

visão hospitalar

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



**Brasileiro vive mais e desperta
atenção da rede hospitalar**

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



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

“Luiz Aramicy Pinto | 2011”

Rede hospitalar brasileira na era TISS

A Federação Brasileira de Hospitais, FBH, no intuito de manter sua rede bem informada e atualizada, realizou com apoio de suas associações estaduais, encontros por todo país, a respeito das exigências legais da Agência Nacional de Saúde, ANS, sobre a Troca de Informações na Saúde Suplementar (Padrão TISS 3.0). A evolução deste modelo avança entre os sistemas de informações, e trará benefícios em vários setores uma vez que otimiza e reduz custos.

O objetivo do Padrão TISS 3.0 é uniformizar as ações administrativas, subsidiar as avaliações e acompanhamentos econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde, além de compor o Registro Eletrônico de Saúde.

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.

A FBH ciente de seu papel e sua responsabilidade perante o setor, acredita ter atingido seu objetivo, ao reunir um grande número de profissionais, da rede hospitalar, das áreas envolvidas com a implantação do novo sistema, e se coloca à disposição para auxiliar na busca de soluções e nas dúvidas que ainda possam surgir.

Os hospitais tiveram a oportunidade de se atualizar sobre as mudanças promovidas pela própria necessidade de melhorar o relacionamento e as operações entre as prestadoras e operadoras.

Todo novo sistema que se inicia, principalmente os que envolvem o universo de tecnologia da informação, necessita de um período de adaptação para seu correto funcionamento .

Pensando neste período de maturação e análise do novo padrão, as palestras realizadas pela Federação deram um bom direcionamento para que a os hospitais pudessem preparar toda a estrutura necessária para implantar o novo sistema, que inicialmente estava programado para o dia 30 de novembro de 2013, mas este prazo foi prorrogado para abril de 2014.

Importante destacar o trabalho desenvolvido, junto a ANS, onde temos assento, e agradecer a presença de sua representante, Celina Maria Ferro, que esteve como palestrante apresentando o novo modelo e esclarecendo dúvidas durante os encontros realizados pelo Brasil. ●

Luiz Aramicy Pinto, Presidente
da Federação Brasileira de Hospitais

Quando o tempo passa

Os avanços da medicina no último século e as mudanças de comportamento foram alguns dos fatores que levaram as pessoas a viver mais, e buscar por mais qualidade de vida. O crescimento da população idosa implica uma mudança na estrutura de um país, o que gera grandes repercussões econômicas, políticas e sociais.

Uma das preocupações atuais sobre o assunto, levanta a questão de como os governos devem agir frente a este novo quadro social. Uma população mais velha significa mais aposentados, aumento dos gastos públicos e até mesmo uma diminuição da força de trabalho. Segundo a ONU (Organização das Nações Unidas), hoje, aproximadamente 11% dos quase 7 bilhões de

habitantes do planeta têm mais de 60 anos. Há, porém, uma estimativa que, em 2050, este número suba para 22%, de um total estimado de 9 bilhões de pessoas.

O Brasil ainda é considerado um país de jovens mas começa a mudar sua estrutura demográfica. É bem verdade que as estratégias de políticas públicas para esta mudança de paradigmas, quanto a questão previdenciária, saúde e social, são de suma importância para o bem estar desta população crescente. É indiscutível o direito à moradia, alimentação e sobretudo à dignidade.

Mas antes de tudo é preciso enxergar o ser humano que está ali, tratá-lo com carinho, e respeitar

incondicionalmente a trajetória destas pessoas que foram lapidadas pelo tempo. Envelhecer é um processo que leva uma vida toda. A partir do nascimento já começa a contagem do tempo. É preciso perceber que na velhice estamos diante da maestria da vida, que nos comprova a todo instante seu grande ciclo.

Há quem diga que envelhecer é uma arte. Alguns poetas acreditam que a maior arte não está em saber envelhecer, mas sim em fazer da própria vida uma obra de arte!

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 Stacruz

Vice-Presidente:
Renato Botto

Vice-Presidente:
Maria Luiza Loureiro

Vice-Presidente:
Adelvânio Francisco Morato

Secretário-Geral:
Eduardo de Oliveira

Secretário Adjunto:
Ivo Garcia do Nascimento

Diretor Tesoureiro:
Mansur José Mansur

Tesoureiro adjunto:
Danilo de Lira Maciel

Diretor de Atividades Culturais:
Avelar de Castro Loureiro

Assessores de Diretoria:
Antônio Dib Tajra
Manoel Gonçalves Carneiro Netto

Superintendente:
Luiz Fernando Corrêa Silva

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

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

PRODUÇÃO | REVISTA VISÃO HOSPITALAR

Editores-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



6

Envelhecimento populacional: desafio para gestão e assistência á saúde



34

Sistema de Saúde: remuneração dos hospitais



12

Saúde do idoso :
Artigo Walter Feldman



36

Visão Jurídica
Dagoberto J.S. Lima



14

Programa Mais Médicos



38

Notícias do Setor



18

Indústria Farmacêutica:
Medicamentos falsos



44

Filosofia americana "Lean"
na gestão em saúde



22

Visão Tributária:
Artigo de João Eloi Olenike



46

Hospital Referência



25

Saúde Mental:
Artigo de Avelar de Castro Loureiro



50

IN 49 - ANS



26

Regulação do Sistema de
Saúde Brasileiro



52

Cenário & Tendência no Brasil



Envelhecimento Populacional: O desafio na atividade hospitalar

De acordo com o IBGE o número de pessoas idosas está em ascensão no Brasil. Em 1970, para cada idoso, existiam oito pessoas em idade economicamente ativa. Em 2020, essa proporção será de dois jovens para cada idoso. Esta mudança demográfica já está provocando profundos impactos previdenciários, no mercado de trabalho e para os sistemas de saúde no mundo. O último levantamento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), divulgada no mês setembro, apontou que o total de idosos na população brasi-

leira cresceu de 7,4% para 12,1% nos últimos anos.

O estudo 'A saúde do Brasil em 2030 – Diretrizes para a Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro', coordenado e publicado pela Fiocruz, Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE) da Presidência da República, com apoio do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e do Ministério da Saúde, também indica que o Brasil será, em 2030, um país majoritariamente de idosos, que chegarão a 40,5 milhões, enquanto o número de jovens (de 0 a 14 anos) será de 36,7 milhões. Ou seja, haverá 110,1 idosos para cada 100 jovens.



Estudos apontam que até 2030 haverá 110 idosos para cada 100 jovens no Brasil

Profissionais apontam as deficiências na rede hospitalar para atender a crescente população de idosos

Com o objetivo de debater o envelhecimento populacional e seus desafios para o sistema de saúde, autoridades, lideranças do segmento e representantes das principais instituições hospitalares do país, participaram do 2º Congresso Nacional dos Hospitais Privados, Conahp, no mês de outubro, em São Paulo. O tema chamou a atenção dos gestores e profissionais de saúde para os problemas.

De acordo com o presidente da Associação Nacional de Hospitais Privados, Anahp, Francisco Balestrin, os novos modelos de atenção ao idoso e a própria organização do sistema de saúde, precisam ser reformulados o quanto antes. “A expectativa de

vida que em 1910 era de 34 anos, atualmente chega aos 73,4. Hoje, as pessoas acima dos 60 anos totalizam 22 milhões, em 2030 a previsão é de 41 milhões de idosos,” afirma.

Um estudo desenvolvido pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, analisou os atendimentos no pronto-atendimento entre 2003 e 2010 e demonstrou que houve um crescimento de 83,2% das visitas de pacientes idosos (entre 60 e 80 anos). A pesquisa apontou também que o tempo médio de permanência desses pacientes foi de 3,1 dias na emergência e cinco dias na enfermaria.

O presidente da Federação Brasileira de Hospitais, FBH, Luiz Aramicy Pinto, avalia que a rede hospitalar ainda precisa se preparar para atender a esta nova demanda de crescimento da população idosa. “Os hospitais precisam se adequar a esta nova realidade, que daqui a alguns anos, será alarmante. A Federação vai assessorar os hospitais da melhor maneira, inclusive defendendo esta bandeira junto ao Governo Federal e a ANS”.

Para Aramicy Pinto, antes que o caos se instale na rede hospitalar pública e privada é preciso antecipar as ações para atender a população idosa com dignidade. “Estas pessoas já percorreram uma trajetória longa de vida, e devemos atendê-las com carinho, com uma equipe multidisciplinar de profissionais capacitados para desenvolverem atividades funcionais”.

A CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E O CUIDADO AOS IDOSOS

A professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Yeda Aparecida de Oliveira



Yeda Duarte, professora da Escola de Enfermagem da USP

Duarte, ressalta que vidas longas exigem planejamento. “Não podemos ver o envelhecimento como um problema e sim como uma conquista, até mesmo dos avanços da medicina”, disse. Yeda destacou que a formação na área de gerontologia não é uniforme no Brasil e é pouca na graduação em todas as profissões da área da saúde. “A internação hospitalar é muito nociva para o idoso, que precisa de um processo de reabilitação multidisciplinar, que envolva toda a equipe assistencial”.

Para a especialista em enfermagem, a necessidade da educação continuada dos profissionais que lidam com idosos é fundamental,

tanto para a recuperação deles como para o hospital. De acordo com Yeda é preciso saber se as demandas são clínicas ou cirúrgicas, assim que eles chegam nas emergências, principal porta de entrada destes pacientes. “Se o profissional não está treinado, ele não vê, por exemplo, uma pneumonia ou uma infecção urinária. O idoso vai para casa e reinterna pior e compromete mais ainda sua capacidade funcional”.

A professora em enfermagem ressalta que é preciso uma mudança de mentalidade, na população e no sistema de saúde. “Nosso roteiro de atenção a saúde é feito para o atendimento de resolução rápida, isso vai resolver para uma dor aguda. Precisamos de uma nova mentalidade para controlar a agudização do idoso, com cuidados, acompanhamento e monitorização de forma a mantê-lo fora do hospital, e só voltar quando isso realmente for necessário. Estamos criando problemas cada vez maiores que podem ser sanado com os “leitos de crônicos”, que são coisas que os hospitais precisam refletir para uma população que demora mais para se recuperar”.



“

Se o profissional não está treinado, ele não vê, por exemplo, uma pneumonia ou uma infecção urinária. O idoso vai para casa e reinternado pior, o que compromete mais ainda sua capacidade funcional

”

Yeda Duarte

Sob o ponto de vista da formação do médico, o especialista em Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Wilson Jacob, aponta que o conceito de geriatria foi desenvolvido num tempo muito curto. “A especialidade tem particularidades que envolvem diversas esferas: o paciente, sua família, o ambiente, outras especialidades médicas e uma equipe multidisciplinar. Por isso, surge a necessidade de um profissional para gerenciar esse processo”. Jacob acrescenta

que o grupo de idosos de uma sociedade é muito heterogêneo, com necessidades diferenciadas, mesmo em grupos da mesma faixa etária. “O médico precisa de ações eficazes e resolutivas para o paciente idoso, pois não há chance para erro”.

A fisioterapeuta e professora do programa de mestrado e doutorado da Universidade Cidade de São Paulo (Unicid), Monica Rodrigues Perracini, ressalta que durante o período de internação em hospitais e clínicas, os idosos tendem a ter

sua capacidade funcional comprometida, de acordo com a especialista é preciso estar muito atento aos pequenos sinais. “O ambiente hospitalar tem uma série de intercorrências, e durante o período que o idoso fica lá, é submetido a alguns procedimentos invasivos. Isto gera um conjunto de fatores que propiciam que este idoso, independentemente do motivo que tenha levado a internação, sofra um declínio de funcionalidade durante a sua permanência no hospital, que pode persistir por vários meses seguidos após a internação”.



A responsabilidade da equipe clínica e da gestão do hospital, de propiciar para este idoso, enquanto ele está internado, um cuidado especializado e de qualidade é muito importante



Perracini aponta que a responsabilidade da equipe que está acompanhando este idoso durante a internação é muito grande. “A equipe hospitalar deve propiciar uma série de condições mais favoráveis para que o idoso perca o menos possível de sua capacidade funcional. Se a equipe está treinada, a fisioterapia ou a própria enfermagem podem avaliar o riscos iminentes pelos quais os idosos podem passar”.

De acordo com a fisioterapeuta existem alguns modelos de internações hospitalares, já adotados em outros países, para receber o paciente idoso de maneira mais eficiente e com o mínimo de impacto funcional. “A interconsulta é um modelo que disponibiliza uma equipe volante no hospital e identifica os idosos de maior risco e atua preventivamente para que eles não tenham complicações ou pra evitar que percam a capacidade funcional durante a internação. Outra opção são as unidades de internações hospitalares voltadas exclusivamente para pacientes geriátricos. Aqui no



Monica Rodrigues Perracini, fisioterapeuta e professora da Unicid

Brasil nós estamos começando agora e por isso é muito importante debater o assunto. Agora é o momento de a gente discutir a necessidade da criação de alguns serviços específicos porque o crescimento da população idosa será cada vez maior a cada ano”.

A especialista afirma que as unidades de internação para pacientes geriátricos teriam que ter uma equipe multiprofissional, assim como adequação do ambiente hospitalar para poder propiciar um espaço favorável a manuten-

ção da capacidade funcional dos pacientes durante a internação. “Precisamos encarar o hospital como um local que precisa ser cuidado tanto do ponto de vista da formação das pessoas, no trato com o doente, quanto no ambiente físico. A responsabilidade da equipe clínica e da gestão do hospital de propiciar para este idoso, enquanto ele está internado, um cuidado feito com qualidade é muito importante. São medidas que pretendem evitar a transição de hospitalizações frequentes nesta população”.

A doutora em fisioterapia explica que fora do ambiente hospitalar existe a figura do cuidador de idosos que é fundamental para os cuidados destes pacientes.

É uma ocupação que está em processo de regulamentação, é uma função muito importante. Este profissional vai estar diretamente com o paciente dentro de uma instituição de longa permanência pra idosos, clínicas geriátricas ou no próprio domicílio.



CUIDADOR: PROFISSÃO AINDA GERA DIVERGÊNCIAS

Os representantes de cuidadores de idosos, enfermeiros, Ministério da Saúde e sindicatos do setor apresentaram divergências em relação à regulamentação da profissão de cuidador, durante audiência pública realizada pela comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados (CSSF), no dia 8 de outubro. O Projeto de Lei 4702/2012, de autoria do senador Waldemir Moka (PMDB/MS) que trata do tema, tem relatoria da deputada Benedita da Silva (PT/RJ).

Para o representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde, Mário Jorge Filho, os técnicos em enfermagem poderiam ser qualificados para a função com cerca de 300 horas de curso. “Ser cuidador não é simplesmente ser

um acompanhante de shopping, é dar uma assistência segura ao paciente”, disse ele.

Já o professor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz, Daniel Groisman, afirmou que dar um remédio ou tirar a temperatura não é atividade exclusiva de nenhum profissional. Segundo ele, a regularização da profissão vai garantir uma melhor formação do cuidador.

Na mesma linha, o presidente da Associação de Cuidadores de Idosos de Minas Gerais, Jorge Roberto Afonso de Souza e Silva, ressaltou que a população de idosos é a que mais cresce no Brasil e pediu que, no projeto, seja dado um tempo para que os que já atuam na profissão possam se adaptar.

“Nós cuidadores não somos profissionais de saúde, nem temos pretensões de o ser. Queremos trabalhar em conjunto com a saúde e a assistência”, disse.

A representante do Ministério da Saúde, Miraci Mendes, advertiu que o projeto não é claro em relação às responsabilidades do cuidador: “Temos que definir quais são as competências do cuidador do idoso e quais os limites de atuação. Quando você vai criar uma profissão tem que ter isso muito bem definido porque há interfaces com outras profissões”, argumentou.

A relatora deputada Benedita da Silva (PT-RJ) propôs um grupo de trabalho com todos os setores para, em semanas, elaborar seu parecer. ●

Importância da Vitamina “D”

Os novos estudos sobre a vitamina D mostram que ela não é considerada apenas mais uma simples vitamina, mas um verdadeiro hormônio, com atuação em diversos órgãos e sistemas do organismo humano. Não está relacionado apenas aos ossos, mas desempenha um papel fundamental no metabolismo, assim como nas funções musculares, imunológicas, neurológicas, além de atuar nas inflamações.

Que o sol é uma energia essencial à vida ninguém discute. A novidade é como obter maior benefício da luz solar para que se transforme em vitamina. Iniciando-se sua produção na pele, por meio da exposição adequada ao Sol e, em determinados períodos do dia, ocorre o deslocamento da chamada pré-vitamina D para o fígado e, depois, para os rins, onde é produzida sua forma ativa, a vitamina D3. Por meio da circulação sanguínea, a vitamina D3 atinge vários órgãos, onde exerce seus notáveis efeitos benéficos.

Sabe-se que inúmeras doenças podem ser amenizadas e evitadas, senão curadas, com a produção sistemática da vitamina D3. Entre elas, podemos enumerar desordens da pele como a psoríase e afecções tu-

morais que atingem, entre outros órgãos, a próstata e os intestinos. É de destacar inclusive sua possível atuação na atenuação de desordens do sistema nervoso central, tais como o mal de Alzheimer e a doença de Parkinson.

Como esse hábito simples, barato e acessível a todos, a exposição à luz solar é uma excelente forma de ajudar a prevenir e combater doenças. O reconhecimento da comunidade médica da importância da produção contínua desse hormônio é essencial para que a população tome consciência da capacidade da vitamina D.

O trabalho que temos que fazer é simples: sugerir e conscientizar os cidadãos de que sua produção depende única e exclusivamente de uma atitude que não gera nenhum custo. Basta, para isso, que ocorra a exposição da pele à luz do Sol, em determinados horários do dia e de modo moderado.

Para atingir esse fim há um problema básico. Sabemos que em função de diversas atividades profissionais, as pessoas permanecem contidas em escritórios, residências, ou seja, em recintos fechados, deixando de se expor à luz do Sol. O mesmo ocorre em nossas escolas, nas quais os estudantes passam todo

o período matutino em salas de aula desprovidas de condições adequadas de exposição à luz solar.

Por outro lado, temos consciência plena de que a exposição inadequada à luz do Sol pode acarretar o surgimento de anomalias, algumas graves como o câncer de pele. Mas estas anomalias ocorrem em função da exposição inadequada à luz solar.

Sabemos que a radiação UVA é associada à ocorrência de câncer de pele e que, por outro lado, a radiação UVB é benéfica, propiciando a produção contínua da vitamina D em sua forma ativa.

Não é demais lembrar que, no reino animal, praticamente todos os animais expõem-se, de forma natural, à luz solar, o que propicia a produção contínua da vitamina D e contribui sobremaneira para a manutenção de um estado de saúde adequado.

O processo evolutivo dos animais contribuiu sobremaneira para a adaptação desses seres à vida na Terra, e a exposição rotineira e adequada à luz do Sol exerceu papel preponderante para a sua sobrevivência. O mesmo processo ocorreu com o ser humano, que é dependente da luz solar para a manutenção da sua saúde.

Walter Feldman, médico e deputado federal



Basta dizer que os habitantes do hemisfério norte, especialmente em países onde a neve prevalece a maior parte do ano, há doenças específicas que os médicos de lá tratam como causa de falta de exposição ao Sol.

Podemos até afirmar, sem medo de errar, que o humor das pessoas se modifica ao se exporem à luz do Sol. Basta verificar o comportamento desses povos que habitam as regiões setentrionais do planeta e que, durante os curtos períodos de verão, ao sair às ruas exprimem uma alegria contagiante.

A demonstração cabal do que estamos afirmando pode ser constatada em nosso país, no qual muitas regiões localizam-se na região equatorial e tropical, em que as pessoas que assim podem proceder expõem-se diariamente à luz solar, evidenciando, deste modo, a alegria do povo brasileiro. A alegria dos brasileiros, aliás, é uma marca mundialmente conhecida de nosso país. Temos o privilégio desse benefício o ano inteiro, uma verdadeira dádiva da natureza.

Por que, então, não estimular a atividade rotineira e saudável de exposição do nosso organismo a uma radiação que não nos cobra nada para exercer seus efeitos benéficos?

Claro, desde que essa exposição seja executada em determinadas horas do dia e de modo moderado, privilegiando-se principalmente as horas do dia em que a radiação UVB, de benefício comprovado, se faz presente.

As empresas que se engajarem nesta proposta certamente teriam profissionais mais felizes e produtivos, com a vantagem de adoecerem menos. Basta determinar horários para aquelas pessoas - profissionais que vivem encerrados em gabinetes e escritórios e estudantes e professores, principalmente - que são desprovidas dos efeitos benéficos provenientes da radiação solar.

Retornei aos consultórios médicos para estudar o tratamento de doenças com a vitamina D, pelos corredores de Brasília, alguns brincam comigo, apelidando-me do "cara da vitamina D". Distribuímos livros sobre o tema para

colegas do Congresso e em abril, apresentamos um Projeto de Lei que adiciona o seguinte direito à legislação trabalhista: ao menos três vezes por semana, todo funcionário de ambientes fechados (como indústria e escritório) ganha 15 minutos da jornada para usufruir da iluminação natural.

Alguns criticaram essa iniciativa por pura falta de conhecimento. Não há nada de mais moderno em investir na prevenção da saúde, ainda mais com uma iniciativa tão simples e acessível. Quando as pessoas e as empresas se derem conta da importância e o efeito saudável, tenho certeza que vão mudar de opinião.

Há uma frase muito importante de um dos maiores especialistas no assunto, o Dr. Michael G. Hollick: "Deixe o Sol entrar na sua vida". Ele é autor do best-seller nos EUA, traduzido para o Português: "Vitamina D - Como um tratamento simples pode reverter doenças tão importantes", da Editora Fundamento. Na verdade nem precisa ser especialista no assunto para saber que faz uma dose adequada de sol faz à saúde. ●

Ministério da Saúde concede registros aos médicos estrangeiros

Conselhos Regionais de Medicina permanecem com a atribuição de fiscalizar a atuação dos profissionais

: A presidenta Dilma Rousseff sancionou a Lei do Mais Médicos, que garante a contratação de profissionais brasileiros e estrangeiros para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) em regiões com déficit de atendimento, como periferias de grandes cidades, municípios do interior e regiões isoladas. Com a sanção, fica definido a partir de agora que a responsabilidade sobre a concessão do registro profissional aos médicos estrangeiros é do Ministério da Saúde. Antes da sanção esta era uma atribuição dos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) que a partir de agora, irá apenas fiscalizar o trabalho dos médicos estrangeiros, inscritos no programa. Além disso, deputados e senadores também estabeleceram a obrigação de o governo dar infraestrutura aos municípios após cinco anos de vigência do projeto.

Desde a criação do Programa, diversos CRMs se negaram a conceder o registro provisório aos in-

tercambistas, o que provocou divergências entre o governo e os Conselhos Regionais de Medicina. Alguns presidentes de CRMs como o do Estado de Minas Gerais e do Paraná, pediram demissão de seus cargos, e a maioria das entidades entrou com ações na Justiça pelo direito de não conceder o registro aos médicos estrangeiros do programa.

O texto aprovado no Senado, relatado por Mozerildo Cavalcanti (PTB-RR), não altera, na essência, o que foi aprovado pela Câmara. Os profissionais formados no exterior poderão atuar por três anos no país. Após esse período, terão de fazer o exame Revalida. O texto original enviado pelo governo previa que esse prazo poderia se estender por seis anos. A lei também passa a exigir que 30% do internato médico terão de ser na atenção básica à saúde e nos atendimentos de serviços de urgência e emergência no Sistema Único de Saúde (SUS).



Para a Associação Médica Brasileira, AMB, o relatório apresenta uma série de inconsistências relacionadas ao Programa Mais Médicos. De acordo com o presidente da entidade, Florentino Cardoso, o caos na saúde pública brasileira não pode ser atribuído a falta de médicos. “O problema da saúde é a falta de financiamento, a falta de gestão e a enorme corrupção. Se falta médico, podemos trazer de fora sim, não temos problema com isso, o que nós defendemos é eles façam o exame de revalidação do diploma. Nós não podemos aceitar



Florentino Cardoso,
presidente da Associação
Médica Brasileira

que seja passado para a população, que a saúde pública está neste caos porque faltam médicos, isto não é verdade.”

Segundo Cardoso, existem emergências superlotadas nas grandes cidades e capitais e uma concentração de médicos superior aos países europeus. “O fato é que há uma fila de espera imensa para cirurgia e os profissionais estão a postos para operar. Os médicos só não estão aceitando é operar pelo valor que o SUS paga, porque da maneira que estão remunerando, está inclusive levando a falência vários hospitais, principalmente os filantrópicos, as santas casas. O valor que se paga é muito inferior ao que efetivamente é gasto pelo procedimento.

REPERCUSSÃO MAIS MÉDICOS

VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS

O Conselho Federal de Medicina vai entrar com uma representação na Organização Mundial de Saúde (OMS) denunciando o contrato firmado pelo governo brasileiro com a Organização Panamericana de Saúde (Opas). O contrato possibilitou a vinda de médicos cubanos para trabalhar no Programa Mais Médicos.

Durante audiência pública, na Câmara dos Deputados, promovida pela Comissão de Direitos Humanos e Minorias, o representante da Federação Nacional dos Médicos, Jorge Darze, afirmou que o estatuto da Opas não prevê que a entidade tenha a função de intermediar contratações de médicos, funcionando como agência para terceirizar de mão de obra no caso dos cubanos.

De acordo com o presidente do Conselho Federal de Medicina, Roberto Luiz D'Avila, o Código Global de Conduta da OMS, que trata da contratação de pessoal da área da saúde, está sendo desres-

peitado pela falta de transparência, no caso dos médicos cubanos. "Vários artigos da OMS impediriam a Opas de fazer essa intermediação. Tanto que nós vamos representar, na OMS, contra esse contrato de intermediação que a Opas fez. Vamos alegar que a Opas descumpre o Código de Conduta da própria OMS. Para nós, isso é o suficiente para uma denúncia."

O convênio do Brasil com a Opas foi divulgado, mas o convênio da Opas com Cuba não é público. Por isso, segundo o deputado Mandetta (DEM-MS), não se sabe exatamente, por exemplo, quanto o médico cubano vai receber por trabalhar no Brasil, uma vez que parte do salário deve ir para o governo de Cuba. Os outros profissionais que atuam no "Mais Médicos" vão receber R\$ 10 mil.

O presidente do Conselho Federal de Medicina avalia que os cubanos vão receber apenas uma pequena parcela desse valor: cerca de 10%, segundo ele.



O problema da saúde é a falta de financiamento, a falta de gestão e a enorme corrupção. Nós não podemos aceitar que seja passado para a população, que a saúde pública está neste caos porque faltam médicos, isto não é verdade



Florentino Cardoso

PASSAPORTES RETIDOS

Além disso, Roberto D'Avila afirmou que existem indícios fortes de violação dos direitos humanos em relação aos médicos cubanos no Brasil. Ele destacou que os profissionais daquele país têm os passaportes retidos quando chegam ao Brasil, para não poderem deixar o País. Médicos de outras nacionalidades não sofrem essa mesma restrição.

O procurador-geral do Trabalho, Luis Antônio de Melo, afirmou que o Ministério Público do Trabalho já instaurou um inquérito civil público para analisar os aspectos trabalhistas do Mais Médicos. "As investigações já começaram e estão sendo realizadas. Eu não posso dizer que o Programa Mais Médicos está irregular ou que o Programa Mais Médicos é maravilhoso. No curso desse inquérito civil, nós vamos verificar se há alguma irregularidade. Havendo alguma irregularidade, nós temos dois caminhos: buscar uma regularização em sede

administrativa, com um Termo de Ajuste de Conduta, ou provocar o Judiciário, se for o caso."

Combate ao trabalho escravo - Também participou da audiência o coordenador-geral da Comissão Nacional para a Erradicação do Trabalho Escravo, José Guerra. O órgão é vinculado à Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Ele destacou que o Brasil é referência no combate ao trabalho escravo e à violação dos direitos do trabalhador.

Declarou também que, se forem detectadas violações a esses direitos em relação aos médicos cubanos e de outras nacionalidades, toda a estrutura de proteção dos direitos humanos e do direito do trabalhador vão ser acionadas para que as violações sejam "sanadas e repelidas".

.....
visaohospitalar@fbh.com.br – Com informações agência câmara, agência Brsail e portal médico.



Medicamentos falsos movimentam US\$ 75 bilhões

Chances de adquirir o produto falsificado na internet chegam a 70%. Conselho Federal de Farmácia alerta que 30% dos medicamentos comercializados na América Latina não estão dentro das normas legais.

De acordo com relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), o mercado de medicamentos falsos no mundo movimentava cerca de US\$ 75 bilhões todos os anos. O número de remédios corresponde a 10% dos produtos vendidos. Segundo o estudo, todos os anos, 1 milhão de pessoas morrem em todo o mundo vítimas do uso de remédios falsificados. O Ministério da Saúde alerta que a internet é um dos principais meios de acesso aos medica-

mentos falsos, com mais de 1.200 sites ilegais de vendas destes produtos. Os inibidores de apetite, psicotrópicos, anticoncepcionais, antibióticos e substâncias abortivas estão dentre os produtos mais procurados.

O Conselho Federal de Farmácia, CFF, ressalta que a falsificação de medicamentos envolve vários tipos de delitos, como a utilização de princípios ativos em quantidade insuficiente, a troca do selo e etiqueta do medicamento, a venda de medicamento de uso hospitalar em

farmácia, venda de medicamento de amostra grátis e uma série de outras ações criminosas e que preocupam a entidade, como o roubo de carga.

Para o Assessor Técnico do CFF, Jose Luiz Miranda Maldonado, a questão de medicamentos roubados é extremamente complexa, e afeta o consumidor de maneira direta. Maldonado explica que as ações do CFF são dirigidas em orientar ao farmacêutico, como agir quando se depara com uma situação de tráfico de medicamentos. “As farmácias que vendem remé-



José Luiz Miranda Maldonado,
Assessor Técnico do Conselho
Federal de Farmácia



dios oriundos de roubo de carga com certeza não possuem farmacêuticos. É uma questão preocupante do ponto de vista da saúde porque a parte mais vulnerável é o consumidor. Nós atuamos institucionalmente como Conselho Federal de Farmácia para alertar ao farmacêutico responsável para que ele fique atento.

É possível hoje saber qual é o medicamento falsificado mas para isso é preciso treino e responsabilidade social.”

De acordo com o assessor técnico do CFF, o profissional sabe que o medicamento tem características físico-químicas que podem ter o comportamento molecular da fórmula

do princípio ativo alterado, em caso de transporte irregular que não atendam a temperatura e condições adequadas. Esta situação ocorre quando há tráfico de medicamentos, e pode transformar o que deveria ser um remédio em veneno, além de criar um problema de saúde grave e até levar a morte.



As farmácias que vendem remédios oriundos de roubo de carga com certeza não possuem farmacêuticos. É uma questão preocupante do ponto de vista da saúde porque a parte mais vulnerável é o consumidor



José Luiz Miranda Maldonado

Para traçar ações e coibir a pirataria de medicamentos, foi criado um grupo de trabalho entre alguns órgãos de governo para combater esta prática, que já foi tipificado no código penal como crime hediondo. Quem pratica tal crime está sujeito a cumprir de 5 a 15 anos de prisão.

Existe por parte dos fabricantes a preocupação de desconstruir esta mercado criminosa de medicamentos falsificados. Alguns laboratórios criaram um mecanismo de defesa e elaboraram alguns itens, considerados de segurança, na caixa do medicamento. Toda caixa de medicamento verdadeiro e legal deve ter o número de registro no Ministério da Saúde. A ANVISA também registra o medicamento e oferece algumas características de segurança que devem ser obedecidas. Em cada embalagem deve ter além do registro do ministé-

rios, o nome do responsável técnico, a data de validade, os extremos da embalagem colados com cola quente e o selo que lacra a embalagem. Alguns laboratórios agregam como item de segurança um selo holográfico que dificilmente é falsificado.

A Anvisa disponibiliza em seu site, uma lista de produtos falsificados que foram identificados pela Agência, com a respectiva Resolução que determinou a apreensão e a inutilização dos produtos, bem como a proibição da sua distribuição, comércio e uso. Em função do risco que representam, os produtos foram destacados no portal. As informações incluem as características que diferenciam o produto verdadeiro do falsificado.

www.anvisa.gov.br

EMPRESAS FARMACÊUTICAS TERÃO QUE INFORMAR FIM DE FABRICAÇÃO DE REMÉDIOS

Um projeto de lei aprovado na Comissão de Assuntos Sociais do Senado, obriga as empresas farmacêuticas a informarem com seis meses de antecedência sobre o fim da fabricação de medicamentos de uso contínuo em doenças degenerativas e crônicas. As informações são da Exame.

Os senadores da Comissão de Assuntos Sociais querem evitar que as pessoas sejam surpreendidas com a falta de abastecimento de um remédio essencial nas farmácias. “Com a informação acerca da descontinuidade da produção de determinado medicamento, o consumidor terá tempo hábil para se precaver e adquirir unidades extras do produto antecipadamente, além de buscar um substituto com o seu médico”, justificou a relatora do projeto, Vanessa Graziottin (PC do B/AM).

Uma lei obriga as empresas a comunicarem apenas ao Ministério da Saúde sobre a descontinuidade da produção de remédios com seis meses de antecedência. É preciso ainda ter uma autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) antes da suspensão da produção.

Segundo o texto, fabricantes terão que inserir a informação sobre o fim da produção do medicamento impressa na embalagem do produto. A matéria tem que passar pela Câmara para valer como lei.

Outra regulamentação deste mesmo projeto, é quanto ao fornecimento de medicamentos de uso contínuo no mercado. A distribuição terá que respeitar a demanda de cada município e a quantidade deverá ser igual ou superior a média de venda de produtos nos três meses anteriores.

Ainda de acordo com a nota, as doenças consideradas pela resolução do CFF como um “trans-torno menor” ou “nos limites da atenção básica à saúde”, devem ser acompanhadas por um médico, que tem a competência legal e profissional para fazer o diagnóstico de doenças e a conseqüente prescrição dos medicamentos.

.....
visaohospitalar@fbh.com.br
Com informações da agência
câmara e correioweb.

DESONERAÇÕES TRIBUTÁRIAS



Atualmente, muito se discute sobre “desonerações tributárias”, por conta das medidas pontuais tomadas pelo atual governo federal, no tocante às chamadas “renúncias fiscais”. São assim denominadas as isenções dadas, principalmente de PIS e de COFINS, para alguns produtos, por exemplo, os itens componentes da cesta básica. Também tivemos as diminuições de IPI, para os veículos, materiais de construção e produtos da “linha branca”, como geladeiras e fogões.

Primeiramente, deve-se esclari-

recer que não existe a chamada “desoneração” sem que haja em contrapartida uma “oneração”. Isso se deve ao fato da existência da Lei Complementar nº 101/200 ou LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal.

O que acontece é que o Governo alardeia muito as “desonerações”, mas dá pouca importância na divulgação das necessárias “onerações”, para que seja cumprida a norma. Um exemplo recente, mesmo não tendo um aspecto essencialmente tributário, foi a diminuição da conta de luz, que rendeu um pronunciamento de quinze minutos, em cadeia nacional da nossa Exma. Presidente da Re-

pública, que, por outro lado, não deu a mesma ênfase, na divulgação do quase que simultâneo aumento da gasolina.

A desoneração do INSS da folha de pagamento, medida solicitada há muito tempo pela maioria dos empresários brasileiros foi direcionada para alguns privilegiados setores de nossa economia, em detrimento de outros, que certamente, foram atingidos frontalmente em seu direito de isonomia, como por exemplo, o setor hospitalar.

Há comentários em grande escala sobre essa “benesse” de nosso Governo, não levando-se em conta, como já mencionado



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



anteriormente, na contrapartida, que nesse caso foi a instituição de uma nova contribuição sobre o faturamento dessas mesmas atividades beneficiárias, como compensação da falada e não provada eventual perda de arrecadação.

É notório que os pesados encargos previdenciários incidentes

sobre a remuneração de mão de obra, cobrados em nosso país, afugentam sobremaneira o empreendedorismo e o investimento externo, gerando uma grande ameaça ao desemprego, e fomentando a informalidade e a sonegação fiscal.

Mas, entendo que a oneração fiscal do faturamento é a mais maléfica de todas as outras exis-

tentes, pelo fato, dos governos, estarem tributando com antecedência, como se fosse uma forma de “substituição tributária”, a venda quando ela acontece, mesmo que esta não venha a se constituir em um resultado positivo para a empresa, ou seja, lucro. Infelizmente, nesse caso, nós poderemos ter uma tributação antecipada, mesmo em casos de prejuízos.

A desoneração do INSS da folha de pagamento, medida solicitada há muito tempo pela maioria dos empresários brasileiros, foi direcionada para alguns privilegiados setores de nossa economia, em detrimento de outros, que certamente, foram atingidos frontalmente em seu direito de isonomia, como por exemplo, o setor hospitalar

Obviamente que estes altos custos tributários são repassados no valor dos produtos, mercadorias e serviços, deixando estes bastante elevados para os consumidores, que pagam a mesma carga tributária independente de sua situação econômica, fazendo com que os menos favorecidos acabem proporcionalmente pagando mais, sendo que toda a população nada pode fazer perante a esta altíssima carga tributária inserida no preço pago.

O que nos causa espécie é verificar que integrantes da equipe econômica do Governo Federal, têm escrito para jornais de grande circulação nacional, que as desonerações recentes são partes de uma reforma tributária que está sendo colocada em prática, de forma “fatiada”.

Não podemos, de forma alguma, acreditar nestas afirmações, pois sabemos que desonerações explícitas e onerações bem pouco explícitas não podem estar con-

templadas em uma reforma tributária consistente, que em nosso entendimento deve, em sua essência, diminuir a “escorchantes” carga tributária, reduzir o número de tributos, mudar a forma da injusta tributação sobre o consumo para os lucros e patrimônio, simplificar e reduzir as obrigações acessórias, e principalmente instituir definitivamente a cobrança de tributos de acordo com a verdadeira capacidade contributiva de cada cidadão brasileiro. ●

Avelar de Castro Loureiro, médico
psiquiatra, diretor da Clínica
Psiquiátrica Santo Antonio, Recife/PE



Doenças imaginárias?

Somatização é sofrimento psicológico, ou seja, uma forma que encontrou, a sábia Natureza, para alertar a pessoa de uma dor na esfera psíquica. É, no dizer de Stekel, a linguagem orgânica da alma

Frequentemente encontramos pessoas que se queixam das mais diversas enfermidades. Vivem de especialista em especialista, alegando os mais variados sintomas. Às vezes é o estômago que lhes incomoda, apresentam dores, mal estar e náuseas; outras vezes, o coração bate acelerado, dores de cabeça e enxaquecas são frequentes e não é difícil se queixarem de dores generalizadas. Mesmo após meticulosos e exaustivos exames, efetuados por competentes profissionais, que informam a ausência de uma patologia orgânica que justifique os sintomas, estas pessoas continuam preocupadas, ansiosas,

enfim, com medo de que realmente o que sentem seja o prenúncio, ou mesmo uma doença grave que esteja instalada no seu organismo.

Diz um refrão popular que só geme quem sente dor, e outro que afirma só sabe onde o sapato aperta quem o calça. Realmente essas pessoas sentem o que afirmam, o estômago dói, as palpitações cardíacas são frequentes, as enxaquecas e cefaléias atormentam e as dores generalizadas as incomodam. Não mentem ou inventam quando fazem tais alegações, entretanto, a diferença fundamental é que estes sintomas não têm uma justificativa

orgânica e sim uma etiologia psicológica. São pessoas que, em grande parte, estão passando por um processo hipocondríaco. Tais sintomas não passam de somatizações, isto é, sofrimentos psicológicos, ou seja, uma forma que encontrou, a sábia Natureza, para alertar a pessoa de uma dor na esfera psíquica. É, no dizer de Stekel, a linguagem orgânica da alma.

Uma vez consensualizada a causa que, via de regra, reside nos próprios conflitos interiores de cada um, as queixas desapareceram, dando lugar ao bem estar que é tão procurado pelo indivíduo. ●

Sistema de Saúde Brasileiro: Regulação, um dos grandes desafios

O tema regulação é ponto de inúmeros debates nos países desenvolvidos, assim como nos países em desenvolvimento como o Brasil, principalmente no que tange à regulação em saúde. Apesar do grande avanço do Brasil em diversas áreas, como por exemplo, na área econômica, a prática regulatória foi instituída e legiti-

mada somente a partir da década de 90 com a criação das diversas agências reguladoras.

Atualmente, a regulação em saúde é o grande desafio, tanto para o setor público como para o setor privado. Entretanto, o conceito de regulação vem sendo tratado de maneira bastante pluralizada, o que acarreta, na maioria das vezes, em opiniões divergentes.

O conceito de regulação em saúde no Brasil baseia-se nas atividades de controle e auditoria, exercida principalmente sobre os prestadores privados conveniados e contratados. Dessa forma, observa-se que regulação nada mais é do que o controle e fiscalização dos serviços ofertados x serviços executados.

Muitas ideias sobre regulação foram discutidas durante muito

Cláudio Brasil é médico,
pós-graduado em
epidemiologia, especialista em
Planejamento Estratégico e
Gestão em Saúde



tempo; no entanto, quatro delas, segundo alguns autores, são fundamentais para se conceituar regulação, quais sejam: controle, equilíbrio, adaptação e direção. Apesar de entender a regulação a partir da ideia de adaptação ou de transformação, a ideia de controle continua aplicável.

Com o avanço da consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS foi constatada a necessidade de se ampliar o processo regulatório pelo setor público, pois, até então, somente a ANS, que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, desempenhava esse papel.

Diante do fato, as instâncias gestoras do SUS (federal, esta-

dual e municipal) debateram durante vários anos o tema regulação, que culminou com a publicação de um dispositivo legal que estabeleceu as diretrizes para a estruturação das ações regulatórias, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Para que ocorra uma regulação efetiva, levando em consideração o modelo do sistema de saúde brasileiro é necessário que cada parte integrante deste macroprocesso estruture suas ações obedecendo a mesma linha de pensamento.

Apesar do esforço empreendido pelas gestões estaduais e municipais, e mesmo pela gestão federal do SUS, a regulação em saúde, principalmente a regulação do acesso, ainda vem sendo trabalhada de forma segmentada e fragmentada, comprometendo a assistência ofertada à população brasileira, depen-

dendo de cada região geográfica do país, não proporcionando, portanto, uma integralidade da assistência. Podemos observar, com bastante clareza, que a existência e disponibilidade de serviços de média e alta complexidade estão concentradas nas regiões sudeste e sul, em menor escala nas regiões centro-oeste e nordeste e, por fim, na região norte, o que demonstra a desigualdade da assistência prestada em cada região do país.

Diante desse fato é necessário e oportuno que ocorra de imediato a reestruturação e/ou implantação dos serviços de média e alta complexidade, assim como a aquisição de equipamentos nas regiões geográficas menos favorecidas, e também um reordenamento dos fluxos assistenciais, por meio da utilização de protocolos clínicos e de regulação. A atenção primária à saúde deverá ser reorgani-



As diversas políticas públicas deveriam ser tratadas, realmente, como políticas de Estado e não como políticas de governo. São direitos assegurados constitucionalmente. Os gestores esquecem que a política de saúde é uma política pública



Cláudio Brasil

zada, para que de fato assuma o papel de ordenadora da rede de atenção à saúde – RAS, preconizada pela Constituição Federal e legislação do SUS.

Vale enfatizar que, mesmo com todas as dificuldades encontradas, as instâncias gestoras vêm se empenhando com vistas a assistência do SUS, à medida que novas estratégias são instituídas. No entanto, a descontinuidade na execução do plano de saúde (incluídas as ações de regulação), que ocorre com frequência por ocasião da mudança de gestão, quer seja no âmbito federal, estadual ou municipal, implica diretamente na qualidade da assistência prestada à população. Durante determinado período acontece certa intermitência do plano de saúde vigente até que

o novo plano seja implantado, o que na maioria das vezes não representa a continuidade do plano anterior. Os gestores esquecem que a política de saúde é uma política pública.

As diversas políticas públicas deveriam ser tratadas, realmente, como políticas de Estado e não como políticas de governo. As políticas públicas correspondem a direitos assegurados constitucionalmente.

Por fim, considerando as dimensões continentais do Brasil, assim como as diferentes realidades regionais, no que concernem os recursos técnicos e tecnológicos, é imprescindível a implantação da regulação dos diversos sistemas para que ocorra a garantia do acesso aos

serviços de saúde. Portanto, será necessário estabelecer estratégias visando a articulação e pactuação entre os sistemas de saúde, tanto no âmbito do estado (regulação intermunicipal), como entre os estados (regulação interestadual).

Assim, será exequível organizar as referências intermunicipais e interestaduais, assegurando, dessa maneira, o acesso da população à assistência integral e qualificada. Porém, para que isso aconteça dois pontos são extremamente fundamentais: a organização dos serviços de saúde, a partir da atenção primária até a alta complexidade e a efetiva contratualização de todos os prestadores de serviços, públicos, privados contratados e conveniados. ●

visão hospitalar

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

A SUA REVISTA DO SETOR HOSPITALAR



FORMADORES
DE OPINIÃO
NOTÍCIAS DO SETOR
QUALIDADE EDITORIAL

5000 EXEMPLARES
CIRCULAÇÃO NACIONAL
FREQUÊNCIA TRIMESTRAL
MÍDIA SEGMENTADA
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

INFORMAÇÃO QUE VALORIZA A QUALIDADE DA SAÚDE NO BRASIL

ANUNCIE, VOCÊ TAMBÉM!

PUBLICAÇÃO



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

Vacina contra malária pode estar disponível em 2015

A fabricante britânica GlaxoSmithKline (GSK) está buscando a aprovação para a vacina contra a malária, depois de testes mostrarem que ela diminuiu o número de casos de crianças africanas infectadas. Especialistas dizem que estão otimistas sobre a possibilidade de ter a primeira vacina do mundo contra a doença em 2015. A malária, uma doença parasitária transmitida por mosquitos, mata centenas de milhares de pessoas em todo o mundo a cada ano. Os cientistas dizem que uma vacina eficaz é essencial para as tentativas de erradicar a doença. O imunizante conhecido como RTS,S

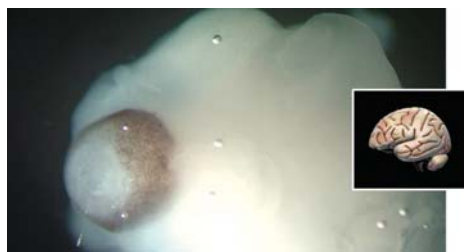
conseguiu diminuir quase pela metade o número de casos de malária em bebês e crianças pequenas e cerca de 25% em recém-nascidos. A GSK está desenvolvendo a RTS,S junto com a organização sem fins lucrativos "Path Malaria Vaccine Initiative" (MVI) e com financiamento da Fundação Bill & Melinda Gates. A companhia vem desenvolvendo a vacina há três décadas. O pronunciamento acrescenta que a esperança agora é que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomende o uso da RTS,S para o início de 2015 se a agência conceder a licença.



Testes mostraram que 18 meses após a vacinação, bebês e crianças pequenas com idades entre 5 e 17 meses tiveram uma redução de 46% no risco de manifestações clínicas da malária. Mas em lactentes com idades entre seis e 12 semanas no momento da vacinação, houve uma redução de apenas 27%.

Minicérebro humano é criado em laboratório

Estruturas do tamanho de ervilhas foram criadas a partir de células-tronco e células de pele. Miniaturas de "cérebros humanos" foram desenvolvidas em laboratório por cientistas austríacos, em um feito que, segundo especialistas, pode transformar nossa compreensão sobre males neurológicos. As estruturas criadas, que são do tamanho de ervilhas, alcançaram o mesmo nível de desenvolvimento de um feto de nove semanas, mas são incapazes de pensar. Segundo os cientistas, que são do Instituto de Biotecnologia Molecular da Academia de Ciências Austríaca, elas reproduzem em laboratório algumas das etapas iniciais de desen-



volvimento cerebral. O cérebro humano é uma das estruturas mais complicadas existentes no universo. O estudo, publicado no periódico Nature, já foi usado para ampliar a compreensão a respeito de doenças raras. Os cientistas usaram células-tronco embrionárias ou células de pele adulta para produzir a parte do embrião que se torna o cérebro e a espinha dorsal - o ectoderma neural. Essa

parte foi colocada em gotículas minúsculas de gel, que permitiram que o tecido crescesse, e em um bio-reator giratório, que provê nutrientes e oxigênio. As células puderam crescer e se organizar em diferentes partes do cérebro, como o córtex e uma versão inicial do hipocampo, bastante ligado à memória em um cérebro adulto plenamente desenvolvido. Os pesquisadores creem que essa estrutura chega perto - ainda que não perfeitamente - do desenvolvimento inicial do cérebro fetal. Os tecidos chegaram a seu tamanho máximo, cerca de 4mm, em dois meses. Os "minicérebros" sobreviveram por quase um ano, mas não cresceram além disso.

Cientistas japoneses apresentam aparelho para detectar câncer de mama em casa

O dispositivo, produzido após oito anos de pesquisas, aumenta as probabilidades de cura ao detectar a doença no estágio inicial. Cientistas japoneses apresentaram um dispositivo para detectar o câncer de mama na casa da paciente, um aparelho que pode revolucionar a detecção da doença no estágio inicial.

O dispositivo, produzido após oito anos de pesquisas pelo laboratório de engenharia médica Newcat da Universidade Nihon, tem a forma

de uma bola que cabe na palma da mão. O aparelho possui um mecanismo captor de diodo emissor de luz LED e um fototransistor que, ao entrar em contato com o seio, detecta um eventual acúmulo de sangue, o que pode estar relacionado com um tumor cancerígeno, explicou o professor Mineyuki Haruta. Este pequeno instrumento permite a detecção prematura do câncer de mama, um fator decisivo que aumenta as probabilidades de cura.

Pesquisa sugere que metabolismo lento não é só 'desculpa' de obesos

Uma equipe da Universidade de Cambridge, na Grã-Bretanha, diz ter descoberto a primeira prova de que uma mutação no DNA pode de fato diminuir o metabolismo.

Os cientistas dizem que menos de 1% das pessoas são afetadas por essa condição e, quando são, costumam ser muito obesas desde a infância.

Os estudiosos já sabiam, antes da pesquisa, que camundongos que nascem sem uma seção do DNA - um gene chamado KSR2 - ganham peso facilmente. Mas o que eles não sabiam era o efeito da mutação em humanos. Para isso, eles fizeram testes com 2.101 pessoas muito obesas. Algumas delas possuíam a versão mutante do DNA.

"(Se você tem a mutação) você fica

com fome e querendo comer bastante, não fica com vontade de se mexer muito por conta do lento metabolismo e provavelmente terá diabetes do tipo 2 com pouca idade", disse Farooqi.

O KSR2 afeta a forma como células individuais interpretam sinais, como a presença do hormônio insulina. Por sua vez, isso afeta a capacidade do corpo de queimar calorias.

Farooqi acredita que, apesar de terem a mutação genética, algumas das pessoas afetadas têm um peso normal. Por outro lado, Farooqi diz que 2% das crianças obesas aos 5 anos de idade têm a mutação.

Caso a indústria farmacêutica consiga desenvolver remédios para lidar com problemas semelhantes ao KSR2, isso pode vir a beneficiar todas as pessoas que são obesas - não só as que possuem o gene mutante.

Instituto Butantã recruta voluntários para teste de vacina contra dengue

Estão abertas as inscrições para voluntários que desejam participar dos primeiros testes clínicos no Brasil de uma vacina contra a dengue produzida pelo Instituto Butantã em parceria com o National Institutes of Health, dos EUA. A vacina entra agora na fase II, com o recrutamento de 50 voluntários, entre 18 e 59 anos, que nunca tiveram dengue. Os voluntários serão acompanhados por cinco anos pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Ainda não existe vacina licenciada para uso contra a dengue no mundo. Se os testes correrem como o esperado, a ideia é oferecer a vacina a partir de 2018. Os 50 voluntários passarão por testes clínicos e terão de assinar um termo de consentimento. A primeira e única dose da vacina deve ser administrada em novembro. Em 2014, mais 250 voluntários de São Paulo e de Ribeirão Preto serão recrutados - nesse caso, não importam os antecedentes da doença. A vacina é tetravalente, ou seja, visa a combater os quatro diferentes tipos de vírus da dengue, transmitidos aos humanos por mosquitos. Para se inscrever, deve-se ligar para os números: (11) 2661-7214 ou (11) 2661-3344, de segunda a sexta, das 9h às 18 horas, ou entrar em contato pelo e-mail vacinadengue@usp.br.

Teste virtual combina DNAs para prever doenças em bebês

Um serviço que, digitalmente, combina os DNAs de um homem e de uma mulher que pensem em ter um filho para identificar possíveis doenças genéticas que o bebê possa vir a ter deve ser lançado em dezembro nos Estados Unidos. No início, o teste a ser disponibilizado pela empresa novaiorquina Genepeeks deve atender mulheres interessadas em usar o esperma de doadores anônimos para engravidar. A ideia é simular, por

computador, antes da gestação, combinações entre o código genético de uma cliente e os códigos genéticos de vários doadores em potencial.

O processo, feito por computador, permite que os genes da cliente sejam combinados com o dos doadores milhares de vezes. Homens que frequentemente produzam com aquela mulher "bebês digitais" com alto risco de anomalias genéticas terão

seu esperma excluído da lista de possíveis pais, deixando na fila doadores que produzam combinações melhores. A proposta da Genepeeks já está gerando um debate sobre questões éticas. Para alguns, iniciativas como essa tornam cada vez mais real a perspectiva de que, um dia, existam os chamados "bebês projetados" - descritos em obras de ficção científica como o filme Gattaca - Experiência Genética (1997).

Médicos chineses 'cultivam' rosto de jovem em seu peito para transplante

Uma jovem de 17 anos da província de Fujian, no sudeste da China, recebeu um transplante completo de face, depois que o novo rosto havia sido implantado em seu peito durante alguns meses para que se desenvolvesse.

A moça, Xu Jianmei, moradora de uma pequena aldeia de pescadores, ficou desfigurada em um incêndio quando tinha cinco anos, no qual perdeu as pálpebras, o queixo e parte da orelha direita, informou nesta quinta-feira a agência oficial chinesa, "Xinhua".

A menina não recebeu tratamento durante os primeiros anos devido à falta de recursos econômicos de seus pais.



(Foto: Reuters/China Daily)

No ano passado, os médicos propuseram a criação de um novo rosto para ela, formado a partir de tecido extraído da perna e que seria implantado no tórax da moça para que se desenvolvesse.

"Primeiro, extraímos o tecido de sua perna e o implantamos no peito. Então, inserimos um extensor de pele sob o tecido cutâneo onde foi implantado o tecido da perna, de maneira que pudesse se expandir e produzir pele suficiente para um rosto novo", declarou o cirurgião que realizou a operação, Jiang Chenghong.

A última fase da operação cirúrgica foi concluída na segunda-feira (21), quando foi transplantado, com sucesso, o novo rosto em Xu. Os médicos estimam que a operação deverá cicatrizar ao longo das próximas semanas.

"Com seu novo rosto, a moça poderá se expressar de maneira mais precisa. Inclusive poderá ficar com a face avermelhada quando se emocionar", garantiu Jiang que, no entanto, advertiu que "pode levar muito tempo" para se chegar a esse ponto.

O transplante de face em Xu aconteceu depois que, em setembro, foi divulgado que outro cidadão de Fujian, um homem, tinha recebido um nariz novo que cresceu durante meses em sua testa. Nesse caso, o novo nariz do paciente foi formado de tecido extraído de suas costelas.

Esses transplantes são ainda relativamente raros e, até o momento, apenas dez deles foram realizados na China no total.

Tecnologia realiza "biópsia líquida" do câncer a partir de amostras de sangue



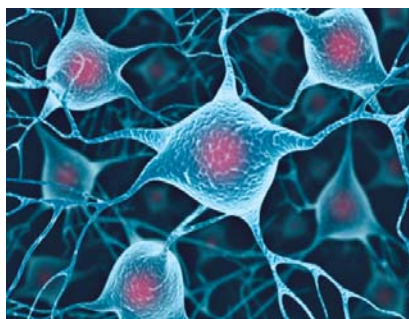
Novo chip é capaz de encontrar células tumorais que estão circulando pelo sangue do paciente, em meio a bilhões de células normais. O dispositivo desenvolvido pelos pesquisadores é capaz de filtrar amostras de sangue em busca de células tumorais. Se encontrar alguma, ele pode

mantê-las armazenadas e permitir que se reproduzam até atingir um número suficientemente grande para a análise. Pesquisadores americanos anunciaram a criação de um novo chip capaz de capturar células cancerosas que estão circulando pelas amostras de sangue de um paciente, e cultivá-las para uma análise mais detalhada. Nos laboratórios médicos, tal dispositivo poderia ajudar a diagnosticar os cânceres de forma mais rápida e a fazer previsões mais precisas sobre os resultados dos tratamentos. As células cancerígenas que circulam pelo sangue surgem no

tumor principal, mas se desprendem e passam a percorrer o corpo. São elas que, ao se alojar em outros tecidos, induzem o surgimento de novos tumores e dão início à metástase. Segundo os cientistas, a análise dessas células tumorais na corrente sanguínea pode, no futuro, desempenhar um papel importante no diagnóstico precoce do câncer e ajudar os médicos a acompanhar em tempo real se os tratamentos estão funcionando nos pacientes — servindo como uma espécie de “biópsia líquida” dos tumores.

Neurônios a salvo

Em feito histórico, pesquisadores ingleses criam substância que impede a morte das células nervosas. A façanha poderá levar à cura de doenças como Alzheimer e Parkinson. Cientistas ingleses anunciaram uma vitória que ficará registrada na história da medicina. A equipe liderada pela pesquisadora Giovanna Mallucci, do conselho de pesquisa médica da unidade de toxicologia da Universidade de Leicester, criou um composto capaz de impedir, em cobaias, a morte de neurônios. O feito abre a perspectiva de cura para diversas doenças causadas justamente pela destruição do tecido neuronal, como o Alzheimer, o Parkinson e a doença de Huntington. A experiência que levou à criação do composto foi publicada na última edição do jornal científico “Science Translational Medicine”, um dos mais respeitados do mundo. A substância atua sobre um mecanismo associado à morte das células nervosas e que, nos últimos



anos, vinha sendo alvo de estudo intenso por parte dos cientistas ingleses. No trabalho, os pesquisadores usaram cobaias com doença do príon – enfermidade neurodegenerativa cujo estudo, em animais, já apontou caminhos importantes para o entendimento do Alzheimer em humanos. Isso porque já se sabe que a morte neuronal nas duas doenças ocorre de forma semelhante. Os cientistas descobriram que uma enzima (PERK) apresenta papel fundamental na ativação do mecanismo de defesa cerebral contra as proteínas disformes. A partir disso, desenvolveram um composto – administrado de forma oral – que impede sua fabricação. Os animais que não receberam a substância passaram a apresentar perda de memória e problemas para se movimentar. Ao final de 12 semanas, morreram. Os que tomaram o composto sobreviveram e não apresentaram nenhuma sequela neurológica.

Nova sistemática de remuneração dos hospitais

Em outubro de 2012, a ANS reuniu dois grupos de trabalho para modificar o processo de remuneração dos hospitais: a rodada de São Paulo ou conta aberta aprimorada - tabela compacta para cobrança dos hospitais aos convênios de saúde; e, rodada do Rio de Janeiro ou tabela de procedimentos gerenciados.

A conta aberta aprimorada ou tabela compacta cria regras de cobrança de diárias e taxas, necessárias ao uso do TISS 3.0. A conta ficará mais ajustada, acrescentando taxas, equipamentos, estrutura física e alguns insumos essenciais às determinadas diárias. As regras tornam a conta mais limpa e caracteriza exatamente cada item da conta hospitalar.

No procedimento gerenciado foi verificado aquele procedimento cirúrgico de alta frequência com baixa variabilidade dos processos assistenciais sem alteração na evo-

lução, com menos complicações, para esses procedimentos criar-se-á um valor único de acordo com custo de cada unidade.

As discussões contratuais serão necessárias, sendo indispensável à avaliação dos custos e das ações e tecnologias de cada unidade. Por enquanto, é facultativa a adoção das diretrizes por eles estipuladas, embora o TISS 3.0 já mude alguns métodos de cobrança.

As intercorrências e variações serão reavaliadas pelos processos de qualidade que irão diferenciar os custos, a eficácia e a segurança dos procedimentos de acordo com a realidade de cada um, monitorando as entidades de saúde no Brasil.

A tabela compacta sugere novas diretrizes. Esta tabela é recomendável que seja aplicada para os procedimentos hospitalares que oferecem dificuldades de padronização dos insumos e serviços.

Com isso, teremos uma padronização e informação das tabelas de preços de diárias e taxas dos prestadores de saúde hospitalar, e estes mecanismos facilitarão as auditorias, diminuirão as glosas e reduzirá os custos e o tempo de emissão das faturas.

Ao mesmo tempo, traçará um perfil de custo/ eficácia de cada unidade.

Mudanças no setor são necessárias e a adesão dos hospitais ao QUALISS (programa de monitoramento da qualidade dos prestadores de serviço da saúde suplementar) ou a um dos órgãos de acreditação é essencial para o funcionamento pleno do modelo.

O cruzamento das informações fornecerá um conhecimento real do perfil de cada prestador inclusive fornecendo dados de perfil de atendimento, risco e percentualidade dos sinistros.

Dr. Graccho Bogea Alvim Neto, médico, diretor de Atividades Culturais da AHERJ e gestor do Ministério da Saúde



Os hospitais devem avaliar os custos, renegociar com os convênios, criar critérios de avaliação da técnica e da qualidade, gerenciar as complicações, melhorar os processos e de certa maneira até dividir o risco com os planos de saúde



No futuro será uma ferramenta de avaliação a classificação e o controle da qualidade.

O mais difícil é a metodologia utilizada para migração de preços que sugere critérios de reajuste da tabela compacta. Os hospitais devem avaliar os custos, renegociar com os convênios, criar critérios de avaliação da técnica e da qualidade, gerenciar as complicações, melhorar os processos e de

certa maneira até dividir o risco com os planos de saúde, ficando assim, aberta a temporada de negociação.

A Federação Brasileira de Hospitais (FBH), preocupada com o impacto destas mudanças, está coordenando simpósios de orientação e treinamento dos Gerentes e Executivos do setor.

A AHERJ Associação dos Hospitais do Estado do Rio de Janeiro

está oferecendo cursos de faturamento hospitalar com enfoque teórico-prático para orientar e fornecer a ajuda necessária aos profissionais do setor para o TISS 3.0 e, também estará realizando simpósios sobre a nova sistemática de remuneração dos hospitais para que gestores, diretores e interessados no assunto possam conhecer as regras, melhorando assim os contratos e otimizando os custos. ●

São pessoas, ora!

Todos nós sabemos o quanto o contato humano é complicado. O filósofo espanhol José Ortega Y Gasset dizia que a vida é um drama, mas uma citação que ainda ecoa na minha cabeça, famosa em minha época de juventude, mas de autor por mim desconhecido, é mais taxativa: “o ser humano é um drama andante, um drama com pernas”. Entretanto, uma última definição pode ajudar ainda mais, que é a significação aristotélica de tragédia dramática, na qual as personagens vão de encontro a um destino superior, intransponível, fatal.

Uso desse arcabouço filosófico não por pedantismo, mas pelo motivo de que ele nos ajuda a entender nossa posição na sociedade. Nós, em todos os níveis do mercado de saúde, trabalhamos com isso. Tentamos, muitas vezes sem sucesso, ajudar os pacientes a tomar dis-

tância da morte e do sofrimento. Essa é a razão de nossa existência.

Mas alguns dos profissionais de saúde, infelizmente, anestesiados talvez pelos anos em contato com a tristeza e com o luto, perdem a sensibilidade diante do sofrimento alheio e tornam-se autômatos altamente funcionais em relação à profissão, além de ríspidos e irritadiços. É preocupante, mas tenho a impressão de que apenas quem milita há anos no setor jurídico dos hospitais e quem necessita da ajuda de hospitais sabe o quanto um atendimento mais humano frente à tragédia da vida dos nossos clientes pode nos ajudar, não só os pacientes, como os familiares que passam por momentos de angústia e preocupação.

Muitos processos, que consomem caríssimo capital de profissionais e estabelecimentos de

saúde, sequer existiriam se uma atenção mais humanizada, mais educada e comedida fosse prestada, especialmente nos casos emocionalmente mais complexos. Outra saída possível seria a formação equipes voltadas a um relacionamento de emergência, capazes de congregarem os profissionais dos setores comercial, médico e jurídico, para, assim com uma visão mais ampla da relação paciente/prestador de serviços de saúde, se possa superar as dificuldades inerentes a esse relacionamento nas condições emocionais de sua ocorrência.

Afinal, no início de um atendimento arriscado ou em caso de grande demora, há uma combinação explosiva que pode ser ruim para todos os lados? Claro! Eis um momento em que uma Comissão do gênero seria muito proveitosa. Uma ideia que, tenho certeza, é um acessório

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



“

Alguns dos profissionais de saúde, infelizmente, anestesiados talvez pelos anos em contato com tristeza e com o luto, perdem a sensibilidade diante do sofrimento alheio e tornam-se autômatos altamente funcionais em relação à profissão, além de ríspidos e irritadiços

”

aos básicos bom senso e polidez. Palavras mágicas quando cuidamos de pessoas. Afinal, com saúde não se brinca, inclusive porque é o maior bem do ser humano, constitucionalmente garantido.

Destaque (Olho): “Alguns dos profissionais de saúde, infelizmente, anestesiados talvez pelos anos em contato com a tristeza e com o luto, per-

dem a sensibilidade diante do sofrimento alheio e tornam-se autômatos em relação à profissão, além de ríspidos e irritadiços. É preocupante, tenho a impressão de que apenas quem milita há anos no setor jurídico dos hospitais e quem necessita da ajuda de hospitais sabe o quanto um atendimento mais humano frente à tragédia da vida dos nossos clientes pode nos ajudar.”



Região Sul debate Padrão TISS

A Federação Brasileira de Hospitais, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, com apoio das Associações dos Hospitais do Paraná e de Santa Catarina realizaram, no mês de outubro, em Curitiba (PR), o 1º Encontro para Esclarecimentos sobre a Implantação do Padrão TISS 3.0 da Região Sul. Foram quase 200 participantes, em sua maioria, profissionais das áreas de TI e

faturamento dos estabelecimentos de Serviços de Saúde. Os trabalhos aconteceram no auditório do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Dentre os palestrantes convidados, estiveram a coordenadora de Estrutura de dados Terminologia - Coest/ANS, Dra. Celina Maria Ferro de Oliveira; e o assessor da Abramge para TI e TISS, Dr. Luis Antonio De Biase. O presidente da FBH, Luiz Aramicy Pinto, fez a abertura do evento, ao lado dos presidentes da Ahopar, Benno Kreisel, e de Dario Staczuk, e convidados.



Meeting Internacional da Ibramed reúne especialistas da reabilitação

O IV Meeting Internacional Científico Ibramed - Indústria Brasileira de Equipamentos Médicos, aconteceu em outubro, na cidade de Amparo - SP. O objetivo do evento foi agregar valor à formação do profissional, fomentando o conhecimento científico atual e oferecendo subsídio para a aplicação deste conhecimento na prática clínica diária. A iniciativa teve a parceria com o Centro de Estudos e Formação Avançada IBRAMED, o CEFAI e contou com participações internacionais e nacionais reunindo grandes nomes da Reabilitação da Coluna Lombar e Membros Inferiores em 15 palestras e 2 mesas redondas.



O palestrante destaque dessa edição foi Rafael Escamilla, Mestre em Ciências pela Universidade Estadual de Washington, mestre em fisioterapia pela Universidade de Elon, Doutor em Filosofia pela Universidade de Auburn, docente e pesquisador no colégio de serviços humanos e da saúde, departamento de Fisioterapia, na Universidade Estadual da Califórnia, Sacramento. Thiago Fukuda foi o coordenador científico e James Bellew, o presidente do IV Meeting Internacional Científico IBRAMED.

Associação dos Hospitais do Estado do Paraná recebe homenagem aos 40 anos da entidade

O Encontro Paranaense de Saúde 2013, foi realizado na sede do Conselho de Medicina do Paraná em Curitiba, no mês de setembro. O Encontro contou com 310 inscritos e teve ao todo 14 palestras que discutiram gestão, tendências econômicas, saúde e segurança no trabalho e temas jurídicos, associados ao IV Simpósio de Direito Aplicado em Saúde. Uma feira de produtos e serviços foi realizada durante o Encontro, e contou com 12 estandes de parceiros patrocinadores. Mais



de 400 pessoas circularam pelo local nos dois dias de trabalhos, e puderam contar com diversos serviços de instituições financeiras a de atualização de conhecimento e tecnologia. O presidente da Federação Brasileira de Hospitais, Luiz Aramicy Pinto, prestigiou os eventos promovidos pela unidade federada, com a entrega de uma placa comemorativa ao presidente da Associação, Benno Kreisel.

Anvisa quer rastreamento de remédios em 3 anos

Medicamentos em circulação no país poderão ser rastreados, da fábrica à farmácia, a partir de 2016, segundo proposta apresentada ontem pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). De acordo com a resolução sugerida sobre o tema, a nova regra valerá para todos os medicamentos registrados pela Anvisa, incluindo amostras grátis e cartelas avulsas. Todos deverão ter o "RG dos remédios", um código similar ao de barras, mas com mais informações. Caberá ao fabricante ou à importadora a tarefa de incluir essa nova informação nas embalagens. O monitoramento do caminho percorrido



pelo produto poderá ser feito por meio de sistema informatizado abastecido por fabricantes, distribuidores e farmácias. Está previsto ainda que tal sistema permitirá acesso remoto para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Os dados deverão ficar nesse banco por no mínimo um ano após o fim da validade do medica-

mento. A rastreabilidade de medicamentos foi instituída por lei em 2009. Em 2011, após pressão da indústria farmacêutica, a Anvisa suspendeu a proposta anterior, que previa o uso de selo da Casa da Moeda e foi criticada por encarecer o produto final. A nova proposta também recebeu críticas do setor --principalmente pelo prazo de implementação da medida e pela previsão de que o banco de dados será alimentado em tempo real. A resolução precisa ainda passar pela procuradoria da Anvisa e pela aprovação dos demais diretores da agência. A expectativa é que isso ocorra ainda neste mês.

Associação dos Hospitais de Minas Gerais conquista recertificação ISO 9001:2008



Equipe AHMG

A AHMG certificou-se na norma de gestão da qualidade NBR ISO 9001:2008. De acordo com os colaboradores, não houve dificuldades para estruturar o sistema de gestão, o maior desafio foi mobilizar as pessoas. Após a implantação do sistema e a conquista da certificação, a rotina de trabalho tornou-se mais eficaz, e permitiu maior dinamismo e otimização para administrar o tempo. De acordo com o superintendente da AHMG, Wesley Marques, ter um sistema de gestão da qualidade implantado facilitou o entendimento,

quanto aos processos e estratégias da associação. "A falta de processos bem definidos deixa a instituição sem norteamento. A vantagem é que trata-se de uma prática bem difundida dentre as empresas, o que promove uma padronização de processos."

visaohospitalar@fbh.com.br - Fabiana Daher - Associação dos Hospitais de Minas Gerais

INDICADORES ECONÔMICOS

ÍNDICE ECONÔMICO	VARIACÃO (%)	FIPE - SAÚDE 2012				FIPE - SAÚDE 2013			
		MÊS	ÍNDICE	MÊS	ÍNDICE	MÊS	ÍNDICE	MÊS	ÍNDICE
IPCA - Variacao 12Meses (IBGE)	5.86	Jan.	0,40	Jul.	0,39	Jan.	0,41	Jul.	0,33
IPCA - Variacao Ano (IBGE)	3.79	Fev.	0,50	Ago.	0,55	Fev.	0,58	Ago.	0,83
IPCA - Mes (IBGE)	0.35	Mar.	0,38	Set.	0,56	Mar.	0,25	Set.	0,79
IGP-M Variacao 12 Meses (FGV)	4.40	Abr.	0,73	Out.	0,21	Abr.	1,3	Out.	-
IGP-M Variacao Ano (FGV)	3.69	Mai.	0,76	Nov.	0,48	Mai.	0,9	Nov.	-
IGP-M Mes (FGV)	1.50	Jun.	0,57	Dez.	1,49	Jun.	0,19	Dez.	-
IGP-DI Variacao 12 Meses (FGV)	4.47								
IGP-DI Variacao Ano (FGV)	3.86								
IGP-DI Mes (FGV)	1.36								
CDI Over - Cetip	0.744995								
Poupanca do Dia: 23/10/2013	0.58370								
Taxa de Juros Longo Prazo Ano	5.00								
Capital de Giro	1.93								
Taxa Selic Ano	9.50								
Tx CQ Especial % Ano PF	138.9								
Tx Cred Pessoal % Ano	39.7								
Tx Finan Bcos PF % Ano (BACEN)	20.9								
		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			

TISS 3.0 na Região Norte Nordeste



Breno Monteiro
Presidente
da AHESPA e
Luiz Aramicy
Pinto,
Presidente
da FBH

Fortaleza sediou o encontro para esclarecimentos sobre a implantação do padrão TISS 3.0 da Região Norte e Nordeste. O evento foi promovido pela Federação Brasileira de Hospitais e reuniu mais de 150 prestadores de serviços e operadoras dos estados de Fortaleza, Alagoas, Paraíba, Bahia, Rio Grande do Norte, Piauí, Pernambuco e Pará. Durante o pronunciamento de abertura, o presidente da Federação Brasileira de Hospitais e da Associação dos Hospitais do Estado do Ceará, Luiz Aramicy Pinto, argumentou a necessidade de disseminar a TISS 3.0 para oferecer um serviço ágil aos integrantes da cadeia, que abrangem os planos de saúde, laboratórios, clínicas, hospitais e, principalmente o paciente. “Precisamos dotar toda a rede com as informações sobre o processo de implantação. Já fizemos encontros em São Paulo, Brasília, Goiânia, Belo Horizonte.” Aramicy Pinto, ressaltou que a Troca de Informação na Saúde Suplementar é uma ferramenta fundamental para o setor. “Não adianta querer 'pular' as fases do conhecimento e da implementação da TISS. Este é o momento em que todos têm que se adequar à nova filosofia de trabalho, sob a condição de que as guias de internação, serviços, solicitações e demais procedimentos precisam estar alinhados à tecnologia para que os pagamentos sejam liberados sem problemas”, avaliou.

Estados Unidos fecham 1.677 páginas na web que vendiam medicamentos falsos

Autoridades americanas fecharam 1.677 páginas na web que vendiam medicamentos falsos ou sem etiqueta. Esta foi a maior apreensão de domínios da Internet em apenas uma operação realizada nos Estados Unidos. Os sites fechados afirmavam falsamente estar hospedados no Canadá e alguns informavam pertencer a conhecidas redes de farmácias dos Estados Unidos, usando, inclusive, seus nomes nos endereços

web. Os medicamentos vendidos eram falsos ou não tinham marca, e procediam de Índia ou Cingapura.

Entre os remédios oferecidos livremente estavam Avandaryl (diabetes), Celebrex (anti-inflamatório), Clozapine (esquizofrenia) e os populares Levitra e Viagra (disfunção erétil). O promotor John Walsh, um dos membros da operação "Pangea VI", destacou o perigo em

União dará mais R\$ 1,7 bi para Santas Casas

Disposto a neutralizar críticas do PSDB sobre a falta de apoio federal às Santas Casas e hospitais filantrópicos, o governo divulga hoje pacote para socorrer essas entidades.

Em 2014, o Ministério da Saúde destinará R\$ 1,7 bilhão adicional às unidades para os atendimentos de média e alta complexidade pelo SUS. A pasta ainda divulgará portaria permitindo que a União repasse diretamente recursos às Santas Casas e hospitais filantrópicos. A presidente Dilma Rousseff sancionou a lei que garantiu o perdão de tributos federais devidos por essas entidades, no valor estimado de R\$ 15 bilhões. Esse passivo inclui débitos previdenciários, de Imposto de Renda e do FGTS (Fundo de Garantia do Tempo de Serviço). As Santas Casas cobraram do governo a atualização da tabela do SUS (referência de remuneração aos hospitais). Padilha argumentou que o adicional de R\$ 1,7 bilhão compensa parte da defasagem da tabela SUS. Segundo ele, se houvesse um reajuste de 100% da tabela, o custo total seria de R\$ 3 bilhões.



encomendar um medicamento restrito em um site que não exige receita médica

Deputado propõe contribuição para financiar saúde



A criação de uma contribuição sobre movimentação financeira e o registro em tempo real dos dados do Sistema Único de Saúde (SUS) foram defendidos pelo deputado Rogério Carvalho (PT-SE). Ele apresentou relatório sobre financiamento da saúde pública, na Comissão Especial de Saúde da Câmara. O documento prevê aplicação gradativa de 15% da receita corrente líquida da União na saúde pública até 2017.

O dinheiro é a soma de tudo o que o governo federal arrecada, durante um ano, com tributos e contribuições, excluídas as transferências constitucionais para estados e municípios. Para ajudar no financiamento da saúde pública, nos moldes apresentados no relatório, Rogério Carvalho propõe a Contribuição Social para a Saúde, um tributo de 0,2% a sobre as movimentações financeiras, com algumas isenções, a partir de 2018. Entre as isenções previstas estão os proventos de aposentados, pensionistas e outros beneficiários da Previdência Social que não excedam ao maior salário de contribuição, R\$ 4.159. Trabalhadores contribuintes do regime geral de Previdência e do regime de Previdência do servidor público, que recebem até o limite, também serão isentos. O líder do DEM na Câmara, deputado Ronaldo Caiado (GO), disse que a proposta não contribui com a saúde pública e que a posição do Democratas vai ser contra o relatório.

Saúde suplementar tem lucro maior

O ano tem sido de bons resultados para o setor de saúde suplementar. O lucro líquido das companhias chegou a R\$ 1,7 bilhão no primeiro semestre, o que representou 3,5% sobre o faturamento de R\$ 50,1 bilhões. O retorno médio sobre o patrimônio líquido foi de 11%. As operadoras de planos odontológicos registraram o maior percentual, de 29%. Trata-se de um resultado acima do obtido no ano passado, quando o ganho anual alcançou R\$ 2,9 bilhões e 3,1% dos R\$ 98 bilhões desembolsados pelos beneficiários das oito modalidades de empresas envolvidas na venda de planos de saúde e odontologia. Em contrapartida, as operadoras devolveram R\$ 79,4 bilhões (82% dos valores arrecadados) em eventos médicos e odontológicos, segundo estudo da consultoria Siscorp.

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), há no Brasil 48,6 milhões de pessoas com planos de saúde e 18,6 milhões com planos odontológicos. "Saúde suplementar representa metade do faturamento da indústria de seguros. Enquanto se vende praticamente R\$ 100 bilhões em planos de saúde, todos os seguros (carro, casa, empresariais, riscos financeiros, vida e previdência) movimentam os outros R\$ 100 bilhões", enfatiza Marcio Coriolano, presidente da Bradesco Saúde e da Federação Nacional das Empresas de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que representa 15 das 29 operadoras de saúde.

Segundo Coriolano, as associadas foram responsáveis por 371 milhões de procedimentos em 2012. O desembolso para arcar com esses eventos somou R\$ 30,1 bilhões. O fato, porém, é que saúde privada está entre as principais queixas do consumidor, assim como entre os principais anseios da população. Pesquisa realizada pelo Datafolha, contratada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), em 2013, revela ser o plano de saúde o terceiro desejo da população, logo após educação e a casa própria.

Apesar das dificuldades, trata-se de uma indústria que vem chamando a atenção de investidores. A aposta é que haverá uma nova onda de consolidação do segmento, que conta com 1,5 mil operadoras responsáveis pela oferta de mais de 55 mil planos de saúde. Entre janeiro e julho, a consultoria PwC registrou dez transações na área de saúde.

A compra de 90% da Amil pela americana United Health, em uma transação de quase R\$ 10 bilhões, em 2012, despertou os investidores sobre o potencial ganho que este mercado, mesmo fortemente regulado pelo governo, pode proporcionar. Semana passada a Bradesco Saúde anunciou que passou a deter 50,1% da Odontoprev, maior operadora de planos dentais da América Latina e parceira do concorrente Banco do Brasil na BrasiDental. (DB)

*nota FBH: Certamente este resultado facilita a negociação entre prestadores de tomadores de serviços na Saúde Suplementar

Conferência de Gestão Hospitalar em Santa Catarina



A cidade de Florianópolis foi palco da 6ª Conferência de Gestão Hospitalar dos Países de Língua Portuguesa que aconteceu no mês de agosto. O evento integrou ainda o 30º Encontro Catarinense de Hospitais e trouxe gestores de todo o país, além de representantes de Portugal, Angola, Cabo Verde entre outros. Durante a Conferência, várias críticas foram apontadas para a gestão da saúde no âmbito do Governo Federal. Na defesa de ações e políticas mais eficazes para a saúde, um grupo de gestores, durante o evento, apontou diversas críticas. O presidente da Federação Brasileira de Hospitais, Luiz Aramicy Pinto, comentou que o atual modelo de saúde implantado no país está voltados para interesses políticos. “É preciso uma mobilização intensa nos poderes executivo e legislativo para que as políticas públicas encontrem ressonância em todo o setor saúde.”

Governo ignora 1,8 milhão de assinaturas e não melhora orçamento da saúde

O governo da presidente Dilma Rousseff está prestes a rasgar um manifesto com mais de 1 milhão e oitocentas mil assinaturas. Organizado pelo Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, o Saúde + 10, o documento propõe um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que destina mais recursos do governo federal para a saúde. O trabalho foi entregue, no dia 5 de setembro ao presidente da Câmara, Henrique Eduardo Alves. A proposta, que tem as assinaturas de

mais de 1,8 milhão de pessoas, destina 10% da receita corrente bruta da União ao Sistema Único de Saúde (SUS). A receita corrente bruta é a soma da arrecadação de tributos, impostos, contribuições e outras receitas recebidas pelo governo federal. Em contraposição, o Governo Federal embutiu na Proposta de Emenda à Constituição 22A/2000 – PEC do Orçamento Impositivo – uma emenda que prevê o financiamento definitivo para a saúde. O Governo

está propondo 15% da Receita Corrente Líquida e mais, escalonada em cinco anos a contar de 2014. A diferença é que pela proposta dos movimentos sociais constante no Projeto de iniciativa Popular o orçamento da saúde para 2014 teria um incremento de R\$ 46,14 bilhões. Pela proposta oficial, em 2014 haveria acréscimo de R\$ 5,9 bilhões chegando a R\$ 22,8 bilhões em 2018. No momento, a PEC tramita na CCJ do Senado.

Nota de Falecimento

A Federação Brasileira de Hospitais – FBH, através de sua diretoria, lamenta a perda de Antonio Ribeiro de Barros, diretor tesoureiro da Associação Nordestina de Hospitais falecido aos 84 anos, no dia 20 de agosto, em Recife. Antônio Ribeiro também desempenhou funções no Conselho Fiscal da Federação Brasileira de Hospitais, durante três mandatos. Durante nove anos, participou do Conselho Estadual de Saúde

de Pernambuco representando os prestadores de serviço. Foi diretor presidente da Clínica Psiquiátrica Senhor do Bonfim, em Recife e diretor da Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima, localizada na cidade de Salgueiro. De convivência alegre e comunicativa, deixa uma lacuna no meio hospitalar pernambucano, onde sempre primou pela correção, respeito à pessoa humana e defesa intransigente dos hospitais privados.



II Congresso Brasileiro da Fenaess contou com a participação da FBH



Dr. Luiz Aramicy Pinto, presidente da FBH, Humberto Gomes de Melo, presidente da Fenaess, Castinaldo Bastos Santos, presidente do Sindhomg e José Carlos Souza Abrahão, presidente da CNS

A Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde realizou, nos dias 15 e 16 de agosto, em Belo Horizonte, o II Congresso Brasileiro FENAESS. Participaram do evento, diretores técnicos, proprietários de hospitais, gestores administrativos e presidentes de sindicatos.

O encontro esteve focado na atualização do conhecimento dos profissionais da área. Foram abordados temas relevantes para o setor de hospitais, clínicas e casas de saúde. Dentre os assuntos abordados estavam a consolidação do mercado de saúde no Brasil, as novas formas de remuneração para os prestadores, a legislação a ser cumprida pelos estabelecimentos de saúde, e a gestão de corpo clínico e a autonomia médica.

Accredita Minas: Segurança do paciente e novo Modelo Remuneratório

Accreditação é um procedimento que visa garantir a qualidade e a segurança da assistência prestada nas organizações de saúde. O processo de acreditação é contínuo e assegura a qualidade da administração da instituição de saúde, através de sistemas de gestão devidamente certificados, garantindo a excelência, segurança, confiabilidade e crescimento da instituição. O Accredita Minas, que já está na sua quarta edição, tem como propósito apresentar as experiências bem sucedidas em gestão, implementadas nas principais instituições de saúde do Estado de Minas Gerais. O evento é uma iniciativa da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), através do seu

Instituto de Pesquisa e Pós-Graduação, em parceria com o Instituto de Acreditação em Gestão em Saúde (IAG) e conta com o apoio da Associação dos Hospitais de Minas Gerais (AHMG) e Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais (FEDERASSANTAS). Este ano, o tema central abordado será a Política Nacional de Segurança do Paciente e as tendências do novo modelo remuneratório. Em sua quarta edição, o Accredita Minas se propõe a estimular discussões acerca dos programas de qualificação de prestadores e do advento da política nacional de segurança do paciente: como essas duas esferas se relacionam e repercutem na gestão,

qualificação e tomada de decisões tanto no Sistema Único de Saúde, quanto na saúde suplementar. A acreditação permite a melhoria da assistência, com aumento da segurança. Além de possibilitar um compromisso visível por parte da instituição em aprimorar cada vez mais a qualidade do cuidado ao paciente e a padronização dos procedimentos e otimização de gastos, aumentando consequentemente a rentabilidade. O Accredita Minas é voltado para profissionais que atuam no setor de saúde, hospitais, laboratório de análise clínica, serviços de imagem e serviço de diálise e etc.

Informações: www.acreditaminas.com.br

3º Fórum Internacional de Gestão em Saúde no Rio de Janeiro



Em sua décima nona edição o Hospital Business aconteceu nos dias 23 e 24 de outubro, integrando o 3º Fórum Internacional de Gestão em Saúde que teve como tema central “O Impacto Regulatório na Qualidade Assistencial e na Sustentabilidade do Sistema de Saúde Brasileiro”. Promovido pela Federação de Hospitais (FBH) e Estabelecimento de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FEHERJ), com o apoio da Confederação Nacional de Saúde (CNS), Academia Brasileira de Administração Hospitalar, Associação de Hospitais do estado do Rio de Janeiro e de outras entidades representativas da área de saúde do Estado do Rio de Janeiro, o evento reuniu as principais li-

deranças da área de saúde do Brasil, enfatizando a importância do intercâmbio técnico científico e a troca de experiências entre o setor público e privado. O presidente da Federação Brasileira de Hospitais, Luiz Aramicy Bezerra Pinto, em reunião com os principais representantes do Setor, aproveitou para propor projetos e parcerias que possam contribuir com o desenvolvimento profissional, técnico-científico, bem como a qualidade do Setor Hospitalar.

Fontes: Agência Senado, Saúde Web, Hospitalar, Estado de S.Paulo, Exame, O Globo, Valor Econômico

Filosofia americana “Lean” na gestão em saúde



Divulgação

John Toussaint é especialista em gestão da saúde, filosofia de gestão originária do modelo Toyota adotada por empresas de diversos setores

Para especialista a aplicação do sistema é uma ferramenta importante para eliminar desperdícios, diminuir custos e aumentar a qualidade de atendimento nos serviços de saúde.

O norte-americano John Toussaint é especialista em aplicação, na gestão da saúde, do sistema Lean, filosofia de gestão originária do modelo Toyota adotada por empresas de diversos setores, inclusive na área hospitalar. Toussaint é fundador e CEO da Thedacare Center for Healthcare Value e estará no Brasil para uma palestra durante o 1º Lean Summit Saúde, que acontece no próximo dia 26 de novembro, em São Paulo, organizado pelo Lean Institute Brasil. Para o estudioso,

a filosofia lean é uma ferramenta importante para eliminar desperdícios, diminuir custos e aumentar a qualidade de atendimento nos serviços de saúde. Em entrevista concedida ao Lean Institute Brasil, Toussaint explica que vantagens o método pode trazer ao sistema de saúde.

Há muitos desperdícios nos serviços de saúde?

John Toussaint – A qualidade dos serviços de saúde prestados nos EUA é desigual – isso

na melhor das hipóteses. Melhores práticas não são amplamente e nem rapidamente adotadas. Trata-se de um sistema que gera mais desperdícios e erros do que “valor” ao paciente. Ao mesmo tempo, continuamos a ser atormentados por erros médicos. E mais empresas norte-americanas acham difícil competir em um mercado global devido ao aumento dos custos dos tratamentos de saúde. É um campo em potencial para a adoção do Sistema Lean.



Alguns dos profissionais de saúde, infelizmente, anestesiados talvez pelos anos em contato com a tristeza e com o luto, perdem a sensibilidade diante do sofrimento alheio e tornam-se autômatos em relação à profissão, além de ríspidos e irritadiços



John Toussaint

Que tipo de transformação o Sistema Lean pode provocar nesse setor?

Toussaint – O Lean melhora essencialmente o atendimento aos pacientes. Ele faz isso ao eliminar os desperdícios dos processos de atendimento à saúde, o que acaba gerando mais qualidade. Isso é muito importante. Nos EUA, por exemplo, tem-se dado uma ênfase crescente na melhoria contínua da qualidade, na redução de custos e no aumento de “valor” para os pacientes dos serviços de saúde.

De que forma se pode aplicar o Sistema Lean nos serviços de saúde? Em que áreas?

Toussaint – É possível aplicar o pensamento Lean em todos os processos de atendimento de um serviço de saúde: em qualquer ambiente hospitalar, clínicas, salas de cirurgia, farmácia, salas de emergência ou centros ambulatoriais. O Lean aplicado à saúde parte do princípio de que um bom atendimento em saúde não é apenas

fazer controles, ter mais coberturas ou tecnologia mais avançada. Lean em saúde é eliminar desperdícios, visando aumentar a qualidade, diminuindo custo e agregando mais valor a quem realmente importa: o paciente. Não é nenhum segredo que os serviços de saúde dos EUA podem ser melhorados. Enquanto não há muito para se orgulhar, nós continuamos a sofrer com graves erros médicos. E os serviços continuam a gerar desperdícios que colocam pacientes em risco. O “Lean na saúde” tem o potencial para revolucionar esse sistema e para melhor.

Serviço:

1º Lean Summit Saúde

Quando: 26 de novembro

Onde: São Paulo

Informações e inscrições: lean.org.br

visaohospitalar@fbh.com.br
[com informações saudeweb.](http://com.informacoes.saudeweb.com)

HOSPITAL OESTE D'OR

Moderna estrutura e relacionamento com a comunidade

A nova unidade possui 200 leitos e capacidade para realizar 10 mil atendimentos de emergência por mês

Após expansão iniciada em 2006, o Hospital Oeste D'Or, localizado no bairro de Campo Grande, na Zona Oeste do Rio de Janeiro, chega ao seu momento atual com capacidade para 200 leitos de in-

ternação, entre leitos de terapia intensiva adulta, terapia intensiva pediátrica e neonatal, quartos individuais e coletivos. Antes conhecido como Joari, a unidade ganhou nova marca e prédio com estrutura moderna. O novo hospital, inaugurado em 16 de julho de 2013, conta também com um centro cirúrgico com equipamentos de última geração, além de uma sala inteligente para ci-

rurgias de maior complexidade como cirurgias cardíacas, bariátricas e neurocirurgias. O Oeste D'Or é resultado de 15 anos de expertise da Rede D'Or São Luiz em gestão hospitalar e tem como foco a alta complexidade.

O setor de emergência, por exemplo, funciona no modelo Smart Track de gestão do fluxo de pacientes na emergência



Único hospital da Rede D'Or São Luiz no Rio de Janeiro que possui maternidade, o Oeste D'Or possui toda a estrutura para segurança e conforto das mães e recém-nascidos, inclusive com UTI Neonatal para acompanhamento de crianças prematuras

adulta, que agiliza o atendimento, diminuindo o tempo de espera para o primeiro contato com a equipe médica. O setor tem capacidade de atender 10 mil pacientes, sendo 7 mil adultos e 3 mil pediátricos por mês. Além da criação de mais um CTI, totalizando 60 leitos de terapia intensiva, outros benefícios somam o investimento de R\$ 23 milhões para a expansão. A ampliação das unidades de internação, UTI neonatal e UTI pediátrica, além do novo centro cirúrgico, novo setor de exames com duas tomografias e um serviço completo de hemodinâmica completam a infraestrutura, que é similar as já utilizadas em unidades da Rede D'Or São Luiz nas praças do Rio de Janeiro, São Paulo, Recife e Brasília.

O Hospital Oeste D'Or conta, inicialmente, com cerca de 960 colaboradores contratados, em sua maioria residentes da Zona Oeste do Rio de Janeiro. A expectativa é aumentar para

1,2 mil colaboradores quando totalizar a ampliação prevista para 2014. "O hospital está inserido na comunidade pela sua importante participação na saúde privada que, hoje, é amplamente acessível à população. Além da realização de eventos e de cursos de preparação para gestantes que proporcionam maior estreitamento na relação com a comunidade", afirma o diretor geral, Ricardo Calado.

A região de Campo Grande já possuía uma grande demanda de atendimentos e cirurgias pela sua estrutura do polo comercial e industrial. "Um importante setor do hospital é o de relacionamento com as principais empresas da região, que conta com um canal direto com seus representantes. O objetivo é facilitar o atendimento dos casos críticos encaminhados por este canal e melhorar a comunicação entre o hospital e estas companhias", acrescenta o diretor da unidade.

ESTRUTURA:

Maternidade e UTI Neonatal



A unidade em Campo Grande é a única da Rede D'Or São Luiz que possui maternidade no Rio de Janeiro. O hospital Oeste D'Or possui uma ampla estrutura para a mãe e a criança com uma ampla sala de recepção ao recém-nascido, preparo com sete incubadoras, local adequado para o banho do bebê e sala de prescrição médica, além do berçário ser totalmente humanizado.

O local conta também com emergência obstétrica, atendimento à gestante de alto risco e UTI Neonatal com toda a tecnologia necessária para o acompanhamento de crianças prematuras.

Centro Cirúrgico



O centro cirúrgico do Hospital Oeste D'Or possui equipamento de última geração e conta com sete salas para cirurgias de alta complexidade, sendo uma sala cirúrgica inteligente, esta permite o uso de técnicas minimamente invasivas pelo uso de um aparelho multimídia, aumentando a precisão e redução do tempo da cirurgia, disponibilizando informações do paciente em tempo real por

monitores e maior conforto e segurança ao paciente. A unidade possui um estar médico diferenciado na região com total conforto para o profissional, área de repouso pré e pós-cirúrgico para os pacientes que garante maior agilidade na realização de cirurgias sequenciais pelo mesmo médico. Além disso, o centro possui um mapa cirúrgico online que pode ser visualizado através de uma tela LCD.

Terapia Intensiva



Com a inauguração no anexo frontal, o hospital ganhou mais 16 leitos amplos equipados com tecnologia avançada e pessoal altamente qualificado para o atendimento do paciente crítico. O local possui área de espera para as visitas, além de dois leitos de isolamento.

O local possui área de espera para as visitas, além de dois leitos de isolamento.

Emergência

O Oeste D'Or está preparado para atender em média 10 mil atendimentos por mês em todas as áreas da Emergência.

Emergência Adulto com Smart Track, metodologia criada pela Rede, com a meta para o primeiro atendimento a casos não-graves em até 20 minutos

- Ampliação da estrutura da Emergência Pediátrica, com futura implantação do mesmo modelo Smart Track adaptado para o atendimento ao público infanto-juvenil;
- Atendimento ginecológico e obstétrico com entrada independente e sala de ultrassonografia exclusiva;
- Atendimento ortopédico e cirúrgico destacado dos demais;

O centro cirúrgico da unidade Oeste D'Or, em Campo Grande, no Rio de Janeiro, conta com equipamentos de última geração, além de uma sala inteligente para cirurgias de maior complexidade como cirurgias cardíacas, bariátricas e neurocirurgias

Unidade Cardiointensiva

O hospital possui ampla estrutura para realização de cateterismo cardíaco, angioplastia periféricas e coronarianas e cirurgia cardíaca, além de exames invasivos como arteriografia cerebral, vascular e cateterismo cardíaco. A Unidade Cardiointensiva está localizada próximo ao setor de Hemodinâmica.

Hemodinâmica



O setor de Hemodinâmica é composto por uma área estéril, com vestiário de barreira e completamente independente, porém com acesso à sala

de comando pelo médico assistente. É possível realizar exames de arteriografia e angiografia periférica e cerebral, cateterismo periférico e coronariano, coronariografia e procedimentos neurointervencionista.

Serviço:

Hospital Oeste D'Or
Rua Olinda Elis, 93. Campo Grande
Rio de Janeiro-RJ.
Site: www.oestedor.com.br
Tel.: (21) 2414-3600

SOBRE A REDE D'OR SÃO LUIZ

Fundada em 1977 com a abertura da primeira unidade Cardiolab do Grupo Labs, a Rede D'Or São Luiz é hoje a maior operadora de hospitais do Brasil, reunindo referência médica e tecnológica dos Hospitais D'Or e dos Hospitais Associados. Presente nos estados do Rio de Janeiro, Pernambuco, São Paulo e Distrito Federal, conta com 4 mil leitos, 25 mil funcionários e realiza 6,5 milhões de atendimentos por ano. O grupo opera com 24 hospitais próprios, além de um hospital sob gestão e três em fase de construção. A Rede tem como objetivo prestar atendimento médico-hospitalar de alta eficácia, com equipes multidisciplinares capacitadas para oferecer qualidade, respeito e segurança a seus pacientes. ●

ANALISE, ESTUDE E CONSULTE O DEPARTAMENTO JURÍDICO

A Federação Brasileira de Hospitais informa que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, em 17 de maio de 2012, a Instrução Normativa (IN) n.49. A norma visa encerrar a prática comum nos contratos firmados, entre as operadoras e os prestadores de serviços de saúde, sobre a necessidade de inclusão de cláusulas, contendo a forma e a periodicidade dos reajustes contratuais, nos seguintes termos:

Art.1º Esta IN regulamenta a forma e a periodicidade do reajuste, conforme disposto na alínea "c" do inciso VII do parágrafo único do artigo 2º das Resoluções Normativas - RN 'S nº 42, de 4 de julho de 2003, nº 54, de 28 de novembro de 2003 e nº 71, de 17 de março de 2004.

Art.2º Para fins de aplicação desta IN de-fine-se:

I – periodicidade do reajuste: é o intervalo de tempo cujos termos iniciais e finais são demarcados para efetivação do reajuste;

II – forma do reajuste: a maneira pela qual as partes definem a correção dos valores dos serviços contratados.

Art.3º A forma e a periodicidade do reajuste devem ser expressas no instrumento jurídico de modo claro, objetivo e de fácil compreensão.

Art.4º As partes deverão escolher uma das seguintes formas de reajuste:

I – índice vigente e de conhecimento público;

II – percentual prefixado;

III – variação pecuniária positiva (variação do custo em moeda corrente);

IV – fórmula de cálculo do reajuste.

Parágrafo único. Será admitida a previsão de livre negociação no instrumento jurídico, desde que fique estabelecido que em não havendo acordo até o termo final para a efetivação do reajuste, aplicar-se-á automaticamente uma das formas listadas nos incisos de I a IV deste artigo, que deverá ser expressamente estabelecida no mesmo instrumento.

Art.5º É vedada cláusula de reajuste baseada em:

I – formas de reajuste condicionadas à sinistralidade da operadora;

II – fórmula de cálculo do reajuste ou percentual prefixado que o valor do serviço contratado seja mantido ou reduzido.

Recebemos algumas manifestações de hospitais a respeito de operadoras que encaminham propostas de reajustes com regras claramente contrárias à referida regulação. Nesse sentido, a FBH chama atenção para os seguintes aspectos:

I – Cláusulas que não estabelecem de forma expressa e clara quando será realizado o novo reajuste, violam o art.3º da IN 49, segundo o qual “a forma e a periodicidade do reajuste devem ser expressas no instrumento jurídico de modo claro, objetivo e de fácil compreensão”. O período usual para aplicação de reajuste é a cada 12 meses.

II – Cláusulas que impõem exclusivamente ao credenciado o dever de solicitar o reajuste também devem ser vistas com ressalvas, uma vez que a regulação é clara no sentido de que o reajuste deve ser aplicado automaticamente, após o período de 12 meses do último reajuste, sendo apenas autorizada a negociação prévia (não posterior);

III – Cláusulas que vinculam o reajuste a uma discussão de custos ou de desempenho, sem deixar claro o que isso significa, também atentam contra o art.3º da referida IN, a qual determina que a forma do reajuste deve ser clara, objetiva e de fácil compreensão (ver documento anexo);

IV – Cláusulas que inserem na negociação

a sinistralidade da operadora, alegando aumento do número de atendimento à beneficiários da operadora, violam a disposição literal do art.5º, I do regulamento;

V – Cláusulas que preveem a aplicação do reajuste para o caso de as Partes não entrarem em acordo apenas após 90 dias do prazo vencido de 12 meses, violam o parágrafo único do art.4º da IN, tendo em vista que – por força da regulação – o reajuste deve ocorrer de 12 em 12 meses. Nos termos da IN n.49, é possível a negociação prévia, mas, se não houver acordo, após 12 meses do último reajuste, deverá ser aplicada a forma de reajuste previamente estabelecida. Se o seu contrato não contém esta fórmula, é justamente isto que a regulação está exigindo, de acordo com umas das hipóteses de reajustes previstas na regulação (índice vigente e de conhecimento público, percentual prefixado, variação pecuniária positiva ou fórmula de cálculo de reajuste);

VI – Cláusulas que estabelecem mais de um índice para o reajuste, conferindo à operadora a prerrogativa de aplicar o menor deles também violam o art.4º, I da regulação, pois, de acordo com esse dispositivo, as partes apenas poderão eleger um índice;

VII – Deve-se ter atenção para as cláusulas que instituem o cálculo do reajuste mediante a utilização de fórmula, pois as fórmulas não podem conter elementos proibidos pela regulação, tal como a sinistralidade ou um percentual de um índice (ver documento anexo);

VIII – Cláusulas que preveem o reajuste em valor equivalente a um percentual do



índice eleito (exemplo: 40% do IPCA) também violam a regulação, pois essa prática implica necessariamente em redução do valor real a ser pago, o que viola a regulação que exige o reajuste. Uma fórmula que utilize um desconto da inflação acumulada (e.g. 10% do IPCA, 40% do IGPM), na realidade, significa que não será resposta a perda do poder aquisitivo da moeda (inflação), mas apenas uma parte dela, o que contraria a regulação por deflação, reduzindo os valores a serem pagos;

IX – Por fim, deve-se atentar às cláusulas que limitam o reajuste de preço apenas a determinados serviços, pois não há qualquer previsão nesse sentido na regulação, de modo que todos os serviços oferecidos pelo credenciado devem sofrer reajuste, nos termos da IN.

Os reajustes devem ser registrados em aditamento contratual, com todas as diretrizes negociadas. Orientamos cuidado especial na análise das condições oferecidas pelos contratantes, solicitando apoio ao departamento jurídico do hospital e verificando se tais condições estão adequadas às normas da ANS e à política comercial individual de cada um.

Nota nº 6

A Federação Brasileira reconhece que vale ser observado previamente nas assinaturas dos contratos e aditivos referente às negociações, a Nota n.06/2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS, datada de 08 de agosto p.p. onde um grupo de trabalho define propostas para aplicar o reajuste.

Destacam-se as condições básicas comuns a todas as propostas:

- periodicidade de 12 meses.
- prazo de 60 a 90 dias de livre negociação antes da data base do reajuste.
- pleno conhecimento das informações referentes às carteiras da Operadora em ques-

tão, principalmente em relação à evolução do custo global com os beneficiários e custo médio por beneficiário.

Deve-se ficar atento que a utilização dos dados que indicam a variação de custo global ou médio por beneficiário dependem da manutenção do perfil da carteira. Esses dados só podem ser utilizados caso o perfil dos pacientes se mantenha inalterado entre um ano e outro (se existe uma diferença significativa de idade e tipos de patologias entre os anos a serem comprados, esses dados não podem ser considerados como base para aplicar reajuste).

Além disso, a comparação de custos global ou médio entre períodos diferentes, deve considerar sempre o tipo de atendimento (P.S., Ambulatório e Internação). Não se recomenda misturar os tipos de atendimento para tais cálculos.

Das propostas apresentadas no referido documento, consideramos as três primeiras propostas bastante favoráveis aos hospitais como subsídios para serem agregados na metodologia de cálculo do índice de reajuste, são elas:

1 – sobre determinado índice básico negociado, aplica-se adicional caso seja ampliada a adoção de procedimentos gerenciados, medido em pontos percentuais do faturamento.

2 – sobre determinado índice básico negociado, aplica-se adicional referente à variação negativa do custo médio dos procedimentos e/ou dos beneficiários ou redução no caso de variação positiva do custo médio dos procedimentos e/ou dos beneficiários.

3 – sobre determinado índice básico negociado, soma-se percentual adicional caso o hospital seja acreditado, possua atributo QUALISS e possua mecanismos de controle do uso de OPME.

Para definição do índice básico de reajuste,

recomendamos escolher índices reconhecidos pelo mercado, porém também consideramos bastante apropriado o uso de fórmulas sobre a composição de custos, pois isto deixa claro ao contratante que o hospital conhece seu perfil de custos.

Em recente pesquisa com um grupo de hospitais, chegamos aos resultados da composição de custos que vão determinar os valores das diárias e taxas hospitalares:

- Folha de pagamento: 52,0 %

Folha de pagamento refere-se a salários e encargos de empregados registrados.

- Contratos de terceiros: 37,4 %

Contratos de conservação do imóvel, manutenção de móveis e equipamentos, vigilância, limpeza, lavanderia, nutrição, esterilização, serviços de contabilidade, advocacia e outros serviços contratados de empresas especializadas, assim como aluguéis.

- Insumos: 7,3 %

Insumos relativos à alimentação de pacientes e funcionários, materiais e produtos de higiene, de limpeza e de esterilização, óleo combustível, materiais de construção para a manutenção do imóvel, etc.

- Taxas Públicas: 3,3 %

Luz, água, telefone, internet, gás não medicinal.

Com estes percentuais podemos construir a fórmula abaixo, considerando insumos e taxas públicas em um mesmo grupo: $(0,520 + 0,374 + 0,106 = 1,0$

Fórmula: $(0,520 \times \text{índice do dissídio coletivo da categoria dominante}) + (0,374 \times \text{INPC}) + (0,106 \times \text{IPCA}) = \text{índice de reajuste}$

Brasil terá gastos de US\$ 1,6 tri com serviços básicos até 2025





Os estados não conseguem atender a procura por serviços como segurança, educação e saúde. A população prefere colocar seus filhos em escolas particulares e busca ser atendida em hospitais privados



Adriano Gomes

Pesquisa realizada pela consultoria de gestão internacional, Accenture, mostra que os custos totais para financiar os serviços públicos no Brasil, inclusive os de saúde, deverão aumentar em mais R\$ 1,6 trilhão até 2025.

O envelhecimento da população brasileira, o aumento de incertezas fiscais e o crescimento das expectativas por parte dos cidadãos são fatores que deixam os estados em situações insustentáveis, de acordo com os responsáveis pelo levantamento.

Os autores da pesquisa foram o diretor executivo de consultoria de gestão da área de Saúde e Serviço Público da Accenture em Paris, Bernard Le Masson; o diretor executivo do grupo de Operações e Gestão de Serviços Públicos da empresa em Cleveland, Brian J. Moran; e Steve Rohleder, líder global do grupo de Saúde e Serviço Público em Austin, Texas, nos Estados Unidos.

Os executivos estimam que no caso do envelhecimento da população brasileira deverá aumentar "dramaticamente" o déficit de despesas do governo em R\$ 123 bilhões, somado ao fato de que o número de brasileiros com 65 anos ou mais crescerá 77% em 13 anos. A pes-

quisa mostra ainda que a previsão é de as despesas com aposentadorias duplicarão para mais de 22% do PIB até 2050 no Brasil.

Somente em 2025, a diferença entre a demanda por serviços públicos e a capacidade do governo brasileiro de pagar por eles chegará a US\$ 70 bilhões. Com relação a outros países, essa lacuna varia de US\$ 10 bilhões em Cingapura a cerca de US\$ 1 trilhão (US\$ 940 bilhões) nos Estados Unidos.

"A pesquisa mostra que os estados não conseguem atender a procura por serviços como segurança, educação e saúde. Por isso que vemos a população preferir colocar seus filhos em escolas particulares ou busca ser atendida em hospitais privados", avalia o professor da ESPM e consultor da Méthode, Adriano Gomes.

Segundo ele, o alerta dado pelo levantamento é que, pelas condições atuais, a demanda por serviço público tende a aumentar, principalmente por conta do envelhecimento da população, o que gera a necessidade dos governos se endividarem para suprir essas necessidades. "Fica claro que o modelo de entrega de serviços públicos precisa ser alterado não só no Brasil como em outros países", entende Gomes.



Despesas com aposentadorias duplicarão para mais de 22% do PIB até 2050 no Brasil.



Aumento de 0,5% ao ano na eficiência dos serviços poderia reduzir os gastos públicos em 7% até 2025



Um ganho de eficiência de 1% por ano reduziria os gastos públicos em 13,5% durante o mesmo período

MUDANÇAS

Além do Brasil, os pesquisadores apontam soluções para Austrália, Canadá, França, Alemanha, Índia, Itália, Cingapura, Reino Unido e Estados Unidos para resolverem essa deficiência na oferta. Pesquisa da Ipsos Mori com a Accenture, conduzida em 2012, mostra que apenas 36% da população dos países estudados estão muito ou bastante satisfeitos com os serviços públicos.

Uma das propostas, a qual o professor destaca, é a "personalização dos serviços". "Há anos, a indústria de microcomputadores adotou o conceito de atendimento de customização em massa. Isso permite que os clientes personalizem suas máquinas a partir de uma di-

versidade de acessórios e opções relacionadas ao desempenho. Os estados devem migrar para esse mesmo modelo, que implica na concepção de serviços em parceria com os cidadãos e na prestação de forma integrada com o objetivo de oferecer exatamente o que é necessário, no momento certo e da maneira mais adequada", sugere o estudo.

Gomes explica que isso pode ser entendido na educação como oferecer um serviço com melhor direcionamento para crianças especiais ou que indiquem alguma habilidade. "O estudo também deixa claro que o setor público deve aprender com privado como desempenhar algumas funções", resume.

O estudo da Accenture revela que

com "força tarefa contínua de produtividade", como acontece no setor privado, "as economias geradas por essas medidas podem ser significativas". "A Oxford Economics projetou que um incremento 0,5% ao ano na eficiência dos serviços públicos nos dez países estudados poderia reduzir os gastos públicos em aproximadamente 7% até 2025. Um ganho de eficiência de 1% por ano reduziria os gastos públicos em 13,5% durante o mesmo período. Os Estados Unidos economizariam quase US\$ 995 bilhões até 2025 se aumentassem a eficiência do setor público em apenas 1% ao ano", exemplificam os executivos da consultoria. ●

.....
visaohospitalar@fbh.com.br
com informações DCI SP.

Um brinde aos valores que nos fortalecem!
Que em 2014 a superação dos desafios
seja o norte para toda a rede hospitalar.
Que o foco nas realizações e conquistas
esteja amparado pela ética e responsabilidade.
Um brinde a esperança que existe em todos os corações!

Feliz Ano Novo!!





A PRINCIPAL
METODOLOGIA
DE ACREDITAÇÃO
BRASILEIRA TAMBÉM É
INTERNACIONAL



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