando o estudo como "empolgante". A pesquisa deve dar novo fôlego às muitas equipes de cientistas que tentam, ao redor do mundo, criar órgãos em laboratório como tentativa de lidar com a falta de doadores para transplantes. Alguns pacientes já têm bexigas feitas com suas próprias células, mas órgãos mais densos como o fígado e os rins são mais difíceis de serem produzidos. A equipe da universidade japonesa simulou em laboratório os estágios mais iniciais do desenvolvimento do fígado, similares aos de um embrião. Eles mesclaram três tipos de células – duas variedades de células-tronco e material colhido a partir de um cordão umbilical.Para a surpresa dos cientistas, as células começaram a se organizar e se entrelaçaram para formar um broto hepático. Estes brotos foram transplantados para camundongos, onde se conectaram ao sistema circulatório e passaram a funcionar como pequenos fígados. De acordo com os cientistas, o processo aumen-



tou o tempo de vida dos camundongos com falência hepática.

Projeto deverá criar impressora 3D para órgãos e tecidos humanos

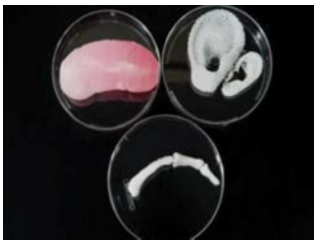


Foto: Wake Forest Institute

A companhia de San Diego, Organovo Holdings, que já produz tecidos humanos em pequena escala, anunciou uma parceria com a produtora de software Autodesk para projetar uma plataforma bioimpressora. A proposta é utilizar um sofsoftware da Autodesk voltado para a fabricação de objetos como luminárias e eletrodomésticos, para a construção de tecidos vivos e, no futuro, órgãos humanos. A produção de órgãos vivos com o uso de impressoras tridimensionais diminuiria o custo da medicina e, possivelmente, a capacidade de produção dos serviços médicos aumentaria, é o que pensa Keith Murphy, presidente-executivo da Organovo. "No momento, podemos criar uma fatia tridimensional de fígado instruindo uma 'impressora' quanto ao posicionamento de células", disse. Segundo o executivo, seria possível criar algo com menos de um milímetro de espessura, em um banco de testes, para estudos de medicamentos. "A questão de longo prazo é se poderemos produzir um fígado inteiro", completa. O processo que envolve a colocação de células para a confecção do material do órgão e de complementos, como veias e capilares, ainda é complexo e, segundo Murphy, provavelmente serão necessários muitos anos de trabalho antes que isso aconteça. A tarefa também seria mais ambiciosa do que os esforços de produção de órgãos, a exemplo de uma equipe de cirurgiões de Baltimore, que conseguiu criar uma traqueia adulta através da utilização de células-tronco em um tubo de plástico esterilizado.

Transplantes de medula 'livram' dois pacientes de vírus HIV

Dois pacientes portadores de HIV que receberam transplantes de medula óssea ficaram livres do vírus e interromperam o tratamento com medicamentos antirretroviais. Os avanços, que trazem esperança para o tratamento da Aids, foram anunciados por pesquisadores do Brigham and Women's Hospital, nos Estados Unidos, durante a Conferência Internacional sobre Aids. Segundo os médicos, um dos pacientes já não toma medicamentos há 15 semanas e o outro há 8 e, desde então, exames não detectaram sinais do HIV em seus organismos. A equipe pondera que ainda é muito cedo para falar de cura para a Aids e alerta que o vírus pode retornar a qualquer momento.

Os pesquisadores explicam que é muito difícil se livrar do vírus, que se esconde dentro o DNA humano, formando "reservatórios" pelo corpo. Os dois homens, que não foram identificados, são portadores de HIV há cerca de 30 anos. Ambos tiveram câncer linfático, um tipo de tumor que requer transplante de medula. A medula óssea é onde as células sanguíneas são produzidas e acredita-se que o órgão seja um "grande depósito" de HIV..

Hospital testa prontuário eletrônico que prevê piora do paciente

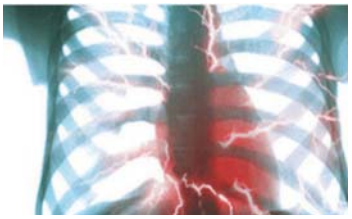
A mudança de prontuários em papel para arquivos eletrônicos irá mudar mais do que o suporte onde estão anotadas as informações dos pacientes. Novas ferramentas desenvolvidas para analisar os dados contidos nos arquivos poderão ajudar os médicos a controlar a prescrição de remédios, a equacionar filas de pacientes para procedimentos em hospitais públicos e saber qual dos pacientes internados podem ter maior risco de piorar. O Hospital Santa Catarina de Blumenau (SC) vai começar a testar um algoritmo que é utilizado em nove hospitais americanos para prever o prognóstico do paciente, saber quais deles possuem mais chances de voltar a ser internados caso recebam alta e quais pacientes devem ser priorizados durante as rondas.

Segundo Luiz Haertel, cardiologista e diretor médico do programa de prontuários eletrônicos usado no hospital, o algoritmo leva em consideração resultados de exames como pressão, frequência cardíaca, hemogramas e testes de função renal, além das observações do setor de enfermagem, como a aceitação do paciente à alimentação e o seu risco de queda. "O algoritmo dá um peso a cada uma dessas variáveis. Se uma piorou, a curva vai começar a cair, ainda que o paciente não sinta nada", diz.

A ferramenta, chamada de Índice Rothman, será avaliada durante um ano no hospital de Blumenau. O objetivo é entender se haverá alguma mudança na conduta dos médicos e se haverá alguma melhora no atendimento. "A junção de informações que estão separadas no prontuário pode virar um novo conhecimento e dar pistas de diagnóstico e tratamento", completa Haertel.

Cientistas criam marca-passos biológicos em cobaias

Após injetar um vírus modificado geneticamente no músculo cardíaco de porcos da índia, cientistas dos Estados Unidos conseguiram induzir as células das cobaias a se transformarem em "marca-passos biológicos". A técnica, ainda em fase de desenvolvimento, poderá substituir os marca-passos eletrônicos em pacientes que têm batimentos irregulares. Alguns estudos já haviam programado células do músculo cardíaco para adquirir funções ligadas à organização e controle dos batimentos do coração. Agora, os cientistas conseguiram resultado semelhante utilizando apenas um único gene - o Tbx18 - para modificar geneticamente as células cardíacas dos animais. O trabalho, realizado por pesquisadores do Cedars-Sinai Institute,



em Los Angeles, no Estado americano da Califórnia, foi publicado no informativo periódico Nature Biotechnology. Como o Tbx18 é um gene humano, a equipe responsável acredita que a técnica funcione em corações humanos.

Especialistas decidiram gerar, no coração das cobaias, novas células com o poder de controlar seus próprios batimentos cardíacos. O grupo injetou o gene Tbx18 - escolhido por estar associado à formação, no embrião, das células que regulam os batimentos do coração -, em um vírus modificado geneticamente. Em seguida, o vírus foi usado para "infectar" as células do músculo cardíaco de sete porcos da índia.

Após serem infectadas, as células tornaram-se menores e mais finas, à medida que adquiriam características das células marca-passo, segundo o estudo. Dos sete porcos da índia que receberam as injeções do gene Tbx18 em seu coração, cinco passaram a apresentar batimentos cardíacos originados a partir dos novos "marca-passos".

Médicos da USP vão realizar autópsias virtuais para entender doenças

Pesquisadores da Faculdade de Medicina da USP informaram que exames de tomografia, ultrassom, raio-x e ressonância magnética em cadáveres poderão ajudar a responder questões sobre cuidados com a saúde. O programa de imagem, localizado na sala de autópsia, envolve 17 departamentos da faculdade e deve receber US$ 10 milhões em investimentos, somando recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e da própria USP, além da parceria com um fabricante de aparelhos. A missão é realizar mil autópsias virtuais no Serviço de Verificação de Óbitos. Segundo o professor de patologia na Faculdade de Medicina da USP e especialista em poluição atmosférica, Paulo Saldiva, serão colocados, lado a lado, os resultados de autópsias comuns com cortes e análise física dos órgãos, e a virtual, realizada por meio de exames. "A qualidade da informação fornecida pelos dois métodos será comparada", disse o especialista. Inicialmente, a finalidade do projeto é gerar conhecimento para ensino e pesquisa. O exame também poderá possibilitar a realização de biópsias – retirada de amostras de tecidos para a confirmação de diagnósticos –, avaliar novas tecnologias de exame que poderiam ser testadas nos cadáveres, como saber a dose de radiação ou o campo magnético máximo que pode ser usado em uma pessoa viva. Possibilitaria também a avaliação da qualidade de diferentes exames para o diagnóstico de câncer de mama ou próstata.

Nova máquina – Espera-se que, em cerca de dois anos, a USP receba uma máquina de ressonância magnética mais potente. O aparelho poderá ser usado em cadáveres, através

de testes e exames que vão ajudar a avaliar a segurança da utilização em pacientes vivos. Para o médico Edson Amaro Jr., professor associado do Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina da USP, a meta, a longo prazo, é tornar os exames de imagem feitos para fins diagnósticos em pessoas vivas mais precisos. Os dados das autópsias comuns e digitais seriam usados para investigar a correlação entre as imagens e a análise dos tecidos. Ou seja, fazer uma ligação direta entre o que aparece no exame e o que está acontecendo no organismo. Atualmente, é comum que testes de imagem cheguem com um resultado duvidoso porque há uma mancha no filme e o médico pode não conseguir identificar se trata-se de um tumor ou pode não ser nada. Como pode não ser recomendável ou mesmo viável retirar uma amostra de tecido para realizar um diagnóstico, resta ao paciente esperar e repetir o teste depois.

Com informações da BBC Brasil , Valor Econômico, Estado de S.Paulo , Exame , Diagnóstico web, Exame

Redução de impostos sem comprometer a qualidade da saúde

A realidade da saúde brasileira é bastante conhecida. A maciça intervenção governamental, seja via Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou por meio das altas taxas tributárias, sem contar a ação de uma minoria de empresários mal orientados, transforma o mercado de saúde em uma novela bastante dramática. Paradoxos como os impostos sobre remédios para seres humanos, inexistentes nos medicamentos para animais, certamente não são casos únicos. Isto porque, desde outubro de 1998, foram editadas 291 mil normas tributárias, das quais 21.820 estavam em vigor em outubro de 2012. É, em miúdos, um confuso hospício tributário.

Um terço do valor pago por um cidadão brasileiro em qualquer serviço ou produto da cadeia industrial da saúde é composto por tributos, impostos, contribuições e taxas, segundo dados da Confederação Nacional de Saúde (CNS). Em um sistema no mínimo perverso, o gestor hospitalar é duplamente tributado, pagando o PIS e o Cofins ao comprar insumos indispensáveis e, posteriormente, ao auferir receita. Mesmo o cálculo do ISS, segundo a lei 116/2003, não prevê a exclusão do valor dos insumos na tributação.

A gritante cena sequer é negada pela própria Anvisa. A agência reguladora realizou uma pesquisa para detectar o impacto do ICMS, Imposto de Importação, IPI e do PIS/Cofins sobre os materiais e insumos de saúde, apresentando os seguintes resultados: em 5.634 itens (das áreas de cardiologia, oftalmologia, patologia clínica, hemodiálise, oftalmologia, entre outros), o PIS/Cofins incide em mais de 70% do valor final.

Fica claro que a tributação é uma das principais inimigas da prevenção e do tratamento de doenças no Brasil. Façamos um esforço imaginativo. Os gastos com insumos em hospitais atingem a taxa de 50,9%. Tire desse valor os percentuais descritos pela Anvisa e teremos um quadro pronto. O setor de saúde privado paga, no valor agregado, 25,23% - mais do que os setores financeiro (20,84%) e de segurança privada (20,74%). Isso é justo?

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

> Em um sistema no mínimo perverso, o gestor hospitalar é duplamente tributado, pagando o PIS e o Cofins ao comprar insumos indispensáveis e, posteriormente, ao auferir receita. Mesmo o cálculo do ISS, segundo a lei 116/2003, não prevê a exclusão do valor dos insumos na tributação.

A proposta da CNS, que substitui os tributos sobre a Folha de Pagamento, de 3,58% da receita para um imposto de 2% sobre a receita geral, é bastante sensata. Com isso, há a facilitação para a criação de novos empregos e libera-se uma grande quantidade de capital para novos investimentos (aproximadamente R$ 1,737 bilhão, segundo estimativas), o que invariavelmente ampliará o acesso do público à saúde suplementar.

O que a saúde precisa, seja pública ou privada, é de investimentos, os quais podem muito bem ser capitalizados por meio de uma redução dos tributos. A criação de novos leitos, os gastos com novas tecnologias e os novos tratamentos, dada a situação, dependem, estrategicamente, de menos impostos. O tema foi discutido recentemente em um evento da Federação Brasileira de Hospitais, organizado pela RR Consórcio de Eventos.

Fotos: Leo Iran

I Encontro para esclarecimentos sobre a implantação do padrão TISS 3.0 da região Centro Oeste e Tocantins

Claudia Nunes

A Federação Brasileira de Hospitais (FBH), com apoio da Associação dos Hospitais do Estado de Goiás (AHEG), promoveu o I Encontro para Esclarecimentos sobre a Implantação do Padrão TISS 3.0 da Região Centro Oeste e Tocantins, no último dia 12 de julho, em Goiânia, que reuniu quase 300 representantes de hospitais regionais. Já foram realizados encontros anteriores em Brasília e São Paulo e os próximos são em Belo Horizonte, Santa Catarina e Fortaleza.

A mesa de abertura foi formada pelo Dr. Luiz Aramicy Pinto, presidente da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e presidente da Associação dos Hospitais do Ceará; Dr. Adelvânio Morato, vice presidente da FBH e presidente da Associação de Hospitais de Goiás (AHEG); Dr. Eduardo de Oliveira, secretário geral da FBH e presidente da Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo; e Celina Maria Ferro de Oliveira, coordenadora de Estrutura de Dados e Terminologia da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

"A Federação Brasileira de Hospitais, com apoio das associações estaduais, está realizando encontros regionais pelo país para manter sua rede de associados informada e atualizada a respeito das exigências legais feitas pela ANS. Os hospitais não poderão dizer que não tiveram oportunidade de se atualizar sobre as mudanças promovidas pela própria necessidade de melhorar o relacionamento e as operações entre prestadores e operadoras", disse Dr. Luiz Aramicy Pinto, presidente da FBH e presidente da Associação dos Hospitais do Ceará, aos presentes.

Dr. Luiz Aramicy Pinto, presidente da FBH

O presidente continuou relembrando a história de criação da Federação no Governo Vargas e seu papel empreendedor ao longo do tempo. "Sempre estivemos presentes com muito empreendedorismo e temos uma capacidade enorme de gerar empregos porque funcionamos 24 horas por dia, em três turnos, incluindo fins de semana e feriados. Cada posto de trabalho na indústria corresponde a quatro em um hospital. Temos uma responsabilidade muito grande na manutenção desses empregos. Queremos destacar o trabalho que desenvolvemos junto à ANS, onde temos assento, e agradecemos a presença de sua representante, Celina Maria Ferro, que estará conosco nos encontros em todo o Brasil", afirmou.

Balanço do evento

"A FBH e a AHEG estão muito contentes com o resultado desse encontro, que foi fruto de nossa preocupação com a correta implantação do padrão TISS nos hospitais associados. Acreditamos ter atingido nossos objetivos ao reunirmos aqui quase 300 profissionais das áreas de faturamento e tecnologia da informação dos hospitais. E continuamos à disposição de todos para buscar soluções para o que está por vir", afirmou o vice presidente.

Segundo Morato, a implantação pode ser mais trabalhosa no começo, mas trará grandes facilidades no futuro, gerando economia com a eliminação do uso de papéis e mais rapidez e eficiência nos processos, evitando erros e glosas.

Dr. Adelvânio Morato, vice presidente da FBH e presidente da Associação de Hospitais de Goiás (AHEG).

"Esse foi um evento importante para treinar as equipes de faturamento e tecnologia de informação dos hospitais no entendimento da necessária troca de informações entre hospitais e operadoras, que é um grande avanço onde os papéis tendem a sumir, os custos tendem a baixar e consegue-se muito mais informações estatísticas a respeito do que acontece na área de saúde".

Dr. Eduardo de Oliveira, secretário geral da FBH e presidente da Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo,AHESP.

Fotos: Leo Iran

TISS 3.0

O último prazo para implantação da TISS 3.0, padrão obrigatório para troca de informações entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços sobre os eventos assistenciais realizados aos seus beneficiários é o mês de novembro.

O encontro, que teve patrocínio da Unimed Goiânia, discutiu a implantação da última versão da TISS, estabelecida pela Resolução Normativa n° 305, que tem por finalidade padronizar ações administrativas de verificação, solicitação, autorização, cobrança, demonstrativos de pagamento e recursos de glosas; e subsidiar ações da ANS de avaliação e acompanhamento das operadoras, compondo o Registro Eletrônico de Saúde.

Fotos: Leo Iran

Para o palestrante Luiz Antonio de Biase, representante da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) no Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS) e especialista em Tecnologia de Informação na área de saúde, de uma maneira geral os prestadores precisam entender que essa nova versão da TISS é uma mudança mais profunda do que parece, inclusive do ponto de vista tecnológico.

"Na versão anterior, não houve estímulo ao uso da tecnologia de webservices e nessa, esses estímulos existem. Essa tecnologia é tudo de bom para os prestadores porque o ganho de produtividade no atendimento é brutal, principalmente para aqueles de maior movimento. Esse é o momento de haver uma troca real, porque o que há hoje não é uma troca, os prestadores apenas enviam seu faturamento. Algumas operadoras criaram seus autorizadores online, mais ou menos no padrão em alguns casos. Com o webservice isso tudo muda e fica efetivamente padronizado", explicou Luiz Antonio.

Fotos: Leo Iran

Celina Maria Ferro de Oliveira, coordenadora de Estrutura de Dados e Terminologia da ANS, fez também uma ampla apresentação a respeito da TISS para os presentes, respondeu várias perguntas e alertou os hospitais para que comecem a trabalhar na atualização da TISS o quanto antes para evitar problemas futuros.

"A TISS é fruto do diálogo e da busca de soluções para o setor e foi elaborada dentro de um processo aberto para participação de todos os envolvidos. A unificação das terminologias promovida pela TISS, por exemplo, vai garantir que todos falem a mesma língua, agilizando os processos e tornando-os mais eficientes. A troca eletrônica de informações é uma realidade em vários países e o Brasil está avançando na sua implantação", disse Celina Maria.

Fotos: Leo Iran

Dr. Eduardo de Oliveira, secretário geral da FBH e presidente da Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo; Luiz Antonio de Biase, representante da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) no Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS); Dr. Luiz Aramicy Pinto, presidente da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e presidente da Associação dos Hospitais do Ceará; Celina Maria Ferro de Oliveira, coordenadora de Estrutura de Dados e Terminologia da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Dr. Adelvânio Morato, vice presidente da FBH e presidente da Associação de Hospitais de Goiás (AHEG).

OPINIÕES DOS PARTICIPANTES

Os representantes dos hospitais que participaram do encontro fizeram uma avaliação positiva da experiência.

"Foi ótimo.Muitas dúvidas foram esclarecidas. Temos que trabalhar para nos adequar. A implantação da TISS vai facilitar muito para os hospitais", afirmou Patricia Araújo dos Santos, administradora do departamento de convênios do CBCO.

"Toda implantação de inovação tecnológica requer todo um processo para seu correto funcionamento. As palestras deram um bom direcionamento para que possamos fazer a implantação dentro do prazo previsto", contou Bruno de Oliveira, do departamento de faturamento e glosa do Hospital Presbiteriano Dr. Gordon (Rio Verde).

"Muito interessante e veio ao encontro do que estávamos esperando a respeito da versão 3.0. Percebemos que muitos ainda a desconhecem, mas todos os hospitais devem se adequar à normativa. Foi de grande valia", falou

José de Arimatéia Moreira Junior, gestor de faturamento do Hospital Encore e Encore Centro de Cardiologia e Radiologia Intervencionista.

"Foi uma ótima iniciativa porque mostra a realidade aos prestadores e muitos deles ainda estão alheios, e a data final de implantação já está bem próxima. A TISS traz muitas mudanças para melhor, mas o prazo é curto porque a ANS tem publicado muitas normativas que devemos acompanhar", analisou Gilmar Duarte, gerente de Tecnologia da Informação da Unimed Goiânia.

Divulgação AHMG

Belo Horizonte é palco do I Encontro da Região Sudeste sobre o padrão TISS 3.0

Fabiana Daher

A Federação Brasileira de Hospitais (FBH), com apoio da Associação dos Hospitais de Minas Gerais (AHMG), recebeu na última quarta-feira (17/07) cerca de 200 pessoas, entre prestadores de serviços de saúde e representantes de operadoras de planos de saúde, para esclarecer a nova versão do Padrão TISS.

O I Encontro da Região Sudeste para Esclarecimentos sobre a Implantação do Padrão TISS 3.0 foi ministrado pela Dra Celina Maria Ferro de Oliveira, coordenadora de Estrutura de Dados Terminologia – CODEST/ANS, e pelo Sr. Luiz Antonio De Biase, assessor da ABRAMGE.

A abertura do evento foi realizada pelo superintendente da FBH, Luiz Fernando Silva, com a presença do presidente da FBH, Dr. Luiz Aramicy Pinto, do presidente da AHMG, Dr. Reginaldo Teófanes Ferreira de Araújo, do diretor e dos consultores da FBH, Dr. Mansur José Mansur, Dr. Dagoberto Lima e do Dr. Roberto de Oliveira Velasco.

O Padrão TISS é o padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar, dos dados de atenção à saúde. A nova versão do Padrão TISS está vigente desde 09/10/2012, conforme a Resolução Normativa – RN 305 de 08 de outubro de 2012 e a Instrução Normativa – IN nº 51 de 08 de outubro de 2012, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES.

A partir da versão 3.0.01 as operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus prestadores de serviços de saúde devem disponibilizar sem qualquer ônus, os dados de atenção à saúde do Padrão TISS, solicitadas pelo beneficiário, por seu responsável legal ou ainda por terceiros formalmente autorizados por eles, atendendo os requisitos de segurança e privacidade do Padrão TISS.

A disponibilização da versão 3.00.01 não implica em alteração do prazo de implantação. Fica mantida a data limite para adoção do Padrão TISS em 30 de novembro de 2013.

A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) estenderá esses encontros regionais a todo país. O próximo encontro acontecerá em Fortaleza (CE).

Marco regulatório completa 15 anos

Um dos principais marcos regulatórios do setor de saúde suplementar, a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, completou15 anos. Com a promulgação da Lei, que regulamenta os planos privados de assistência à saúde no Brasil, houve avanços expressivos na garantia de atendimento aos beneficiários de planos de saúde.

A Lei possibilitou mudanças estruturais no setor, que refletiram diretamente na ampliação da assistência à saúde. Anteriormente, havia a livre definição da cobertura assistencial, dos reajustes e de períodos de carências, contratos pouco claros para o consumidor e situações que possibilitavam até mesmo a exclusão de beneficiários.

A partir desta nova legislação foram definidos os períodos de carência, os reajustes passaram a ter critérios, houve a proibição dos limites quanto à internação dos beneficiários, da rescisão unilateral dos contratos e da possibilidade de seleção dos beneficiários quanto ao risco.

Ministério da Saúde vai criar 12 mil vagas de residência médica

O Ministério da Saúde informou que serão criadas 12 mil vagas de residência até 2017, sendo quatro mil nos próximos dois anos. A intenção, segundo a pasta, é zerar o déficit da residência em relação ao número de formandos em Medicina.

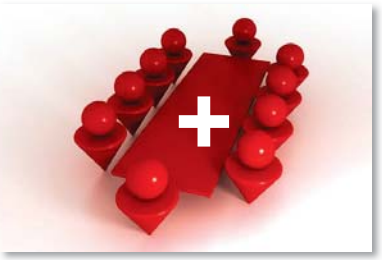
Hoje, concluem o ensino superior 15 mil médicos e há apenas 11.468 vagas de residência disponíveis. O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, concederá entrevista à imprensa ainda na manhã desta terça-feira, 25.

Segundo o ministério, as medidas serão acompanhadas de investimento anual de R$ 80 milhões em hospitais e unidades de saúde que expandirem programas de residência. São, de acordo com a pasta, R$ 20 milhões para infraestrutura e aquisição de material e R$ 60 milhões para manutenção dos programas de residência e formação dos profissionais de saúde que vão orientar os residentes.

As instituições públicas estaduais e municipais e os hospitais privados sem fins lucrativos interessados nas novas vagas poderão se inscrever entre 1º de julho a 30 de setembro por meio do site do Ministério da Saúde.

Anvisa terá Comissão Científica em Vigilância Sanitária

Decreto da presidenta Dilma Rousseff, publicado no dia 1º de julho, criou a Comissão Científica em Vigilância Sanitária (CCVISA). A Comissão terá como tarefa auxiliar o Conselho Consultivo da Anvisa, assessorando a Agência na avaliação e regulação de novas tecnologias de interesse da saúde e também nos temas e discussões técnico-científicas de vigilância sanitária.



A CCVISA será composta por sete membros titulares e seus respectivos suplentes, que serão nomeados pelo Ministro da Saúde, explicou o diretor-presidente da Anvisa, Dirceu Barbano, salientando que a CCVISA vai dinamizar o debate científico dentro da Agência e qualificar mais ainda a tomada de decisão. Caberá ao diretor-presidente da Anvisa indicar o presidente do CCVISA, dentre os seus membros.

A norma determina que os componentes do grupo tenham notório saber técnico-científico e declarem inexistência de conflitos de interesse, impedimentos ou suspeição em relação à regulação sanitária. A atividade será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.

Os membros da comissão terão mandado de três anos, permitida uma única recondução pelo mesmo período. A comissão vai atuar mediante demandas da diretoria colegiada da Anvisa e poderá indicar consultores ad hocou instituição de ensino e pesquisa para a elaboração dos estudos e pareceres necessários para o seu trabalho.

CNS questiona Projeto de Lei de Responsabilidade Sanitária

A presidenta do Conselho Nacional e Saúde (CNS), Socorro Souza, participou, dia 4 de julho, de audiência pública na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal. A audiência tratou sobre a reponsabilidade sanitária com foco no Projeto de Lei 174 de 2011 do Senador Humberto Costa. O PL altera a Lei 8.080 de 1990, artigo 36, que institui regras sobre a elaboração dos planos de saúde. Entre as propostas do Projeto está a inserção de dispositivos que regulam a responsabilidade sanitária dos gestores no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Comissão de Assuntos Sociais do Senado convocou a audiência para instruir o projeto de lei, que tem como relator o Senador Wellington Dias. Os convidados apreciaram a iniciativa e segundo Socorro Souza, "não dá para discutir política social sem um ambiente que convida representantes da democracia participativa". Uma das ponderações levantadas foi a questão da incompatibilidade entre a Lei Complementar 141/2012 e o PL 174/2011.

Os representantes do CNS, CONASS e CONASEMS apresentaram dúvidas e levantaram questões sobre o texto do PL, que, segundo as apresentadas, pode abrir margem para diferentes interpretações.

Comissão especial do Senado quer acelerar votação de projeto que amplia recursos da saúde

A comissão especial criada pelo Senado para debater o financiamento da saúde pública decidiu acelerar seus trabalhos para garantir que o Plenário vote a elevação dos recursos mínimos da União destinados à saúde. O presidente do Senado, Renan Calheiros, incluiu projeto sobre o tema em lista de matérias que devem tramitar com urgência, como resposta às manifestações por mais qualidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

A matéria que ganhou atenção é um projeto da Câmara dos Deputados (PLC 89/2007 - Complementar), do ex-deputado Roberto Gouveia, que vinha tramitando na Comissão de Assuntos Sociais (CAS). Desde a criação da comissão especial, a proposta passou a depender de avaliação prévia de seus integrantes.

Atualmente, a União é obrigada a destinar à saúde o que gastou no ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) de dois anos antes. Essa regra já vinha sendo aplicada antes da regulamentação da Emenda 29, aprovada no fim de 2011. O Congresso manteve o cálculo, enquanto setores sociais defendiam pelo menos 10% da receitas do Orçamento federal para a área.

Substitutivo

O relator da comissão especial, senador Humberto Costa (PT-PE), adiantou que pretende sugerir um projeto substitutivo. Segundo ele, o PLC 89/2007 não representa avanço em relação ao cálculo vigente, que não atende às novas demandas dirigidas ao setor.

A comissão estuda diferentes alternativas para assegurar recursos estáveis e suficientes para a saúde por parte da União – os estados aplicam 12% de suas receitas, enquanto os municípios investem 15%. Uma solução seria retomar a vinculação de 10% do Orçamento da União, seja sobre as receitas brutas ou líquidas (descontadas as transferências referentes aos fundos de participação).

O senador considera também necessário discutir as alternativas com o governo. Depois da aprovação da proposta na comissão especial, o texto seguirá então para a CAS, onde deve ser examinado como alternativa ao PLC 89/2007, antes da decisão em Plenário. Humberto espera que, de forma simultânea, o Congresso também defina novas fontes de receita para saúde, para o que vem sendo considerado o uso de parte das futuras receitas do pré-sal.

Responsabilidade sanitária

O projeto já passou pelo exame da CCJ e agora está na CAS, tendo sido entregue na semana passada ao relator, senador Wellington Dias (PT-PI). Segundo Humberto, já foi acertada com o presidente da comissão, Waldemir Moka (PMDB-MS), a realização de uma audiência pública final antes da votação. Como o exame será terminativo, a matéria poderá seguir diretamente à Câmara, sem passar pelo Plenário.

Serviço obrigatório

Na pauta já definida, no entanto, consta outra proposição de Humberto Costa destinada a qualificar os serviços de saúde. Para corrigir a carência de profissionais de saúde na periferia das grandes capitais e regiões distantes do país, ele sugeriu a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 36/2011. Pelo texto, será criado serviço civil obrigatório para egressos dos cursos de graduação das profissões de saúde regulamentadas, públicos ou com financiamento público.

Controle e redução de custos hospitalares é tema de debate em Brasília

A Federação Brasileira dos Hospitais promoveu, em Brasília, workshop sobre "Controle e Redução de Custos Hospitalares". O evento reuniu especialistas do setor e abordou questões sobre desoneração fiscal na área de saúde, as principais regras da gestão de contratos, as normas atuais e indicação de métodos de utilização de princípios econômico e contábeis na gestão do hospitais. O presidente da FBH, Luiz Aramicy Pinto, comentou que a Federação pretende atuar junto aos filiados e associações de todo o Brasil e ressaltar a importância de estarem preparados para superar os desafios e as dificuldades que o setor vem enfrentando.

Dentre os temas discutidos, o Secretário Geral da FBH, Eduardo de Oliveira, avaliou que a Troca de Informações da Saúde Suplementar, pretende unificar e facilitar a comunicação entre os hospitais, as operadoras de planos de saúde e a própria Agência.

O workshop contou também com a presença do presidente da Confederação Nacional de Saúde, José Carlos de Souza Abrahão, que enfatizou sobre a atual situação da saúde no Brasil e sugeriu melhorias para o setor. A Associação Nacional de Hospitais Privados foi representada pelo presidente, Francisco Balestrin, que mediou rodadas de perguntas entre palestrantes e participantes.

Saúde é apontada como setor que mais gerou vagas entre profissionais técnicos

Segundo estudo divulgado pelo Ipea, Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, a área que mais gerou vagas para profissionais de nível técnico nos últimos três anos foi a saúde. Houve a contratação líquida de quase cem mil técnicos da saúde humana de 2009 a 2012, período em que foram criadas 402.490 vagas formais para profissionais com ensino técnico.

Outras profissões que apresentaram elevado nível de contratação no período foram os técnicos em eletroeletrônica e em operações comerciais (mais de 40 mil vagas cada) e os técnicos com formação administrativa e em educação infantil (mais de 20 mil postos cada).

Sálários - Já as ocupações que apresentaram maiores ganhos salariais de 2009 a 2012 foram os técnicos em operação de câmara fotográfica, cinema e televisão. Em três anos, os salários de admissão médio da categoria teve aumento de 51,1% acima da inflação, para R$ 2.046,16.

Logo atrás, a remuneração inicial dos técnicos de inspeção, fiscalização e coordenação administrativa teve aumento de 41,6%, para R$ 1.770,20, e a dos técnicos em laboratório, ganho de 29,3%, para R$ 1.952,94.

Na outra ponta, os piores desempenhos foram registrados entre os técnicos em pesquisa e desenvolvimento (P&D), em necrópsia e em biologia, cujos salários recuaram de 2009 a 2012.

Na média geral de todos os profissionais de ensino técnico, o salário subiu de cerca de R$ 1.280 em 2009 para cerca de R$ 1.410 em 2012, o que representa um aumento de 10% acima da inflação.

FBH recebe homenagem nos 25 anos do Conasems

A Federação Brasileira de Hospitais recebeu o selo comemorativo dos 25 anos do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). A entidade é conhecida pela trajetória de luta para a melhoria na qualidade e no acesso dos brasileiros ao Sistema Único de Saúde. A homenagem foi entregue ao presidente da FBH, Luiz Aramicy Pinto, que declarou-se honrado com o selo e acredita que a iniciativa é um reconhecimento do trabalho e da participação ativa da Federação na defesa dos interesses do setor saúde como representante da iniciativa privada.

Hospitais de Curitiba farão monitoramento de próteses ortopédicas

Os hospitais de Curitiba que realizam cirurgias com próteses de quadril e joelho vão participar da avaliação e monitoramento destes produtos. Um dos objetivos é conhecer o perfil de qualidade, segurança e efetividade das próteses por meio de ensaios laboratoriais e cadastro de cirurgias. Com isso, será possível identificar problemas críticos relacionados à fabricação do material, à indicação do implante e ao procedimento cirúrgico.

Os implantes ortopédicos são produtos considerados de alto risco, já que são invasivos e estranhos ao organismo. Depois de introduzido no organismo, o implante permanece por anos dentro do corpo, sendo de difícil monitoramento. Além disso, os fatores de sucesso para a colocação de uma prótese vão desde o processo de fabricação até a cirurgia e o acompanhamento do paciente.

A participação da capital paranaense no projeto foi firmada nesta semana com a assinatura do projeto entre a Anvisa, a secretaria municipal de Curitiba e a vigilância sanitária local. Os hospitais da cidade que participam da Rede Sentinela foram os primeiros a firmar a participação no projeto.

A iniciativa faz parte do projeto de Avaliação e Acompanhamento de Dispositivos Médicos da Anvisa, desenvolvido junto com o Grupo Hospitalar Conceição, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia.

Confira a lista dos hospitais participantes em Curitiba:

1. Hospital XV
2. Artro Clínica de Cirurgia Ortopédica
3. Hospital Vita Curitiba
4. Hospital São Lucas
5. Hospital Nossa Senhora Das Graças – hospital da Rede Sentinela
6. Hospital Nossa Senhora do Pilar
7. Hospital São Vicente – hospital da Rede Sentinela
8. Hospital Vita Batel
9. Hospital Santa Cruz
10. Hospital Cruz Vermelha
11. Hospital Marcelino Champagnat
12. Hospital Cajuru – hospital da Rede Sentinela
13. Hospital do Trabalhador
14. Hospital Universitário Evangélico de Curitiba – hospital da Rede Sentinela
15. Hospital Vitória
16. Hospital de Clínicas – hospital da Rede Sentinela

ANAHP discute as mudanças do modelo de remuneração do setor e os desafios de logística

A Associação Nacional de Hospitais Privados promoveu Workshop sobre Logística e os Novos Modelos de Remuneração do Setor, em junho. O evento realizado no anfiteatro do Hospital Alemão Oswaldo Cruz reuniu cerca de 150 participantes.

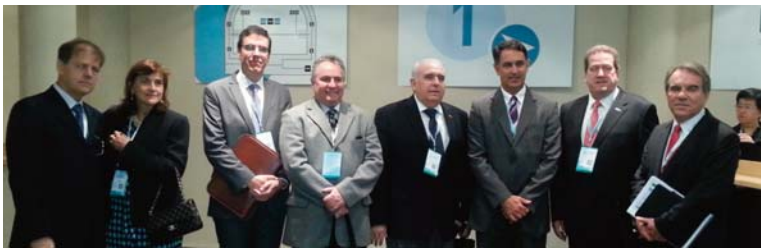
Para o Presidente do Conselho de Administração da Anahp, Francisco Balestrin, o tema desperta a atenção de todos os envolvidos na cadeia da saúde e representa uma perspectiva de mudança em nosso setor. “Esse nosso modelo atual de remuneração é o que mais causa danos para a qualidade e segurança dos serviços, pois privilegia a quantidade e não a qualidade, que é a maior preocupação das instituições que representamos”, comenta.

ANS é a primeira agência reguladora a prestar contas no Senado

O diretor-presidente da ANS, André Longo, participou de audiência pública no Senado Federal no mês de junho para prestação de contas das atividades de 2012. A sessão foi promovida em reunião conjunta com as Comissões de Assuntos Sociais (CAS), Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) e Assuntos Econômicos (CAE).

A ANS foi a primeira agência reguladora a comparecer ao Congresso Nacional para cumprimento do que determina a Resolução nº 4, de 12 de março deste ano. A norma prevê que os dirigentes máximos das agências devem comparecer ao Senado, em periodicidade anual, para prestar contas sobre o exercício de suas atribuições e o desempenho da agência, bem como para apresentar avaliação das políticas públicas no âmbito de suas competências.

Congresso Mundial dos Hospitais na Noruega debate novas possibilidades tecnológicas



Príncipe da Noruega, Haakon Magnus das boas-vindas ao presidente da FBH

A Federação Brasileira de Hospitais (FBH), participou do Congresso Mundial de Hospitais, promovido pela Federação Internacional dos Hospitais (IHF), em Oslo, na Noruega. Realizado a cada dois anos pela IHF, o congresso reúne lideranças, gestores e profissionais do mundo inteiro para debater sobre as práticas de gestão, além de realizar um grande benchmarking entre os participantes. A 38ª edição traz como tema principal "O Futuro da Saúde – As possibilidades da nova tecnologia", com debates sobre a importância da tecnologia para melhorar o acesso à saúde de alta qualidade.

As boas-vindas aos congressistas ficaram sob responsabilidade do presidente do Congresso e da Associação de Hospitais da Noruega, Erik Normann, enquanto que a diretora da Organização Mundial da Saúde (OMS), Dra. Margareth Chan, proferiu a solenidade de abertura.

Estiveram presentes autoridades e representantes do setor saúde do Brasil e mundo, entre eles, o Príncipe da Noruega, Haakon Magnus, e o Ministro da Saúde da Noruega, Jonas Gahr Store.

Abimed: Brasil não é competitivo em produtos para saúde

Embora ocupe a sétima posição no ranking das maiores economias do mundo, o Brasil é apenas o 36° exportador de produtos para a saúde. O setor possui baixa capacidade competitiva. Os produtos como instrumentos, aparelhos e equipamentos para diagnóstico e cirurgia, têm pequena penetração no mercado internacional.

Os resultados fazem parte de um estudo da consultoria Websetorial encomendado pela Abimed (Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Equipamentos, Produtos e Suprimentos Médico-Hospitalares). Os dados foram analisados a partir de levantamento realizado pelo Trademap (base de dados da ONU e da OMC) com 230 países em 2011.

Segundo o estudo, a participação total do Brasil no comércio internacional é de apenas 1,4%. Considerando-se apenas os produtos para a saúde, o índice cai para 0,19%. "Esse dado indica que a situação do País é precária, mas também que existe espaço para que as exportações e a competitividade do setor aumentem se forem adotadas políticas adequadas", diz Carlos Goulart, presidente-executivo da Abimed.

Abaixo da média

As exportações brasileiras de produtos para a saúde cresceram menos da metade da média mundial registrada entre 2007 e 2011 (3% e 7%, respectivamente). A exceção ficou por conta dos aparelhos de raio X e de alguns equipamentos de diagnóstico que utilizam radiação, que superaram a marca global.

De modo geral, segundo o estudo, a balança comercial mundial de produtos para a saúde é deficitária. Entre os 230 países pesquisados, entre 5% e 10%, dependendo da categoria de produtos, apresentam balança comercial positiva.

Foto: RF123

Em relação às importações, o Brasil ocupa a 15ª posição no ranking mundial de produtos para a saúde, com participação de 1,77% no mercado global. As importações brasileiras de produtos para a saúde totalizaram US$ 5,3 bilhões em 2011, enquanto a cifra mundial ficou em U$ 298 bilhões.

Fontes: Agência Senado, Saúde Web, Hospitalar, Estado de S.Paulo, Exame, OGlobo.

Lei do Ato Médico é sancionada após 11 anos de discussão no Congresso e gera polêmica

A lei que regulamenta o exercício da medicina, o chamado Ato Médico, foi sancionado pela presidenta Dilma Rousseff, com vetos. O texto aprovado, que estabelece atividades privativas dos médicos e as que poderão ser executadas por outros profissionais de saúde, foi publicado no dia 11 de julho no Diário Oficial da União.

No Artigo 4º, considerado o mais polêmico, houve nove pontos vetados, inclusive o Inciso 1º, que atribuía exclusivamente aos médicos a formulação de diagnóstico de doenças.

A presidente Dilma argumentaque rejeitou o fato do diagnóstico ficar restrito ao médico porque, "da forma como foi redigido, o inciso impediria a continuidade de inúmeros programas do Sistema Único de Saúde que funcionam a partir da atuação integrada dos profissionais de saúde, contando, inclusive, com a realização do diagnóstico nosológico por profissionais de outras áreas que não a médica". "É o caso dos programas de prevenção e controle à malária, tuberculose, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros. Assim, a sanção do texto poderia comprometer as políticas públicas da área de saúde, além de introduzir elevado risco de judicialização da matéria", defende a presidente na mensagem enviada ao Congresso com as razões dos vetos feitos ao projeto.

Pela lei, ficou estabelecido que caberá apenas às pessoas formadas em medicina a indicação e intervenção cirúrgicas, além da prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios; a indicação e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias. Também será de exclusividade médica a sedação profunda, os bloqueios anestésicos e a anestesia geral.

Já entre as atividades que podem ser compartilhadas com profissões da área da saúde não médicas estão o atendimento a pessoas sob risco de morte iminente; a realização de exames citopatológicos e emissão de seus laudos; a coleta de material biológico para análises laboratoriais e os procedimentos feitos através de orifícios naturais, desde que não comprometa a estrutura celular.

O médico cardiologista e presidente do Conselho Federal de Medicina, Roberto Luiz d'Avila, em entrevista à imprensa , disse que os vetos da presidente Dilma Rousseff ao Ato Médico foi uma “traição”.

>

Roberto Luiz d'Avila, médico cardiologista e presidente do Conselho Federal de Medicina, CFM.

> Depois dos vetos o texto da lei ficou "desfigurado", e jogou por terra 11 anos de discussão no Congresso. A presidente foi muito mal assessorada. Houve incompetência de seu assessor para a área de saúde.

De acordo com D'Avila, o texto depois dos vetos ficou "desfigurado", e jogou por terra 11 anos de discussão no Congresso. "A presidente foi muito mal assessorada. Houve incompetência de seu assessor para a área de saúde." O presidente do CFM afirmou ainda que há uma crise instalada no governo, com o Ministério da Saúde. "Houve quebra de confiança", disse.

De acordo com nota divulgada pelo Conselho Federal de Medicina após o anuncio do veto, as entidades médicas deixarão de participar de todas as Câmaras, Comissões e Grupos de Trabalho dos ministérios da Saúde e da Educação e também não terão mais assento no Conselho Nacional de Saúde. Segundo as informações do CFM, a saída é consequência das decisões consideradas unilaterais, tomadas pelo governo ultimamente, como o programa "Mais Médicos" e os vetos à lei do Ato Médico. De acordo com o Conselho, todas estas medidas foram tomadas sem nenhum diálogo com as médicas e médicos brasileiros.

O projeto que deu origem à lei do Ato Médico tramitou por quase 11 anos no Congresso Nacional e foi tema de 27 audiências públicas. A nova legislação entra em vigor em 60 dias.

Veja os vetos e aprovações da Lei do Ato Médico:

APROVADO	VETADO
Indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios	Formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica
Indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias	Emissão dos diagnósticos anatomopatológicos e citopatológicos e Indicação do uso de órteses e próteses, exceto as órteses de uso temporário
Intubação traqueal	§ 2° - Não são privativos dos médicos os diagnósticos psicológico, nutricional e socioambiental e as avaliações comportamental e das capacidades mental, sensorial e perceptocognitiva e psicomotora
Coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como das mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal	-------
Execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral	-------
Determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico	-------
Indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde	-------
Realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular	-------
Atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas	-------
Atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico	-------

§4° do Artigo 4° - Procedimentos invasivos, para os efeitos desta Lei, são os caracterizados por quaisquer das seguintes situações:

APROVADO	VETADO
Invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos	Invasão da epiderme e derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos
-------	Invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção, sucção, punção, insuflação, drenagem, instilação ou enxertia, com ou sem o uso de agentes químicos ou físicos

§5° do Artigo 4° - Excetuam-se do rol de atividades privativas do médico:

Aspiração nasofaringeana ou orotraqueal	Aplicação de injeções subcutâneas, intradórmicas, intramusculares e intravenosas, de acordo com a prescrição médica
Realização de curativo com desbridamento até o limite dotecido subcutâneo, sem a necessidade de tratamento cirúrgico	Cateterização nasofaringeana, orotraqueal, esofágica, gástrica, enteral, anal, vesical e venosa periférica, de acordo com a prescrição médica
Atendimento à pessoa sob risco de morte iminente	-------
Aspiração nasofaringeana ou orotraqueal	-------
Realização de exames citopatológicos e seus respectivos laudos	-------
Coleta de material biológico para realização de análises clínico-laboratoriais	-------
Procedimentos realizados através de orifícios naturais em estruturas anatômicas visando à recuperação físico-funcional e não comprometendo a estrutura celular e tecidual	-------

Artigo 5° - São privativos de médico

Perícia e auditoria médicas; coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico	Direção e chefia de serviços médicos
Ensino de disciplinas especificamente médicas	-------
Coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos	-------
Parágrafo único. A direção administrativa de serviços de saúde não constitui função privativa de médico	-------

Fonte: Portal G1 - Globo.

A SUA REVISTA DO SETOR HOSPITALAR

visão hospitalar

Revista da Federação Brasileira de Hospitais | FBH

VALORIZANDO A INFORMAÇÃO
E A QUALIDADE DA SAÚDE NO BRASIL

FORMADORES
DE OPINIÃO
NOTÍCIAS DO SETOR
QUALIDADE EDITORIAL

5000 EXEMPLARES
CIRCULAÇÃO NACIONAL
FREQUÊNCIA TRIMESTRAL
MÍDIA SEGMENTADA
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

ANUNCIE, VOCÊ TAMBÉM!

PUBLICAÇÃO

FBH
FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

Publicidade
Tel: (61) 3322 3330
comercialvisaohospitalar@fbh.com.br
revista@blogconsult.com.br

HÁ 45 ANOS MELHORANDO A QUALIDADE DA SAÚDE NO BRASIL.

www.fbh.com.br

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!

marcelo@Blogconsult.com.br

ACREDITADO ONA

ACREDITADO PLENO ONA

ACREDITADO COM EXCELÊNCIA ONA

ONA
Organização Nacional de Acreditação

ONA, acreditando na melhoria da Saúde no Brasil

WWW.ONA.ORG.BR