

REVISTA **Administrador** **Hospitalar**

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DOS ADMINISTRADORES HOSPITALARES

Ano 2 | Edição 3 | São Paulo | Abril de 2014



GRANDES EVENTOS

**O desafio da assistência
em saúde em massa**

Código Datamatrix: inovação para a segurança dos pacientes

**SEGUNDO PESQUISA
REALIZADA PELA FIOCRUZ,
73% DAS FALHAS
REGISTRADAS NOS
HOSPITAIS PODERIAM
SER EVITADAS.**

**562 MIL PACIENTES
INTERNADOS PELO SUS
FORAM VÍTIMAS DE ERROS
EVITÁVEIS NO ANO DE 2008.**

A indústria farmacêutica Prati-Donaduzzi dedica atenção especial às ações que auxiliem no aumento da segurança dos pacientes e controle da dispensação de medicamentos, principalmente nos hospitais.

É por isso que foi o primeiro laboratório nacional a conquistar a certificação para inclusão do código Datamatrix em blisters de alumínio para medicamentos sólidos orais em doses fracionáveis. Esta tecnologia, que hoje é adotada por hospitais de referência no Brasil, se adapta às menores embalagens e comporta todas as informações necessárias para o controle da trajetória de um medicamento, desde a produção na indústria farmacêutica até a administração ao paciente.

O rastreamento aberto para todos os envolvidos na cadeia da saúde forma uma rede segura de dados, garantindo credibilidade, segurança e confiabilidade em todo o processo.



Acesse também:
www.pratidonaduzzi.com.br



@pratidonaduzzi pratidonaduzzi1 /pratidonaduzzi @pratidonaduzzi

 **prati**
donaduzzi



FBAH

DIRETORIA

Presidente - Valdesir Galvan

Vice Presidente - Waldomiro Monforte Pazin

1º Tesoureiro - Antônio Sérgio Vulpe Fausto

2º Tesoureiro - Jairo Ferreira Campos

1º Secretário - Solange Amora Aliandro

2º Secretário - Márcia Cristina Mariani

CONSELHO FISCAL

1º Membro Titular - Teresinha Covas Lisboa

2º Membro Titular - Renato Donizeti de Oliveira

3º Membro Titular - Carlos José Massarenti

1º Membro Suplente - Daniel A Gonsales Camara

2º Membro Suplente - José Cleber do Nascimento Costa

3º Membro Suplente - Paulo Roberto Mergulhão

SUPERINTENDENTE EXECUTIVO

Marcio Gonçalves Moreira

PRODUÇÃO:

Talentos
comunicações

Diretor Executivo e Publisher:
Júlio César GuerreroDiretora Financeira:
Patrícia Almeida GuerreroGerente Comercial:
Débora Ferreira Garcia
debora@revistaadhospitalar.com.brExecutivo de Contas:
Filipe Almeida GuerreroExecutivo de Contas:
Everton OliveiraDesigner Gráfico:
Renner GuanhariJornalismo:
Kelly de Souza - MTB 33.523Talentos Comunicações
Fone: (16)3235-1812 | 3235-1852
www.revistaadhospitalar.com.br

CENÁRIOS E OPORTUNIDADES DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Em um momento em que o Brasil se modifica rapidamente, forças sociais se reorganizam e grupos de pressão se mostram cada vez mais ativos, os gestores dos serviços de Saúde precisam estar prontos a enfrentar tais desafios e responder a eles com firmeza e conhecimento. No imenso tabuleiro de xadrez em que se desenvolve o jogo da administração atual, o cenário de 2014 se mostra ainda mais complexo, pelas eleições, que trarão certamente os temas do setor para um debate amplo e, muitas vezes, baseado apenas em parâmetros emocionais.

Avaliando este cenário, a terceira edição da *Revista do Administrador* aborda os novos modelos de gestão em saúde apresentando questões como inovação na administração, redução de custos, governança, modelos de negócios para hospitais, planejamento e visão corporativa. Neste universo, destacamos a realização do 37º Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar e Gestão em Saúde, que ocorrerá em maio, em São Paulo, e tratará desses novos Cenários e Oportunidades do Sistema de Saúde Brasileiro.

O avanço tecnológico também é tema de destaque. Nesta edição, trataremos dos desafios da boa ou má gestão das redes e mídias sociais, e, sua interação com os *epatients*. O crescimento da medicina diagnóstica também ganha relevância, bem como os desafios dos gestores hospitalares para a assistência médica em megaeventos, como a Copa do Mundo e as Olimpíadas.

Nossos sinceros agradecimentos a todos os colaboradores e apoiadores que tornaram esta edição, fundamental aos administradores hospitalares, possível.

Boa Leitura!

VALDESIR GALVAN

Presidente da Federação Brasileira de Administradores
Hospitalares e Superintendente Administrativo e
Financeiro do GRAAC (SP).



divulgação

ADMINISTRADOR HOSPITALAR

Ano 2 | Edição 3 | 2014 – www.revistaadhospitalar.com.br

3

CARTA AO LEITOR

06

37º CONGRESSO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E GESTÃO EM SAÚDE

Evento promovido pela FBAH, que ocorre em maio durante a Feira Hospitalar, reunirá cerca de 1200 lideranças e gestores do setor.

10

REDES SOCIAIS

O consultor internacional em eHealth, Guilherme S. Hummel, mostra como as Redes Sociais podem fulminar ou alavancar seu hospital.

18

SOLUÇÕES PARA REDUZIR CUSTOS

O guru da inovação Clayton Christensen aplica no livro Inovação na Gestão da Saúde os princípios da inovação de ruptura a um setor que está desesperado em busca de soluções para a sua sobrevivência: a assistência à saúde.



24

GOVERNANÇA CORPORATIVA

Boa governança contribui para que o comportamento dos administradores esteja alinhado ao melhor interesse da empresa. Confira como no artigo de Roberta Nioac Prado, conselheira de administração do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC).

26

GESTÃO DA INFORMAÇÃO

Produtos e serviços devem entregar aos administradores hospitalares ferramentas e mecanismos seguros e eficientes para que possam, na sua gestão, garantir melhores práticas assistenciais.

28

SEGURANÇA IMPULSIONA NOVAS TECNOLOGIAS

Rastreabilidade de medicamentos é a principal aposta e investimento da indústria farmacêutica.

30

HOSPITAIS GENERALISTAS OU ESPECIALISTAS?

Um dos grandes debates iniciado na segunda metade do século XX, envolve quase todas as áreas do setor de serviços. A pergunta é persistente: generalista ou especialista? Qual caminho seguir?

34

A UM PASSO DO “MAIS ENFERMEIROS”

Relatórios de diversos países apontam que a escassez de profissionais de enfermagem assusta cada vez mais gestores e lideranças da saúde. Buscar mão de obra estrangeira para suportar as demandas nacionais tem sido uma das apostas de algumas nações.

40

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Um dos grandes debates na conceituação hospitalar é como as instituições se posicionam diante da chamada engenharia vocacional. Ou seja, será que as entidades sabem o porquê e para que existem?

44

VISÃO CORPORATIVA

Veja por que as lições de Peter Drucker (1909 – 2005), pai da administração moderna, permanecem atuais.

48

DADOS DO SETOR

As entidades que compõem a cadeia produtiva de saúde atualizaram seus dados referentes ao setor. Acompanhe as estatísticas mais recentes de 2014.



50

O AVANÇO DA MEDICINA DIAGNÓSTICA

A ilimitação define hoje a Medicina Laboratorial-Diagnóstica. Quanto mais avançamos neste setor, mais temos a certeza que é só o início.

56

GRANDES EVENTOS

O desafio da emergência em massa

66

ESPECIAL: HOSPITAL BRÁSILIA

Referência em alta complexidade, o Hospital Brasília tem sua história marcada pelo crescimento, busca constante da excelência no atendimento, oferecendo cada vez mais qualidade e segurança nos processos assistenciais e valorização das pessoas.

94

SÉCULO DA ICONIZAÇÃO

Sinalização Hospitalar cresceu de forma expressiva nas Últimas duas décadas, mostrando que sem ela multiplicam-se os problemas de acessibilidade dentro das organizações.

98

PRÓXIMA EDIÇÃO

Conheça os temas que serão tratados nas próximas edições da Revista *Administrador Hospitalar*.



37º CONGRESSO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E GESTÃO EM SAÚDE



Evento promovido pela Federação Brasileira de Administradores Hospitalares, que ocorre em maio durante a Feira Hospitalar, reunirá cerca de 1200 lideranças e gestores do setor.

“Os Desafios do Sistema de Saúde: Cenários e Oportunidades” é o tema central do 37º Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar e Gestão em Saúde, promovido pela Federação Brasileira de Administradores Hospitalares (FBAH) em cooperação com a HOSPITALAR Feira + Fórum, que acontece nos dias 20 a 23 de maio, no Expo Center Norte. Dentro do tema geral do encontro serão organizados seis congressos: Gestão em Saúde; Gestão Financeira e Custos; Engenharia, Arquitetura e Logística; Hotelaria Hospitalar; Gestão de Pessoas e Liderança e Qualidade & Segurança.

De acordo com Valdesir Galvan, Presidente da Federação Brasileira de Administradores Hospitalares (FBAH), os temas foram escolhidos por serem de grande importância atual na gestão da saúde. “A ideia é debater todos esses pilares da gestão trazendo *cases* dos mais diversos locais do País, compartilhando essa troca de experiências com profissionais do Brasil inteiro. Enquanto o

administrador visita a Feira Hospitalar, ele tem a oportunidade de se atualizar, de ver o que está acontecendo de novo na área de gestão, e fazer essa interação entre produtos, serviços e tecnologia”, explica.

Cada um dos seis congressos, que deverá reunir em sua totalidade cerca de 1200 participantes, contará com palestrantes especializados sobre as macroquestões, buscando não apenas refletir sobre os problemas, mas prever soluções práticas e como implementá-las para o salto de qualidade.

Os temas foram elaborados a partir da pressão e dos desafios crescentes dos serviços de saúde: do aumento dos players desse universo - que abrange desde os profissionais, prestadores de serviços, até operadoras; das possibilidades e da capacidade de financiamento; da interface das relações público-privadas nesse setor; da inovação; e da judicialização dos serviços de saúde, uma realidade cada vez mais presente para gestores e operadoras.



Para o presidente da FBAH, a evolução do sistema de saúde como um todo depende também da própria evolução dos gestores. “É preciso que os administradores hospitalares estejam mais atentos ao que está acontecendo. Até porque o próprio momento político pede isso. A população passou a questionar as deficiências da área de saúde, os governantes estão percebendo esta realidade, e os gestores têm esse papel fundamental que é o de debater esse cenário, se atualizar e buscar alternativas para melhorar o sistema de saúde”, conclui Valdesir Galvan.

Confira os destaques principais do conteúdo do 37º Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar e Gestão em Saúde. A programação completa pode ser acessada no site www.fbah.org.br/congressos.

CONGRESSO DE GESTÃO EM SAÚDE

Abrigado dentro do 37º Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar e Gestão em Saúde, o Congresso de Gestão em Saúde pretende debater seis grandes e importantes temas do setor.

- O Cenário Atual da Saúde Brasileira (na conferência de abertura).
- O Financiamento na Gestão de Saúde.
- A Integração no Sistema de Saúde – As Parcerias Público-Privado.
- Judicialização da Saúde (painel).
- Inovação no Setor de Saúde.
- A Eleição Presidencial e os Desafios da Saúde.



CONGRESSO DE GESTÃO FINANCEIRA E CUSTOS HOSPITALARES

O Congresso de Gestão Financeira e Custos em Saúde terá como tema central deste ano as “Oportunidades para aumentar a eficiência das organizações de saúde”.

O evento terá início com uma palestra sobre cenários e tendências macroeconômicas e seus reflexos na saúde para os próximos anos.

CONGRESSO DE ENGENHARIA, ARQUITETURA E LOGÍSTICA

A proposta básica do Congresso de Engenharia, Arquitetura e Logística é de promover a discussão do tema de Sustentabilidade nas Organizações de Saúde e seus inúmeros impactos multidisciplinares. A ideia é resgatar o diálogo entre a Engenharia Hospitalar e a segurança do paciente, passando pelas novas regulamentações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a do estado da arte em infraestrutura e tecnologia aplicada à segurança patrimonial e eficiência operacional. O congresso pretende também trazer soluções para os desafios logísticos de ampliação de redes e complexos hospitalares, com a apresentação de casos pioneiros.

CONGRESSO DE HOTELARIA HOSPITALAR

O Congresso Brasileiro de Hotelaria Hospitalar terá como tema central “Hotelaria Hospitalar: pesquisa e inovação”, oferecendo aos participantes a oportunidade de atualizar-se sobre as principais questões que envolvem essa área, tanto no segmento público quanto no privado.

CONGRESSO DE GESTÃO DE PESSOAS & LIDERANÇA

O Congresso de Gestão de Pessoas & Liderança pretende trazer visão atualizada sobre as melhores práticas e técnicas de R.H e de Liderança na área da saúde. Entre os temas debatidos estarão as novas técnicas de Diagnóstico de Equipes e Processos, Modelo de gestão de desempenho de alta performance e Insights, competências e atalhos gerenciais para os líderes aplicarem a suas equipes.

CONGRESSO DE QUALIDADE E SEGURANÇA

O Congresso de Qualidade e Segurança pretende utilizar o referencial do Programa Nacional de Segurança do Paciente como eixo ordenador do temário. Dentre os tópicos a serem abordados estão o “Comprometimento da Alta Gestão”, como ponto decisivo dos Programas de Qualidade e Gestão de Resultados. Será dado ênfase à segurança do paciente, como argumento definidor de Qualidade. Abordagem dos indicadores, desde sua construção, bases estatísticas e epidemiológicas, bem como os processos de Acreditação.

AS REDES SOCIAIS PODEM FULMINAR SEU HOSPITAL

Por Guilherme S. Hummel *





Por volta das 15h30min, *Débora* entrou no Hospital para ser atendida no ambulatório. Consulta agendada há três semanas, com *slot* fechado para às 16h. Às 16h20 ela engoliu um copo d'água, circulou pela saleta de espera e perguntou à atendente se o médico já tinha chegado. "Ele está atrasado, mas a senhora é a próxima", ouviu sem um pinga de dúvida.

Às 16h35min sacou seu celular e comunicou ao marido que chegaria atrasada em casa. Às 16h45min fechou a revista, olhou o relógio e voltou à recepção para demonstrar sua impaciência. Às 17h10min tuitou: *"Estou nesta porcaria de Hospital há duas horas. Odeio essas caras. É a décima vez que tenho de esperar. NOJENTOS!!!"*. Segundos depois, mais de três mil seguidores receberam a mensagem.

Para alento de seu amor próprio, *Débora* recebeu dezenas de respostas de apoio e consolo. Das 17h30min às 18h30min o Hospital recebeu 54 emails contrariados, mais de 100 mensagens sociais mal-educadas e foram canceladas oito consultas agendadas para os dois dias posteriores.

Às 17h20min *Débora* foi atendida. Não voltou atrás em seu desabafo na Rede, nem tampouco comentou qualquer irritação com o médico. Jantou com o marido, brincou com os filhos e foi dormir guerrilheira, deixando um rastro de menosprezo no mundo digital.

A cena descrita acima é verídica e foi milimetricamente montada e acompanhada pelo hospital, que pesquisa e estuda os prejuízos que as mídias sociais causam ao seu departamento de marketing. Observação: *Débo-*

ra (nome fictício) nunca tinha estado no hospital.

Se é verdade que as **mídias sociais** podem produzir valor aos Sistemas de Saúde, também é verdadeira a sua recíproca. Se já está claro que elas podem facilitar a notificação de doenças, prover informação médica em escala, e ajudar os pacientes a encontrar apoio em outras pessoas com o mesmo problema, também já está comprovado que toda e qualquer entidade prestadora de serviços médicos está vulnerável ao mau humor e à má fé dos usuários. Muitos Hospitais entraram rápido no palco das Redes Sociais para se promover e produzir uma comunicação direta com seus usuários. Boa parte deles já está aprendendo a se movimentar nessa *escorregadia pista de gelo*. Inserem informações, ouvem as sugestões, monitoram as inconformidades, acompanham as comunidades e se mantêm atentos aos humores de sua massa de seguidores.

Nos EUA, esse *tracking* virou obsessão, gerando, inclusive, uma competência profissional nova (monitores de redes sociais) e uma geração de empresas que terceirizam o rastreamento dos canais sociais em prol de seus clientes. Parece fácil e preciso. Mas não é. Trata-se de uma das mais críticas, dispendiosas e complexas missões para as áreas de marketing hospitalar. *“Interceptar a guerrilha antes, ou a tempo, de que os prejuízos sejam devastadores”* é uma árdua tarefa. Se alguns já patinam bem, outros mal começaram.

Hospitais não existem para passeio ou divertimento, mas para um encontro marcado com a morbidade. Nenhum usuário está muito interessado em **seguir** Hospitais quando não é necessário. Só se interessam quando algum problema de Saúde os **persegue**. Todavia, quando este chega, quando o agravo e a dor aparecem, ninguém é mais importante do que o médico e o Hospital (sem falar, óbvio, da seguradora).

No Século XXI, entretanto, os pacientes não são mais como há décadas. Não os “provoquem” mais! Seu arsenal eletrônico está potencializado definitivamente pelas Redes Sociais. No Brasil, hospitais que atendem a pacientes das classes A e B (em muitas cidades, também da classe C) já estão percebendo que há um *novo indivíduo* em seus corredores. Instalado no quarto, ele passa a ser um censor ou uma vítima, um juiz ou um ativista. Tornou-se um cliente, e, como tal, não deixa de abusar quando lhe convém, independente da razão ou bom senso. Sobre si, parece que não repousa mais qualquer dúvida a respeito de seus direitos. Sobre os outros (hospital), também parece não existir mais qualquer tolerância. Há décadas tratado como um mero utente do Sistema, refém dos sempre inexatos procedimentos médicos, o paciente agora estica o braço, conecta-se com o mundo exterior e clama, reclama, e conclama seus seguidores a prestar-lhe solidariedade. Protesta eletronicamente, com ou sem razão. Massifica sua dor e transforma seu direito numa arma de guerra.

Desnecessário evidenciar que muitos e muitos pacientes têm total razão de reclamar. Hospitais no Brasil, guardadas a exceções de sempre, e outras que se somam com o tempo (felizmente), continuam sendo espaços de tormento e indignação. Quando neles internados, estamos mais perto da cólera do que da parcimônia. Assim, se 1,2 bilhão de usuários do **Facebook** detém algum poder, ele se engrandece na área de Saúde. Se os 250 milhões de **twitteros** exercem alguma influência, ela se multiplica quando a dor e a doença entram em cena. Um exército se forma em minutos, e em poucas horas pode destruir a credibilidade de instituições e personalidades médicas.

Mais de 70% das pessoas nascidas no século XXI usam as **Redes Sociais** (também conhecidas como *canais sociais*, ou *mídias*

sociais, ou *redes de relacionamento*, ou *social media*, *microblogs*, etc.), sendo que perto de 30% dessa geração checa várias vezes ao dia as informações nas Redes. No Brasil, mais de 46 milhões de usuários acessam os canais sociais. Mas, se por um lado, elas podem ser uma ameaça, por outro já são um poderoso e consagrado instrumento de marketing. Segundo pesquisa feita junto a empresas nacionais, realizada pelo *Instituto Brasileiro de Inteligência de Mercado (Ibramerc)*, publicada em abril de 2013, as mídias sociais já são utilizadas como ferramenta de marketing por 20% das corporações no país.

Se no início era só diversão e entretenimento, agora as Redes já são capazes de instrumentalizar solidamente os usuários, principalmente na área de Saúde. Estudo publicado em 2012 pelo *Health Research Institute (PricewaterhouseCoopers)*, mostrou que **42% dos norte-americanos** utilizam as Redes Sociais para verificar com outros usuários informações sobre medicamentos, tratamentos ou mesmo sobre a qualidade dos Hospitais. De acordo com a pesquisa (*“Social media ‘likes’ healthcare”*) quase 30% dos entrevistados afirmaram acessar as Redes para saber o que outros pacientes pensam da doença que enfrentam, sendo que 45% deles são levados a buscar uma segunda opinião médica e 42% são influenciados na procura de novas dietas, exercícios e mecanismos para lidar com o estresse. Sem falar que o Estudo indicou que a *escolha de especialistas, hospitais, medicamentos e planos de saúde são também influenciados diretamente pelas Redes*.

Certamente que os riscos dos Hospitais ao utilizarem as mídias sociais não são maiores do que os benefícios. Mas o risco em utilizá-las de forma absorta, desatenta e sem discernimento pode levar a entidade a ter sérios problemas de fiabilidade. Em maio de 2012, um dos maiores hospitais públicos do interior de São Paulo foi sacu-

dido pelo Twitter. Talvez pelas alterações cambiais, houve falta de um determinado medicamento por uma ou duas semanas na região. Por algum motivo desconhecido, uma jovem *tuitou* que a instituição dispunha da droga. O hospital não se manifestou. Menos de uma hora mais tarde, a informação avultou, e outros *twiteros* passaram a acusar o Hospital de não querer fornecer o medicamento. Diante do silêncio institucional, mais de 400 pessoas se aglomeraram na recepção bradando palavras de ordem e exigindo o medicamento. Muito esforço foi feito pela diretoria, mas **as pessoas simplesmente não acreditavam mais que a instituição não tinha a droga.** Mesmo depois do hospital se manifestar publicamente a descrença continuou. Já era tarde. Polícia, confusão, ameaça de uma CPI e uma bela encenca para a credibilidade da instituição. Do primeiro *post* até a confusão geral passaram-se pouco mais de **três horas**. Todos os detalhes, ameaças, convocação e acusações estavam totalmente escancarados no próprio twitter, nas barbas da administração do hospital, que por falta de **monitoramento** não evitou a celeuma.

Nos hospitais que já utilizam as Redes como instrumento de marketing também não faltam idiossincrasias. Muitos são “capturados” por um dos mais antigos vícios das unidades hospitalares: a chamada **“autoarrogância”**. Ou seja, um misto de **autoridade legalista** com **arrogância senhorel**, muito comum nos tempos analógicos. “Qualquer reclamação dirija-se a...”, ou “... não há evidências de que esse fato realmente ocorreu...”. Esse tom desafiador não cabe na comunicação *faceboquiiana*. Trata-se de um convite ao cutelo das Redes Sociais. Quando utilizadas a serviço do marketing, os canais sociais não podem ser confundidos com uma tribuna de debate ou plataforma para lançamento de sofismas. Não funciona. O Hospital acaba se com-

42% dos norte-americanos utilizam as Redes Sociais para verificar com outros usuários informações sobre medicamentos, tratamentos ou mesmo sobre a qualidade dos Hospitais

prometendo com ações ou promessas que não pode cumprir. Tornou-se também comum nos EUA (quiçá também no Brasil, mas com pouca divulgação) o açodamento do Hospital em comunicar na Rede Social que determinado paciente, com uma patologia rara ou sem cura, **“conseguiu obter grande progresso graças a um tratamento inovador desenvolvido por nossa área de...”**. Pronto, é o que basta para um redemoinho digital. Muitas vezes são necessários meses de esforços para desfazer essa euforia descabida. Sem falar nos casos em que a comunicação gira em torno de um... **“pedimos desculpas pelas obras que estão ocorrendo hoje em nossa unidade obstétrica”**. Simples, sem maiores explicações e sem qualquer antecipação. **“Como? Tenho agendado há meses meu parto e só agora eles avisam dessa obra?”** E lá se vai mais um tsunami eletrônico de reclamações.

O norte da relação do Hospital com seus usuários pode ser “decodificado” em sete itens: (1) diálogo curto, (2) interação longa, (3) *verbalização* cautelosa, (4) incentivo às reclamações, (5) comedimento com os elogios, (6) apuração das sugestões e (7) ampla plataforma para dirimir dúvidas. Trabalhar essas verticais talvez seja a razão de se ter um bom relacionamento nas Redes Sociais, embora não exista nenhuma cartilha, livro ou guia que possa ser seguido. Tudo é muito novo.

Todavia, um fato já está claro: **é necessário monitorar as Redes e se antecipar aos pro-**

blemas. Um paradigma óbvio, mas ainda pouco percebido pelos Hospitais, ensina que é sempre melhor se expor às críticas do que se asilar delas. Pode ser confortável ficar na sombra, mas é cada dia mais tolo. O melhor caminho para entender e reduzir os problemas de gestão hospitalar é escancará-la ao contraditório. Deixe que o usuário proteste. Deixe que o protesto descongestione as artérias da governança inepta. Deixe a janela aberta e permita que as Redes Sociais auscultem os sinais vitais da sua administração e inspirem as transformações. Com o tempo, cada gestor saberá separar os atrevimentos, as inconsistências e as jocosidades. **Nunca na história da administração hospitalar tivemos um canal de resposta tão direto sobre a nossa competência ou incompetência em conduzir a administração hospitalar.** Desprezá-lo é uma total insensatez.

Um exemplo que vai entrar para a história dos problemas gerados pela falta de monitoramento nas Redes ocorreu nos dias 18 e 19 de Maio de 2013. A filha de uma beneficiária do **Programa Bolsa Família** da cidade de Cajazeiras (PB) postou uma inocente mensagem informando que sua mãe havia antecipado o *saque* do Programa, que normalmente só ocorre de forma escalonada na segunda quinzena do mês. O *post* quase que imediatamente transformou-se em *mensagem viral*, ou seja, algumas horas após a sua inserção nas Redes milhares de beneficiários correram às agências da

Caixa Econômica Federal (e Casas Lotéricas) em busca do resgate antecipado. Até às 13:00 horas do dia 18 (sábado) mais de 640 mil saques havia ocorrido (em geral, no primeiro dia de pagamento, perto de 850 mil saques são realizados). Um enxame de beneficiários, insuflados pelas mídias sociais, foi para as unidades de *Atendimento Automático* do banco em 13 Estados do Norte e Nordeste. A Caixa Econômica, alertada de que poderiam ocorrer problemas de integridade física dos correntistas, manteve o saque antecipado durante o fim de Semana (18 e 19).

Após um período de acusações de todos os lados, em que não faltaram suspeitas de complô, sabotagem e atentado, a Polícia Federal foi chamada para colocar algum juízo nas autoridades e diretores da Caixa. O resultado da investigação foi patético para quem não conhece a força das mídias sociais. O inquérito concluiu que todos os tumultos, filas, quebra-quebra e perturbações deveriam-se unicamente a um fenômeno “*espontâneo, não havendo como afirmar que grupos os tenham causado propositadamente*”. Portanto, não havia crime, nem réus, nem “tampouco uma contravenção penal” (a Justiça arquivou o Processo). A chamada “propagação proposital de boatos, com finalidade de desestabilizar as instituições” não passou de um simples erro: a Caixa deixou de comunicar a antecipação do saque, e quando o fez tentou se justificar com argumentos equivocados (falha no sistema) e atrasados (só se manifestou no dia 20, segunda-feira). No vácuo dessa cadeia de equívocos, as Redes Sociais surfaram, acompanhadas pelos Jornais e demais mídias depois que o tumulto se estabeleceu.

Alguns acham que o Brasil já está adiantado no conhecimento das Redes. Estamos longe disso, apesar do alto número de usuários. Nesse sentido, é sempre bom mostrar o que vem pela frente. Países

como EUA, Reino Unido ou Alemanha, já utilizam, há pelo menos uma década, o conceito de **Big Data** (*armazenamento de enormes quantidades de dados, no menor tempo possível*). Trata-se de uma cesta de soluções tecnológicas com capacidade de manusear, examinar e analisar grandes volumes de dados digitais (1 ZettaByte, ou seja, 1 bilhão de GigaBytes) com velocidades sem precedentes até então. De acordo com o *Gartner*, conceituada empresa de projeções tecnológicas, o mercado de *Big Data* respondeu cerca de US\$3,4 bilhões dos gastos com TI em 2013. E esse número deve triplicar até 2018.

O receituário *Big Data* contém uma característica intrínseca: **as informações podem ser analisadas em tempo real**. Em outras palavras, *tweets*, *posts*, mensagens não estruturadas, dados de GPS, vídeos, ou insights comportamentais podem ser analisados de maneira poderosa, sendo utilizados de forma aguda na *tomada de decisão*. Um algoritmo matemático, por exemplo, já é utilizado experimentalmente para analisar conexões no **Facebook** e identificar pares *românticos*, podendo prever até a duração do relacionamento amoroso. Os pesquisadores responsáveis por esse lúdico empreendimento estudaram 8,6 bilhões de conexões de 1,3 milhão de usuários do **Facebook** (os selecionados tinham até 20 anos e possuíam entre 50 e 2 mil amigos na Rede). Algo impensável sem as novas ferramentas de **Big Data**.

Monitorar preços, assiduidade, correção ética, cortesia, pontualidade e uma série de

outros indicadores da qualidade hospitalar serão tão comuns com as aplicações de *Big Data* que nem lembraremos mais dos *Procons*. Corporações especializadas estarão fazendo essa avaliação em tempo real baseados no conceito de **customer value** (o que tem valor para o paciente). Tudo decodificado e auferido dentro das Redes Sociais.

Um exemplo pode ser a empresa **Premisse** (Califórnia), que remunera 700 colaboradores para fotografar (*smartphones*) as etiquetas de preço de uma cesta de produtos alocados nas prateleiras de 25 cidades na Ásia, América Latina e Estados Unidos (Brasil incluso). Utilizando ferramentas de *Big Data*, a empresa cruza os dados e registra quase 50 mil informações por hora. Assim, aquela *informação de demanda*, que nossos antepassados da década de 90 demorariam horas ou dias para obter, é hoje conhecida quase em tempo real.

Cidades como **Dublin**, **Seattle** ou **Birmingham**, por exemplo, já utilizam o conceito de *Big Data* para organizar os **utilities** da comunidade. A prefeitura de **Dublin** utiliza dados de um conjunto de diferentes fontes (câmeras, GPS em ônibus, etc.) para criar uma plataforma digital que promova melhorias sensíveis no controle do trânsito.

Já a cidade de **Seattle** explora o modelo *Big Data* para orientar a logística do lixo na cidade. A prefeitura convidou 500 pessoas para etiquetarem em seu lixo tarjetas eletrônicas (*tags*). Milhares de dejetos são devidamente rastreados em seu percurso nos EUA. A massa de dados levantada permite

Mayo Clinic (Rochester) lidera o ranking com mais de meio milhão de seguidores no **Twitter**, e quase 10 milhões de views no **YouTube**

a gestão do fluxo e o armazenamento de milhões de toneladas de lixo, economizando milhões de dólares. A britânica *Birmingham* foi mais longe. A cidade instalou uma série de sensores nos postes de iluminação. Os instrumentos aferem em tempo real diversos indicadores meteorológicos e enviam os dados às Centrais de Controle do Tempo. Os dados são compilados quase que instantaneamente pelas ferramentas de *Big Data*, que traçam um completo mapa sobre as condições de tempo e sobre o melhor fluxo de mobilidade dos cidadãos pela cidade.

Essa artilharia pesada está chegando ao setor de Saúde. Esta batendo à porta com uma anárquica velocidade. Como toda Revolução, ela pode ser renovadora, libertária e lucrativa. Mas também pode ser “terrorista”, hostil e nefasta aos negócios das empresas do setor. A diferença pode estar em como cada empresa vai gerenciar seus usuários através das Redes.

Nos EUA, por exemplo, cerca de 26% dos hospitais e clínicas já utilizam intensamente as Redes Sociais. Como tudo por lá precisa ser medido (e premiado), o site **MHA Degree.org** cumpre essa missão. Ele foi lançado em 2007 como um poderoso recurso (gratuito) para estudantes e profissionais interessados em ter mestrado em *Administração de Saúde (MHA – Master’s Degree in Health Administration)*. O site publicou os “medalhistas” do ano, ou seja, os Hospitais que melhor uso fizeram das mídias sociais em 2013 (*“Top 50 Most Social Media Friendly Hospitals for 2013”*). Trata-se de um ranking das organizações hospitalares mais aplicadas em utilizar sete das principais Redes Sociais (*Facebook, Twitter, YouTube, LinkedIn, Pinterest, Google Plus e Flickr*), tendo cada uma delas pesos diferentes de pontuação. Assim, é possível saber que a *Mayo Clinic (Rochester)* lidera o ranking com mais de meio milhão de seguidores no *Twitter*, e quase

10 milhões de *views* no *YouTube* (onde disponibiliza mais de mil vídeos). A *Cleveland Clinic*, outra usuária metódica das Redes, habita o segundo lugar do ranking, mas é a primeira no “quesito” *Facebook*, com 508.031 acessos. Todos estão errando e acertando, mas já sabem que não podem ficar alheios ao fenômeno.

Um mantra quase sagrado no uso das *mídias sociais*, extraído da experiência norte-americana, é evitar utiliza-las em *questões sensíveis* ou *passionais*. Em fevereiro de 2013, o *Dr. Amy Dunbar*, do *St. John’s Mercy Medical Center (St. Louis – EUA)*, impaciente e irritado com a demora de uma paciente, vociferou em sua conta do *Facebook* algo como: *“Bem, eu tenho uma paciente agendada para uma completa consulta pré-natal, com ultrassonografia e NTs. Ela já tem três horas de atraso. Posso atrasar também na hora do parto?”*. Mesmo sem entrar em detalhes (nome da paciente, horário agendado, etc.), o médico foi massacrado por um verdadeiro *digital bullying*, com enxurradas de reclamações na mesma Rede, o que obrigou o Hospital a interceder através de uma mensagem (no próprio *Facebook*) qualificando o comentário do médico como *“definitivamente inapropriado”*. O fato obrigou a Diretoria a rever todos os seus procedimentos de acompanhamento, disponibilidade e comunicação de seus médicos com as Redes Sociais. Passados meses do ocorrido ainda

existe rescaldo dentro do *Facebook*, com *posts* semanais criticando a posição do médico (e do Hospital, que, para alguns de seus seguidores, deveria ter sido demitido). É irrelevante saber se o desabafo do médico estava carregado de razão, ou se ele simplesmente queria “indicar” aos seus *pacientes-seguidores* que não tolera atrasos nas consultas. O estrago já estava feito. Questões sensíveis ficam mais sensíveis dentro das Redes.

No Brasil, o mau uso das Redes Sociais pelos Hospitais é mais comum do que se imagina. Grande parte das reclamações inseridas vem dos próprios funcionários, que postam mensagens de *denúncia*, ou o fazem levados por qualquer insatisfação corporativa. Como poucos Hospitais controlam seus canais sociais, o desastre é diário. Insisto em salientar que muitas das críticas, reclamações ou denúncias que jorram nas Redes são procedentes, cabendo ao Hospital atuar e corrigir as falhas (informando aos pacientes das providências em curso). Cabe também ao Hospital mostrar quando uma crítica é indevida, embora seja bem-vinda. Todavia, o que importa é perceber que lá fora existe um *dragão cuspidor de fogo* por todos os lados, todos os dias e que ele não vai cessar. Se os *gestores* não estiverem cientes, e atuando preventivamente diante dessa nova realidade, fatalmente vão sentir o calor das chamas em sua poltrona.

*Guilherme S. Hummel é Consultor, Pesquisador e Mentor em Tecnologias de Informação em Comunicação em Saúde (eHealth), participando há mais de 17 anos em projetos nessa área dentro e fora do país. Autor dos livros: “eHealth – O Iluminismo Digital chega a Saúde”(2006); “ePatient – A Odisseia Digital do Paciente em Busca da Saúde”(2008), e “eDoctor – A Divina Comédia do Médico e a Tecnologia” (2011). Site: <http://www.ehealth-summit.com>

Twitter: @eHealthSummitW



divulgação



MEDPEJ

porque saúde é fundamental

quatroPontos.com.br



Rua Campinas, 2248 • Vila Elisa • CEP 14075-070
Ribeirão Preto • SP • Brasil
medpej@medpej.com.br
www.medpej.com.br
Tel: +55 (16) 3238.0300

BPF
Boas Práticas de Fabricação

ISO
13485





AMH-1709 – CAMA FAWLER 03 MANIVELAS

Cabeceira e peseira em poliuretano injetado
Base revestida em material termoplástico



AMH-1305 – BERÇO FAWLER 02 MANIVELAS

Cabeceira e peseira removíveis
Laminado decorativo
Com carenagem



AMH-1804 – CARRO MACA DE TRANSFERÊNCIA

Em aço inox

AMH-2402 – POLTRONA RECLINÁVEL

Movimentos simultâneos de encosto
Apoio para os pés por mola a gás



AMH-2702 – MESA DE CABECEIRA

Com rodízios



AMH-1601 – CADEIRA DE RODAS

Para higienização com estrutura em aço carbono
Encosto e assento em material termoplástico



AMH-1901 – CARRO DE EMERGÊNCIA PINTADO

4 gavetas
Primeira gaveta com 21 divisões
SEM FILTRO DE LINHA

Tel.: (62) 3507-1500

Rua 03, Qd. 13 Lt. 13 - CEP: 74.919-348

Apª de Goiânia / GO

SITE: www.atualhospitalar.ind.br

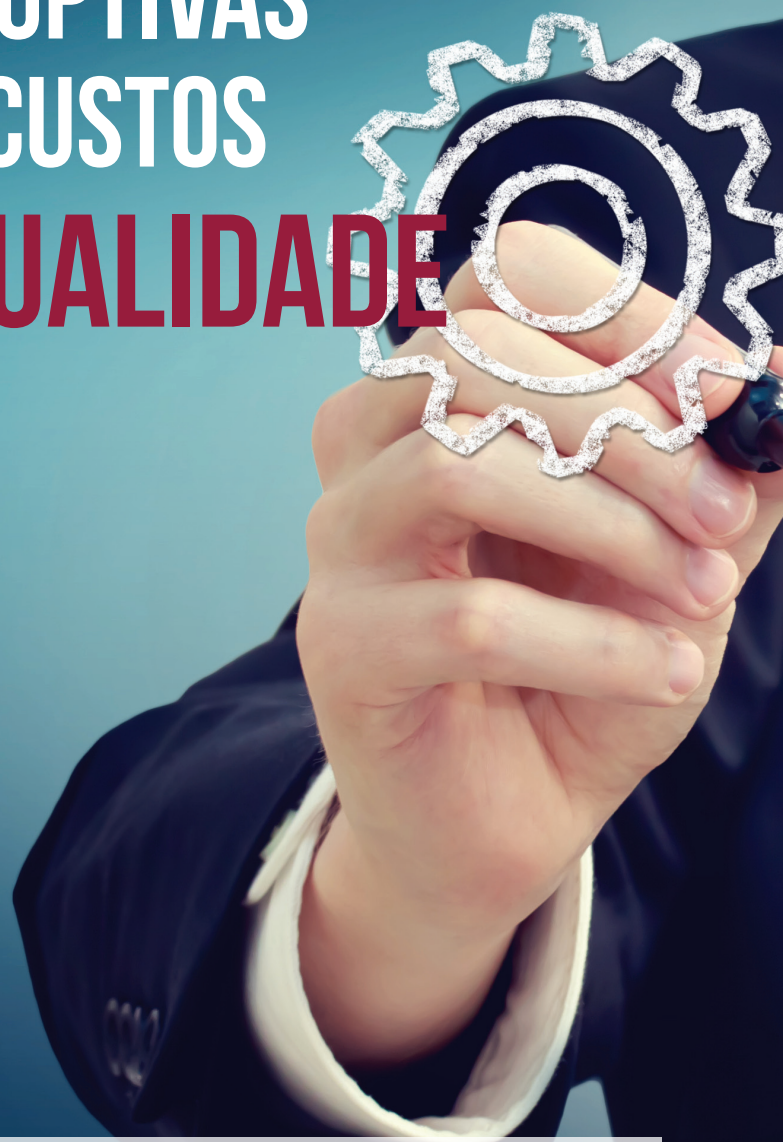
Email de vendas: vendas01@atualhospitalar.ind.br

vendas03@atualhospitalar.ind.br

vendas04@atualhospitalar.ind.br

" NOSSA QUALIDADE se transforma em QUALIDADE DE VIDA. "

SOLUÇÕES DISRUPTIVAS PARA REDUZIR CUSTOS E AUMENTAR QUALIDADE



O guru da inovação **Clayton Christensen** aplica no livro ***Inovação na Gestão da Saúde*** os princípios da inovação de ruptura a um setor que está desesperado em busca de soluções para a sua sobrevivência: a assistência à saúde. Com tecnologias de ponta e alternativas orientadas ao consumidor, a obra mostra a hospitais, seguradoras e trabalhadores da área da saúde como reduzir custos, melhorar a assistência e os processos, beneficiando empresas, médicos e pacientes.



Nos 15 anos que se seguiram desde que introduzimos pela primeira vez o termo “tecnologia de ruptura”, tem havido alguma confusão pelo fato de “ruptura” e “tecnologia” carregarem muitas conotações. “Ruptura” leva a pensar em “desconcertante” e “radicalmente diferente”, entre outras acepções. E, para muitos, “tecnologia” significa meios revolucionários de fazer coisas que só são compreensíveis para doutores e nerds da computação. Por causa dessas conotações, muitos dos que leram rapidamente a nossa pesquisa entenderam que o conceito de inovação de ruptura diz respeito a uma tecnologia radicalmente diferente, capaz de virar um setor de cabeça para baixo.

De nossa parte, porém, tentamos dar ao termo um significado bastante específico. “Ruptura” consiste numa inovação capaz de tornar as coisas mais simples e disponíveis. E “tecnologia” é uma maneira de combinar insumos (inputs) de materiais, componentes, informação, mão de obra e energia com produtos (outputs) de maior valor. É assim que todas as empresas – da Intel à Wal-Mart – se valem da tecnologia para proporcionar valor a seus clientes. Alguns executivos acreditam que a tecnologia pode solucionar os desafios que afrontam suas empresas ou setores. Mas isso raramente acontece. Na verdade, tecnologias anunciadas com estardalhaço na maioria das vezes ficam aquém das expectativas que lhes são depositadas.

Quem já transitou por um hospital, por exemplo, deve ter percebido uma enorme quantidade de tecnologias sofisticadas – e, no entanto, a assistência à saúde só faz parecer cada vez mais cara e inacessível. Isso porque o objetivo da maior parte das tecnologias – mesmo as que representam avanços radicais – é sustentar o funcionamento do sistema atual. Com efeito, só as inovações de ruptura têm o potencial de tornar disponível e acessível a assistência à saúde.

INOVAÇÃO DOS MODELOS DE GESTÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Prevemos três fases de inovação de ruptura nos modelos de gestão da assistência à saúde, ondas que, somadas, têm o potencial de reduzir os custos da saúde entre 20% e 60% dependendo do caso – e, ao mesmo tempo, melhorar a qualidade e a eficácia do tratamento recebido. A primeira delas irá separar hospitais, criando centros resolutivos coesos, organizações com processos que agregam valor e redes facilitadoras como modelos de gestão específicos.

Essas ações empregarão, igualmente, médicos qualificados, mas sua sobrecarga consideravelmente menor as qualificará como de ruptura com relação ao atual funcionamento de nossos hospitais. Na segunda fase, prevemos modelos de gestão de ruptura mais baratos surgindo dentro de cada uma dessas categorias. Entre os centros resolutivos, uma instituição de telemedicina, por exemplo,

seria um modelo de gestão de ruptura para as atividades diagnósticas de certos hospitais e consultórios médicos. As clínicas ambulatoriais e móveis representarão modelos de gestão com processos que agregam valor que podem romper os hospitais com processos que agregam valor; e assim por diante. A terceira fase de ruptura ocorrerá entre diferentes tipos de modelos de gestão. As clínicas de pronto atendimento, por exemplo, transferem a capacidade de tratamento de enfermidades baseado em regras dos centros resolutivos para as organizações com processos que agregam valor. Empresas como a SimulConsult, em que as publicações de milhares de médicos especialistas estão integradas aos computadores de médicos de atenção primária, rompem o centro resolutivo de especialistas com um modelo de gestão de rede de profissionais.



***Clayton Christensen**

“só as inovações de ruptura têm o potencial de tornar disponível e acessível a assistência à saúde”



UM EXEMPLO DE RUPTURA NA ANGIOPLASTIA

O estreitamento das artérias, que pode ser causado por depósito de gordura, hipertensão arterial e uma série de outras patologias, é um problema capaz de atingir artérias em todo o corpo. Quando a intervenção se faz necessária, o tratamento padrão constitui-se de inserção de um cateter na artéria, enchimento de um balão para expandir a porção estreitada do vaso e inserção de um stent para manter a área aberta. Ainda que as mesmas tecnologias e técnicas sejam usadas, atualmente o paciente que precisar de uma angioplastia coronariana será encaminhado para um cardiologista, o que precisar de uma angioplastia renal provavelmente verá um radiologista, o que precisar de uma angioplastia das artérias carótidas deve consultar um cirurgião vascular, e um paciente com uma doença arterial periférica, nas artérias das pernas por exemplo, poderá ser tratado por qualquer um desses três profissionais.

Muitos desses tratamentos são hoje oferecidos por centros resolutivos organizados por tipos de doenças ou especialidades médicas. Por exemplo, cardiologistas que fazem angioplastia têm rompido com cirurgões cardiovasculares que fazem revascularização do miocárdio há 25 anos. Mas grande parte disso tem ocorrido dentro do modelo de gestão de centros resolutivos dos hospitais gerais. O que propomos é que essas intervenções vasculares podem ser melhor conduzidas em novos modelos de gestão de ruptura, que competem com outras categorias muito diferentes.

A primeira fase da ruptura envolve a separação de diferentes tipos de modelos de gestão atualmente usados nos hospitais. Hospitais especializados em cardiologia são os primeiros modelos de organizações com processos

“Com uma reorganização das categorias de competição, o modelo de gestão com processos que agregam valor permite que parâmetros sejam traçados e custos gerais sejam reduzidos”

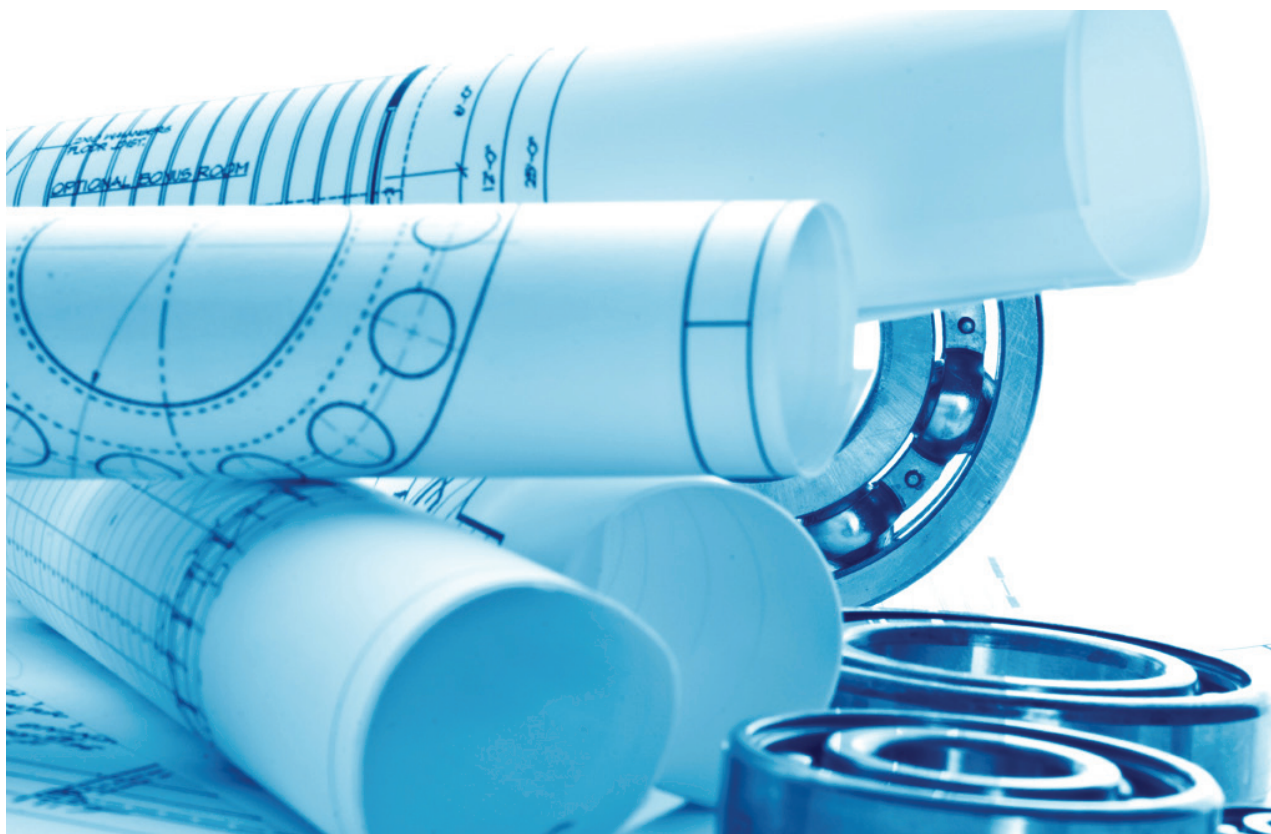
que agregam valor focados em se desligar dos hospitais gerais, mas a ruptura dentro dessa categoria pode continuar a afetar o modo como a assistência é oferecida.

Por exemplo, à medida que o campo da angioplastia se desenvolveu, aprendemos que a tradicional divisão por categorias de competição não faz mais sentido. Em lugar de pacientes de cardiologia, radiologia e cirurgia vascular, a categoria competitiva é, de fato, a mesma para todos esses pacientes – vasos sanguíneos.

Pacientes que precisam desse procedimento, começando com aqueles com doenças estabilizadas e com baixos riscos de complicações, seriam melhor atendidos por um “profissional vascular”, cuja função seria fazer apenas angioplastia, dia após dia, em uma organização com processos que agregam valor, cercado por uma equipe de pessoas especializadas em todos os pro-

cedimentos que envolvem a angioplastia, independentemente do órgão ou sistema em questão. Com uma reorganização das categorias de competição, o modelo de gestão com processos que agregam valor permite que parâmetros sejam traçados e custos gerais sejam reduzidos em áreas onde antes isso não era possível.

Como esses pacientes não mais precisam ser coalocados com os outros processos, destinados a pacientes com problemas mais complexos, eles podem ser tratados em ambulatório a custos reduzidos. Esse novo modelo de gestão poderia ser ainda mais focado em poucos e seletos processos do que os hospitais de cardiologia que existem hoje, e eles causariam ruptura de outros negócios com processos que agregam valor. O profissional vascular que descrevemos pode nem ser, no fim das contas, um médico. Um provedor capacitado precisa, primeira-





Proteções Radiológicas

mente, de habilidades de jogador de videogame, que alguém que não é médico poderia adquirir com prática, e isso resultaria em uma ruptura ainda maior de outros negócios, mais caros, com processos que agregam valor. A doença oclusiva vascular periférica normalmente é uma das doenças vasculares mais simples dentre as que acometem os pacientes que necessitam de angioplastia, e essa categoria de pacientes seria a com maiores chances de ser atendida primeiramente por um técnico, e não um médico. É possível prever, entretanto, que mesmo casos de doença multiarterial coronária acabarão sendo tratados por um técnico, ainda que com o envolvimento de um cardiologista, talvez apenas como supervisor, nos casos com maiores riscos de complicações. Obviamente, cardiologistas, radiologistas e cirurgiões devem continuar a tratar as doenças vasculares mais complexas,

principalmente nos casos em que há interdependências imprevisíveis, como uma doença não estabilizada ou altos riscos de insuficiência de algum órgão. O número de pacientes que realmente precisarão de sua cara expertise diminuirá ao longo do tempo, à medida que uma maior parte da assistência à saúde for controlada por organizações com processos que agregam valor focadas em procedimentos e técnicas muito específicos que transcendem as disciplinas e especialidades tradicionais – e que podem gerar melhores resultados e custos mais baixos.

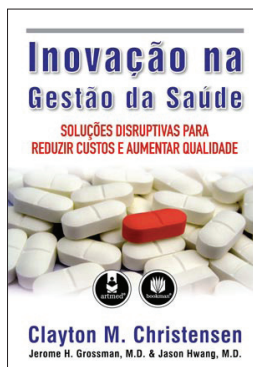
Ainda não é possível saber se as mudanças aqui descritas levariam a outra fase de ruptura dos tipos de modelos de gestão. É difícil imaginar como essas coisas todas estarão no futuro, mas nós as reconheceremos quando as virmos, e esperamos que o leitor também identifique a oportunidade quando ela surgir.

“Prevemos três fases de inovação de ruptura nos modelos de gestão da assistência à saúde, ondas que, somadas, têm o potencial de reduzir os custos da saúde entre 20% e 60%”

SERVIÇO:

Inovação na Gestão da Saúde
Soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar qualidade

Autor: Clayton M. Christensen; Jerome H. Grossman;
Jason Hwang
Editora: Bookman
Páginas: 422
www.grupoa.com.br



Manipulação



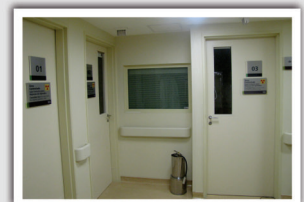
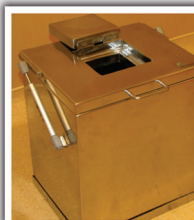
Descartex



Box



Blindoor



11 5584-7003

www.mrprotecoes.com.br
mrprotecoes@mrprotecoes.com.br



Boa governança
contribui para que o
comportamento dos
administradores esteja
alinhado ao melhor
interesse da empresa e
de todos os seus sócios e
demais stakeholders

GOVERNANÇA CORPORATIVA

NO COTIDIANO EMPRESARIAL BRASILEIRO

Por Roberta Nioac Prado*

Muito se fala sobre a Governança Corporativa, e do quanto ela pode ser benéfica para uma empresa. Mas, afinal, o que é a Governança Corporativa?

Fundamentada em quatro princípios – transparência, equidade, prestação de contas e responsabilidade corporativa –, a boa governança contribui para que o comportamento dos administradores esteja alinhado ao melhor interesse da empresa e de todos os seus sócios e demais stakeholders, prevenindo ou mitigando conflitos de interesse e com isso contribuindo para a longevidade das organizações.

Na prática, adotar melhores práticas de Governança Corporativa significa implementar processos claros e definidos para a gestão, controle e monitoramento da empresa, converter princípios em regras objetivas, buscando alinhar interesses, com a finalidade de preservar e otimizar o valor da organização, facilitar seu acesso a recursos e contribuir para sua longevidade.

A origem dos debates acerca da Governança Corporativa, notadamente nos EUA e em outros países que têm como regra empresas sem controle definido, remete a conflitos de interesses entre sócios e gestores da empresa.

No Brasil, país no qual a propriedade concentrada predomina, ou seja, o poder de controle societário em geral é exercido por uma pessoa ou grupo, fa-

No Brasil, país no qual a propriedade concentrada predomina, mostra-se fundamental adotar práticas adequadas para atender aos interesses de todos os envolvidos com o controle da empresa

miliares ou não, os conflitos tendem a se dar entre os sócios majoritários e minoritários. Os conflitos tendem ainda a se intensificar na medida em que ocorre sucessão hereditária da propriedade. Nesse cenário, mostra-se fundamental adotar práticas adequadas para atender aos interesses de todos os envolvidos diretamente com o controle e/ou a gestão da empresa.

Além disso, ao adotar boas práticas de Governança as empresas tendem a lidar de forma mais eficiente com questões relacionadas à profissionalização e à sucessão organizada da gestão, além de obterem melhoria em seus sistemas de tomada de decisões e monitoramento.

Ressalta-se que as vantagens da boa governança não se aplicam somente às empresas de capital aberto, mas a qualquer tipo de organização, independente do porte, natureza jurídica ou tipo de controle.

Finalmente, é de se destacar que a adoção das boas práticas de governança corporativa tem caráter voluntário, cabendo aos principais agentes das organizações – sócios, conselheiros consultivos ou de administração e/ou diretores executivos familiarizarem-se com a Governança, compreenderem seu alcance e a melhor forma de sua implementação, sempre considerando a realidade e a necessidade de cada empresa.

* Roberta Nioac Prado

é conselheira de administração do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC)



divulgação

GESTÃO DA INFORMAÇÃO NA SAÚDE BRASILEIRA

Fornecedores de produtos e serviços devem entregar aos profissionais da saúde ferramentas e mecanismos seguros e eficientes para que estes possam, na sua gestão, garantir melhores práticas assistenciais.

As empresas de tecnologia têm um papel fundamental para a “quebra de paradigmas” na área de saúde. A tendência é levar ao mercado soluções e inovações que podem ser incrementadas e aperfeiçoadas na área assistencial. Inovações que estarão presentes no dia-a-dia dos profissionais, com a utilização de ferramentas ágeis e seguras que vão exigir uma visão ampliada de profissionais e gestores hospitalares.

De acordo com Mário Lonczynski, diretor da SPDATA, quem está na ponta deve ir além, vislumbrar que a assistência se faz com entendimento melhor do caso e um conhecimento maior do histórico do paciente ou da ocorrência. “Com a informação à mão, o profissional da saúde poderá perceber com rapidez e segurança o que o paciente necessita e ter à sua disposição elementos que são fundamentais no diagnóstico e na conduta do tratamento. Ou seja, se os profissionais não tiverem esta visão, estarão atendendo seus pacientes de olhos vendados. Tecnologia a serviço da vida, esta é a nossa proposta para reflexão”.

Para o executivo, não há outro cami-

nho a não ser a busca da excelência no aprimoramento e na gestão da informação em prol da melhoria dos processos e otimização dos recursos na área médica. “Nossa missão é entregar aos profissionais da saúde ferramentas e mecanismos seguros e eficientes para que possam, na sua gestão, garantir aos clientes as melhores práticas assistenciais dos profissionais que atuam no seu estabelecimento”, ressalta.

Com a crescente demanda no atendimento e a falta de profissionais capacitados, fica cada vez mais evidente a necessidade de monitoramento das ações e a busca do aprimoramento das atividades na área de saúde. “A atenção deverá estar sempre voltada à assistência. Os produtos e serviços devem prover todo suporte necessário para que questões secundárias, mas não menos importantes, como processos e informação, fluam com agilidade e em perfeita sintonia”, explica Mário Lonczynski.

Para isso, os gestores hospitalares devem estar atentos e investir pesado na capacitação de profissionais para atender às demandas, necessidades e

desafios que aumentam a cada dia. “O cenário atual mostra cada vez menos profissionais qualificados disponíveis. Por este motivo os gestores precisam trabalhar fortemente na formação de equipes multidisciplinares, fortalecendo seu elenco de prestadores para buscar a excelência”.

A **SPDATA** está focando seus esforços na qualificação e formação dos profissionais, além da certificação de processos. “Estes investimentos garantem maior efetividade das soluções desenvolvidas, minimizando os riscos e oferecendo maior credibilidade nas ações propostas”, conclui.



SPDATA

Tecnologia a serviço da vida.



A SPDATA possui expertise necessária para fornecer soluções com integração completa dos sistemas. Os sistemas foram desenvolvidos através de muitos anos de pesquisa, além de investimentos em capital humano e tecnológico. Todo este empenho, aliado a uma visão empreendedora e sensível aos anseios dos clientes, promove a assertividade nas ações propostas para cada instituição de saúde, permitindo a otimização dos recursos e facilitando a tomada de decisões.

Desenvolvidas em plataforma de software livre, as soluções permitem a democratização e viabilização de projetos de informatização e automação para instituições de saúde dos mais diversos portes, com informações seguras, excelente custo/benefício e alta resolubilidade.



SPDATA

Excelência em gestão de saúde.

Av. João de Deus Costa, 517 - Centro | Contagem - MG

Tel: 31 3399.2500 www.spdata.com.br



SEGURANÇA DO PACIENTE IMPULSIONA NOVAS TECNOLOGIAS

Em 2014, os assuntos relacionados à segurança do paciente no ambiente hospitalar estarão em alta. Esse movimento se deve às novas tecnologias que estão à disposição do mercado de saúde e que permitem maior controle, principalmente no que diz respeito aos medicamentos. Neste quesito, a rastreabilidade dos processos,

desde a produção até a dispensação, é considerada como uma das maiores apostas do setor com a utilização do código Datamatrix. Esta tecnologia, que hoje é adotada por hospitais de referência no Brasil, se adapta às menores embalagens e comporta todas as informações necessárias para o controle da trajetória de um medicamento.

De acordo com Walter Batista, diretor comercial da área hospitalar da Indústria Farmacêutica Prati-Donaduzzi, o rastreamento aberto para todos os envolvidos na cadeia da saúde forma uma rede segura de dados. Uma das maiores contribuições é a garantia da integridade das informações e segurança no momento da dispensação do medicamento, auxiliando médicos, farmacêuticos e enfermeiros – com os dados sobre registro, validade e lote do produto.

“O paciente também é beneficiado, pois sua segurança é garantida até o leito hospitalar, e ela acontece como consequência da combinação de procedimentos corretos associados ao emprego de tecnologia ao longo da cadeia de saúde, diminuindo as chances de erro”, ressalta o diretor.

Como exemplo, Walter Batista destaca os medicamentos fracionados com Datamatrix no ambiente hospitalar. “O blíster fracionado evita o sistema de re-embalagem realizado nos hospitais, pois, possui embalagem especial para o procedimento de divisão do blíster e contém todos os dados como nome, data de validade e lote”, conta. Pesquisa realizada pela Fiocruz mostra que 73% das falhas registradas nos

Rastreabilidade de medicamentos é a principal aposta e investimento da indústria farmacêutica

hospitais poderiam ser evitadas. Em 2008, um total 562 mil pacientes internados pelo SUS foram vítimas de erros evitáveis. “Acredito que o estudo de implantação do sistema, bem como as ferramentas necessárias para isso, seja um primeiro passo para adaptar-se a este cenário”, explica.

Para o executivo, a adaptação da indústria farmacêutica é o primeiro e grande desafio à incorporação da tecnologia. “A Prati-Donaduzzi foi a primeira indústria farmacêutica brasileira a conseguir a certificação para uso do Datamatrix em blisters de alumínio. Os padrões de qualidade exigidos são altíssimos, devido à complexidade do código”, garante.

A Prati-Donaduzzi possui um dos maiores portfólios de medicamentos genéricos do Brasil e produz mais de

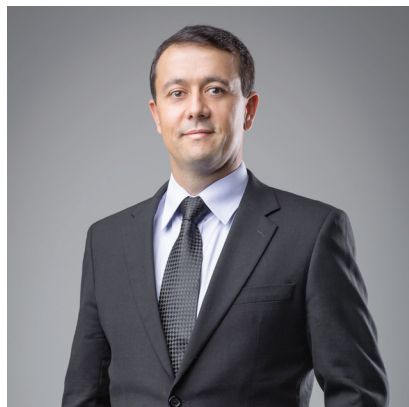
11 bilhões de doses terapêuticas por ano, ocupando uma posição de destaque entre os maiores laboratórios do país. A indústria está construindo uma nova unidade produtiva que deverá chegar a mais de seis bilhões de doses/ano, além de gerar aproximadamente 500 novos empregos.

“Os investimentos em Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação contribuirão para o aumento da linha de medicamentos. Além disso, em 2014, seguimos com o projeto de certificar todo nosso portfólio de medicamentos para implantação do Datamatrix, este processo, porém, acontecerá após a regulamentação da Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que em maio do ano passado abriu o assunto para discussão em audiência pública”, conclui.

Novas Regras

Em 10 de dezembro de 2013, foi publicada a RDC Nº 54/2013 que contém regras para a implementação do Sistema Nacional de Controle de Medicamentos e os mecanismos e procedimentos para rastreamento dos medicamentos na cadeia dos produtos farmacêuticos, inclusive amostras grátis. Esta norma prevê o rastreamento dos medicamentos por meio eletrônico, de forma a permitir a consulta ao histórico, aplicação e localização de toda unidade de medicamento produzido, dispensado ou vendido no território nacional. Isso deve acontecer através de sistemas de informação - bancos de dados - que possibilitem o controle do produto desde a fabricação até a sua entrada no estabelecimento que realiza a dispensação.

Em um prazo de três anos, o sistema, que permitirá acompanhar a trajetória do medicamento da produção até a venda, estará completamente implementado. As embalagens de medicamentos contarão com um código bidimensional, o Datamatrix, que permitirá ao usuário saber se o produto é original. A Anvisa prevê que até dezembro de 2016 todo o sistema esteja implementado. A publicação da RDC nº 54 consolidará a implementação do Datamatrix em mais unidades hospitalares no Brasil.



HOSPITAIS GENERALISTAS, ESPECIALISTAS OU “PALIATIVISTAS”?

Um dos grandes debates iniciado na segunda metade do século XX envolve quase todas as áreas do setor de serviços. A pergunta é persistente: generalista ou especialista? Qual caminho seguir?

É provável que entre projeto e construção existam cerca de mil novas unidades hospitalares sendo erguidas no país. Só o Governo Federal anunciou, em julho de 2013, investimentos para construção de 818 Hospitais, 601 UPAs (Unidades de Pronto Atendimento), mais de 15 mil Unidades Básicas, e 14 Hospitais Universitários (R\$ 7,4 bilhões). Trata-se de números expressivos, embora, por enquanto, sejam só números. Uma das indagações mais frequentes é se essa massa de novos leitos engloba (1) cuidados gerais, (2) cuidados especializados (média ou alta complexidade) ou (3) cuidados paliativos. Um Hospital Geral (também conhecido como Policlínica) destina-se à prestação de atendimento nas especialidades básicas, com forte concentração em serviços de Urgência/Emergência. Já o Hospital Especializado, segundo modelo conceitual do DATASUS, destina-se à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área, podendo dispor de serviços de Emergência e SADT. Normalmente, a especialização torna o hospital uma referência regional, estadual e até mesmo mundial.

O aqui denominado hospital paliativista não tem nada a ver com a medicina paliativa, um ramo que atua em doenças avançadas, terminais, muitas vezes sem cura, e que objetiva ajudar o paciente a viver e a morrer dignamente. Nosso paliativista refere-se ao hospital sem rumo, sem diretriz, que se deixa levar por políticas utilitaristas circunstanciais, que não tem metas e nem planejamento, que possui baixa governabilidade, ausência de vocação assistencial e que quase sempre é servil às estruturas de poder em seu entorno. São como garrafas no oceano. Nave-

Dos 388.015 médicos em atividade no Brasil, 53,57% – ou 207.879 deles –, têm uma ou mais especialidade

gam ao sabor das ondas, sem controle e quase sempre caminhando em direção ao definhamento na praia.

Um dos grandes debates iniciado na segunda metade do século XX, envolve quase todas as áreas do setor de serviços (não só Saúde). A pergunta “ser ou não ser” é persistente: generalista ou especialista? Qual caminho seguir? O debate ocorreu (e ainda ocorre) no campo das profissões, funções e mesmo no ideário acadêmico. Tudo se resume em acompanhar ou não a tendência capitalista-globalizante dos tempos atuais: *a especialização*.

No setor de Saúde a discussão tomou proporções irreversíveis, já que boa parte da função médica está cada vez mais especializada. **Médico Especialista** é aquele que possui título oficial em uma das 53 especialidades reconhecidas no país (contra 30 no Reino Unido), e o **Médico Generalista** é aquele que não possui título formal em qualquer das especialidades. O generalista está desaparecendo, diminuindo, tornando-se quase um solitário devoto da **prática médica familiar** (ou emergencial). Certamente que no *primary care* o generalista é imprescindível, mas na escolha profissional, durante sua formação acadêmica, o médico é quase sempre induzido a se especializar.

Segundo o estudo “*Demografia Médica no Brasil – Cenários e Indicadores de Distribuição*” (2013), desenvolvido pelo CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Pau-

lo) e pelo CFM (Conselho Federal de Medicina), dos 388.015 médicos em atividade no Brasil, 53,57% – ou 207.879 deles –, têm uma ou mais especialidade. Os outros 180.136 profissionais, ou 46,43% do total, não têm título de especialista emitido por sociedade de especialidade ou obtido após conclusão de Residência Médica. São chamados de generalistas.

Encontramos entusiastas tanto para o expansionismo hospitalar generalista, quanto para o especialista. A primeira corrente, que geralmente se autointitula “progressista”, discorre longamente sobre a necessidade de a sociedade ter cada vez mais hospitais especialistas. Para eles, pós-diagnóstico, o paciente deve ser “adotado” por aqueles que detêm experiência, equipamentos e rotinas hospitalares concentradas nos procedimentos terapêuticos da especialidade. Assim, caberia aos *Hospitais Gerais* a função básica do primeiro-atendimento emergencial ou ambulatorial.

Já os que advogam a necessidade de ampliar o parque de *hospitais generalistas*, defendem que o paciente seja “percebido como um todo, no seu contexto familiar e em seu ambiente social”. Para essa corrente, a medicina está perdendo a sua capacidade de prestar cuidados holísticos. Também, avaliam eles, a perda do “sentido generalista” obriga o paciente a ser orientado de um especialista a outro, sem ninguém assumir a responsabilidade global de seus cuidados.

Talvez exista uma terceira corrente, medianamente localizada, que pos-



tula a necessidade de se *reinventar o generalismo no ambiente hospitalar*. Ou seja, o cuidado geral ao paciente internado não deveria ser feito unicamente pelo médico generalista, mas por uma cadeia de profissionais cuja enfermagem teria um papel de fundamental importância. Para eles, com a radical revolução das estruturas de diagnóstico, e a complexidade das demandas dos pacientes, seria mais apropriado desenvolver *equipes multidisciplinares*, incluindo no foco o atendimento pós-internação (como ocorre, por exemplo, no Canadá). Está claro que pacientes carecem de cuidados especialistas e generalistas, mas o que não está claro para a grande maioria das partes é como integrá-los em benefício do paciente (e não só *interagir*). Esse ainda é um problema, principalmente no Brasil, onde a comunidade médica reivindica soberania sobre seus pacientes.

Já o hospital *paliativista*, com características geneticamente do setor público, possui médicos generalistas e especialistas, mas atua quase sempre em funções emergências, possuindo

pouca consistência ambulatorial e nenhum comprometimento com resultados efetivos. Ninguém nasce *paliativista*, torna-se quando perde o prumo. Hospitais sempre precisam prover atenção generalista e especialista. Todavia, nem sempre a criação de leitos com perfil especialista atende aos interesses dos Sistemas de Saúde. Nações com graves problemas assistenciais no *primeiro atendimento* (como Brasil, Índia, China, etc.) certamente carecem de grandes esforços no sentido de disponibilizar leitos que abriguem pacientes de urgência e emergência. Todavia, em alguns desses países, os *Hospitais Gerais* tendem historicamente a lotear seus espaços para as especialidades, “roubando” metros quadrados da Atenção Básica. Essa anarquia reduz a importância das Unidades Ambulatoriais (não necessariamente hospitalares), relegando a elas menor importância no contexto assistencial (quase 30% das internações hospitalares poderiam ser tratadas em ambulatorios). O resultado são *Policlínicas* com superocupação, mal dimensionadas, com grande carência

de triagem e inúmeros problemas gerenciais. Aos poucos, gradualmente, tendem ao *paliativismo hospitalar*.

No Brasil, a hierarquização dos níveis hospitalares (*primário, secundário ou terciário*) funciona bem no papel, mas nem sempre corresponde à realidade. Um hospital **primário** (ou unidade mista) pode não ter nenhuma especialidade, tendo apenas médicos generalistas (Unidades Básicas de Saúde ou Postos de Saúde). Já o hospital geral (nível **secundário**) atende a pacientes clínicos, cirúrgicos e obstétricos, prestando assistência nas especialidades médicas básicas (Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolas). O **terciário** atende pacientes que carecem de cuidados de média e alta complexidade, contemplando também as disciplinas mais comuns, incluindo cirurgia. O nível terciário é o vértice da saúde regional, servindo como hospital de base ou de referência. Entretanto, o que se vê na prática é uma enorme “salada assistencial”. Todos atendem um pouco de tudo, muito do geral e quase nada do que deveriam atender de acordo com o mapa

de carências de sua comunidade. Ou seja, começam cheios de boas intenções (generalistas ou especialistas) e aos poucos vão se decompondo e aceitando uma inevitável predisposição *paliativista*.

O resultado ao longo do tempo está claro: transformam-se em hospitais mal gerenciados, com governabilidade confusa e oportunista, sem prumo ou macrodiretrizes claras, tornando-se aos poucos *inadministráveis*.

Esse é o retrato do sistema hospitalar nacional, guardadas as honrosas exceções de sempre, e as laboriosas instituições que lutam diariamente para se livrar desse carma. No relatório do **Banco Mundial**, publicado pelos pesquisadores Gerard M. La Forgia e Bernard F. Couttolenc em 2010 (*Desempenho Hospitalar no Brasil*), as conclusões são claras: “...as determinantes da ineficiência e baixa qualidade dos hospitais no Brasil podem ser divididas em cinco áreas críticas: (1) governança hospitalar rígida e com baixa responsabilização; (2) coordenação frágil e planejamento distorcido da capacidade; (3) financiamento passivo, distorcido e diluído; (4) ausência de programas sistemáticos e contínuos para padronizar tratamentos e medir a qualidade; e (5) ausência de informações adequadas para tomada de decisão”.

A escolha entre um Hospital Geral ou Especializado sempre dependerá de inúmeros fatores, tais como, perfil da região (se metropolitana, um generalista poderá se integrar às clínicas especializadas em seu entorno), as carências sanitárias da comunidade, o perfil socioeconômico dos consumidores, as características epidemiológicas regionais, etc.

Um estudo publicado pelo *International Journal for Quality in Health Care*, realizado por pesquisadores da **Universidade de Newcastle** (Austrália), avaliou 275 pacientes com

A escolha entre um Hospital Geral ou Especializado sempre dependerá de inúmeros fatores, tais como, perfil da região, as carências sanitárias da comunidade, o perfil socioeconômico dos consumidores, além das características epidemiológicas regionais

insuficiência cardíaca congestiva, que foram acompanhados desde a admissão hospitalar até um ano após a alta. Destes, 102 foram atendidos por cardiologistas e 154 por generalistas. O estudo revelou que os doentes atendidos pelos generalistas eram mais velhos, tinham uma maior comorbidade, mas parecia que sua doença cardíaca era menos grave do que àqueles tratados pelos cardiologistas (as drogas cardíacas e as investigações foram semelhantes nos dois grupos). Por outro lado, os pacientes acompanhados pelos generalistas tiveram maior tempo de permanência hospitalar, enquanto os apoiados pelos cardiologistas tiveram maior mortalidade durante o período de acompanhamento. A conclusão inevitável é que generalistas e especialistas são imprescindíveis, cada um ao seu modo, e ao seu tempo. Mas também está claro de que a sua convivência sempre dependerá de um vetor nevrálgico: *integração*.

Para hospitais privados, cujo lucro (ou equilíbrio financeiro) é o dínamo propulsor, existe a questão das dimensões físicas da instituição (número de leitos). Se por um lado os hospitais de grande porte têm melhor “rentabilidade”, o mesmo não ocorre quanto a sua governabilidade. O Brasil possui uma malha hospitalar com 50% de instituições de pequeno porte (inferior a 50 leitos).

Se estes são mais fáceis de inicializar, são perniciosamente mais complicados de serem rentáveis. Ou seja, mais do que especificar o seu perfil (especialista ou generalista), é necessário ajustar seu tamanho ao império da governabilidade e da rentabilidade. É pouco provável que um novo hospital oncológico-infantil na periferia da cidade de São Paulo tenha problemas de demanda, mas é quase certo que sua pequena dimensão física (baixo número de leitos) será crítica para estabelecer se o resultado virá em curto, médio ou longo prazo, ou mesmo, se nunca virá.

O Brasil possui 6.793 hospitais, sendo 70% privados (dados de janeiro de 2014, do CNES). A maioria dos públicos é municipal (76%). Nosso modelo é médico-hegemônico, centrado em procedimentos, voltado para quadros agudos, e organizado por demanda espontânea (alta fragmentação e desarticulação). Trata-se, pois, de um quadro gerador de insatisfação aos usuários, com ineficiência, ineficácia e baixo impacto assistencial. Nesse cenário de convalescência institucional qualquer planejamento pode estabelecer a necessidade de se construir (ou ampliar) hospitais dentro de um perfil *generalista* ou *especialista*. A única coisa a se evitar é que o mesmo se transforme em *paliativista*.

Relatórios de diversos países apontam que a escassez de profissionais de enfermagem assusta cada vez mais gestores e lideranças da saúde. Buscar mão de obra estrangeira para suportar as demandas nacionais tem sido uma das apostas de algumas nações.



A UM PASSO DO “MAIS ENFERMEIROS”

Um devastador relatório do *Royal College of Nursing (RCN)*, publicado em novembro de 2013, mostrou que existe um déficit superior a 20 mil profissionais de enfermagem no Reino Unido. Líderes da comunidade médica mostram-se preocupados com a posição da **NHS (National Health Services)**, sistema de saúde público britânico, de congelar vagas de enfermagem na tentativa de economizar recursos financeiros.

Muitas **Trusts Foundation** (hospitais a serviço do sistema público) estão convocando milhares de profissionais aposentados para voltar à linha de frente em busca de diminuir os impactos desse déficit. O relatório do *RCN* mostra uma redução de 15% no número de estudantes de enfermagem, que combinado com a crescente quantidade de profissionais que abandonam a profissão por estresse, sinaliza com uma grave crise de trabalho em toda a comunidade britânica. O problema é de tal gravidade que 22% das *Trusts Foundations* estão recrutando profissionais de enfermagem no exterior (Espanha, Austrália, Portugal, Filipinas, etc.). Anúncios são abundantes na Internet.

Dr. Peter Carter, presidente-executivo do *RCN* é enfático: “*Nós estamos sentados à beira de uma grave crise na força de trabalho de enfermagem, e precisamos enfrentar o problema para garantir o funcionamento da NHS, e que os pacientes britânicos recebam o cuidado que merecem*”. Como se não bastasse a situação atual, o relatório projeta uma carência de 47 mil enfermeiros em 2016. A escassez de profissionais de enfermagem também assusta os **EUA**, que possui uma força de trabalho superior a 3 milhões de profissionais. A idade média dos enfermeiros americanos é

de 46 anos, sendo que mais de 50% da força de trabalho está perto da aposentadoria. É preocupante, mas talvez seja mais complicado quando se sabe que muitos se formam, mas têm grandes dificuldades de arranjar colocação no mercado. O motivo é simples: os hospitais e demais entidades de Saúde têm preferência por profissionais mais experientes, criando um vácuo entre a demanda e a oferta. Segundo a *National Student Nurses Association* mais de um terço (36%) dos recém-formados em 2011 nos EUA ainda não tinham colocação quatro meses após estarem disponíveis para trabalhar. Na Califórnia o problema é mais grave: 43% dos recém-formados ainda não têm emprego 18 meses após se formar.

Relatório oficial do governo (“*U.S. Registered Nurse Workforce Report Card and Shortage Forecast*”) projeta que faltarão profissionais de enfermagem no país até o ano de 2030. Outra agência de pesquisa, a *Health Resources and Services Administration*, afirma que a escassez pode chegar a **um milhão de profissionais** até 2020. É desnecessário esclarecer que legiões de profissionais de outros países, principalmente da América Central (México, certamente), procuram se instalar anualmente no mercado americano buscando ocupar espaços no setor de enfermagem.

Outro país que sofre forte pressão é a **Austrália**, com cerca de 260 mil profissionais. Pesquisa da empresa **HealthX** mostra que existe uma forte demanda por enfermeiros no país. O Estudo, feito em 2012 com 100 Unidades de Atendimento Hospitalar, mostrou que 54% delas estão carentes de profissionais, sendo que 74% relataram que “contratariam um enfermeiro (a) imediatamente”.

Países sofrem os problemas derivados do aumento da expectativa de vida. O centro australiano de estatísticas (*ABS - Australian Bureau of Statistics*), por exemplo, mostrou que a população total do país deverá duplicar nos próximos 60 anos (a média de idade saíra dos atuais 37 anos para 40,5 até 2040). Essa variação só confirma o grande crescimento na Austrália da demanda por *cuidadores residenciais* ou a chamada *enfermagem residencial* (várias são as categorias no país: *Enrolled Nurses, Registered Nurses, Nursing Practitioners*, etc.). Por décadas o país enfrentará essa escassez. Aliás, a escassez de atendimento domiciliar é um fenômeno mundial, incluindo o Brasil.

Na **Alemanha**, aceleram-se as iniciativas para treinar profissionais de enfermagem da *Índia* de modo a suportar a escassez de mão de obra no território alemão. O projeto *Indian Nurses*, por exemplo, treina profissionais dentro dos padrões de serviços da enfermagem local, e o país irá certificá-los de modo a poderem trabalhar em todo o país. Os enfermeiros indianos do projeto receberão autorização residencial, bem como certificação trabalhista do Governo. Poderão, também, ao longo dos anos obterem cidadania germânica, e serão remunerados de acordo com os padrões alemães.

Não é demasiado óbvio perceber que o projeto alemão, ou o britânico, ou australiano, ou de vários outros países, têm alguma (ou muita) semelhança com o nosso programa “**Mais Médicos**”. O objetivo é o mesmo: buscar mão de obra estrangeira para suportar as demandas nacionais.

O Brasil conta hoje com menos de um enfermeiro para cada mil habitantes (0,9), sendo que o número mais próxi-



mo do ideal estaria perto de 4 por mil habitantes. De acordo com Estudo da **OECD (Organização e Cooperação para o Desenvolvimento Econômico)**, realizado com 40 países, estamos na segunda pior posição entre os países industrializados, com uma taxa de enfermeiros por habitantes semelhante a da Índia. A oferta de enfermeiros em relação a de médicos, ainda segundo o estudo, coloca o país em último lugar (taxa de 0,5 para cada médico). A Rússia, por exemplo, país com nível de desenvolvimento econômico semelhante ao nosso, possui 8,1 enfermeiros por mil habitantes, e 1,9 enfermeiro para cada médico (Índia e China possuem índices um pouco acima). A taxa mais alta é da Islândia, com 15,3 enfermeiros por mil habitantes.

Para muitos especialistas, as carências nacionais de enfermagem são iguais ou maiores que a dos médicos. *Ilona Kickbusch*, diretora do **Programa de Saúde Global** do **Instituto Universitário de Altos Estudos Internacionais**, em Genebra, ressalta que: *“A questão não é apenas sobre médicos, mas sobre agentes comunitários, enfermeiras e outros profissionais de saúde. Até por que grande parte dos problemas de saúde do Brasil hoje são doenças crônicas, para as quais o tratamento ou prevenção não necessariamente precisam de um médico”*.

O setor de enfermagem no país reclama de muitos problemas: sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, falta de gestão nos hospitais, preconceito por parte da comunidade médica, formação deficiente, péssimas condições de trabalho,

agressões físicas, etc. Como quase todos os nossos problemas de Saúde (públicos e privados), boa parte das deficiências tem origem nos (1) desmazelos gerenciais, (2) nas distorções profissionais e (3) nas deficiências acadêmicas. Para muitos, principalmente as lideranças do setor, milhares de trabalhadores entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, levam as unidades hospitalares “nas costas”, ou seja: são responsáveis por boa parte de tudo o que dá certo nos serviços de saúde. Para outros, trata-se de uma profissão que carece de amplas reformas conceituais, saindo do modelo altruísta (Século XIX) para entrar definitivamente nos modelos de utilitarismo. Possivelmente o meio do caminho deva ser o melhor local para os profissionais do futuro.

Segundo dados coletados em 2010 pelo **COFEN (Conselho Federal de Enfermagem)**, o Brasil possui mais de 1,4 milhões de profissionais de enfermagem, sendo 19,8% na categoria de enfermeiros, 43,18% trabalhando como técnicos em enfermagem, 36,8% como auxiliares de enfermagem e o restante em outras categorias. A maioria é do sexo feminino, entre 26 e 35 anos de idade.

Uma coisa está cada vez mais clara: trata-se de uma profissão que absorve uma enorme carga de estresse. Nesse quadro não são poucos os que abandonam a carreira ao primeiro sinal de uma nova opção profissional. Muitas técnicas, modelos e padrões (ou protocolos) estão sendo aplicados na enfermagem tentando estabelecer melhores condições de trabalho e melhor efetividade de resultados. É o caso do modelo **SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)**, que fornece um quadro para a comunicação entre os membros de uma equipe sobre as condições dos pacientes. Sua metodologia estruturada privilegia a informação crítica e permite uma comunicação mais proativa no corpo de atendimento, contribuindo para um trabalho mais eficaz e menos estressante. Adicione-se a essa malha de dificuldades o brutal desenvolvimento tecnológico ocorrido nos hospitais nas últimas três décadas. O *profissional-enfermeiro* precisa desenvolver novas competências com grande rapidez, e obter proficiência em uma série de vetores que não estavam “combinados em seu ambiente acadêmico”. Novas teorias administrativas, novas aplicações em *Tecnologia de Informação e Comunicação*, novos mecanismos de gestão de pessoas, introdução de indicadores de desempenho nem sempre

fáceis de serem entendidos e atendidos (Acreditação), etc. Poucos hospitais estão estruturados para treinar e reciclar a competência de seus profissionais, a grande maioria deixa que o próprio indivíduo se responsabilize.

Profissionais de enfermagem querem resultados reais. Ambicionam ser mais ouvidos dentro da comunidade médica, dentro dos ambientes que gerenciam a Saúde Pública e, principalmente, querem fazer parte da solução e não só do problema (vide no Brasil a luta histórica pelo Projeto de Lei 2295/2000 que regulamenta a jornada de trabalho em 30 horas).

Essas conquistas são mais difíceis nas longínquas regiões de nosso país, onde as condições *sanitárias-estruturais* são simplórias e o setor público, como ator principal, vive para apagar incêndios e conta com que a enfermagem, sua gloriosa corporação de *bombeiros-altruístas*, resolva boa parte dos problemas. É inegável o caráter altruísta da profissão, mas não seria uma boa perspectiva esperar que só esse perfil humanista resistia aos problemas do setor.

A crise estimula o abandono. E, esse não é um problema só do Brasil. Em Portugal, segundo dados divulgados em 2013 pela *Ordem dos Enfermeiros*, mais de 2.500 profissionais abandonam o país anualmente depois da crise econômica de 2008. O Ministério da Saúde português contabiliza atualmente um déficit de 25 mil profissionais no país.

Brasil tem 0,9 enfermeiro para cada mil habitantes, um quarto do preconizado pela Organização Mundial da Saúde

CINCO RAZÕES DE ABANDONO DA PROFISSÃO

O site *MinorityNurse.com*, uma das maiores plataformas de comunicação da comunidade mundial de enfermagem, publicou em 2011 as *cinco principais razões* pelas quais as pessoas abandonam a profissão. Trata-se de um levantamento que engloba dezenas de países, com características diferentes, sistemas de Saúde singulares e um perfil que vai desde nações desenvolvidas até emergentes. A primeira razão é a chamada “*Short Staffing*”, ou seja, o contingente de profissionais em cada unidade de saúde é sempre inferior ao necessário, causando encastelamento de trabalho aos demais membros.

A segunda razão (“*Too many tasks*”) é o pródigo acúmulo de tarefas e obrigações que recai sobre o profissional. Não só do ponto de vista clínico, mas também administrativo, o enfermeiro sempre recebe uma incumbência adicional de tempos em tempos.

A terceira razão (“*Lack of upward mobility*”) é a conhecida “política de carreira”, ou seja, a falta de visão que o profissional tem de que ele pode ascender, pode melhorar, pode ter mais segurança e estabilidade, pode até mesmo galgar espaços na governança executiva. Guardadas as boas exceções, no Brasil *enfermeiro tem teto*, e

dali não passa. Mesmo que se dedique, estude e amplie seus horizontes técnicos dificilmente consegue ascender.

A quarta razão também é uma velha conhecida (*"Poor management"*): **má gestão**. A governança errada induz a uma gestão errada, que projeta uma operação sobrecarregada e ineficiente. O saldo dessa teia de equívocos gerenciais é um complexo "jogo de empurra" que em geral direciona a culpa à enfermagem. Isso desgasta o bom profissional e o distancia da assertividade. Finalmente a quinta razão que estimula o abandono da profissão é o *"Underpayment"*, ou seja, a baixa remuneração.

Todas essas razões poderiam ser brasileiras, mas são internacionais. Aqui, devido ao acúmulo de descasos com a Saúde, as coisas só pioram de intensidade. O fato é que o país precisa de mais enfermeiros e, que estes sejam

mais encorajados a seguir na profissão. Estima-se que o país tenha um déficit superior a 350 mil profissionais de enfermagem. Ninguém consegue reverter esse quadro de carências e deficiências de maneira rápida. Não será, portanto, surpresa que em breve tenhamos o Estado estabelecendo um programa **"Mais Enfermeiros"**, nos moldes do **"Mais Médicos"**, isto é, importando mão de obra de outras regiões.

Nos hospitais privados, de primeira linha, os profissionais já são dispu-

tados a ouro. Mas fora deles, as carências e a remuneração são desestimulantes. Num país onde o setor de serviços cresceu de maneira impressionante nos últimos anos, qualquer profissão que remunere mais e exija menos é sempre atrativa. Ficam, obviamente, aqueles que amam a profissão, que são abnegados pelas causas humanitárias e que possuem um altruísmo invejável. Mas até que ponto o setor pode crescer somente com esse exército de heróis é a grande dúvida.

Para muitos especialistas, as carências nacionais de enfermagem são iguais ou maiores que a dos médicos. Estima-se que o país tenha um déficit superior a 350 mil profissionais de enfermagem



**FEIRA HOSPITALAR 2014.
PAVILHÃO BRANCO, A 78.
São Paulo, 20 a 23/05/2014.
Visite nosso estande.**

**Atendemos todo BRASIL.
0800.773.6026 ramal: 4625.
Gestor Brasília: (61) 3343-3533.**



Comercializamos:

Monitores multiparamétricos, tela 12", compacto;
Focos led e mesas cirúrgicas; oxímetros diversos;
Camas eletrônicas e manuais; macas, poltronas;
Ventiladores eletrônicos de transporte e UTi;
Bisturis eletrônicos, todos os procedimentos;
Detectores fetais, cortinas hospitalares;
Aspiradores cirúrgicos; acessórios;
Descartáveis específicos; outros.



Ventiladores, aspiradores, desfibriladores, bisturis.
Equipamentos portáteis, fácil transporte, grande eficiência.



PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

QUEM SOU EU?

Um dos grandes debates na conceituação hospitalar é como as instituições se posicionam diante da chamada engenharia vocacional. Ou seja, será que as entidades sabem o porquê e para que existem?



Uma manhã qualquer. Levantamos e ao olhar no espelho nos perguntamos: “*afinal, quem sou eu?*”. Não é só curiosidade, ou sinal de stresse, mas principalmente nossa busca constante para encontrar sentido em muitas das coisas que fazemos, ou que deixamos de fazer. Também não existe uma resposta simples, e desde Freud, passando por Lacan, a resposta passa necessariamente por um tratamento analítico, e, principalmente, pelo interesse que nos anima em responder essa delicada indagação. Todavia, saber quem somos é imperativo para saber *quem podemos ser*.

Um dos grandes debates na conceitualização hospitalar, legado do Século XX, é como as instituições se posicionam diante da chamada engenharia vocacional. Ou seja, será que as entidades *sabem o porquê e para que existem?* Será que está claro para cada hospital a diferença, por exemplo, entre a sua missão humanitária e a sua missão corporativa? Os hospitais sabem por que são o que são? Planejar é um encontro com o espelho, e *planejamento estratégico* é o caminho que podemos trilhar para chegar onde queremos.

Em planejamento, é necessário esse encontro com o “espelho”. Um dia o hospital deve perguntar ao próprio hospital: *Quem sou eu? Posso ser o que sou, ou estou esticando a corda para ser o que os outros querem que eu seja? O que serei amanhã? O que quero ser daqui a cinco ou dez anos? O que o meu paciente é para mim: um cliente, uma causa, um benefício, um problema...? Que parâmetro de relacionamento devo estabelecer com minhas fontes pagadoras: uma visão capitalista, uma relação médica, uma vertical acionista, etc?*

Na psicanálise, essas dúvidas talvez sugerissem uma *crise de identidade*. No

planejamento, elas são um guia. Esse rol de perguntas é o que faz toda a diferença na construção de um *Plano Estratégico*. São as perguntas mandatórias, sendo todas as demais secundárias. Infelizmente, a grande maioria dos hospitais não consegue respondê-las, ou se quer consegue perguntá-las. O resultado é que todas as projeções - núcleo estratégico de um plano - são uma sucessão de equívocos, abstrações e incongruências.

Um hospital ligado a uma cooperativa médica, por exemplo, quase sempre *se percebe* como um braço da cooperativa, podendo até ser deficitário desde que a cooperativa não tenha vermelho em seu balanço. *Certo ou errado?* É imprudente viver com a ideia de que “meu destino está selado”, e que minha geração financeira pode garantir o equilíbrio de meu patrono. No Século XXI isso não tem mais lógica. O resultado será sempre a desgovernança econômica de ambas as partes.

Uma determinada Santa Casa pode *se ver* como um grande centro humanitário em sua comunidade. Sua percepção indica que seu destino é ser um núcleo de coragem e obstinação, que não pode ficar atrelado a resultados econômicos ou práticas capitalistas. Ser um bastião de integridade moral e um norte para a assistência social é a sua missão. *Certo ou errado?* Inegavelmente isso é a mais pura verdade se

analisarmos somente pela *lógica assistencial*, mas na visão *preservacionista* trata-se de um sólido equívoco. Talvez a questão correta para uma Santa Casa seja: *como posso ser mais útil, sendo menos dependente de soluções exógenas? Será que estou condenada a ser eternamente um centro de produção de déficits?* Aliás, parece ser esse o pensamento do *Papa Francisco*, que vem atuando no sentido de dismantlar uma corrente de equívocos financeiros, muitos

Em geral os gestores não aprendem com o erro ou acerto de seu planejamento, mas com o erro de não ter planejamento

deles produzidos sem qualquer pragmatismo gerencial, e que afundam a Igreja num colossal déficit. E vale notar que as Santas Casas no Brasil são um dos gêneros do sistema mais bem gerenciados, um núcleo consagrado de competência e seriedade.

Quem sou eu é a pergunta chave. Depois dela vem: *quem eu quero ser?* Respondidas as duas primeiras, a terceira (“*será que posso ser o que desejo ser?*”) será respondida através do *planejamento estratégico*. É para isso, e somente para isso, que ele existe. Cabe a ele, e dentro dele, estabelecer como e quando é possível chegar lá. O que regula a necessidade do *Plano Estratégico* é o *risco*. À medida que este aumenta, aumenta a necessidade do Plano. Talvez não saibamos o que vai acontecer nos próximos anos no setor hospitalar, mas é difícil imaginar que qualquer coisa que ocorra não esteja banhada em risco.

Todos os que se debruçam anualmente para estudar as estratégias de seus hospitais para o ano seguinte não conseguem se desvencilhar de outra pergunta: *qual Brasil vamos usar como referência?* Em Saúde não existe uma única *pátria amada*, mas muitas. As variáveis do setor são diferentes em cada Estado, e mesmo dentro deles existem enormes oscilações. Assim, quando os planejadores precisam eleger um *cenário* para estudar o comportamento de sua organização, quase sempre operam dentro de uma *banda de erro larga*. O risco não gosta do erro, e a gestão não gosta do risco. Conclusão: quase todos nivelam por cima suas projeções de custeio, e para baixo as estimativas de investimento. Manter-se na defensiva passa a ser uma lei.

A tomada de decisão em Saúde será sempre diferente para cada segmento do mercado hospitalar, e nesse sentido é preciso deixar bem claro em qual segmento o hospital se encontra: *público ou privado, médio ou grande porte, baixa ou média complexidade, por Estados, por Região, por perfil corporativo, por perfil de contratação médica, etc.* O problema não está na identificação de qual é o seu segmento de mercado, supondo que cada um já respondeu a primeira questão (“quem sou eu?”), mas encontrar *informações estatísticas, mercadológicas, oficiais e setoriais* sobre cada segmento. Encontrar dados seguros e regulares no Brasil é uma aventura. Mesmo dados macroeconômicos muitas vezes são incertos. Um determinado ministro da Fazenda, por exemplo, é pródigo em estabelecer projeções equivocadas. Nem mesmo os dados oficiais deixam de ser acusados de conter equívocos.

A falta de informação setorial em Saúde torna o Brasil uma nação em-

pírica. O que vale é a experiência de cada um, em cada momento. Existem poucos dados atualizados. O Estado não os quer, ou não sabe como obtê-los, ou não se interessa em fazê-lo. A iniciativa privada, por outro lado, guardadas as exceções de sempre (ANAHP, FGV, IEE, etc.), ainda que produza relatórios setoriais ocasionais, não tem cacife para manter regularidade e poder de análise.

No fundo, prover *Planejamento Estratégico* em Saúde é uma das mais árduas tarefas de qualquer gestor, embora gerenciar sem ele é avizinhar-se perigosamente do fracasso. Em geral os gestores não aprendem com o erro ou acerto de seu planejamento, mas com o erro de não ter planejamento. Planejar no Brasil é, portanto, um ato de bravura, uma epopeia, um aclave, e não “*a maravilhosa experiência de descobrir caminhos*”, como escreveu Peter Drucker.

Nesse calvário, *plano estratégico* confunde-se com *plano econômico*, ou *plano de marketing*, ou *plano de contas*, e, inúmeras outras práticas que envolvem planejamento, mas que não induzem ou inspiram a corporação (ou instituição) a seguir numa determinada direção. Não uma direção qualquer, mas aquela em que a organização escolheu estar inserida. A direção final, cravada no Plano, tem de ser o *desejo da corporação*. Todas as pontes que devem ser construídas para se chegar ao destino estarão desenhadas nas estratégias do

Planejamento Estratégico não pode ser só uma opção, ou um apoio, mas o leme da embarcação

plano. Não se trata de ir numa direção porque todos para lá caminham, mas de escolher aquela que sua apetência empresarial lhe indica.

Quando isso não é estrategicamente planejado, a improvisação assume o leme, o *tendencialismo* vira mapa cartográfico e as velas nunca estão içadas corretamente *quando* os ventos para lá apontam. Hoje, infelizmente, quase todos dirigem suas ações atentos somente ao retrovisor, tentando fazer certo hoje o que deu errado ontem à tarde. O presente torna-se incerto e o futuro tende a ser uma rota de fuga.

Exemplos dessa cegueira não faltam. Em um dado momento o Estado informa que não há médicos no interior do país, e todos se entreolham como se essa notícia fosse nova, e que alguém, maquiavelicamente, tivesse escondido de nós por décadas! Pois bem, em 2014 continuará faltando médicos nas regiões mais ermas do país, o mesmo em 2015, 2016 e anos à frente. Se muitos enxergam nesse cenário o caos, outros podem identificar nele uma enorme oportunidade. Quem vai estabelecer a diferença é o *plano*.

Outra “batata quente”, que assola quase todos os hospitais, é a *engenharia de processos operacionais*. Hospitais são organismos vivos, latentes, intrinsecamente complexos, que dificilmente conseguem absorver postulados rígidos. Assim, seus processos precisam sempre ser examinados a luz de um conjunto de situações nem sem-

pre claras ou pétreas. O planejamento estratégico não desenha os processos da empresa, nem tampouco zela pelo seu gerenciamento (funções do plano operacional, ou plano de contingências). Mas sem o “*quem sou eu?*”, e o “*para onde quero ir?*”, o desenho do fluxo de processos passa a ser uma missão ordinária, grosseira e circunstancial. O resultado é que os processos ficam de costas para os objetivos da organização, passam a atender somente aos compromissos do passado, e, não poucas vezes, automatizam os erros e as inconformidades. A gerência, perdida, não sabe para onde ir, e ir para qualquer lugar transforma os processos em colcha de retalhos, jogo político e artifícios pouco corporativos. *Planejamento Estratégico* não pode ser só uma opção, ou um apoio, mas o leme da embarcação.

Um exemplo clássico, mas que mostra como muitos hospitais não sabem para onde ir, é o *desenho dos centros de custeio*, ainda atrelados a *volumes e rateios* (grande parte dos hospitais ainda opera no *Volume Based Cost*). Trata-se de um modelo que talvez funcionasse no final do século passado, mas quando os hospitais sabem para onde ir e precisam de instrumentação para manter o prumo, não se aplica mais operar dentro dessa plataforma. Com a crescente adoção tecnológica e a complexidade dos processos produtivos, os *custos indiretos* passaram a solapar os hospitais. Todos sabem do seu perigo, mas têm enormes dificuldades em identificá-los e controlá-los. Nesse sentido torna-se claro a necessidade de aferir com precisão cada atividade da empresa (*ABC - Activity Based Cost*), identificando sua malha de custos indiretos e produzindo indi-

cadores de desempenho que podem facilitar a gestão e colocar a organização dentro de um rumo estratégico. *Mas qual é o rumo estratégico?* É aquele fartamente estabelecido no *Plano Estratégico*. Mas, claro, se este não foi feito, ou se foi feito somente a luz das análises contábeis, o rumo estratégico não existe. Talvez o hospital tenha até uma *estratégia de rumo*, mas sem uma direção comprometida, pode-se rumar rapidamente para baixo pensando estar subindo.

Indicadores de desempenho e ferramentas de *Business Intelligence* são o ponto de inflexão para a moderna gestão hospitalar. Mas, pouca ou nenhuma serventia têm se a organização não sabe para onde ir, por que ir e, principalmente, como e quando quer chegar. Mais do que indicadores, hospitais precisam hoje de indicações, setas e direção. “*Quem sou eu?*” pode ser a primeira pergunta para uma grande virada, ou pode ser a última quando a colisão com o fracasso é inevitável.





COMO CHEGAR À VISÃO CORPORATIVA

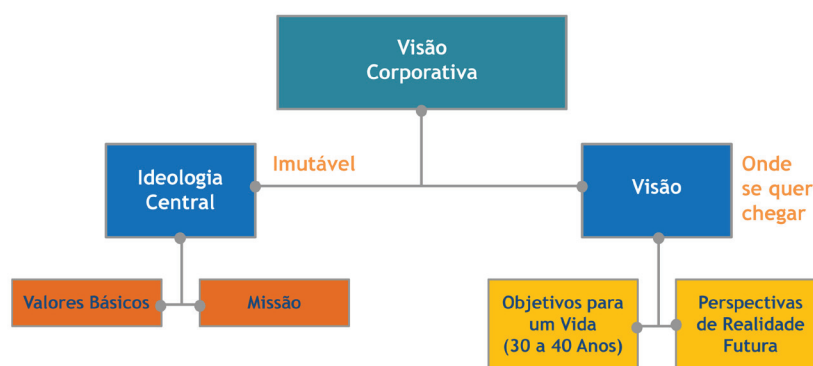
Declaração de Visão é a direção que a empresa se propõe a seguir.
Mais do que isso, trata-se de um mostruário do que a empresa deseja ser

Peter Drucker (1909 – 2005) foi escritor, professor, consultor administrativo e é considerado o pai da administração moderna. Ele sugere começar um processo de Planejamento Estratégico buscando resposta às seguintes perguntas: “*Quem somos nós?*”; “*Onde estamos?*”; “*Onde queremos ir?*”; e “*Para onde o ambiente externo nos empurra se não fizermos nada?*”

Essas indagações exigem muita reflexão, mas um bom começo para responder a questão “*quem sou eu?*” pode ser a identificação da **Visão** e da **Missão** da empresa. Trata-se de um dos mais críticos e importantes passos para se chegar a boas respostas. Nenhum planejamento pode ser considerado sério se as empresas não têm claramente definidas a sua *visão* e a sua *missão*. Em geral poucos percebem a importância dessa fase do planejamento, e utilizam suas definições somente como marketing ou como um desejo mais emocional que racional.

Visão pode ser definida como a *percepção* que a empresa tem das necessidades do mercado e os modos e meios pelos quais ela pode satisfazê-las. Trata-se de um conjunto de *intuições* e *competências* que juntas permitem ao empreendedor se sentir preparado para alcançar as demandas do mercado. O conceito surgiu nas décadas 50 e 60 numa derivação das definições de *administração por objetivos*. Segundo **Warren Bennis**, professor da *University of Southern California*: “uma visão tem uma parte racional (produto de análise) e outra parte emocional (produto de imaginação, intuição e valores)”. Assim, a **visão corporativa** é composta por uma *ideologia central*, mais conhecida por “*yin*” (imutável) e pela *visão*, também denominada de “*yang*” (aonde se quer chegar).

A **ideologia central** não depende de produtos, mercados ou quaisquer outras mudanças, mas da resposta a “*quem sou eu?*”. Ela se subdivide em (1) **Valores Organizacionais** e (2) **Missão**. Os **valores organizacionais** são princípios de orientação perenes e essenciais. São intrínsecos e importantes somente para os componentes da organização. A empresa decide por si só seus valores e eles não devem mudar para reagir a efeitos externos (crises, por exemplo), e **Missão** é a razão de ser da empresa.



Declaração de Visão é a direção que a empresa se propõe a seguir. Mais do que isso, trata-se de um mostruário do que a empresa deseja ser. Ela deve refletir as suas aspirações e as suas crenças. Comumente quem lê a declaração de visão de uma empresa deve poder

interpretar a corporação como uma “pessoa”, alguém que eles gostam, confiam, acreditam e sabem para onde vai. Existem muitas formas, regras, *guidelines* para se chegar à **Declaração de Visão** da corporação. De modo geral, o processo consiste em selecionar um grupo de funcionários dedicados, pertencente a vários níveis da empresa, que junto com os acionistas se reúnem e chegam a um consenso sobre a matriz conceitual da empresa. Se a empresa é nova, normalmente o processo é feito somente pelos acionistas.

O grupo deve identificar os valores da companhia, ou seja, o conjunto de *crenças* e *princípios* que orientam as suas atividades. Deve haver espaço para que as pessoas se manifestem livremente, que ponderem suas sensações, seus sentimentos e os desca-

O processo consiste em selecionar um grupo de funcionários dedicados, pertencente a vários níveis da empresa, que junto com os acionistas se reúnem e chegam a um consenso sobre a matriz conceitual da empresa



minhos da empresa (se o empreendimento for novo, caberá tão somente identificar os “destinos” imutáveis que a empresa se propõe a seguir). Os resultados alcançados devem ser filtrados (eliminar as fantasias futuristas e os arroubos sentimentais) e traduzidos de forma simples, significando a direção correta e verdadeira da empresa.

Alguns aspectos sempre são importantes na *Declaração de Visão*: (1) ela deve ser desafiadora, sem ser cabotina; (2) deve ser diferenciada, sem ser inatingível; e (3) deve ser sintética,

clara e acima de tudo crível. Como exemplo, sempre é bom lembrar a *Declaração de Visão* da **Apple Computer**: “Mudar o mundo através da tecnologia”.

No que se refere à *Missão Corporativa*, o processo deve ser mais tangível. A *Missão* da empresa deve refletir a sua *razão de ser*, o *seu propósito* e o que ela *se propõe a fazer*. Trata-se de definir o seu negócio, para quem ele se destina e como a empresa pretende com ele alcançar a sua *Visão*. Um bom exemplo de *Missão* pode ser a dos **Elevadores Otis**, empresa líder

mundial no setor: “*Nossa missão é oferecer a todos os clientes um meio de locomoção a pequenas distâncias, para pessoas e cargas, com um grau de confiança superior aos produtos oferecidos por empresas semelhantes no mundo inteiro*”.

No *planejamento estratégico* a boa intuição, a criatividade e uma exigente análise das realidades devem trabalhar juntas. Elas são indissociáveis. Um bom planejamento exige visionar com ambição, não limitado ao possível. Mas também exige a ousadia de sonhar quando for prudente e acordar quando necessário.



Soluções estratégicas para a geração e tratamento de gases.

Oxigênio
Nitrogênio
Vácuo
Ar Comprimido



Empresa

Sobre a Fulltec

Fulltec é uma empresa especializada em fornecer soluções estratégicas através do desenvolvimento, construção e manutenção de usinas concentradoras de gases, fonte alternativa e econômica para os processos e aplicações que necessitam de oxigênio e nitrogênio.

Empresa formada por profissionais que atuam há mais de 12 anos no seguimento, tendo como referencial a participação direta em mais de 300 projetos concluídos no Brasil e exterior.

Nossas atividades oferecem uma linha completa de produtos e serviços desenvolvidos ao longo dos anos, os quais proporcionam recursos essenciais para a conquista da autonomia e economia através da produção própria de gases.

Priorizando a qualidade e a segurança, nossos produtos e serviços são desenvolvidos conforme a necessidade de cada aplicação e executados de acordo com as normas vigentes.

Empregando o conceito de longevidade funcional e a minimização do uso de recursos com as manutenções de rotina, ofereceremos equipamentos competitivos que agregam modernidade e alta eficiência.

Equipamentos & Serviços

- ❖ Usina geradora de oxigênio e nitrogênio;
- ❖ Concentrador de oxigênio portátil;
- ❖ Central tratamento ar medicinal / industrial;
- ❖ Sistema geração de vácuo;
- ❖ Secador de ar (refrigeração / adsorção);
- ❖ Compressor (pistão / parafuso);
- ❖ Filtros (coalescente / bacteriológico);
- ❖ Analisador de gases;
- ❖ Reservatórios / separadores de condensado;
- ❖ Sistema de monitoramento e gerenciamento remoto;
- ❖ Sistema de monitoramento e gerenciamento remoto;
- ❖ Redes para gases.

Oferecemos suporte especializado para atender todas as marcas e modelos de equipamentos nacionais e importados:

- ❖ Instalação e treinamento;
- ❖ Manutenção preventiva e corretiva;
- ❖ Modernização, ampliação (upgrade);
- ❖ Suporte assistencial.



Nosso compromisso é superar as expectativas dos nossos fornecedores, representantes e clientes oferecendo produtos e serviços com qualidade.

Nossas soluções são desenvolvidas visando a autonomia e a redução dos custos nos diferentes setores da economia, buscando promover a competitividade, lucratividade e o desenvolvimento sustentável.

Entre em contato com a Fulltec e esclareça suas dúvidas ou solicite informações sobre nossos produtos e serviços.

www.fulltecgas.com.br
info@fulltecgas.com.br
vendas@fulltecgas.com.br

+55 41 3298 2096
+55 41 9732 8404

Curitiba - Paraná - Brasil

ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA



Como otimizar os recursos financeiros sem comprometer a eficácia do tratamento?

Fale com um consultor de
vendas da EMS Hospitalar.

divisao.hospitalar@ems.com.br

0800 191 222



hospitalar

DADOS DO SETOR

SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL CADASTRADOS NO MS

MUNICIPAIS	69.860
ESTADUAIS	3.277
FEDERAIS	534
PRIVADOS	190.960

TOTAL DE PÚBLICOS: 73.671

TOTAL DE PRIVADOS: 190.960

TOTAL GERAL: 264.631

FONTE: CNES - Janeiro/14

HOSPITAIS DO BRASIL

MUNICIPAIS	21%
ESTADUAIS	8%
FEDERAIS	1%
PRIVADOS	70%

TOTAL: 6.793

FONTE: CNES - Janeiro/14

LEITOS HOSPITALARES NO BRASIL

	SUS	NÃO SUS	TOTAL
CIRURGIA	75.519	42.010	117.529
CLINICA GERAL	84.444	32.540	116.984
PSIQUIATRIA	32.854	10.531	43.385
PEDIATRIA	45.426	11.568	56.994
OBSTETRÍCIA	42.739	14.303	57.042
OUTROS	66.749	45.447	112.196
TOTAL	347.731	156.399	504.130

FONTE: CNES - Janeiro/14

As entidades que compõem a cadeia produtiva de saúde atualizaram seus dados referentes ao setor. Acompanhe as estatísticas mais recentes, relacionadas a janeiro de 2014.

SERVIÇOS COMPLEMENTARES NO BRASIL		
RADIOLOGIA		26.781
LABORATÓRIOS ANÁLISES / PATOLOGIA CLÍNICA		19.722
FISIOTERAPIA		19.500
ULTRASSONOGRAFIA		14.620
ENDOSCOPIA		5.992
HEMOTERAPIA		4.275
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		3.367
TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA		1.705
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		1.844
MEDICINA NUCLEAR		830
HEMODINÂMICA		743
FONTE: CNES - Janeiro/14		
NÚMEROS DE EQUIPAMENTOS		
EQUIPAMENTOS	EXISTENTES	EM USO
DIAGN. POR IMAGEM	115.022	110.626
INFRA - ESTRUTURA	74.269	71.948
MANUTENÇÃO DA VIDA	531.186	506.813
POR MÉTODOS GRÁFICOS	40.014	37.462
POR MÉTODOS ÓPTICOS	44.379	40.821
OUTROS	552.918	528.303
TOTAL	1.357.788	1.295.973
FONTE: CNES - Janeiro/14		

SISTEMA SUPLEMENTAR	
OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS	
DISTRIBUIÇÃO REGIONAL	
<i>Referência: setembro 2013</i>	
NORTE	44
NORDESTE	195
CENTRO-OESTE	101
SUDESTE	921
SUL	226
TOTAL: 1.487	
FONTE: ANS - Janeiro/14	
UNIDADES DE ENSINO NO BRASIL	
FACULDADES DE MEDICINA	194
FACULDADES DE ENFERMAGEM	767
ADM. SERV. SAÚDE / HOSPITALAR	7
GESTÃO SERV. SAÚDE / HOSPITALAR	249
FONTE: MEC - Janeiro/14	
PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE CADASTRADOS NO CNES	
AG. COMUNITÁRIO	283.288
AUX. ENFERMAGEM	290.255
CIRURGIÃO DENTISTA	140.809
ENFERMEIRO	186.729
FISIOTERAPEUTA	59.723
TÉC. ENFERMAGEM	311.406
OUTROS	1.226.448
TOTAL	2.498.658
FONTE: CNES - Janeiro/14	
MÉDICOS ATIVOS NO BRASIL POR REGIÃO	
NORTE	18.355
NORDESTE	72.319
CENTRO-OESTE	32.407
SUDESTE	228.751
SUL	62.063
TOTAL: 413.895	
FONTE: CFM - Janeiro/14	



O AVANÇO DA MEDICINA DIAGNÓSTICA

A ilimitação define hoje a Medicina Laboratorial-Diagnóstica. Quanto mais avançamos neste setor, mais temos a certeza que é só o início. A trajetória da ciência médica no Século XXI terá uma inequívoca locomotiva: a investigação diagnóstica.

Os sistemas de Saúde cada vez mais se rendem à *indústria do diagnóstico*, transformando as Cadeias de Assistência à Saúde, reagrupando a importância de seus players e fazendo até desaparecer alguns deles, que demoram em se adaptar a velocidade das transformações. Um exemplo desta megatendência pode ser verificado no crescente debate sobre a **Incidentaloma** (lesões descobertas “acidentalmente” durante exames de Tomografia Computadorizada).

Com o desenvolvimento tecnológico dos equipamentos de imagem, há uma grande preocupação sobre qual o melhor comportamento médico diante da descoberta (em exames de rotina), de uma ou mais lesões, em geral benignas, que podem desencadear procedimentos preventivos ou curativos. Certamente que a comunidade médica vê com bons olhos a identificação de qualquer sinal de possíveis problemas futuros para o paciente. Mas o debate caminha na direção das (1) consequências no custeio do Sistema de Saúde, na (2) pertinência da comunicação aos pacientes dessas pequenas lesões, que geram ansiedade e estresse (com risco de desenvolver outros problemas mais graves), até chegar (3) a responsabilidade do médico na avaliação sobre o que deve ou não ser considerado na *incidentaloma*.

Não é uma discussão simples ou rápida, mas seguramente é crescente. Em 2013, o *“Journal of the American Medical Association”* publicou um conjunto de sugestões de especialistas do **National Cancer Institute (NCI)**, recomendando algumas mudanças na forma de detectar e tratar tumores. A mais marcante sugestão refere-se à eliminação da palavra “câncer” de alguns diagnósticos. A proposta dos especialistas seria rebatizar a palavra carcinoma de modo a gerar menos pânico nos pacientes. O grupo raciocinou que como os exames ficaram muito mais sensíveis nos últimos

anos, aumentou enormemente as chances dos incidentalomas. Segundo o grupo de especialistas, as lesões encontradas em exames de mama, próstata, tireoide e pulmão não deveriam ser mais denominadas como câncer, mas de IDLE (*indolent lesions of epithelial origin*), algo como *lesões indolentes de origem epitelial*. Após a publicação das sugestões a controvérsia foi turbinada. *O que motivou esse pedido de mudança semântica?* Segundo eles, centenas de milhares de pessoas poderiam estar se submetendo a procedimentos para tratar de lesões pré-malignas (muitas vezes desnecessários e arriscados), ou tumores de crescimento tão lento que podem nunca causar dano.

O debate é acalorado e crescente por um motivo muito simples: *a medicina diagnóstica está bombando!* A precisão e o alcance dos exames ampliam os horizontes médicos a cada dia. A força do setor pode ser medida, por exemplo, pelos avanços na chamada **medicina da longevidade**, que é lastreada em testes de laboratório que se propõem a determinar a idade biológica do paciente, avaliando a necessidade de substituição hormonal. Nessa direção, a Medicina Laboratorial de vários países desenvolve os chamados **diagnostic-services-frames**. Trata-se de conjunto de testes, pré-projetados para determinadas situações médicas, e ofertados às Clínicas Médicas (portanto só a médicos e não a consumidores finais). Na geriatria os frames podem fornecer “pistas” sobre a longevidade dos pacientes. Analisam o *sistema gastrointestinal* (avaliando suas funções, a integridade da parede intestinal, o intestino delgado, a presença de leveduras, etc.),

Os avanços não estão somente no lado científico. Na circulação e disponibilização das informações há crescentes e poderosas transformações.

e depois analisam o sistema nutricional (no qual é feita análise mineral, análise de aminoácidos, análise de ácidos graxos essenciais, vitamina antioxidante, etc.). O Laboratório faz uma extensa bateria de exames, mas ao final o médico sai com um quadro denso para “rejuvenescer” o paciente. O mesmo tipo de *package* já existe para as Clínicas Endocrinológicas (obesidade, por exemplo). A partir dessa análise, medicamentos diversos e outros procedimentos (injeções de botox, por exemplo) são usados para (teoricamente) retardar o processo de envelhecimento (segundo a revista *Business Week*, estima-se que a indústria “antienvelhecimento” seja de 56 bilhões de dólares anuais).

Não faltam estudos ao redor do mundo que permitam pensar que com um simples exame de sangue poderemos descobrir se um determinado paciente pode desenvolver um Alzheimer, ou um tipo específico de câncer, ou patologias do coração. Exames que envolvem material genético, como o DNA e o RNA, representam uma revolução na medicina diagnóstica. O instituto sul-coreano **Genomictree**, por exemplo, desenvolveu um método de análise feito através de amostras de sangue que é capaz de detectar o *câncer colorretal* com uma precisão de 87%. Embora as pesquisas do instituto continuem, o anúncio já foi tratado com grande impacto no mercado, já que se aprovado o teste será uma alternativa bem favorável aos desconfortáveis exames de colonoscopia.

A *Universidade Johns Hopkins* (EUA), por outro lado, afirmou recentemente que em breve um exame será capaz de evidenciar se

um determinado tumor avançou ou regrediu após o tratamento. Trata-se de outra revolução, principalmente para a chamada **medicina personalizada**. A possibilidade de se obter uma resposta terapêutica aos medicamentos e procedimentos que um paciente está sendo submetido é música para os ouvidos até dos mais céticos. Seria como saber com boa precisão qual a dose certa de medicamento que o paciente deve receber em função do seu biotipo (e não só baseado em estudos científicos horizontais). Outra pesquisa, da **Universidade de Maryland** (EUA), avalia o nível de Tropoina no sangue, ou seja, um marcador do processo biológico capaz de identificar a morte celular. Essa possibilidade colocaria excelentes níveis de prevenção aos ataques cardíacos em indivíduos com idade superior a 65 anos. A mesma **Johns Hopkins**, em um novo estudo, mostrou que o exame que reduziu drasticamente a taxa de câncer cervical pode ser usado agora para outras doenças ginecológicas (na amostra de fluido cervical, os patologistas conseguem encontrar mutações dos genes que se alteram com mais frequência nos cânceres de ovário e endométrio). Na Itália, uma pesquisa mostrou que será possível com um simples exame do hálito identificar corretamente, em mais de 75% dos casos, pacientes com câncer de cólon. Sem falar que em 2014 uma companhia norte-americana (*Proteus Digital Health*) promete colocar no mercado o tão falado **ingestible sensor**. Trata-se de sensores minúsculos que serão ingeridos pelo paciente. O ácido do estômago ativa o sensor, que transmite os dados para um *patch disposable* (adesivo de pele descartável) que, por sua vez, envia as informações para um aplicativo de celular, podendo o mesmo ser acessado pelo médico (ou por familiares).

Os avanços não estão somente no lado científico. Na circulação e disponibilização das informações há crescentes e poderosas



Estudo divulgado pela IBM projeta que em meia década sistemas cognitivos baseados em nuvem poderão tornar a chamada medicina personalizada disponível em uma escala e velocidade nunca antes possível.

transformações: *laboratórios de diagnóstico* contam cada vez mais com a **computação em nuvem**. Estudo divulgado pela **IBM** em 2013 (*"IBM 5 in 5"*), que analisa as inovações para os próximos cinco anos, projeta que em meia década sistemas cognitivos baseados em nuvem poderão tornar a chamada *medicina personalizada* disponível em uma escala e velocidade nunca antes possível. O computador **Watson** (IBM), uma gigantesca máquina com enorme capacidade de processamento, está sendo usado junto com o *Sloan-Kettering Cancer Center Memorial*, em Nova York,

para melhorar a capacidade de diagnóstico. Há dois anos, a IBM anunciou que o **Watson** havia "aprendido" a mesma quantidade de conhecimento que um aluno médio do segundo ano de medicina. Em 2012, a empresa, o *Sloan-Kettering* e a *Wellpoint* (empresas privadas especializadas em análise de informações) gastaram milhões de dólares para que sua máquina aprendesse a acumulasse enormes massas de dados médicos relativos à oncologia (apenas em tumores de pulmão, próstata e câncer de mama). **Watson** "engoliu" mais de 600 mil peças de evidência médica, mais

de dois milhões de páginas de publicações médicas, e ainda armazenou/pesquisou 1,5 milhão de registros de pacientes. Objetivo: ampliar sobremaneira o conhecimento médico, de modo a apoiar decisões clínicas, cuja massa de *dados evidenciais* nenhum ser humano teria condições de acumular. De acordo com o *Sloan-Kettering*, apenas 20% do conhecimento que os médicos utilizam para diagnosticar pacientes depende de provas com base no julgamento. O médico levaria pelo menos 160 horas de leitura semanal apenas para manter-se atualizado com os novos conhecimentos médicos que são publicados. Segundo o consórcio do projeto *Watson*, em testes, a sua taxa de diagnóstico de sucesso para câncer de pulmão é de 90%, em comparação com os 50% de diagnósticos feitos por médicos. O serviço deverá ser comercializado e disponibilizado em *nuvem*. Isto é, estamos apenas no começo da revolução em que homens e máquinas vão produzir diagnósticos em escala, com precisão e segurança. Mas o setor também tem desafios. No lado comercial, cresce de forma exponencial a indústria de diagnóstico *self service*. É crescente a quantidade de *medical devices*, *kits de autoanálise*, dispositivos modulares para *testes bioquímicos* (que podem ficar no próprio consultório, na mesa do médico) e uma dezena de opções para diagnósticos rápidos e que independem do Laboratório de Patologia ou Imageologia. Se essas opções podem ser um dreno para o setor, podem também ser uma oportunidade. Nos EUA, é possível ligar para o Laboratório de preferência e solicitar, por exemplo, um *NeuroAdrenal Basic Profile Neuroscience Kit*, que nada mais é do que um teste urina e saliva, no qual o paciente faz a coleta, envia por sedex ao laboratório e recebe um laudo por email identificando evidências (ou “pistas”) de seu *nível de estresse*. Sem passar por médicos, consultas, Planos de Saúde, etc. A pergunta em questão é, no Brasil,

o quanto os Sistemas de Saúde (público e privado) estão interessados em *empoderar* o paciente, fazendo com que ele aprenda e estimule o autocuidado. Ao setor de Medicina Laboratorial também cabe uma pergunta: *estarei dentro ou fora desse novo jogo, em que pacientes são mais suficientes e médicos menos intolerantes?*

Uma opção para participar do jogo é o chamado *“deslocamento do Lab para dentro da casa do paciente”*. Por exemplo: identificar com precisão uma apneia do sono carece, em geral, dos pacientes passarem uma ou mais noites em clínicas especiais (clínicas do sono). Já existem exames caseiros (dispositivo de pulso, ligados a três sensores instalados no (1) peito, (2) em um dos dedos e (3) debaixo do nariz), mas a comunidade médica é cética quanto aos resultados. Todavia, pesquisa publicada em 2012 pela *American Academy of Sleep Medicine*, através de sua publicação *“Sleep”*, mostrou que os resultados dos exames domésticos são tão precisos quanto aqueles realizados em laboratório. A precisão nos casos da apneia de moderada a grave é boa, mas existem dificuldades de identificar os casos mais leves. Nos EUA, Canadá, França e outros países, o *deslocamento* está sendo a melhor saída. Muitos laboratórios já estão fornecendo esse tipo de avaliação na própria residência do paciente, zelando pela precisão dos resultados. Um profissional de enfermagem se dirige ao local (quantas vezes for necessário), instala e orienta os dispositivos e encaminha os resultados à central, que emite um laudo. Esse procedimento obtém melhor aprovação da comunidade médica e traz mais conforto e segurança ao paciente. Mesmo no Brasil já é comum ver Laboratórios de Imagem realizar Ultrassonografia pré-natal na residência da gestante. Mais do que coletar amostras, as empresas estão se aperfeiçoando para assessorar os pacientes em seu autocuidado.

A MULTI HOSPITALAR FOI CONSTITUÍDA EM JANEIRO DE 2009, COM O OBJETIVO DE PRESTAR SERVIÇOS ESPECIALIZADOS AO SEGMENTO DA SAÚDE (HOSPITAIS E CLÍNICAS MÉDICAS).

A TRAJETÓRIA DA MULTI HOSPITALAR, REFLETE SEUS VALORES E MOTIVA NA BUSCA DIÁRIA DE NOVOS CONHECIMENTOS E LIDERANÇAS; COM O INTUITO DE SE FIRMAR COM CORAGEM, ÉTICA, TRANSPARÊNCIA E PROFISSIONALISMO A SERVIÇO DO PRÓXIMO.

O FOCO DO NOSSO TRABALHO É ASSUMIR DE FORMA ABRANGENTE A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ADMINISTRAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES, ATRAVÉS DE UM MODELO INTEGRADO E PARTICIPATIVO PROMOVEDO SOLUÇÕES.

NOSSO OBJETIVO É DE ANALISAR, PLANEJAR E ASSESSORAR QUANDO DA IMPLANTAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE, EMPREGANDO INOVADORAS FERRAMENTAS E TECNOLOGIAS GERENCIAIS, EM ESPECIAL DA QUALIDADE, A FIM DE ASSEGURAR OS COMPROMISSOS INSTITUCIONAIS E A LUCRATIVIDADE DE CADA ORGANIZAÇÃO.

www.
multihospitalar
.com.br



Cel.: (32) 9141-4203
contato@multihospitalar.com.br

No lado comercial, cresce de forma exponencial a indústria de diagnóstico self service. Outra opção é o chamado deslocamento do Laboratório para dentro da casa do paciente.

Na mesma direção está a criação dos chamados *services-frames*, ou seja, projetar e ofertar um conjunto de testes para determinadas “situações clínicas”. Podem ser orientados à prevenção, a determinados procedimentos terapêuticos ou para demandas circunstanciais. *Obesidade* é sempre um bom exemplo. O Brasil (e o mundo) luta para reverter o gravíssimo quadro sistêmico da obesidade. Em 2013, a *Associação Médica Americana* finalmente reconheceu que a obesidade é uma doença, e não apenas um fator de risco para outras doenças. Mais que isso, reconheceu que é uma doença **verificável**. Condições de saúde relacionadas à obesidade custam aos EUA, por exemplo, mais de 150 bilhões de dólares anuais, e deixam um rastro ao redor de 300 mil óbitos prematuros a cada ano (se nada for feito, estima-se que até 2040 metade dos americanos será obesa – hoje, um terço já é). Em outras palavras: se é problema de Saúde pública, pode ser uma oportunidade para a Medicina Laboratorial. **Os packages para diagnóstico e controle de obesidade**, orientados às Clínicas Médicas (aos médicos e não aos usuários finais), se multiplicam em vários países.

A incorporação tecnológica também trará benefícios adicionais às empresas de Medicina Diagnóstica no Brasil. A partir de 2014, pacientes com plano de saúde serão beneficiados pela ampliação do rol de coberturas anunciada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entre os novos procedimentos previstos, destaca-se a extensão do **PET/CT** para outras formas de neoplasia, propiciando a identificação precoce e um tratamento mais eficaz contra a doença (até então, somente pacientes com câncer colorretal, linfomas e alguns



casos de lesão pulmonar têm acesso ao PET/CT pelos planos de saúde).

Na *gestão* do ambiente de produção laboratorial quase todas as tendências são *turbinadas ou alavancadas pelas Tecnologias de Informação e Comunicação*. **Padronização** e utilização de práticas consagradas que posam desobstruir o fluxo de trabalho continuam a ser um desafio. Não à toa, as empresas que passam por processos de *Acreditação* (e se mantêm nele) conseguem obter bons resultados em sua engenharia de processos. Logo após a (1) padronização vem o não menos importante desafio da (2) **automa-tização**. Esses são os dois eixos condutores para a redução de erros, controle do encarecimento dos processos e para o incremento de competitividade. Todos os dias aparecem novos e sofisticados **Sistemas de Informação Laboratorial** (LIS) que permitem o monito-

ramento constante dos processos, alertando sobre qualquer aspecto que possa comprometer os testes. Essas ferramentas, cada vez mais inteligentes, são capazes hoje de propor novos processos, novos procedimentos ou mesmo novos formatos gerenciais que tornam a operação mais eficiente. Em países como Alemanha, EUA, França e Reino Unido o problema não é mais *identificar* o erro no processo, mas *quantificar o seu custo*. No Brasil, várias empresas de Medicina Laboratorial já o fazem, mas a maioria ainda “duplica trabalho imaginando estar só duplicando a segurança”. Nem sempre é assim. Medir, quantificar e avaliar é a única saída para ser competitivo. Como lembra a velha máxima do pioneiro *Dr. H. James Harrison*: “Se você não pode medir, não pode compreender. Se não pode compreender, não pode controlar. Se não pode controlar, não pode melhorar”.

COMPLEXO HOSPITALAR
EDMUNDO



COMPLEXO HOSPITALAR EDMUNDO VASCONCELOS



Medicina completa que valoriza a vida.

O Complexo Hospitalar Edmund Vasconcelos completará 65 anos e se diferencia por conter um Centro Médico de Especialidades, Unidade de Medicina Diagnóstica e importantes áreas de Terapia Intensiva, além de contar com uma equipe multidisciplinar de alto desempenho e corpo clínico capacitado para atender em mais de 50 especialidades. Oferece um ambiente que se destaca pela arquitetura e infraestrutura diferenciadas, acolhimento no atendimento, hotelaria de alto padrão e tecnologia de ponta e inovadora.

Já conquistou importantes selos e prêmios como o “100 Melhores Empresas para Trabalhar GPTW - Brasil”, conquistado pelo terceiro ano consecutivo, o “35 Melhores Empresas para Trabalhar GPTW - Saúde”, o *ranking* dos “Melhores Hospitais da América Latina”, publicado pela Revista América Economia, e a importante renovação de sua Acreditação Hospitalar Nível 3 - Excelência em Gestão (ONA).

Rua Borges Lagoa, 1.450 - Vila Clementino
São Paulo - SP - PABX: (11) 5080-4000

hospitalmundovasconcelos.com.br



/ComplexoHospitalarEV



/Hospital_EV



/HospitalEV

Responsável técnico: Dr. Antoninho Sanfins Arnoni - CRM: 16.071

GRANDES EVENTOS

O desafio da emergência em massa



Em junho de 2014 desembarcará no Brasil uma legião com mais de meio milhão de turistas estrangeiros. Some-se a ela mais dois milhões de brasileiros que se deslocarão pelo país para assistir aos jogos da Copa do Mundo. Duas centenas de nações estarão aqui representadas, sendo que em um único mês o país receberá 16% de todos os turistas que nos visitaram durante todo o ano de 2012.

A essa altura é irrelevante saber se o país estará preparado para receber essa massa de turistas: a infraestrutura será a disponível, os estádios serão praças de emoção – ainda que semiacabados –, e a logística de mobilidade estará longe dos planos originais. O fato é que o país vai parar e a bola vai rolar. Megaeventos, como a Copa do Mundo, são caracterizados pelo grande fluxo de pessoas, aglomerações inéditas e inúmeros problemas sanitários. Mesmo sem incidentes graves, existe um acúmulo na carga de trabalho do atendimento hospitalar (principalmente na emergência), devido a inúmeras situações como brigas, tumultos, abusos no álcool, acidentes de trânsito, intoxicação alimentar, etc. De repente, diante de um desastre não previsto, um hospital situado no raio de alcance de um grande estádio pode ser obrigado a atender centenas ou milhares de casos emergenciais. O que fazer? Como se preparar para essas ocasiões?

Manifestações de massa apresentam complexos desafios para os organizadores, seja ele o Estado, uma entidade ou mesmo organizações privadas. No caso da Copa do Mundo de Futebol ou das Olimpíadas de 2016, no Rio de Janeiro, existe um problema adicional: cuidar de indivíduos de dezenas de países desconhecidos, com culturas singulares, idiomas diferentes, sem qualquer informação sobre seus históricos clínicos e, quase sempre, em situações de emergência. Nessa dimensão, trata-se de um desafio inédito para o país.

A descrição do médico Sushrut Jangi para o *The New England Journal of Medicine* sobre o que ocorreu no atentado a bomba na Maratona de Boston (abril de 2013), quando ele estava atuando na tenda de apoio aos maratonistas, mostra um pouco do labirinto que médicos e instituições de Saúde podem passar nesses momentos de aflição. Dr. Jangi assessorava alguns corredores com problemas de desidratação e vômito (normais nesse tipo de competição) quando ouviu uma forte explosão, seguida de outra de igual intensidade. Imediatamente instalou-se o pânico (talvez pavor seja a palavra mais correta). Nas palavras dele:

“De repente houve uma enorme explosão. Meus ouvidos sentiram um forte zumbido... Todos na tenda pararam e olharam para cima. Uma mulher desidratada agarrou meu pulso. ‘O que foi isso?’, disse ela chorando. ‘Não vá!’, suplicou. Não mexi. John Andersen, coordenador médico local, pegou o microfone e ordenou: ‘Todo mundo com seus pacientes, mantenham a calma’. Senti um forte cheiro de fumaça – com cheiro de enxofre – e ouvi a segunda explosão, mais longe, mas não menos assustadora. Apesar do pedido da paciente, saí pela parte da tenda e vi uma multidão correndo através de uma nuvem de fumaça ao redor da linha de chegada. ‘Há bombas!’, sussurrou alguém ao meu lado. Minhas mãos começaram a tremer. Fiquei do lado de fora e chamei minha família... Quase fugi pensando que poderia haver mais bombas nas proximidades...

Quando reentrei na tenda, ouvi novamente a voz de Andersen: ‘Todas as equipes médicas devem ficar com seus pacientes’,

era sua instrução direta e controlada... A paciente desidratada já tinha desaparecido. Minha colega Jennifer Schwartz estava aflita à procura de seu estetoscópio. Uma enfermeira localizada ao pé de uma maca começou a chorar copiosamente.

Pierre Rouzier, um médico de família experiente, que passara toda a sua carreira fazendo triagem, dizia não saber aonde ir ou o que fazer... Outra enfermeira berrou que os paramédicos já tinham se dirigido ao local da explosão. ‘Eles já estavam correndo para lá antes mesmo que eu pudesse piscar’, disse ela. Outros médicos foram atrás... Rouzier enviou mensagem à esposa: ‘Eu não quero morrer, mas há pessoas lá fora’... No local da primeira explosão, ele viu corpos empilhados, uns em cima de outros... não se podia distinguir as vítimas.. Paramédicos, médicos, enfermeiros e até pessoas estranhas caíam de joelhos ajudando aos feridos ao mesmo tempo em que esperavam uma nova explosão... Fui para o local e tirei meu cinto para enrolá-lo na primeira perna que apareceu...

Rouzier não sabia a melhor forma de ajudar. Quando viu uma mulher com uma tibia aberta e fratura de fíbula, imediatamente criou uma tala com um cartaz da rua e duas ripas de madeira que estavam numa barreira de cerca. A mulher o segurou-o pelo braço e gritou: ‘Eu vou morrer aqui, e ninguém vai saber quem eu sou’. Rouzier segurou sua mão e disse: ‘Você não vai morrer’.

Mais tarde Rouzier disse-se que não conseguia se lembrar do ferimento, ou mesmo das pessoas, acreditando que suas reações tinham sido mecânicas, sem compaixão. ‘Eu não quis olhar ninguém nos olhos’,

Eventos de massa têm um enorme potencial de colocar grande pressão (e tensão) sobre o sistema de Saúde local.

disse ele. Na tenda, eu estava no meio de uma multidão de médicos, aguardando as vítimas, sentindo-me sufocado pela fumaça. Pela entrada chegavam macas, e quando vi o primeiro dos feridos já me encontrava sufocado em náuseas. Era uma mulher ferida (nem lembro se estava consciente ou não), com as pernas totalmente arrancadas. O sangue derramava das artérias desfiadas, com o tecido muscular totalmente destroçado. Mesmo com larga experiência, nunca tinha me preparado para essa crueza de imagens. Durante minha residência médica tinha visto a miséria, mas até aquele momento eu não tinha entendido o quão profundo pode ser o sofrimento de um ser humano.

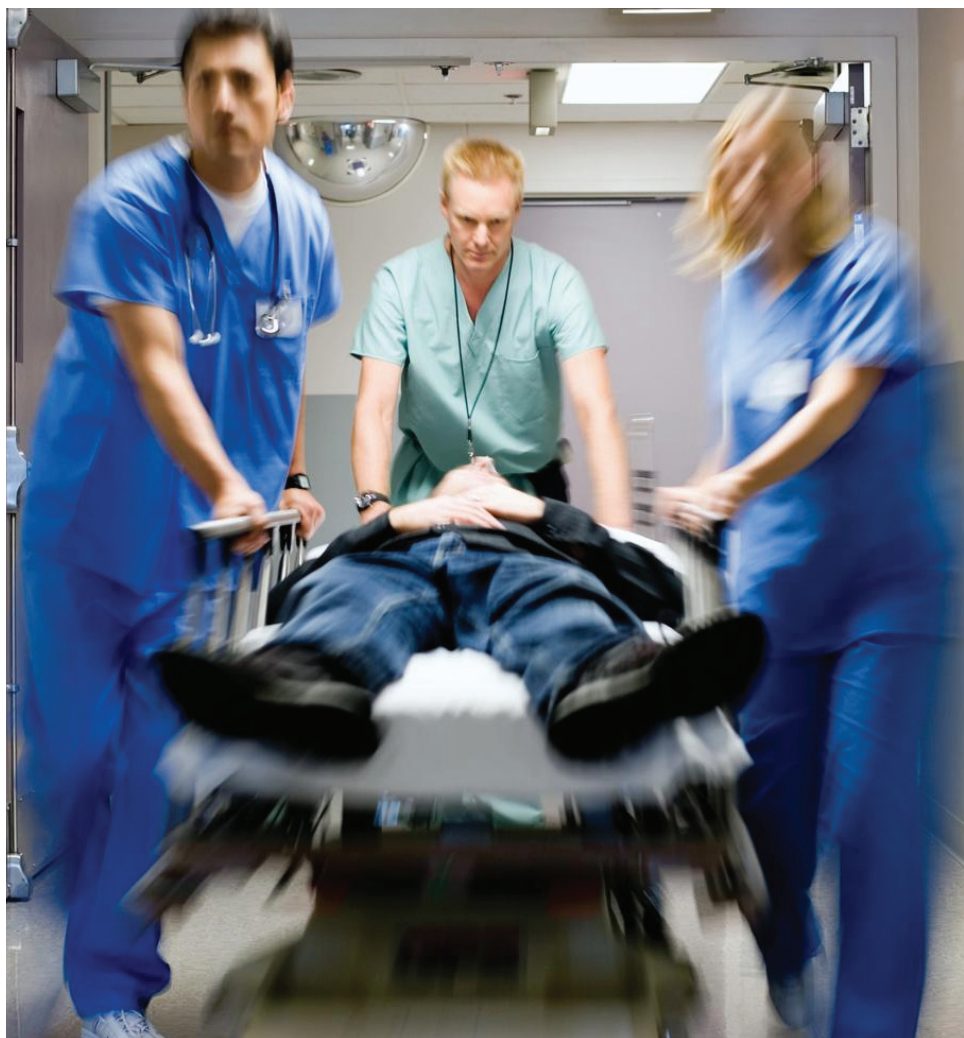
‘Limpe os corredores!’, gritava Andersen. As vítimas chegavam: alguém com as pernas carbonizadas, um homem com o pé cheio de estilhaços metálicos, um terceiro com seu osso branco brilhando através da coxa. Eu assistia em choque as vítimas sendo levadas às pressas para o corredor central de ambulâncias na extremidade da tenda... Nós não tínhamos cirurgiões de trauma, ou suprimentos de hemoderivados, e os torniquetes já haviam sido aplicados... Embora muitos pacientes necessitassem de curativos, suturas, curativos, muitos de nós assistíamos horrorizados essas vítimas passarem por nós sem ter ideia de como ajudar... Uma mulher mais velha gritou para mim: ‘Por favor, encontrem a minha filha! Será que ela sobreviveu?’. Duas irmãs em lágrimas sentaram-se em uma cama. Quando perguntei como poderia ajudar, eles balançaram a cabeça. Mergulhei entre as camas, envergonhado por não ter nenhuma outra habilidade para contribuir. Quase todos os médicos em volta se olhavam com uma expressão fútil, triste... As vítimas iam sendo levadas para hospitais próximos... A rua ficou vazia...

Quando saí da tenda médica ouvi uma terceira explosão - que acabou sendo uma

detonação controlada - que nos levou a uma nova onda de medo... Enquanto caminhava para casa, desenhei uma linha clara em minha memória. De um lado estavam os eventos que precederam as explosões, quando eu estava maravilhado com o funcionamento da tenda, onde os pacientes eram cuidadosamente triados, hidratados, enfaixados e aquecidos. De outro lado, vieram os momentos após as explosões, quando muitos de nós se afundavam em uma sensação de inutilidade, vendo vítimas cujos ferimentos e traumas superavam a nossa capacidade de ajudar. De volta ao meu apartamento naquela noi-

te, escrevi meus pensamentos em um caderno, mas não me senti melhor... Dias mais tarde, muitos dos profissionais que estavam na tenda disseram que ainda não conseguiam dormir, revivendo as imagens de violência... Eu tento me agarrar à sensação de liberdade, ou em alguma resistência que possa, de alguma maneira, deslocar o horror dos acontecimentos... Sem essa resistência eu nunca teria a coragem de realizar outra maratona, ou retornar ao trabalho, ou cuidar de meu próximo paciente...”

Mesmo com as palavras de desânimo de Jangi, e apesar de todos os problemas na tenda, o atendimento dos médicos e hos-



pitais de Boston foi considerado exemplar. Mas sua descrição mostra como o caos e a paralisia podem fazer médicos experientes se descontrolar diante de momentos de grande aflição. Mais que isso, mostra como é complexo trabalhar diante do pânico e da incerteza: num atentado a bomba, nunca se sabe se os problemas estão controlados, ou se estão só começando.

No Brasil, todos dizem que estão fazendo a sua parte e que não haverá problemas por falta de organização. Um dos países mais bem preparados para grandes eventos, os Estados Unidos, se questionam constantemente quais são os limites de uma boa preparação. Diante das respostas, eles são incansáveis em capacitar seus hospitais para eventos de massa. No atentado de Boston, em menos de uma hora cerca de 300 pessoas feridas foram atendidas emergencialmente nos hospitais da região. Na mesma semana, uma fábrica de fertilizantes em West, Texas, explodiu enviando mais de 200 pessoas aos hospitais da cidade. Um mês após Boston, um tornado devastador rasgou Oklahoma City, com 200 pessoas (50 crianças) sendo levadas com urgência para os hospitais ao redor. Na realidade, nunca se está totalmente preparado. Por mais previsível que seja a situação, sempre seremos conduzidos pelos acontecimentos. Mas isso não impede que profissionais de saúde se preparem cada vez mais. A primeira lei nos EUA sobre contingenciamento em casos de desastre é de 1803, quando ocorreu um grave incêndio em New Hampshire.

Há indicadores de que o Estado brasileiro e os responsáveis pela Copa do Mundo estão trabalhando com afinco. Existem dezenas de planos de contingência circulando por todas as 12 cidades-sede, sem contar as estratégias Estaduais, Municipais e da FIFA (que possui sua própria rede de proteção a problemas abruptos). Todavia, sempre emerge uma dúvida: qual o papel

Qual o papel dos médicos e dos hospitais nessa grande festa? Estarão eles prontos para receber contingentes excepcionais de pacientes em caso de desastres?

dos médicos e dos hospitais (públicos e privados) nessa grande festa? Estarão eles prontos para receber contingentes excepcionais de pacientes em caso de desastres? Existem muitas coisas a organizar e treinar, e treinar... Ocorrências epidemiológicas, atentados terroristas (biológicos ou não), tumultos em larga escala nas imediações das Arenas, sem falar nos desastres naturais (tormentas, ventos, inundações, etc.). Tudo isso carece de uma brutal engenharia de prevenção e organização. Um exemplo dessa preocupação foi dado pela Fundação Ezequiel Dias (FUNED), em Belo Horizonte, que realizou um treinamento para profissionais de saúde sobre "Acidentes com Agentes Radiológicos". O intuito foi preparar a comunidade médica para os jogos da Copa do Mundo, mostrando os problemas decorrentes de doenças infecciosas em grandes aglomerações, ou as emergências ocasionadas pelo bioterrorismo, ou outras situações que envolvam radiações ionizantes.

Em maio de 2011, o Governo Federal (Ministérios da Saúde e do Esporte) instalou a Câmara Temática de Saúde, com o objetivo de articular as três esferas do governo para os problemas de Saúde originários da realização da Copa do Mundo. A Câmara de Saúde acompanha os controles patológicos mais comuns em grandes eventos, e a estrutura sanitária que possa receber os turistas nos hospitais, prontos-socorros, veículos de emergência, atendimento dentro do estádio, aeroportos e outros locais de concentração de pessoas. Até um kit da Organização Mundial de Saúde para eventos de massa será utilizado.

O apoio à rede de serviços nas 12 cidades-sede segue a Política Nacional de Urgência, que objetiva integrar todos os equipamentos de saúde. Dentre os investimentos estão ambulâncias do SAMU, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), leitos de UTI e retaguarda em hospitais de referência (salas de estabilização em UBSs, Centrais de Regulação de Urgência, etc.). Já o programa SOS Emergência, que engloba os hospitais das cidades-sede, objetiva: (1) a readequação física e tecnológica dos hospitais, (2) o aprimoramento da gestão nas unidades de emergência, (3) a implementação de sistemas de avaliação de risco, (4) a inclusão de protocolos nas áreas de traumatologia, síndrome coronariana aguda (SCA) e acidente vascular encefálico (AVE), e, finalmente, (5) garantir a organização mínima de leitos nos hospitais-referência (aqueles que serão preferencialmente utilizados no atendimento aos turistas durante a Copa).

Da mesma forma, a Vigilância Sanitária das 12 cidades-sede terá como prioridade desenvolver ações estruturadas para atender às normas e exigências do Regulamento Sanitário Internacional, um complexo guideline de atuação sanitária que prevê planos ousados nos pontos de entrada do país (portos, aeroportos e fronteiras), assim como ações de vigilância em estabelecimentos e na infraestrutura de interesse sanitário. Trata-se de um megaprograma sanitário que envolve atendimento rápido, com médicos e enfermeiros de plantão, além de UTIs móveis e sistemas de rádio-comunicação.

PLANO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Um Plano de Emergência Hospitalar para grandes eventos requer uma capacidade de organização que pode levar anos até ser considerada ideal. Significa, por exemplo, que diante de qualquer desastre um determinado hospital precisa (1) ter todas as cirurgias eletivas canceladas sem prejuízo aos pacientes, (2) disponibilizar salas vazias (higienizadas) para serem ocupadas imediatamente, (3) ter salas de emergência totalmente desobstruídas, com equipe médica e instrumentação pronta para atuar, (4) oferecer um serviço de comunicação aos parentes das vítimas de forma ampla, acessível e com escala superdimensionada no momento do evento, (5) definir uma logística atípica (emergencial), rápida e eficiente para que os medicamentos de urgência estejam disponíveis nas alas e ambientes emergenciais (em alguns hospitais de grande porte no país, um medicamento pode demorar até duas horas para chegar ao pé do leito), e (6) gerenciar toda a logística de entrada e saída das pessoas do hospital, com rigoroso controle de identificação.

Será sempre bom perguntar aos hospitais envolvidos nos jogos da Copa se os profissionais terão o mínimo domínio do idioma inglês, ou se terão tradutores disponíveis nos dias de jogos. Isso pode parecer algo óbvio, mas a grande maioria de nossos hospitais não tem histórico de atendimento bilíngue.

Além das práticas de socorro imediato, talvez seja necessário ampliar em curto espaço de tempo os ambientes de atendimento. Las Vegas, por exemplo, uma cidade que possui 20 dos 25 maiores hotéis dos EUA (156 mil quartos), é capaz de disponibilizar rapidamente tendas de 3 mil metros quadrados para colocar pacientes em estado de quarentena. Em duas horas elas são erguidas, cabendo 20 pacientes em



cada. Também em Las Vegas, um sistema é capaz de convocar em 20 minutos recursos humanos de emergência, tais como enfermeiros em seu último ano de faculdade, grupos de médicos voluntários (aposentados e inativos, mas com experiência prática), biomédicos, farmacêuticos, etc.

Algumas cidades-sede já estão em fase de treinamento para a Copa do Mundo. O Governo do Estado do Paraná, por exemplo, promoveu em dezembro de 2013 uma simulação para atendimento de múltiplas vítimas de acidente de trânsito no Hospital do Trabalhador (HT), em Curitiba (unidade do Governo Estadual).

A ação que envolveu mais de 80 pessoas (médicos, enfermeiros, socorristas, profissionais do SAMU, SIATE, Defesa Civil, Corpo de Bombeiros, Central de Regulação e hospitais da Região Metropolitana de Curitiba) avaliou a capacidade de resposta a uma eventual situação crítica. O teste, que faz parte de um conjunto de ações preparatórias para a Copa do Mundo, levou pouco mais de uma hora, em que foram atendidos 16 “pacientes” com diversos graus de gravidade. O ensaio envolveu um helicóptero e cinco ambulâncias, que levavam ao pronto-socorro vítimas com múltiplas fraturas, queimaduras e outras lesões graves. Um dos

aspectos mais importantes no teste foi avaliar a capacidade e efetividade do hospital em estabelecer a triagem correta dos pacientes (trata-se de um dos problemas mais comuns nas Emergências, quando recebem uma carga excessiva de casos em um tempo muito curto).

Eventos de massa têm um enorme potencial de colocar grande pressão (e tensão) sobre o sistema de Saúde local. Os Hospitais de Referência para a Copa precisam estar perfeitamente sintonizados com a Organização do Evento, e carecem de uma sólida articulação interna (inclusive de comando) disposta a atuar nas hipóteses mais pessimistas. Em 2006, na peregrinação islâmica anual de Hajj (Meca), um tumulto resultou em 346 mortes. Não havia instalações médicas adequadas no local, os hospitais em seu entorno não tinham se organizado conforme as normas internacionais, e, o poder público assistiu perplexo às mais diferentes desculpas para o descaso.

Que não falte festa, nem comemoração e nem orgulho aos brasileiros envolvidos na organização da Copa. Mas que não falte também preparação. Pitágoras escreveu: “Com organização e tempo acha-se o segredo para se fazer tudo, e bem feito”... O tempo já está acabando.



TruSystem 7500:

A Arte da Perfeição

Mesa Cirúrgica de Sistema "TRUSYSTEM 7500". Um novo conceito de mesa cirúrgica, onde a equipe clínica poderá retirar o tampo completamente da coluna para realização do preparo do paciente, bem como, realizar o transporte do paciente ainda sobre o tampo da mesa do centro cirúrgico para a área de pós-operatório.



Uma mesa completamente eletromotorizada que suporta até 360kg e conta com funcionalidades ilimitadas. A mesa comporta posicionamentos extremos de pacientes e possibilita ao corpo clínico a realização de qualquer procedimento cirúrgico, inclusive conta com tampos 100% em fibra de carbono para realização de cirurgia vascular.

A group of four healthcare professionals, two men and two women, are shown from the chest up. They are all wearing white lab coats and have stethoscopes around their necks. They are all smiling and giving a thumbs-up gesture with their right hands. The background is a bright, out-of-focus view of a modern building with large windows.

MINISTÉRIO DA SAÚDE APRESENTA ESTRUTURA PARA A COPA DO MUNDO



Cerca de 10 mil profissionais foram capacitados para atuar durante o evento. Nas 12 cidades-sede, 531 unidades móveis do SAMU, 66 UPAs e 67 hospitais funcionam de forma integrada para atender os torcedores brasileiros e estrangeiros.

O Ministro da Saúde, Arthur Chioro, apresentou em fevereiro, em evento organizado pela FIFA, em São Paulo, a estrutura do sistema de saúde nacional preparada para a Copa do Mundo de 2014. Cerca de 10 mil profissionais de Saúde foram capacitados para atuar durante o evento ao longo dos últimos três anos. São servidores da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e do Sistema Único de Saúde (SUS) que atuam em estados, municípios, além de voluntários da Força Nacional do SUS.

As 12 cidades-sede têm um aparato de 531 unidades móveis do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 66 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), e 67 hospitais que funcionam de forma integrada para fazer o atendimento da população local e dos turistas brasileiros e estrangeiros. São elas - Belo Horizonte (MG), Brasília (DF), Cuiabá (MT), Curitiba (PR), Fortaleza (CE), Manaus (AM), Natal (RN), Porto Alegre (RS), Recife (PE), Rio de Janeiro (RJ),

Salvador (BA) e São Paulo (SP).

“Todo investimento que o governo vem fazendo, entre 2011 e 2013, é destinado à qualificação da estrutura médico-hospitalar tanto na área de urgência, na área de internação, expansão dos leitos de terapia intensiva, leitos hospitalares, UPAs, e qualificação do SAMU. São ações voltadas à estruturação e qualificação do Sistema Único de Saúde dentro das redes de atenção à saúde, políticas prioritárias do Ministério da Saúde, desenvolvidas desde o início do governo da presidenta Dilma Rousseff”, ressaltou Chioro. O Ministério da Saúde vem trabalhando para aprimorar a infraestrutura e organização dos serviços, aproveitando a Copa do Mundo para qualificar o SUS não só durante o evento, mas para deixar um serviço de maior qualidade como legado para os brasileiros. Em 2011, foi criada a Câmara Técnica Nacional de Saúde, que integra profissionais de diversas áreas dos segmentos do Ministério da Saúde e das 12 cidades e estados que sediarão os jogos para trabalhar de forma padronizada e integrada, estruturando processos de gestão, mapeando os riscos e normatizando o trabalho das ações de vigilância e assistência à saúde no âmbito nacional, estadual e municipal.

“A expectativa e a necessidade de atendimento para o público que vem para a Copa do Mundo e vai frequentar os estádios é muito pequena. Toda a melhoria do Sistema Único de Saúde é um legado que fica para a nossa população, para as nossas cidades-sedes, e também impactam nas regiões metropolitanas onde elas estão localizadas. É uma estruturação que já está disponível e ficará para o atendimento cotidiano da população”, frisou.

DEMANDA E PREPARO - Com base no histórico de copas do mundo realizadas em outros países e na experiência brasileira com a Copa das Confederações no ano passado, a expectativa é que, nos locais dos jogos, de 1% a 2% dos torcedores necessitem de algum cuidado médico. Deste percentual, mais de 99% das demandas costumam ser atendidas e resolvidas no local. E entre 0,2% e 0,5% necessitam ser encaminhadas para hospitais de alta complexidade. O perfil do público que costuma frequentar este tipo de evento em sua maioria são jovens adultos, de 25 a 49 anos, que, em geral, são saudáveis e não necessitam de cuidados especializados de saúde.

Além da estrutura já montada para atender a população brasileira de forma contínua - que prevê o atendimento também de estrangeiros no caso das urgências -, o Ministério da Saúde criou planos de contingência para acidentes com múltiplas vítimas e para acidentes com produtos químicos, biológicos, radiológicos e nucleares.

As secretarias estaduais e municipais de saúde vão montar próximos aos estádios postos médicos avançados, que funcionam como Unidades de Pronto Atendimento. Se necessário, a Força Nacional do SUS poderá complementar estes postos com até nove outros, que serão montados apenas em situações que extrapolem a capacidade de resposta das cidades-sede.

Para monitorar as situações de risco, a demanda por atendimento e vigilância, e dar respostas coordenadas, o Ministério da Saúde criou, em 2011, o Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde (CIOCS), que coordenará as ações de saúde juntamente com as secretarias. Há uma sede em Brasília e um centro regional em cada

cidade-sede. Eles serão ativados até 20 dias antes do início da Copa do Mundo e permanecerão ativos algumas semanas após para monitorar o retorno das delegações e turistas aos seus países de origem. Cerca de 1,5 mil profissionais de saúde atuarão nas atividades de campo e de monitoramento.

Graças aos CIOCS, foi possível dimensionar os atendimentos realizados durante a Copa das Confederações. Foram atendidos 1.598 torcedores entre os 796 mil que participaram dos jogos. Não houve caso grave registrado. Cerca de 98% das ocorrências foram resolvidas no local.

Nos estádios e intermediações (até 2 quilômetros de distância das arenas), a FIFA é a responsável pelos atendimentos de emergência. Mas haverá um profissional de referência do CIOCS dentro de cada estádio para monitorar as ocorrências, além de outros profissionais da vigilância e assistência para fazer a avaliação de risco e garantir atendimento, acionando a estrutura do SUS quando houver necessidade.

Os CIOCS fazem parte de uma estrutura maior, que abrange os demais órgãos envolvidos na organização do grande evento, que trabalham de forma articulada no Centro Integrado de Comando e Controle Nacional (CICCN), criado em 2011. Este centro desenvolve ações coordenadas de monitoramento e compartilhamento de informações conforme a necessidade. Além do Ministério da Saúde, fazem parte do CICCN a Agência Brasileira de Inteligência (Abin), Ministério da Defesa, Ministério da Justiça, Ministério do Esporte, Política Federal, Defesa Civil, dentre outros. Há um centro regional em cada cidade-sede.

O SAMU vai trabalhar integrado às

operadoras dos planos privados de saúde em cidades onde acordos travados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) devem viabilizar que as ambulâncias do SUS encaminhem para hospitais particulares pacientes com planos de saúde.

Em ação coordenada pela Anvisa, os órgãos de vigilância sanitária locais têm intensificado suas atividades de fiscalização em hotéis, bares, restaurantes e hospitais. De forma articulada com a FIFA, a agência também está acompanhando a seleção e estruturação dos prestadores de serviços de alimentação e saúde nas arenas. Profissionais da vigilância sanitária estão sendo capacitados em grandes eventos para avaliar as capacidades, identificar os pontos que requerem harmonização e apoio técnico específico, testar ferramentas e realizar intercâmbios de práticas exitosas. Nos portos e aeroportos, a Anvisa vai ampliar o número de profissionais que trabalham na detecção e resposta a eventos de interesse em saúde pública.

PREVENÇÃO – O Ministério da Saúde tem realizado campanha junto aos profissionais que atuam no ramo do turismo (taxistas, profissionais do setor hoteleiro) para tomarem de forma gratuita no SUS vacina contra sarampo – doença comum nos países da Europa.

O período da Copa não é propício à transmissão da dengue por questões climáticas. Nesta época do ano há uma queda de quase 74% dos casos da doença no país. Mesmo assim, o governo federal vem direcionando recursos para campanhas de prevenção, principalmente nas cidades-sede. Em 2013, destinou recurso adicional de R\$ 363 milhões para os Planos de

Combate a Dengue dos municípios brasileiros – R\$ 53,6 milhões para as cidades-sede da Copa das Confederações. E serão realizadas inspeções nos estádios e outros lugares de aglomeração para evitar criadouros do mosquito e borrifação de inseticidas.

INFORMAÇÃO – O Ministério da Saúde está usando tecnologia de ponta para desenvolver um aplicativo, destinado aos torcedores, que fornecerá informações úteis sobre saúde, tais como localização de hospitais e farmácias. O aplicativo também monitora informações de saúde em redes sociais e faz o mapeamento de tendências de ocorrências epidemiológicas. Além disso, mapeia o fluxo de viajantes vindo para o Brasil e a situação de risco de seus países de origem por meio da detecção digital de doenças. A partir dos resultados, serão tomadas providências para informar e proteger a população. O aplicativo poderá ser acessado pelo celular.

Além disso, já está no ar uma página do Ministério da Saúde voltada para o viajante (www.saude.gov.br/viajante) onde é possível encontrar as informações mais importantes para prevenção de Saúde. Cartazes e um

livro de bolso com as mesmas informações serão afixadas em locais de grande fluxo.

O Ministério da Saúde apoiou a FIFA na elaboração do projeto “11 pela saúde”, cujo objetivo é disseminar entre alunos de escolas públicas das cidades-sede da Copa do Mundo 11 mensagens sobre saúde e futebol, por meio de 11 vídeos gravados por craques do futebol mundial (Neymar, Lionel Messi, Marta, entre outros). As escolas e alunos que participarão do programa, selecionadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, são parte do Programa Mais Educação, do Ministério da Educação e Saúde na Escola, do Ministério da Saúde. Os professores, que serão replicadores das mensagens nas escolas, participaram de treinamento. O projeto será apresentado aos alunos a partir de 24 de fevereiro, com duração de 13 semanas. Em parceria com o Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/AIDS (Unaid), o Ministério da Saúde também lançou a campanha “Proteja o Gol”, que prevê a oferta de 1,8 milhão de preservativos e 10 mil testes rápidos, além de aconselhamento por meio de unidades móveis disponíveis nas 12 cidades-sede.



***Arthur Chioro**
Ministro da Saúde.



HOSPITAL BRASÍLIA

Considerado um dos melhores hospitais do Distrito Federal, o Hospital Brasília tem se destacado pela busca contínua da melhoria da qualidade da assistência prestada aos seus clientes, tanto no que se refere à segurança de sua estrutura física e equipamentos quanto à qualificação do corpo técnico profissional e clínico. Inaugurado em abril de 1987, nasceu do sonho de um médico em construir um hospital geral humanizado,

apartamentos amplos e arejados, varandas e belos jardins. Certificado com a ONA nível 3 - a mais alta titulação de excelência da Organização Nacional de Acreditação -, atualmente o Hospital Brasília conta com 125 leitos, 9 salas cirúrgicas, 31 leitos de UTI Adulto e 06 leitos de UTI pediátrica. Mantém ainda com Unidade de Pronto Atendimento, completo Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e Centro de Diagnóstico por Imagem.



Referência em alta complexidade, o Hospital Brasília tem sua história marcada pelo crescimento, busca constante da excelência no atendimento, oferecendo cada vez mais qualidade e segurança nos processos assistenciais e valorização das pessoas.



MATERNIDADE

Ambiente acolhedor e seguro

Inaugurada dia 12 de abril de 2012, a Maternidade Brasília teve como primeiro desafio transformar o antigo Hospital Dr. Juscelino Kubitschek, com foco em cirurgias eletivas, em referência hospitalar em Obstetrícia e Ginecologia. O *know-how* do Hospital Brasília propiciou estabelecer parcerias com médicos renomados da região a fim de criar a mais nova e exclusiva Maternidade de Brasília, totalmente preparada para receber às

mães, não só por sua inovação e acomodações confortáveis, mas também pela qualidade técnica e atendimento humanizado.

“A maternidade do Hospital Brasília já era reconhecida no mercado, entendemos o aumento da demanda e sentimos a necessidade de ampliar com o objetivo de oferecer um serviço de excelência, acolhedor, para receber os futuros brasilienses.

Segundo Silvia Chaves, o principal objetivo é prestar assistência de excelência na atenção materna e do recém-nascido em um ambiente acolhedor e seguro, tendo como seu maior valor a vida, sendo referência para a gestação de alto risco.

“Fazemos parte de um grupo de sete hospitais, sendo que em Brasília nosso parceiro é o Hospital Brasília prestando todo o suporte no atendimento de complexidade do paciente adulto. Temos parceria com o Hemocentro São Lucas e a Cordcel, com sede em São Paulo, primeiro centro de terapia celular, coleta e armazenagem de células-tronco do DF”, conta a gestora. A maternidade mantém também parceria com a Bornvideo, serviço de foto e filmagem do nascimento do bebê com transmissão simultânea para os familiares no apartamento da paciente e ainda liberação pela web através de senha pessoal.

ESTRUTURA ATUAL

Atualmente a Maternidade conta com 54 leitos, sendo 12 desses destinados à UTI Neonatal. “Já realizamos mais de 1900 partos e 1700 cirurgias nas especialidades de ginecologia, mastologia, cirurgia vascular periférica e cirurgia plástica. No Pronto Atendimento em Ginecologia e Obstetrícia realizamos em média 900 atendimentos/mês”, conta Silvia.

Por se tratar da única Maternidade exclusiva, com Pronto Atendimento 24 horas, UTI Neonatal e Materna, a instituição é importantíssima para a região. “Este suporte gera segurança, pois quaisquer emergências as pacientes serão atendidas em um local com equipe qualificada, pronta para recebê-las até em situações no qual o médico assistente esteja fora de alcance”, explica a gestora. Além disso as maternidades exclusivas são reconhecidas pelos baixos índices de infecções relacionadas à assistência, pelo próprio perfil do paciente que ali se encontra. Entre os diferenciais, a Maternidade Brasília possui Banco de Leite próprio e, com a colaboração das mães, que são doadoras, oferece com segurança o leite materno pasteurizado e com controle de qualidade laboratorialmente certificado aos bebês da UTI neonatal, fundamental na recuperação e desenvolvimento. “Além das coletas realizadas in loco, vamos à casa da doadora buscar o leite. Neste processo fazemos o acompanhamento dos recém-nascidos em relação à amamentação, e, a qualquer momento a mãe pode contactar o Banco de Leite para receber orientações ou iniciar a doação. Este serviço é prestado gratuitamente às mães e bebês do nosso hospital”.



No Centro Obstétrico do HB, além de investimentos em estrutura e tecnologia há, também, a adoção constante de medidas de segurança

Mensalmente também é realizado um curso de orientação às gestantes e companheiros, ministrado por médicos, anestesiologistas, enfermeiros, nutricionistas e especialistas em amamentação sanando dúvidas e prestando orientações fundamentais para uma decisão informada sobre o parto e preparo para os primeiros cuidados ao recém-nascido.

Em fevereiro de 2013 foi inaugurada a sala de parto humanizado anexa ao centro cirúrgico. “Em consenso com nossos especialistas, apresentamos todas as comodidades e alternativas para o parto natural com e sem analgesia, como:

banheira, bola e barra de exercícios, cromoterapia e música ambiente. Tudo isto com a segurança e retaguarda de um moderno centro cirúrgico e UTI neonatal”, conta a Gerente de Atendimento. Devido a excelente aceitação e procura pelos serviços oferecidos, a Maternidade está em fase de expansão com a construção de um novo Pronto Atendimento, Berçário, Lactário, Centro de Cirurgia Dia e de 20 leitos de internação e mais 10 de UTI Neonatal 2014. Também está no planejamento, do ano, a construção de um centro de excelência diagnóstica em saúde da mulher e medicina fetal.

PRONTO ATENDIMENTO

Agilidade em casos de urgência

Especializado em *ginecologia e obstetrícia*, o Pronto-Atendimento do Hospital Brasília tem como prioridade a saúde da gestante. Com foco de atendimento à mulher e suas necessidades, o atendimento é mais ágil e tem como prioridade os casos de urgência.

São quatro leitos para medicação de urgência no total, sala de pré-parto e sala de observação. O tempo de espera para atendimento é definido por um sistema de triagem priorizando sempre as urgências.

Logo que a paciente chega à recepção do Pronto Atendimento é encaminhada ao acolhimento, onde é feita uma triagem para classificar o risco, verificar algum sintoma de trabalho de parto ou doenças ginecológicas. Do acolhimento segue-se para o consultório, onde será avaliada por um obstetra.

Se houver alguma urgência, médicos de outras especialidades são acionados imediatamente para atender a paciente. Caso haja necessidade, a gestante poderá ser encaminhada diretamente a UTI adulto, seguindo os protocolos para urgências obstétricas de forma rígida e com rapidez.

Pronto Atendimento
conta com
dois plantonistas
gineco-obstetra
de plantão 24 horas



UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Cordialidade e comunicação efetiva

Atendimento com qualidade, eficiência, cordialidade, agilidade e comunicação efetiva com os que aguardam. É com esta vocação que as Unidades de Internação do Hospital Brasília têm atuado a serviço do cliente. Tendo como principal diferencial o corpo clínico, que garante a fidelização dos pacientes, o setor também conta com cerca de vinte funcionários que oferecem suporte às questões administrativas.

Segundo Andréa Borba Gurgel do Amaral de Carvalho, Supervisora de Internação, para manter o atendimento humanizado nas unidades há constantes treinamentos e reuniões de análise onde são traçados os objetivos para atingir a excelência. “Além disso, é preciso dar conheci-

mento a todos de tudo que acontece, reenfatizando os objetivos do setor”, esclarece.

Investimentos materiais e em recursos humanos também são frequentes. Em 2012, por exemplo, a unidade implantou o sistema Eritel, que auxilia no controle de liberação de leitos. “Também foi realizada a reestruturação nos salários dos auxiliares administrativos”, explica a supervisora que tem como um dos maiores desafios estabilizar a alta rotatividade de pessoal no setor.

Para ela, mudanças institucionais sempre necessitam de constante reavaliação das atividades. “O setor de Internação está sempre receptivo a mudanças. Exerço a liderança procurando conhecer as dificuldades do setor e dos colaboradores, buscando com isso a conciliação das dificuldades, objetivando a excelência do setor. Acredito muito na força da nossa instituição em sempre vencer as dificuldades e buscar o sucesso contínuo”, conclui.



CENTRO CIRÚRGICO

Foco na alta complexidade

Com foco em cirurgias de alta complexidade, o Centro Cirúrgico do Hospital Brasília dispõe de 9 salas operatórias, sendo uma delas com tecnologia NOBUM – que permite transmitir cirurgias por videoconferência. Com um total de 100 colaboradores, o corpo clínico reúne profissionais de alta titulação e ampla experiência, o que permite a realização de cerca de 600 cirurgias por mês, divididas entre procedimentos da área cardíaca, neurocirurgia, ortopedia e cirurgia geral. De acordo com Hélia Cristina Bastos, Supervisora de Enfermagem do Centro Cirúrgico, para manter um aten-

dimento de excelência na Unidade Cirúrgica, o Hospital busca capacitar os profissionais, com treinamentos mensais, além de realizar *check list* para minimizar a possibilidade de erros e contar com manutenção preventiva dos equipamentos.

“O Hospital Brasília está sempre investindo em equipamentos e em pessoas. Em equipamentos estamos sempre levantando a necessidade de compra. Em pessoas, o último investimento foi o convênio com uma escola de Brasília para capacitar toda a equipe de enfermagem na instrumentação cirúrgica”, explica a supervisora.

Para aperfeiçoar o trabalho, o HB possui um setor de Educação e Desenvolvimento de Pessoas (EDP) e em conjunto com o gestor do setor planeja durante todo início do ano

um Programa de Educação Continuada (PEC) com base em indicadores, eventos adversos, pesquisa de satisfação, entre outros. O programa de treinamentos é direcionado aos colaboradores do hospital, com o objetivo de treiná-los e capacitá-los em suas funções.

Para Hélia Cristina Bastos, a busca contínua na satisfação do cliente e a adoção de medidas para prevenção de qualquer dano ao paciente estão entre os grandes diferenciais do setor. São utilizados indicadores que retratam mensalmente a qualidade da assistência que está sendo dada aos clientes. “O mais importante no atendimento é se colocar no lugar do próximo, então procuramos sempre manter os pacientes informados, minimizando erros e falhas”, garante.



HEMODINÂMICA

Referência em medicina intervencionista

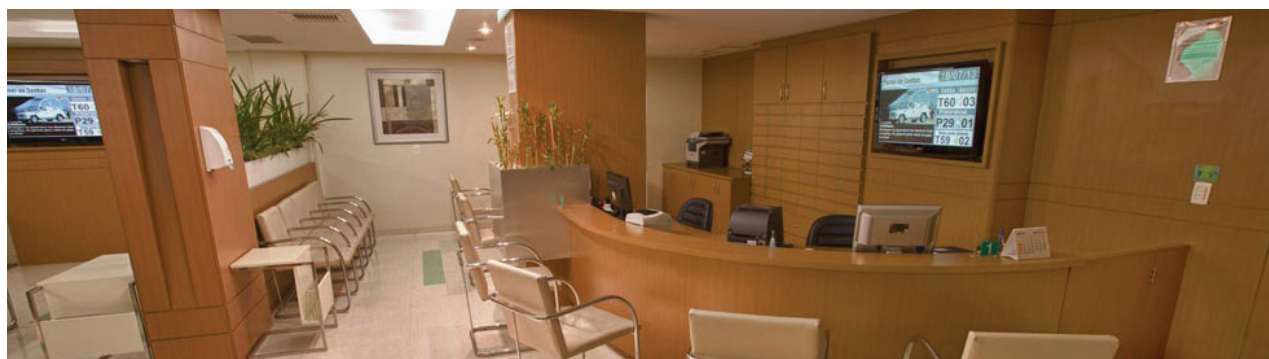
A Hemodinâmica do Hospital Brasília foi criada há oito anos, como complementação do serviço de cardiologia que funciona há mais de 20 anos no Hospital. A integração da Hemodinâmica com o Pronto-Socorro e a Cardiologia sob uma única coordenação, favorece atendimento mais eficiente aos pacientes. O setor é dividido nas especialidades de cardiologia intervencionista, eletrofisiologia, cirurgia cardíaca, radiologia intervencionista,

vascular e neurorradiologia, o que torna o Centro de Tratamento Cardiovascular (CTCV) referência em Medicina Intervencionista.

“O CTCV é referência nacional em eletrofisiologia com treinamento de médicos de outros estados. Atuamos com qualidade e capacitação diferenciada para atender os procedimentos de alta complexidade da região”, explica José Roberto Barreto, Coordenador da Cardiologia do Hospital Brasília.

Hospital Brasília mantém parceria técnica-científica com a Mayo Clinic (Estados Unidos), com intercâmbios de médicos frequentes

Com modernas instalações físicas de 400 metros quadrados, o setor conta com 24 médicos que atuam nas diversas especialidades e tem capacidade de realizar 400 atendimentos/mês. Entre as principais demandas estão os cateterismos e angioplastias coronarianas, em cardiologia intervencionista. Já na área de eletrofisiologia, estão a ablação de arritmias complexas com sistema CARTO, ENSITE e o ecocardiograma intracardíaco, princi-



palmente em fibrilação atrial e ablação epicárdica.

Para José Roberto, a integração e capacitação da equipe estão entre os principais diferenciais do departamento. “Destaco também a equipe de enfermagem com especialização em cardiologia e hemodinâmica, além do incentivo para produção científica e publicações”, ressalta. Um dos exem-

plos é a parceria técnica-científica com a Mayo Clinic (Estados Unidos), com intercâmbios de médicos frequentes.

Além dos Recursos Humanos, o investimento em tecnologia também é fundamental. O HB dispõe do mais moderno equipamento de hemodinâmica, da Philips, que conta com imagem digitalizada e em 3D. “Também dispomos de sistemas de mapeamento

eletroanatômico de última geração para correção de arritmias cardíacas”.

Desde o primeiro contato, o atendimento no CTCV é personalizado. Os pacientes são conduzidos por médicos específicos do CTCV que apoiam os médicos assistentes dos pacientes. Neste processo é estabelecido um vínculo de confiança, afeto e respeito mútuo.

Para sua segurança, a gente nunca para.

ANGIOPLASTIA COM COLOCAÇÃO DE STENT | ARRITMIAS CARDÍACAS
CATETERISMO CARDÍACO | NEURORRADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
MARCAPASSO | CIRURGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA

Responsável Técnico:
Dr. Luiz Leite
CRM-DF 12581



HOSPITAL BRASÍLIA | WWW.CTCV.MED.BR

(61) 3366 9000 | 8133 7253 | 8133 7469

ENFERMAGEM

Responsabilidade e cuidado ao servir

Empatia, qualificação científica e técnica, dedicação, responsabilidade e vontade de servir. São com estes diferenciais que a Enfermagem do Hospital Brasília realiza 6500 atendimentos no Pronto Atendimento e aproximadamente 850 internações por mês. Com um total de 364 colaboradores, sendo 11 supervisores de enfermagem, 77 enfermeiros e 276 técnicos em enfermagem, o departamento interage com todas as áreas do hospital, atendendo as necessidades e demandas de pacientes e familiares.

Para manter a excelência no atendimento, o Hospital Brasília conta com o Programa de Educação (PEC), construído a partir do levantamento de necessidades de treinamento feito anualmente. “O levantamento de necessidades de treinamento é feito tendo como base questionário de avaliação técnica, resultado de indicadores de qualidade, notificação de Eventos Adversos e Matriz de Treinamentos”, explica a Coordenadora de Enfermagem, Simone Prado.

Problemas ou dificuldades comuns são trabalhados no Programa Institucional, já as questões específicas do setor são tratadas no Programa Setorial. “Os treinamentos institucionais são de responsabilidade das Enfermeiras da Educação Continuada, já os treinamentos setoriais são de responsabilidade do Supervisor da área”, explica. Segundo a gestora, há boa oferta de profissionais no mercado, mas, a qualificação da grande maioria é muito deficitária e não atende aos padrões



Enfermagem é atualmente uma profissão melhor reconhecida e tem a cada dia conquistado seu espaço

mínimos de exigência para prestar cuidados com segurança às pessoas em situação fragilizada. Por isso, os treinamentos realizados pelo Hospital são fundamentais.

“Hoje em Brasília existem muitos Cursos Técnicos e inúmeras faculdades. Em muitas situações a formação acontece, na prática, com carga horária bem menor que aquela descrita nos diplomas. Os estágios acontecem em hospitais pequenos onde se observa predominância de baixa complexidade. A somatória desses fatores tem trazido profissionais despreparados, carentes de embasamento científico

e com deficiências técnicas difíceis de serem trabalhadas”, ressalta a Coordenadora.

Para ela, a Enfermagem é atualmente uma profissão melhor reconhecida e tem a cada dia conquistado seu espaço. “Costumo dizer que cada um constrói o seu espaço e conquista o respeito na medida em que atua de forma ética, pautada em conhecimento científico e com disposição para servir. Para ser um bom profissional, a enfermagem deve ser uma escolha e não uma oportunidade de mercado, afinal está a todo instante cuidando daqueles que não estão em seu melhor momento”, conclui.

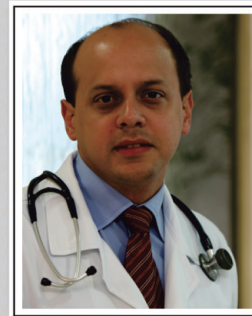
NOSSA VISÃO

Curar como objetivo;
Cuidar sempre;
Dor nunca;
Compromisso ao máximo;
Pesquisa, qualidade,
humanização e
comprometimento;

Para nossos pacientes tudo que
desejamos para nós mesmos.



Dr. Eduardo
Johnson Buarque



Dr. Marcos
Trindade



Dr. Marcio
Almeida Paes

Dr. Eduardo Johnson Buarque
Responsável Técnico
CRM-DF 8086

SEP/Sul 905 conjunto B
Térreo Ed. Centro Empresarial
Asa Sul Brasília

Tel. 61 3035.8200

Conheça nossas filiais
Temos manobrista

FARMÁCIA HOSPITALAR

Gestão integral dos processos clínicos e logísticos

Realizar uma gestão integral dos processos clínicos e logísticos para um atendimento de excelência. É com esta meta que a assistência farmacêutica do Hospital Brasília (HB) vem se destacando pela gestão da qualidade total em sua atuação. Controlando um consumo de aproximadamente 3600 unidades de medicamentos/dia, o que representa uma média de mais de 36 dispensações de medicamentos em 24 horas por paciente atendido, a Farmácia utiliza leitoras óticas que garantem a segurança na dispensação tanto para o paciente quanto para o controle de estoque de materiais e medicamentos. O setor trabalha com o sistema de dispensação por Dose Individualizada e Unitária.

Para Ana Paula Costa, Supervisora de Farmácia e Suprimentos, outro diferencial em termos de segurança é o programa de qualificação e avaliação de fornecedores. “Além de qualificar os itens comprados, o HB contribui com estas informações para outros hospitais da rede espalhados pelo DF. É preciso garantir medicamentos e materiais de qualidade com o menor preço possível e ainda garantir a manutenção destes estoques em quantidade suficiente para atender a demanda e ainda, administrar a dificuldade de fornecedores na região bem como os atrasos e faltas que coadunam para dificultar a atividade fim que é atender com presteza o paciente”, explica a gestora. O processo de solicitação de compras é realizado por meio das informações de consumo e estoque para a aquisição de medicamentos e materiais.



Mantendo um farmacêutico por plantão é possível garantir a assistência farmacêutica, o que confere maior segurança ao paciente, o Hospital Brasília investe em novas ferramentas que garantam a excelência de atendimento.

“A dispensação é realizada após a prescrição médica ser realizada, eletronicamente, o que confere maior segurança para o paciente, pois pula a etapa de transcrição e ainda problemas de legibilidade quando a mesma é realizada à mão.”

Mantendo um farmacêutico por plantão, o que confere maior segurança à assistência farmacêutica, o setor está dividido em: Farmácia Central, Farmácia do Centro Cirúrgico, Farmácias Satélites (Pronto Atendimento e Unidade II). “Todos os plantões con-

Resonance

Stent Ureteral Metálico

Proporcionando uma permeabilidade sustentável e uma drenagem dinâmica.



tam com a presença de um farmacêutico para prestar a devida assistência à equipe de médicos e aos pacientes, além de garantirem a qualidade da dispensação e dos processos que dela fazem parte”, explica Ana Paula. A farmácia também possui Farmacêuticos Clínicos que atuam junto aos médicos apoiando-os no processo de intercambialidade de medicamentos bem como orientando a equipe de enfermagem na questão das diluições e estabilidades dos mesmos.

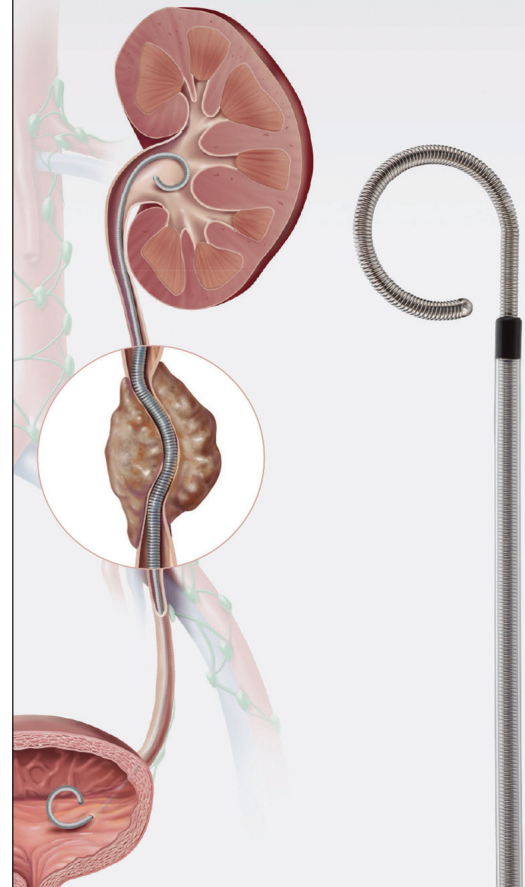
Com formação em MBA em gestão de Saúde pela FGV e tendo mais de 20 anos de experiência em farmácia Hospitalar e 10 em gestão, Ana Paula Cos-

ta adquiriu uma visão ampla sobre gestão de farmácia incluindo a difusão do trabalho em equipe e estratégias para a integração de todos os departamentos. “Este tem sido um grande desafio, provar que o principal é o trabalho de equipe e que todos estão direta ou indiretamente envolvidos no trabalho de cada departamento”, conta.

Para ela, os desafios para a gestão são vários, já que a farmácia é um departamento complexo e com diversas atividades realizadas, dentre elas, aquisição, seleção e a própria dispensação. “Nela se faz também a gestão de pessoas, que considero hoje a maior dificuldade da área, por não termos mão de obra qualificada disponível no Centro-Oeste”, conta.

Para equacionar a questão, o Hospital Brasília elabora no início de cada ano um Programa de Educação Continuada (PEC), que visa atender as necessidades do setor de farmácia. “Mensalmente há uma reunião com toda a equipe no qual são abordados e apresentados tópicos de extrema importância ao setor. Este programa pode ser alterado ao longo do ano, de acordo com novas necessidades que se apresentarem necessárias ao departamento”, explica.

Ao longo de 2013, o departamento passou por uma reforma da Farmácia Central e do Centro Cirúrgico, que conta com um Dispensário Eletrônico. “Também pretendemos investir em uma máquina de fracionamento de medicamentos e confecção de kits de medicamentos e curativos. Além de reformular a entrega de medicamentos por sistema a vácuo, que gerará maior otimização da dispensação, sendo o tempo de entrega reduzido pela metade do que é hoje”, conclui.



HANDLE
Soluções Médicas Inovadoras.

COOK
50th Anniversary
MEDICAL

NovoCor

Cardiovascular Comércio
de Material Médico Ltda.

Telêfax: (061) 3443-4834/3242-8454



HOTELARIA HOSPITALAR

Atendimento diferenciado, caloroso e humanizado

Os hospitais têm se adaptado à realidade de mercado, em que a competitividade, aliada às exigências cada vez maiores dos clientes, aumentam a busca pela qualidade na prestação dos serviços. O Hospital Brasília está atento a esta realidade e mantém a central *Guest Service*, que foca a segurança, a conforto e a bem-estar do cliente – seja ele paciente, acompanhante ou visitante.

As demandas e as atividades são mensuradas e atendidas de maneira prática na prestação dos serviços de apoio à assistência médica. De maneira geral, a estrutura básica da hotelaria é constituída pela governança, ou seja, lavanderia,

rouparia, camareiras, higiene, limpeza e gerenciamento de resíduos sólidos, nutrição e dietética, além de estruturas de lanchonete e restaurante.

Cada um destes serviços deve contribuir para o alcance dos objetivos organizacionais, oferecendo conforto e comodidade ao cliente, o que potencializa o resultado obtido através do tratamento médico e da assistência de enfermagem. De acordo com a coordenadora de Atendimento, Regina Rosa Monteiro de Paula, ao analisar sob o prisma estrutural, o hospital não deixa de ser um grande hotel, uma vez que os mesmos possuem basicamente todas as composições. “O que o diferencia, num contexto geral, é o tipo de cliente que atende, ou seja, o hotel recebe clientes saudáveis e cheios de energia, já o hospital por sua vez, recebe clientes adoentados em busca de tratamento”, explica.

Qualidade no atendimento e humani-

zação do ambiente hospitalar são conceitos que a diretoria do Hospital Brasília sempre se preocupou. “Todos os investimentos feitos ao longo do tempo têm como objetivo proporcionar conforto, segurança e bem-estar através da transformação do ambiente em termos de estrutura física, para torná-lo mais acolhedor”, conta a coordenadora. Para Regina de Paula, o maior dos desafios na implantação do conceito de hotelaria hospitalar está, na cultura organizacional do hospital, em assimilar um novo modelo de gestão, e demais conceitos como hospitalidade, humanização entre outros meios de encantamento, que serão agregados durante o processo de maturidade do serviço e capacitação dos profissionais. “O processo de implantação é lento e gradual, mas pode ser acelerado com a participação de todos os líderes de setores envolvidos na readequação na estrutura de serviços”, revela.

Segundo a coordenadora, para superar os desafios e alcançar os objetivos almejados, a diretoria do hospital em parceria com seus colaboradores (médicos, diretores, funcionários etc) terão de mudar a sua cultura e comportamento para atender com ética e responsabilidade os anseios dos pacientes internados. Outros fatores como gestão e readequação das atividades administrativas, financeiras, de planejamento operacional e estratégico deverão ser prioritários para alavancar o crescimento socioeconômico da instituição e favorecer atendimento de qualidade baseado na humanização. “Devemos ter presente que nos tempos de hoje, o hospital não precisa ser mais relacionado à doença ou morte, e sim como um gerador de saúde e bem-estar, portanto, atingir e manter esse posicionamento estratégico no mercado será um dos fatores diferenciais para ser competitivo e ajudar a criar uma identidade única perante a sociedade”, ressalta Regina de Paula.

A hotelaria hospitalar é um caminho de mudança, pois apresenta atendimento diferenciado, caloroso, humanizado, baseado em proporcionar conforto e bem-estar aos pacientes, familiares e visitantes enquanto cliente do hospital

Atualmente, já é nítida a percepção de muitas instituições quanto à necessidade de incorporar diretrizes e projetos de humanização para funcionários e pacientes, principalmente no ambiente hospitalar. “A hotelaria hospitalar é um caminho de mudança, pois apresenta atendimento diferenciado, caloroso, humanizado, baseado em proporcionar conforto e bem-estar aos pacientes, familiares e visitantes enquanto cliente do hospital”. Para tanto, essas organizações estão implantando em seu processo de gestão bases da hotelaria hospitalar como forma de diferenciação em seus

serviços. Diferenciação que é percebida pelos clientes e concorrentes como um processo voltado à qualidade e melhoria contínua dos serviços. “A hotelaria é um gerador de receitas e os custos ao qual este setor aparentemente produz são dissolvidos por meio do retorno dos clientes, assim como a indicação dos mesmos para outros. O bom atendimento gera impacto positivo nas expectativas dos clientes”, analisa a coordenadora. Uma forma de avaliação do retorno é o aumento do volume dos serviços prestados e a constante valorização da marca.

NOVA CIRÚRGICA

Trabalhamos com bordados, roupas cirúrgicas, roupas para médico como camisas, calças, jalecos, roupas de cama, camisolas para paciente, etc. Temos também o serviço de venda e aluguel de andador, muleta, bota imobilizadora e cadeiras de rodas.

Fones: (61) 3963-1833
(61) 3226-4539
novacirurgica@gmail.com
Brasília/DF

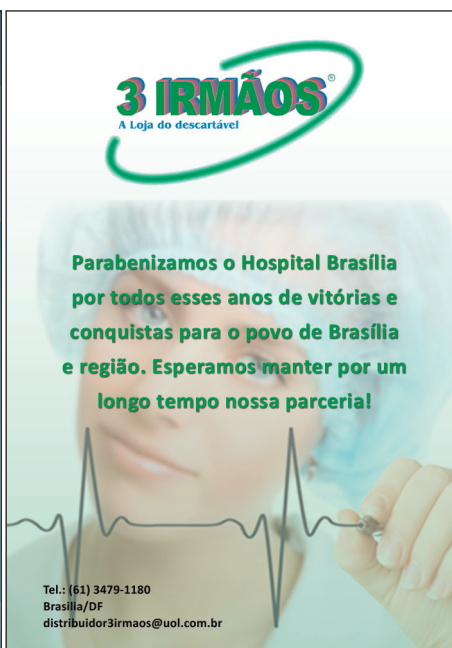
www.novacirurgica.com.br



3 IRMÃOS
A Loja do descartável

Parabenizamos o Hospital Brasília por todos esses anos de vitórias e conquistas para o povo de Brasília e região. Esperamos manter por um longo tempo nossa parceria!

Tel.: (61) 3479-1180
Brasília/DF
distribuidor3irmaos@uol.com.br



www.RADARhospitalar.com

Crie suas cotações com praticidade e rapidez. Ganhe tempo!
O Sistema envia automaticamente aos fornecedores do Setor Médico Hospitalar.

16 3235-1812

Vitrine Hospitalar
Sua loja virtual de materiais hospitalares





GESTÃO DE PROJETOS

Modernização do hospital e planejamento constante

Planejar e gerir projetos que levem o Hospital Brasília ao que há de mais avançado em assistência à saúde. É com esta meta que o setor de Gestão de Projetos atua estrategicamente, junto à superintendência e diretoria do Hospital, rumo à expansão e modernidade. Um dos exemplos foi a inauguração de 60 novos leitos de 2013. Também há projetos nas áreas de oncologia e cardiologia, com previsão de inauguração ainda este ano.

De acordo com um dos gestores do setor, Sayuri Endo, hoje os gestores de projetos atuam diretamente em definições com a superintendência,

diretoria, supervisão e coordenação. “Trabalhamos diretamente com o cliente. Após a aprovação, o projeto passa por outros setores e equipes internas do Hospital e a verificação dos acabamentos e as sugestões do escritório de decoração”, explica. Findado o processo de análise decorativa e produção, o projeto é direcionado ao parecer da área de compras, que dá início à licitação e aprovação de valores.

O cumprimento dos prazos para todo o processo da obra está entre os principais desafios da área de Gestão de Projetos. “Temos que envolver todos os departamentos do hospital, até mesmo para verificar se o que está sendo proposto atende a todos. Vários departamentos são vinculados como os de marketing, qualidade, controle de infecção, engenharia clínica e setor jurídico”, explica.

NUTRIÇÃO

Referência refeição hospitalar

A área de Nutrição do Hospital Brasília é gerenciada por uma das maiores empresas do segmento, a GRSA – que serve, em média, 36.500 refeições por mês por colaboradores e pacientes. Para manter o serviço de excelência, uma equipe de profissionais especializados coopera com processos e controles de qualidade definidos e alinhados junto à equipe. Entre os segmentos de nutrição clínica e produção, a área conta com sete nutricionistas e 63 colaboradores, entre cozinheiros, técnicos em nutrição, coqueiras, entre outros.

Para a supervisora do setor, Raquel Pereira Torres, um dos principais desafios é desmistificar a ideia de que comida de hospital é ruim e sem sabor. “Sabemos que a alimentação é fator fundamental para a recuperação de pacientes, para a preservação da saúde de todo o corpo clínico, dos acompanhantes, e administrativo do hospital. Priorizamos a qualidade nos serviços prestados, onde nos preocupamos em oferecer um cardápio saboroso, que tenha variedade, uma boa apresentação e com preparações diferenciadas tanto para pacientes como colaboradores”, conta. O hospital oferece também serviços especializados para pacientes que tenham diferencial socioeconômico (VIP).

O setor implantou um novo serviço denominado *Catering to You*, em que o paciente terá a liberdade e a comodidade de escolher no dia anterior a preparação a ser consumida no dia seguinte. “A coqueira leva o cardápio com três opções de almoço ou jantar,

no qual ele poderá escolher de acordo com a sua preferência, mas dentro da conduta médica e nutricional estipulada”, conta Raquel Torres que tem como maior desafio tornar o Brasília referência nacional no serviço de Nutrição Hospitalar.

Para isso, a liderança é imprescindível para gerenciar a equipe da melhor forma possível. “Meu papel é gerenciar o contrato da empresa terceirizada de alimentação, verificando se tudo que foi proposto está realmente sendo cumprido na prática. Além disso, busco experimentar diariamente as preparações que serão servidas tanto para os pacientes como colaboradores para saber se estão dentro dos padrões de qualidade propostos, observo como é realizado o atendimento prestado pela equipe de nutricionistas e copeiras aos pacientes”, explica.

Além disso, a supervisora também realiza a compra de dietas enterais visando o custo x benefício para o hospital, além de acompanhar e supervisionar o programa de estágio de estudantes da Unip e do Senac.

EDUCAÇÃO CONTINUADA

O hospital realiza o Curso de Atualização em Nutrição Clínica voltados para as nutricionistas do hospital, da rede Amil e dos hospitais da rede pública e privada, onde foram abordados diversos temas relacionados à prática clínico-nutricional de várias doenças. A GRSA convidou uma chefe de cozinha para fazer um Curso de Formação em Cozinha, com o objetivo de qualificar melhor os seus cozinheiros e auxiliares de cozinha. São realizados treinamentos constantes com o NIRAS (Núcleo de Infectologia Relacionada à Assistência) voltados para higienização pessoal dos colaboradores e precauções de contato.

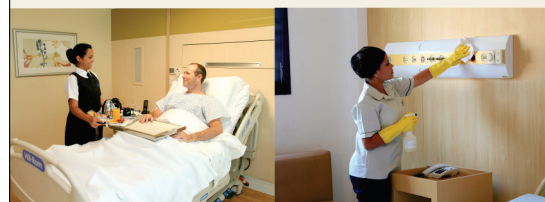
A GRSA e o Hospital desenvolvem e oferecem mensalmente treinamentos com objetivo de capacitar os colaboradores sobre diversos assuntos que abordam a qualidade, segurança e relacionamento interpessoal.

ESPECIALIZAÇÃO É ESSENCIAL NA ÁREA MÉDICA.

EM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO E DE SUPORTE TAMBÉM.



A GRSA/Compass é líder nacional e mundial em serviços de alimentação e de suporte. Atuando em todo o Brasil há 36 anos, especializou-se para trabalhar lado a lado com os hospitais, para que eles possam concentrar seus esforços no que mais importa: o tratamento de seus pacientes.



Quality



- Nutrição Clínica
- Gestão do Lactário
- Conforto Médico
- Restaurantes e lanchonetes

- Limpeza Hospitalar e Ambiental
- Jardinagem
- Portaria
- Serviços Administrativos



SOLUÇÕES EM ALIMENTAÇÃO E
EM SERVIÇOS DE SUPORTE

11 2135-3000 / 3024 / 3118
www.grsa.com.br

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DASA oferece exames de ponta ao corpo clínico

A medicina diagnóstica é uma das maiores ferramentas disponíveis aos médicos, colaborando em cerca de 80% nos diagnósticos clínicos e cirúrgicos. O Hospital Brasília, visando sempre a qualidade nos atendimentos, tem acompanhado os avanços na área de análises clínicas, disponibilizando ao corpo clínico exames de ponta e acompanhando as solicitações das creditações e certificações nacionais e internacionais. O serviço é prestado pela rede de laboratórios DASA, a quarta maior empresa de medicina diagnóstica do mundo e a primeira da América Latina, representada em Brasília pela marca Exame Laboratório e Imagem, que há 38 anos tem se destacado como um laboratório de referência médica, com pioneirismo e vanguarda na área de Patologia Clínica do Distrito Federal.

Com um menu completo em análises clínicas com mais de três mil tipos de exames, a rede atende cerca de cinco mil pacientes por mês, sendo que 60% são pacientes internados e 40% são do setor de emergência. São realizados aproximadamente 52 mil exames, sendo que 92% são analisados e processados no Núcleo Técnico Hospitalar (NTH) do Exame, dentro Hospital Brasília. De acordo com Adília Jane de Alcântara Segura, Diretora Médica de Análises Clínicas do DASA - Distrito Federal, os exames considerados de emergência são realizados no Núcleo Técnico Hospitalar (NTH), instalado dentro do Hospital Brasília, e os demais são encaminhados para o Núcleo Técnico Operacional (NTO), onde são processados e, em sua maioria, libera-

dos em 24h. “Disponibilizamos o que há de mais avançado em medicina diagnóstica. Com isso, a população do Distrito Federal realiza exames complexos e recebe os resultados com menor prazo do mercado. Estão disponíveis, também, métodos avançados de diagnóstico molecular, no que se refere à oncologia, infectologia, pediatria, entre outras especialidades”, ressalta.

A estrutura do laboratório Exame, no Hospital Brasília, é comportada por um parque de 15 equipamentos, sendo 10 de grande porte, para atender as demandas nas áreas de Hematologia, Imunoquímica, Marcadores Cardíacos, Gasometria e Drogas Terapêuticas. Recentemente, foram realizados investimentos necessários para adequação de infraestrutura física, equipamentos, logística, e, também, treinamento de nossas equipes. Os valores giram em torno de R\$ 500 mil.

“Contamos com equipamentos de backups para garantir a realização dos exames de urgência. O quadro de colaboradores é composto por 54 profissionais altamente capacitados, entre eles médicos, coletadores, técnicos de

laboratório, bioquímicos, biomédicos e recepcionistas. A gestão do laboratório é realizada por uma equipe multidisciplinar, que contempla um médico in loco, um coordenador da operação de atendimento, um supervisor técnico e uma enfermeira. Contamos, ainda, com suporte da equipe e da infraestrutura do laboratório Exame, como a diretoria médica e toda equipe do Canal do Médico”, explica a Diretora Médica.

Mantendo sempre a área científica atualizada, o laboratório conta com participação dos profissionais em Congressos médicos nacionais e internacionais, publicação de artigos científicos em revistas de referência, além dos encontros promovidos entre os especialistas da DASA, que hoje mantém um corpo clínico de mais de dois mil médicos. “Também temos um trabalho em conjunto com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCCIH), disponibilizando a sustentação para o programa de vigilância epidemiológica e implantação de novos testes para diagnóstico e tratamento das patologias infecciosas. Estamos, atualmente, trabalhando junto à direção do hospital em projetos que facilitam



o transporte de amostras biológicas até o laboratório, reuniões com o corpo clínico, visitas de médicos aos laboratórios do grupo DASA, localizados no Distrito Federal e em outros estados brasileiros”, revela.

Em 2012, a unidade implantou a primeira Residência Médica em Patologia Clínica e Medicina Laboratorial do Centro-Oeste. O programa é realizado em parceria com a Universidade de Brasília (UnB), além de ser credenciado pelo Ministério da Educação (MEC). Na residência médica, os alunos têm a oportunidade de ter contato com diferentes serviços laboratoriais do grupo DASA no Brasil, o que proporciona uma vivência benéfica para formação especializada. Agora, poderão também ter estas experiências no Hospital Brasília. “Estamos oferecendo, também, suporte laboratorial às pesquisas clínicas de monografias, teses de mestrado, doutorado e

pós-doutorado dos profissionais do hospital”, lembra a diretora.

Entre os desafios futuros, Adília cita o investimento em inovações tecnológicas no parque de equipamentos e atualização no rol de exames. “É extremamente gratificante, pessoal e profissionalmente, ser

diretora-médica do Núcleo Técnico Hospitalar (NTH) do Hospital Brasília, pois é um grande desafio participar do crescimento do laboratório junto ao hospital, seja na implantação de novos exames ou no acompanhamento dos tratamentos pacientes e da rotina hospitalar”, conclui.

STEPS PARA A EXCELÊNCIA LABORATORIAL

- * Equipe de profissionais capacitados e motivados;
- * Suporte médico e técnico adequado;
- * Equipamentos de última geração, com monitoramento de manutenções preventivas e corretivas;
- * Monitoramento de indicadores de qualidade analítica, além de processos bem definidos;
- * Gestão profissionalizada.

Laboratório Exame, cada vez mais perto de você

Nova Unidade Exame Victória Medical Center, pertinho do Hospital Brasília.

Um laboratório completo que facilita o seu dia a dia:

- Análises Clínicas
- Anatomia Patológica
- Citologia
- Curvas Glicêmicas
- Sexagem Fetal
- Teste do Pezinho



Acesso para pessoas com deficiência



Estacionamento

Endereço:

SHIS QI 15 Bl. O,
Sala S11 B
Ed. Victória Medical Center
Lago Sul – Brasília – DF

Horário de Funcionamento:

Segundas às sextas-feiras:
7h às 17h
Sábados: 7h às 11h

Horário para Coleta e Entrega de Material:

Segundas às sextas-feiras:
7h às 15h
Sábados: 7h às 10h

38
anos de
tradição

Responsável Técnico: Dr. Sandro Pinheiro Melin – CRMDF 12388

Atendimento ao Cliente
61 4004 3883

www.laboratorioexame.com.br



exame
laboratório e imagem



GESTÃO DE TI

Up to date com a tecnologia da informação

A Tecnologia da Informação (TI) chegou para ficar no setor de saúde. No Hospital Brasília, isso é trabalhado através da conscientização da importância da informatização dos dados, seus benefícios a curto, médio e longo prazo aliado a treinamentos e reciclagens periódicas dos usuários. Nos últimos cinco anos foram investidos aproximadamente R\$ 1 milhão em TI. “Desde de 2013, aumentamos ainda mais a qualidade na assistên-

cia ao paciente e aos profissionais do hospital utilizando a TI”, explica o gerente de tecnologia, Yunna Margareth Mohamad.

Segundo o gestor, há projetos em andamento de RFID para rastreabilidade de medicamentos de alto custo. “Com esse projeto, teremos maior controle do estoque e reduziremos o trabalho manual com inventário”, conta. Projeto similar é a implantação de RFID para rastreabilidade de bebês na maternidade, com o objetivo de aumentar a segurança, trazendo maior tranquilidade aos pais.

O Hospital Brasília mantém um sistema de gestão de BSC (Strategic Adviser), que permitiu aumento na qualidade das informações, dando aos gestores

credibilidade nas informações para tomada de decisões gerenciais visando o planejamento estratégico da empresa. Já a implantação do Prontuário Eletrônico (Medview) trouxe um impacto positivo no faturamento do hospital, bem como segurança para farmácia e enfermagem, bem como na dispensação/administração dos medicamentos e materiais nos pacientes hospitalares. O mesmo ocorreu com a adoção do PACS, sistema de gerenciamento e arquivamento de imagens. “Ele trouxe redução de custo para hospital e aumentou a disponibilidade dos exames para visualização de todo o hospital”, comemora o gestor de TI, Yunna Margareth Mohamad.

OUVIDORIA

Agilidade na solução de problemas

Atuando de forma preventiva e proativa, a Ouvidoria do Hospital Brasília está atenta às atividades relacionadas ao atendimento e busca, junto às supervisões de cada setor, analisar as demandas dos pacientes com soluções ágeis. Além de ser uma imprescindível ferramenta de atendimento ao paciente, as atividades do setor estendem-se à informação do boletim médico, acompanhamento de óbitos, e, acompanhamento das dificuldades diárias. De acordo com o ouvidor, Sergio Afonso Campos da Cruz, é preciso encontrar soluções consensuais junto às diversas áreas. “E o mais importante: ser sempre receptivo e disponível de forma a se tornar um exemplo de atendimento”, explica.

A Ouvidoria pode também funcionar de forma estratégica atuando como um mecanismo de análise de riscos, desde que apoiados por todas as gestões, para que haja o atendimento às necessidades da gerência de riscos. Todos os comentários de pacientes são importantes e, principalmente, fonte de conhecimento. “Trata-se de uma visão de quem está de fora e com todo o tempo para observar os diversos processos do hospital”, revela o ouvidor.

Todos os casos, com atendimento prontamente disponível sempre que solicitado, são repassados para as supervisões tomarem providências. “Em alguns casos a Ouvidoria exerce um canal de entendimento e ação junto às supervisões no sentido de ajudar na solução do problema. Em todos os

casos a Ouvidoria procura retornar ao paciente agradecendo e justificando o ocorrido”, conta.

Para ele, os principais ganhos de manter uma Ouvidoria atenta e disponível são a confiabilidade e a fidelidade do paciente e colaboradores. “O reconhecimento é a nossa satisfação pela valorização de nossos serviços. Nossa Acreditação ONA nível 3 e a nossa busca pela JCI (Joint Commission International) evidenciam o interesse de todo corpo clínico, enfermagem e administrativo na busca da qualidade e da superação”, ressalta.

Para manter o serviço de excelência, Sergio Cruz conta que é preciso pleno entendimento de todos os gestores e suas diversas funções. “A Ouvidoria busca a qualificação por considerar fundamental para a melhoria dos serviços. Aqueles que enxergam a Ouvidoria como crítica estão andando na contramão, pois a busca do setor é eliminar dificuldades em que uma simples ação possa superar a insatisfação do paciente/cliente”, argumenta.

Hoje, a visão dos gestores em relação à Ouvidoria tem sido receptiva e com isso é possível atingir a satisfação dos clientes em relação às demandas existentes. Para o ouvidor, os gestores deveriam gastar um bom percentual de tempo para treinamento e acompanhamento de seus liderados.

“O gestor não deve se dedicar integralmente a parte operacional. Ele precisa ter bom conhecimento de seus objetivos e distribuí-los junto aos seus liderados. O apoio e acompanhamento, bem como o consenso junto aos liderados a cada tomada de ação, faz com que todos participem do resultado final da área e busquem, de forma motivada, a excelência”, conclui.

A Estoril Cosméticos é especializada na fabricação de produtos de higiene pessoal e amenidades, e tem como objetivo oferecer soluções inovadoras em produtos com excelência em qualidade, para atender ao alto padrão de qualidade de cada instituição, alicerçados no compromisso de responsabilidade social.

Temos grande orgulho da parceria firmada entre o Hospital Brasília e a Estoril Cosméticos



O Hospital Brasília desenvolve um grande trabalho no apoio e atendimento ao paciente, tendo como aliado, o alto padrão dos amenities da Estoril Cosméticos.



Existem idéias na vida que são muito boas.

E elas ficam muito melhores quando estão juntas.


ESTORIL
cosméticos
www.estorilcosmeticos.com.br

Central de Atendimento:
Fone: (11) 2952-1093



ÓTICAS BRASILIENSE

SUA NOVA VISÃO EM BRASÍLIA



Inaugurada em 2002, as Óticas Brasiliense já é referência no setor optico. A empresa destaca-se em todo o Centro-Oeste. Para isso, não poupa investimentos e empenho para melhor atender seus clientes, além de proporcionar valioso auxilio aos médicos oftalmologistas. Disponibiliza do mais moderno laboratório óptico digital desta região, capaz de confeccionar seus óculos em até 20 minutos. Amplas e modernas lojas, equipe especializada em atendimento, além de parcerias com as mais renomadas marcas de lentes. Segundo Carlos Alberto Dias (fundador), a empresa sempre se pautou por um trabalho técnico de altíssima qualidade. Tem como objetivo fundamental a satisfação de seus clientes, além de proporcionar um serviço em tempo recorde, com qualidade, empenho, segurança e garantia. Atualmente a empresa dispõe de 11 lojas, localizadas em Brasília, Ceilândia, Gama e Núcleo Bandeirante.



São 11 lojas perto de você

Mega loja 504 Sul 3321-5159

Conjunto Nacional	3327-9314	CNB 10	3563-2165
Pátio Brasil	3224-6361	CNC 2	3351-6052
716 Sul	3245-6293	Ceilândia	3581-8283
309 Sul	3343-3187	Gama	3385-7215
706 Norte	3347-3747	Núcleo Bandeirante	3386-8675

Excelência e inovação em equipamentos e serviços

A Delta Medical surgiu há mais de dez anos, alicerçada em um compromisso: levar a pacientes, médicos e colaboradores o que a medicina dispõe de mais inovador em equipamentos e serviços.

Para isso, mais do que comercializar produtos, a Delta Medical integra uma estrutura mundial que inclui parceiros qualificados, reconhecidos internacionalmente.

Todo o conhecimento e experiência de mais de uma década está também disponível em Brasília. A capital conta agora com produtos e serviços de excelência da Delta Medical.

Soluções eficientes para um mercado cada vez mais exigente

Graças a sua dinâmica de trabalho, a Delta Medical Brasília alcançou patamar diferenciado no atendimento às demandas e também na formação profissional dos seus médicos associados. A pesquisa por novidades é permanente, e a equipe da Delta Medical está presente nas mais importantes feiras, simpósios e congressos internacionais. A empresa busca constantemente parcerias com entidades e instituições que são referência em pesquisas e inovações tecnológicas.

Expertise

Monitorização Intra-Operatória

Estimulação Cerebral Profunda (Parkinson e Distúrbios

Psiquiátricos)

Estimulação da Medula Espinhal (Dores Crônicas)

Bomba de Infusão de Medicamentos (Dores Crônicas)





ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA

Gerenciando a informação do paciente

Responsável pelo arquivamento e guarda dos prontuários dos pacientes, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Brasília é imprescindível à instituição, permitindo estimar o valor do trabalho profissional e o grau de eficiência com que são tratados os pacientes. Entrosando-se com os demais serviços técnicos e administrativos da instituição, o SAME colabora com o aprimoramento da assistência prestada ao paciente.

É responsável pela organização, auditoria administrativa, armazenamento e guarda de prontuários médicos, permitindo sua rastreabilidade sempre que necessário. É também responsável pela elaboração dos indicadores estatísticos no âmbito técnico e

Para atender a demanda e agilizar processos, setor investiu em sistema de protocolo eletrônico.

de produção/produtividade, visando a avaliação da demanda e do desempenho das unidades hospitalares.

De acordo com o Analista, Mauro Sérgio Cardoso dos Santos, com o crescente aumento do número de atendimentos realizados pela instituição tanto em nível de pronto atendimento quanto de atendimento sob o regime de internação hospitalar, o SAME vem processando atualmente cerca de cinco mil prontuários/mês. Para administrar essa demanda, o setor investiu no sistema de protocolo eletrônico (WPD), que permite a rápida localização do prontuário

em tempo real em outros setores. Já no arquivo inativo, o sistema de gerenciamento da *Recall* permite ao colaborador do SAME fazer a solicitação do prontuário pela internet, garantindo agilidade ao processo. O prontuário chega ao arquivo médico em até quatro horas.

“Ter o arquivo atualizado e organizado, e em sincronia com as rotinas e processos do hospital estão entre nossos diferenciais. Com uma melhor qualificação dos colaboradores do SAME, o atendimento é diferenciado e o serviço prestado é bastante elogiado”, diz.

Outro ponto destacado pelo analista é o local apropriado para arquivo e atendimento do cliente interno e externo. “Também contamos com o Sistema Dígito Terminal com o auxílio de cores e com o apoio do Sistema de Controle de Prontuários (Protocolo Eletrônico), foi possível ampliar a confiabilidade do arquivamento e a agilidade das rotinas de trabalho”, conclui.

NÚCLEO DE INFECTOLOGIA

Boas práticas em prevenção e controle das infecções

O Núcleo de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde do Hospital Brasília (NIRAS) tem como principal missão, gerenciar, orientar e sensibilizar os profissionais de saúde às boas práticas de prevenção e controle das infecções relacionadas a assistência. O núcleo monitora mensalmente 99 indicadores nas áreas assistenciais sendo 64 de resultado e 35 relacionados a processo. Além disso, semestralmente são monitorados também indicadores de estrutura nas áreas assistenciais e áreas de apoio.

Para Maria de Lourdes Worisch Ferreira Lopes, médica infectologista coordenadora do Núcleo de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, a credibilidade construída ao longo dos anos no enfrentamento de adversidades têm garantido os bons resultados da instituição. “Anualmente, conforme política estabelecida, balanço e resultado dos indicadores, elaboramos cronograma de ações conforme objetivos gerais e específicos estabelecidos. Este cronograma é validado posteriormente pelos gestores e lideranças intermediárias”, conta.

Como meta para os indicadores de resultado, o Hospital Brasília utiliza a média de dados dos anos anteriores e, como benchmarking, são utilizados as melhores práticas a nível nacional e internacional (americano e europeu).

Além de quatro profissionais que se dedicam ao Núcleo (1 médica infectologista com MBA em gestão em saúde e controle de infecção; 02 enfermeiras

especialistas em gestão em saúde e controle de infecção e 01 jovem aprendiz de nível médio), o NIRAS capacitou 180 elementos de ligação, ou seja, representantes das principais categorias envolvidas diretamente na assistência (enfermagem, fisioterapia e fonoaudiologia) do período diurno e noturno para monitorização e correção de não conformidades nas práticas mais importantes de prevenção das IRAS.

Para a coordenadora, é imprescindível o trabalho conjunto com todos os setores do hospital. “Como a prevenção e controle das IRAS é responsabilidade de todos, trabalhamos em conjunto com representantes da Direção, Administração, Farmácia, Departamento de Educação Continuada, Laboratório de Microbiologia, Higiene e PGRSS, Pronto Atendimento, entre outros setores. Esta parceria se dá no dia a dia através das visitas multiprofissionais, auditoria de pacotes, análises críticas, elaboração de planos de ação e discussão de resolutividade com todos os gestores da instituição”, ressalta.

O mesmo ocorre com os órgãos e agências governamentais. “A relação é de parceria e colaboração ao cumprimento das legislações. Notificamos à vigilância sanitária e epidemiológica as doenças infectocontagiosas e as infecções associadas à assistência à saúde e participamos de todos os fóruns em que somos convocados”, explica Maria de Lourdes.

De acordo com a coordenadora, outra preocupação é com os fornecedores. “Buscamos sempre os melhores produtos e emitimos pareceres validando os lançamentos no mercado de produtos como antissépticos, equipamentos de esterilização e desinfecção”, ressalta.

Em 2013, a meta foi dar continuidade ao Projeto “Direcionando o olhar para as práticas em prevenção e controle das IRAS através dos Elementos de Ligação”, iniciado em 2007 e consolidado a partir de 2009. “Este projeto trouxe ao NIRAS a possibilidade de medir ‘se’ e ‘como’ as práticas de prevenção e controle das IRAS estão sendo executadas 24 horas por dia e sete dias da semana nas áreas assistenciais e operacionais”, explica a coordenadora.

Segundo ela, outro objetivo é transformar todos os profissionais da instituição em *Elementos de Ligação*, incorporando cada vez mais os pacotes de medidas como uma ferramenta para qualificação da assistência, disseminando assim experiências para parceiros no mercado através de edição de livro, chat nacional já em agendamento e publicação de mais trabalhos. “Vale ressaltar que a qualificação do NIRAS foi imensamente favorecida pela cultura hoje arraigada na instituição de que a segurança do paciente está em primeiro lugar”, conclui.

O Núcleo de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde do Hospital Brasília monitora mensalmente 99 indicadores nas áreas assistenciais sendo 64 de resultado e 35 relacionados a processo

LAVANDERIA ACQUA

INVESTE NO DISTRITO FEDERAL



Durante quase um ano, a Lavanderia Acqua se preparou para atuar no mercado do Distrito Federal, adquirindo máquinas e adaptando o espaço sob as mais rigorosas normas técnicas exigidas pela Anvisa e demais órgãos de Saúde. Com o objetivo de prestar serviço de lavagem e higienização de roupas hospitalares, a empresa tem como foco a excelência na prestação de serviços a instituições de saúde. Para tanto, investe constantemente em uma equipe especializada, treinada por profissionais qualificados com larga experiência no ramo de lavanderia. Outro investimento é no moderno maquinário, trabalhando somente com produtos de ponta. Todo o processo de lavagem e contratação de funcionários é supervisionado por

uma enfermeira de nível superior o que garante a eficácia e excelência dos serviços.

#Processo de Lavagem

A Lavanderia Acqua foi projetada por engenheiros especializados em Saúde Pública para atender o mercado hospitalar.

#Coleta e Transporte

A empresa possui uma frota de vans novas para efetuar coleta e entrega dos enxovais mediante horário agendado.

#Lavagem

As lavadoras são comandadas por computadores, contendo diversos programas de lavagem. Desta forma, é possível individualizar cada processo a ser utilizado. A automação possibi-

lita a dosagem do produto certo para o tipo de roupa a ser lavada. O operador acompanha todo o processo e recebe informações. Qualquer erro pode ser identificado imediatamente, sendo corrigido antes do término do processo.

#Secagem

Após a lavagem, as modernas máquinas de lavar extratoras retiram o excesso de água. Posteriormente são levadas aos secadores alimentados a vapor. Todas as máquinas são programadas para controlar a secagem, evitando a queima de fibras do tecido.

#Passagem e Dobra

Neste processo, as calandras são aquecidas a vapor, o que dá melhor acabamento. Quatro operadores executam esta etapa. Caso seja identificada alguma mancha, a peça é rejeitada e voltam para o processo de lavagem.

#Pesagem e Expedição

Findo o processo, o enxoval na expedição é pesado e anotado, estando pronto para ser entregue em horário previamente agendado com o cliente. Também nesta etapa, o serviço é prestado por funcionários treinados, identificados e uniformizados, conforme determinação da Anvisa.

Lavanderia Acqua - (61) 3274-1116
Setor Industrial de Ceilândia
Quadra 06 lotes 78/86 Ceilândia DF



**Brasília
Scientific**
Produtos Hospitalares



Distribuidor Autorizado

**Boston
Scientific**
Delivering what's next.
Urologia

61. **3021-2203**

QE 01, Área Especial F, loja 13
Guará - DF

brasiliascientific@gmail.com

**Nós da Brasília Scientific desejamos muitos
anos de vitória e sucesso ao Hospital Brasília.**

A **MAIOR** e
a **MELHOR**
Lavanderia de Brasília.



Acqua®
LAVANDERIA INDUSTRIAL

Fone/Fax: (61) 3274-1116
Brasília/DF

Uso da neuromodulação no tratamento de doenças

A Neuromodulação é hoje uma das mais excitantes e dinâmicas áreas do conhecimento médico. A sua ação se dá por meio da modulação do sistema nervoso por estímulos elétricos e agentes farmacológicos em alvos neurológicos específicos. Muitas doenças produzem alterações estruturais e bioquímicas permanentes, causando disfunção do sistema nervoso, como as síndromes de dor crônica, espasticidade, distúrbios do movimento (Doença de Parkinson), epilepsia e transtornos psiquiátricos – essas são algumas das patologias mais frequentemente tratadas pelos métodos de neuromodulação.

A era moderna da neuromodulação começou nos anos 1960, com a estimulação da medula espinhal para o tratamento da dor refratária. Atualmente a Neuromodulação emprega tecnologias avançadas para aumentar ou suprimir a atividade do sistema nervoso em diferentes doenças. Estas tecnologias incluem dispositivos implantáveis e não-implantáveis, que, através de estímulos químicos e elétricos, modificam reversivelmente a atividade das células nervosas no cérebro, medula e nervos periféricos.

As terapias de neuromodulação são:

- Altamente direcionadas para áreas específicas do cérebro ou da medula espinhal, ao contrário das terapias sistêmicas como os tratamentos farmacológicos convencionais;
- Altamente reversível, permitindo que o tratamento seja imediatamente interrompido com a remoção do dispositivo de estimulação.

As aplicações práticas da neuromodulação são muito diversas e incluem:

- 1) Tratamento da dor crônica de difícil controle: O tratamento da dor crônica refratária é a indicação mais comum, sendo a dor neuropática, em particular, a mais frequente. Pacientes com dor em colunas cervical, torácica e lombar, dor em membros e dor oncológica intratável são candidatos ao uso da neuromodulação.

A estimulação da medula espinhal é a modalidade mais comum, mas também podemos utilizar a estimulação de nervos periféricos e mesmo a

estimulação cerebral em casos mais extremos de dor. Além da estimulação elétrica, podem ser necessários o implante de sistemas que infundem medicações (por exemplo: morfina) diretamente na medula espinhal ou no espaço liquórico, otimizando o tratamento (bombas implantáveis de infusão de medicamentos).

- 2) Tratamento dos distúrbios do movimento: o uso da estimulação cerebral profunda para o tratamento da Doença de Parkinson é uma terapia reversível já bem estabelecida na literatura médica, com excelente resposta quando corretamente indicada. A neuromodulação também é altamente eficaz na terapêutica do tremor essencial intratável clinicamente e das distonias motoras.
- 3) Tratamento da espasticidade: infusão de baclofeno no espaço liquórico é uma terapêutica segura, eficaz e reversível nos casos de espasticidade de difícil tratamento clínico.
- 4) Tratamento da incontinência urinária e fecal: o implante de um estimulador sacral já é prática bastante estabelecida no mundo, embora ainda pouco difundida em nosso país. Apresenta boa efetividade, com grande melhora da qualidade de vida dos pacientes com incontinência.

Avanços e novas indicações

A partir da década de 90, novas indicações estão progressivamente surgindo com benefícios aos pacientes submetidos à terapia neuromodulatória, muitas já consolidadas. Como exemplo podemos citar: uso da neuromodulação no tratamento dos transtornos psiquiátricos como a depressão, transtorno obsessivo compulsivo, Síndrome de Tourette e agressividade. Podemos também citar trabalhos em distúrbios alimentares (obesidade) e o uso terapêutico em outras síndromes dolorosas crônicas, como a enxaqueca e a cefaleia crônica diária.

Dr. Tiago Freitas

*Neurocirurgião Funcional
Vice-presidente da Sociedade Brasileira de
Neuromodulação*

Monitorização intra-operatória (IOM) é reconhecido como um serviço complementar importante, que adiciona segurança para os cirurgiões e paciente durante a cirurgia.

O que é monitorização intra-operatória?

IOM é utilizada como assistência clínica e tecnológica ao paciente e cirurgião para detectar e monitorar alterações neurofisiológicas provocadas durante a cirurgia, em nervos que estão sob risco de lesão. Os sensores são colocados sobre o paciente para monitorizar atividade elétrica dos nervos espinhais, medular e cerebral. Um médico neurofisiologista interpreta a leitura de sinais elétricos para detectar lesão iminente ou irritação nervosa. Essa informação é compartilhada com o cirurgião oferecendo uma oportunidade para intervir e evitar danos neurológicos permanentes ao paciente. No Brasil é uma atividade médica, então obrigatoriamente o responsável pela IOM tem que ser médico.

Qual é o propósito da monitorização intra-operatória?

IOM é uma medida adicional para garantir o sucesso de um procedimento cirúrgico. O procedimento fornece informações imediatas de alteração da condução neurofisiológica do paciente, então a equipe cirúrgica pode responder e reduzir a gravidade dos sintomas de déficits neurológicos no pós-operatório.

Quais são os benefícios da monitorização intra-operatória?

IOM fornece monitorização em tempo real de um procedimento cirúrgico. Quando as estruturas neurais estão em risco, a IOM altera seus sinais e o neurofisiologista pode alertar o cirurgião dos problemas nos potenciais. Esses alertas permitem ao cirurgião reagir às mudanças e evitar ações que possam resultar em danos neurológicos irreversíveis. Em última análise, a IOM pode reduzir a mortalidade, morbidade e os custos de longo e curto prazo dos danos associados com a cirurgia, incluindo a responsabilidade legal.

Quais os riscos da monitorização intra-operatória?

Na maioria dos países, a IOM tornou-se o padrão de atendimento para cirurgias que colocam em risco estruturas neurais. Os riscos da IOM são mínimos.

Cirurgiões recebem aviso prévio dos riscos envolvidos naquela cirurgia em particular em tempo real.

Os cirurgiões com conhecimento de possíveis déficits neurológicos e alterações induzidas pela cirurgia indicada, podem com esse procedimento:

- 1) Identificar e evitar complicações cirúrgicas.
- 2) Potencialmente diminuir a mortalidade cirúrgica.
- 3) Reduzir a responsabilidade jurídica e custos de longo prazo.
- 4) Ajudar a prevenir complicações pós-cirúrgicas.
- 5) Cirurgias são mais eficientes e bem sucedidas quando as pessoas certas estão envolvidas e empenhadas em construir um ambiente de confiança para beneficiar o paciente, a equipe cirúrgica e equipe da IOM.

Principais Indicações por área de atuação:

- Neurocirurgia
- Ortopedia
- Cabeça e pescoço
- Otorrinolaringologia
- Buco-maxilo
- Urologia
- Cirurgia vascular

Dra. Ranna Sala

Especialista em Neurofisiologia Clínica





SÉCULO DA ICONIZAÇÃO

Sinalização Hospitalar cresceu de forma expressiva nas últimas duas décadas, mostrando que sem ela multiplicam-se os problemas de acessibilidade dentro das organizações.

Num século carregado de informação, a *iconização* passou a ser um item de grande importância nos ambientes de forte densidade de usuários. Hospitais são esfinges gigantescas, multifacetadas, repletas de funcionários, com grande necessidade de informação gráfica. A *sinalização hospitalar* cresceu de forma expressiva nas últimas duas décadas, mostrando que sem ela multiplicam-se os problemas de acessibilidade dentro das organizações. Aquilo que era uma condição imperativa aos hospitais de grande porte, passou a ser também uma referência em Unidades Hospitalares de qualquer tamanho ou tipicidade.

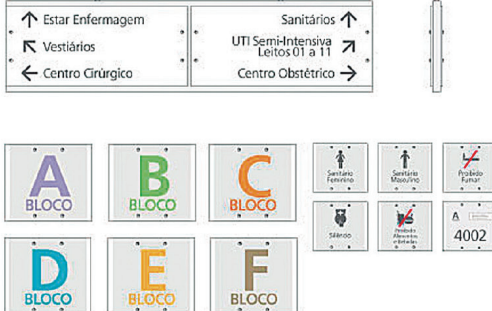
Famílias precisam de orientação, pacientes carecem de proteção contra o enxame circulatório dentro dos hospitais, e a gestão precisa minimizar as matrizes de localização interna. Tudo isso ganha enorme reforço com as modernas técnicas e conceitos de sinalização hospitalar.

O “exagero sinalizatório”, que se perpetuou durante alguns anos dentro dos hospitais no Brasil (e fora dele), está cedendo espaço à adoção de padrões internacionais (ou mesmo nacionais, mas com orientação oficial do SUS) que permitem equalizar os formatos de indicação, facilitando o bom entendimento geral.

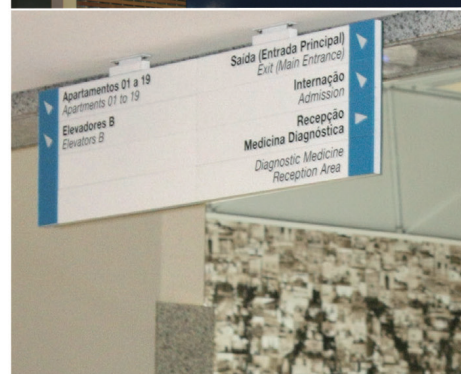
A complicação se acentua quando sabemos que muitos hospitais passam constantemente por processos de reformas ou ampliação, o que quase sempre conspira contra a comunicação visual. Não são poucos os grandes hospitais no país (acima de 700 leitos) que se tornaram labirintos, criando imensas dificuldades até para os próprios funcionários que por lá transitam. O Brasil tem baixa cultura de sinalização. Somos um país com enormes dificuldades de perceber a força da comunicação visual, ou dos ícones de sinalização urbana. Basta andar por nossas ruas e comparar com ruas de países do primeiro mundo, onde difícil-



CENTRO MÉDICO SANTA CATARINA



HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUIZ



HOSPITAL SAMARITANO



Nossa especialidade é cuidar bem do seu projeto.

A Caso Design Comunicação atua há mais de 20 anos no mercado e há 12 tem se especializado em projetos de sinalização e ambientação para hospitais e clínicas de saúde. Uma expertise que nos credencia a desenvolver projetos de comunicação visual mais eficientes, que não apenas orientam com precisão os usuários, mas também contribuem para o fortalecimento da marca e a valorização dos serviços dos clientes.

caso design
comunicação

MARCA
IDENTIDADE CORPORATIVA
DESIGN GRÁFICO
AMBIENTAÇÃO E SINALIZAÇÃO
EMBALAGEM E PDV

→ www.casodesign.com.br
geral@casodesign.com.br
11 3848 9702

A moderna sinalização hospitalar, turbinada pelas ferramentas digitais móveis, é capaz de posicionar o paciente (ou sua família) mesmo antes dele entrar no hospital

mente a sinalização é só um adereço, mas um meio de facilitar as relações humanas. Sinais e símbolos fazem parte de nossa cultura, e a sinalização dentro de ambientes hospitalares é o eixo do controle circulatório. Além disso, sinais transmitem uma imagem institucional: podem transmitir respeito (para com os pacientes e seus acompanhantes), podem refletir elegância e bem-estar ao corpo de profissionais que ali trabalha, e seguramente transferem confiança a todos.

A moderna sinalização hospitalar, turbinada pelas ferramentas digitais móveis, é capaz de posicionar o paciente (ou sua família) mesmo antes dele entrar no hospital. Muitos hospitais nos EUA já oferecem aos acompanhantes pequenos devices com

GPS para facilitar a sua geolocalização dentro do ambiente.

Os modelos de sinalização fazem parte hoje de qualquer sistema de acreditação, sendo crescente no mercado a oferta de profissionais de design especializados em *hospital signage*. Sinais podem gerar muita confusão, basta que os critérios de sua escolha sejam aleatórios e não respeitem o bom senso (ou o senso comum). Para isso, já existem boas empresas no setor com experiência nacional e internacional em orientação espacial, uma disciplina fundamental para a boa sinalização hospitalar.

Da mesma forma é desnecessário salientar que a sinalização é uma importante peça de marketing. Convenhamos: ficar perdido dentro de um hospital não é uma

experiência positiva. Recente pesquisa feita no Reino Unido mostrou que um profissional interno do hospital (médico, ou enfermeiro, ou atendente, ou ligado a qualquer setor de limpeza) é obrigado, em média, a dar quatro vezes ao dia informações sobre o hospital aos transeuntes (em geral onde fica a localização de uma determinada ala ou setor). No Brasil, não existe uma pesquisa clara, mas a quantidade de vezes em que consultamos qualquer transeunte de branco dentro dos grandes hospitais pode dar bem a medida do problema. Se por um lado isso significa cortesia, por outro rouba tempo e atenção dos profissionais. Muitas dessas situações podem ser minimizadas com a boa sinalização hospitalar.





ISO 9001 ISO14001 OHSAS 18001

PROJETOS DE ENGENHARIA E GERENCIAMENTO DE OBRAS

Projetos de Engenharia

Instalações elétricas • Instalações eletrônicas • Instalações hidrossanitárias • Instalações de prevenção e combate a incêndios • Instalações de telecomunicações • Processos • Climatização • Utilidades • Instrumentação • Automação - BMS • Civil - Concreto e Metálica

Gerenciamento de Obras

Planejamento e controle de prazos • Orçamento e controle de custos • Coordenação de engenharia • Suprimentos • Gerenciamento de obras • Gestão de riscos

São Paulo
Avenida Maria Coelho Aguiar 215 Bloco F 8º andar
Centro Empresarial de São Paulo 05805-000 São Paulo SP Brasil
tel +55 11 3747 7711 fax +55 11 3747 7700
www.mha.com.br mha@mha.com.br



Hospital Alemão Oswaldo Cruz
São Paulo SP



INTO
Rio de Janeiro RJ



Hospital das Clínicas da FMUSP
São Paulo SP



Hospital Samaritano
São Paulo SP



INCA
Rio de Janeiro RJ



Hospital Sírio-Libanês
São Paulo SP

Rio de Janeiro
Avenida das Américas 1155 sala 1201
Barra Space Center 22631-000 Rio de Janeiro RJ Brasil
tel +55 21 2111 9763 fax +55 21 2111 9842
adm.rj@mha.com.br

Chile
Rosario Sur 91 of. 306
Las Condes Santiago Chile
tel +56 2 229 8326 fax +56 2 202 2909
mha.cl@mha.com.br



Consultores Comerciais
altamente capacitados



Plantão 24 horas
independente do dia ou hora



Produtos top de linha
e eficácia comprovada



Instrumentador Cirúrgico
para eventuais emergências



Todo médico cliente da Trauma Surgical
conta com serviços exclusivos, sempre
com qualidade e agilidade.



**trauma
surgical**
Produtos Médicos e Hospitalares

Brasília (61) 3242-4040 | Teresina (86) 3217-3487
www.traumasurgical.com.br

CONHEÇA OS TEMAS QUE SERÃO DESTAQUES NAS PRÓXIMAS EDIÇÕES DA REVISTA ADMINISTRADOR HOSPITALAR

- ✓ Governança Corporativa e a Formação em Administração Hospitalar.
- ✓ Protocolos em Saúde – por que não avançamos?
- ✓ Acreditação – Como manter pós-certificação.
- ✓ Medical Devices 2.0 – a revolução em curso.
- ✓ Turismo Médico – Tendências, Dificuldades e Oportunidades.
- ✓ Ambulâncias, Helicópteros e Drones – o desafio das grandes cidades.
- ✓ A maratona da Residência Médica.
- ✓ Incursão Digital - a Tecnologia avança pelos poros da comunidade médica.
- ✓ Práticas de prevenção e controle de infecções no âmbito hospitalar.
- ✓ Engenharia, Arquitetura, Logística e Hotelaria Hospitalar.



OXYMAG.
O VENTILADOR
PULMONAR QUE
PENSA RÁPIDO
NA HORA DA
EMERGÊNCIA.

Durante uma emergência, cada segundo pode representar uma vida. É por isso que a tecnologia do OxyMag faz a diferença:

- Atende desde paciente neonatal de baixíssimo peso até pediátrico e adulto.
- Modalidades de ventilação: VCV, PCV, PLV, V-SIMV, P-SIMV, CPAP, DualPAP, PSV e NIV.
- Bateria com mais de 6 horas de autonomia.
- Extremamente leve e fácil de transportar. Pesa apenas 3,25 kg.
- Fácil manuseio, com display colorido touch screen.
- Completo monitor de ventilação com gráficos e valores numéricos.



Cirucam Medical Center & Home Care Ltda.

*Representante Exclusivo para Rede
Pró-Saúde Associação Beneficente
de Assistência Social e Hospitalar.*

Tel.: (11) 5081-8330
e-mail: jairo@cirucam.com

Rua Borges Lagoa, 818 - VI. Clementino
São Paulo - SP

HOSPITAL A.C. CAMARGO:

60 ANOS LUTANDO CONTRA O CÂNCER.

A EXPRESSA TEM ORGULHO DE **FAZER PARTE DESSA HISTÓRIA.**



Há 60 anos o A.C. Camargo vem sendo um vetor importante e referência na luta contra o câncer no Brasil e no Mundo.

A Expressa tem orgulho de contribuir com esta importante instituição de saúde, através de um serviço ágil, eficiente e seguro.
Parabéns A.C. Camargo!



expressa
GROUP

Distribuindo Saúde e qualidade de Vida.

www.expressa.com



INDSH

Instituto Nacional
de Desenvolvimento
Social e Humano

CREDIBILIDADE, ÉTICA e PROFISSIONALISMO NA GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

SERVIÇOS

- CONSULTORIA
- GESTÃO HOSPITALAR E DE INSTITUIÇÕES DE SAÚDE
- GESTÃO DE MEIO AMBIENTE
- CURSOS E TREINAMENTOS:
 - Segurança do Paciente
 - Trabalho em Equipe
 - Liderança
 - Logística em Instituições de Saúde
 - Contabilidade e Rotinas Trabalhistas
 - Indicadores de Saúde
 - NR 32
 - Entre outros

SEDE ADMINISTRATIVA

em novo endereço:

Rua Marquês de São Vicente, 446
Cj. 1419 14º andar Barra Funda
São Paulo SP Brasil 01139-000
Tel. 55 11 3672-5136

www.indsh.org.br

