

Panorama



Publicação da Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados – 2020, ano 15 | nº 74

COVID-19

Com alto potencial de contágio, o novo coronavírus tem causado colapso em sistemas de saúde e desafiado gestores a buscar soluções rápidas e efetivas

**MECANISMOS DE
COMPLIANCE CONTRA
O ASSÉDIO MORAL**

**PROJETO DODÓI:
CUIDADO HUMANIZADO
PARA CRIANÇAS COM CÂNCER**

**PROTOCOLOS E TREINAMENTO
SÃO A RESPOSTA PARA MORTE
MATERNA POR HEMORRAGIA**





03

editorial

[Olhar além da pandemia](#)

04

expediente

05

opinião

[Reforma Tributária - nem toda saúde precisa ser castigada](#)

06

anahp na capital

[As principais notícias sobre encontros e reuniões com representantes do Governo](#)

10

compliance

Assédio moral

[Mecanismos de compliance são fundamentais para melhorar o ambiente organizacional em relação ao assédio](#)

14

grupos de trabalho

Os caminhos da saúde baseada em valor

[Em encontro promovido pela Anahp, especialista da Advisory Board fala sobre os desafios em implantar o conceito](#)

18

saúde

Estratégia que salva vidas

[Programa da OPAS/OMS, em parceria com a Anahp, oferece capacitação focada na redução das mortes maternas por hemorragia](#)

24

especial covid-19

A ameaça invisível

[O novo coronavírus avançou para o mundo, colapsando sistemas de saúde e desafiando gestores com sua rapidez e alto potencial de contágio](#)

32

especial covid-19

Anahp em ação

[A associação vem trabalhando para amenizar os impactos da crise na saúde suplementar e ajudar seus associados com orientações técnicas](#)

34

especial covid-19

De mãos dadas

[Parcerias público-privadas têm se apresentado como solução efetiva para o combate à pandemia](#)

38

especial covid-19

Cuidado à distância

[A necessidade de isolamento social abriu caminho para que a telemedicina começasse a se tornar realidade no Brasil](#)

42

especial covid-19

Medidas rápidas e engajamento da população

[Em artigo, o médico e professor da Faculdade de Saúde Pública da USP Gonzalo Vecina explica como essas ações podem salvar vidas](#)

44

responsabilidade social

Contando histórias

[Humanizar o atendimento de crianças com câncer e fornecer uma comunicação clara sobre a doença é o objetivo do Projeto Dodói](#)

48

valor anahp

Aprendizado constante

[Hospital Tacchini comenta sobre os benefícios de participar ativamente de programas e atividades propostas pela Anahp](#)

54

paciente

Cirurgia robótica e suas vantagens

[Por serem menos invasivos, esses procedimentos minimizam os riscos de infecção e facilitam a recuperação do paciente](#)

56

perfil

Segurança e humanização

[A superintendente Comercial e de Marketing do Grupo Albatroz Daniella Barbosa fala sobre como proteger sistemas e o ambiente dos hospitais](#)

60

membros

[Acreditações, investimentos em infraestrutura e novas tecnologias dos hospitais associados](#)



24

capa

Especial Covid-19

[A pandemia que trouxe desafios para o setor, integração entre público e privado e o uso da telemedicina no Brasil](#)

OLHAR ALÉM DA PANDEMIA



O ano de 2020 será lembrado como um período de mudanças. O principal motivo, infelizmente, é a pandemia do novo coronavírus que se instalou no mundo inteiro, deixando milhões doentes e milhares de mortos. Perdemos pessoas próximas, profissionais e, dizem por aí, que perderemos um ano econômico. Mas se olharmos ao redor veremos que também ganhamos: aprendemos sobre o valor das relações pessoais e da solidariedade e nos reinventamos – trabalhamos de casa e reconstruímos a nossa rotina. E, mais do que tudo, valorizamos mais a saúde.

Nosso setor foi desafiado diante da ameaça de um colapso. Tivemos que lidar com uma doença desconhecida e temos vivido dias intensos de reestruturação de fluxos e protocolos. Sofremos com nossas UTIs cheias e, ainda assim, com a nossa sustentabilidade financeira ameaçada. Em contrapartida, nos aproximamos dos nossos pares – prestadores de serviço, indústria e operadoras – e abrimos diálogos maduros em busca de soluções.

A Anahp, especialmente, não será mais a mesma após essa crise. Amadurecemos e ganhamos experiências valiosas para a nossa caminhada em busca de excelência. Assumimos o nosso papel como uma liderança forte, à frente de debates que agora se fazem presentes nas conversas de todos os brasileiros.

O coronavírus chegou exigindo protagonismo, mas com ele aprendemos a olhar para o nosso sistema de saúde e reavaliar prioridades. Devemos aplicar nossos valores essenciais na luta contra a Covid-19, mas também aprender com essa crise e aprimorar nossas práticas.

Nossa matéria de capa é sobre a pandemia e seus efeitos, mas a saúde está muito além disso. Na verdade, ela é mais do que qualquer doença que nos assale. Falar sobre saúde é também falar sobre tecnologia, responsabilidade social, segurança, compliance, política e tributos. É entender que somos responsáveis pela vida das pessoas e entregar o que pacientes entendem por valor.

Essa edição está repleta de exemplos do que temos feito e do que ainda podemos fazer para que nossa população tenha acesso a uma saúde de qualidade. Você vai conhecer o programa Zero Morte Materna por Hemorragia, da OPAS/OMS, que, com o apoio da Anahp, está capacitando profissionais para diminuir esse índice no país, e vai aprender mais sobre Saúde Baseada em Valor em uma entrevista exclusiva com Daniel Dellaferrera do Advisory Board.

Falamos também sobre assédio moral e o quanto esse comportamento pode ser nocivo para as instituições e sobre o cuidado “humanizado” do tratamento de crianças com câncer por meio do Projeto Dodói, da Abrale. Tecnologia e segurança também estão presentes: o primeiro em casos de cirurgia robótica e o segundo quando se trata do cuidado com o espaço físico em nossas instituições.

Tenha uma ótima leitura!

Eduardo Amaro

Presidente do Conselho
de Administração

Panorama **Anahp**

Conselho de Administração

Presidente: Eduardo Amaro | H. e Maternidade Santa Joana – SP

Vice-Presidente: Henrique Neves | H. Israelita Albert Einstein – SP

Fernando Torelly | H. do Coração (HCor) – SP

Délcio Rodrigues Pereira | H. Anchieta – DF

Paulo Chapchap | H. Sírio-Libanês – SP

Henrique Salvador | Rede Mater Dei de Saúde – MG

Paulo Azevedo Barreto | H. São Lucas – SE

Paulo Junqueira Moll | Hospital Barra D'Or – RJ

Expediente

Panorama é uma publicação trimestral da
Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados.

Redação

Ana Paula Machado

Gabriela Nunes

Helena Capraro

Direção de Arte

Luís Henrique Lopes

Fotos

André Oliveira

Gustavo Rampini

Shutterstock

Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados

Rua Cincinato Braga, 37 – 3º andar – São Paulo – SP

www.anahp.com.br – 11 3178.7444

DIAMOND



GOLD



SILVER



APOIO



REFORMA TRIBUTÁRIA

NEM TODA SAÚDE PRECISA SER CASTIGADA

O dramaturgo Nelson Rodrigues disse uma vez que “toda unanimidade é burra”. De fato, se todo mundo concordar com uma questão é porque alguém nessa massa não pensou profundamente em todos aspectos que a cercam. E se essa proposta tiver a capacidade de mudar o rumo econômico de um país, é mais do que necessário que ela seja amplamente debatida.

Não é por acaso que, apenas cinco anos depois de promulgada a Constituição em 1988, já se discutia a necessidade de uma nova reforma tributária.

É aqui que Nelson Rodrigues volta. Um sistema tributário, como a forma de organização de um país, pode ser elaborado a partir de pontos de vista diferentes, cada qual baseado em uma racionalidade distinta. E isso não afeta em nada a necessidade de simplificarmos o modelo de tributação, aliás, essa é uma necessidade quase unânime e que talvez tente “derrubar” o dramaturgo do seu palco. Mas não consegue.

Simplificar é a palavra que tenta se encaixar no atual cenário de arrecadação, em um sistema altamente complexo e repleto de necessidades particulares. Entretanto, não há dúvidas sobre a urgência dessa revisão de cargas exageradas, de oneração diária e pesada para qualquer cidadão.

Mas alguns setores, e a saúde está entre eles, devem ter seus “roteiros” específicos. O setor de saúde, que presta serviços

de alta relevância social - e é um dos mais importantes geradores de empregos do Brasil, se sujeita à incidência direta de tributos, no regime cumulativo, de 3% a título de COFINS, 0,65% de Contribuição ao PIS e 2% (usualmente) de ISS.

Com base nas alterações propostas pelas PECs nos 45/19 e 110/19, estima-se a incidência de uma alíquota uniforme de 25%, enquanto a primeira fase dos estudos do Poder Executivo sinaliza para a unificação da Contribuição ao PIS e da COFINS com fixação de alíquota em torno de 11%, o que resultará, em qualquer dos cenários, em expressivo aumento do percentual de incidência sob o regime não cumulativo.

O setor é hoje um dos que mais emprega no país e conseguiu seguir crescendo durante as últimas crises econômicas. Mais do que isso, a maior parte da despesa vem justamente da mão de obra, cuja característica é de não dar direito a créditos no regime não cumulativo previsto nas propostas de reforma.

Uma alteração dessa envergadura para o setor pode representar um incremento direto do custo com planos de saúde. Atualmente, as operadoras de planos de saúde estão sujeitas, como regra geral, ao total de 6,65% de alíquota sobre seus serviços (4,65% de PIS e COFINS e 2% de ISS) e podem deduzir despesas assistenciais das bases de cálculo desses tributos.

Aprovada a tributação na forma da EC nº 45/19, por exemplo, o IBS com alíquota de 25% e sem direito a crédito decorrente de despesas assistenciais pelas operadoras de planos de saúde, importará variação no aumento da tributação dos atuais 12,3% (5,65% de carga do setor de serviços de assistência à saúde + 6,65% das operadoras de plano de saúde) para até 37,4% (12,4% de carga sobre os serviços assistenciais + 25% das operadoras).

Simplificar os tributos atuais é necessário, mas de forma que isso não impacte na empregabilidade de setores fundamentais como a saúde. Isso implicaria numa cadeia de acontecimentos que transformariam o sonho em pesadelo. O consumidor e as prestadoras sentiriam o problema de forma simbiótica, ou seja, um perde o poder de compra por conta do aumento do valor do serviço, o outro perde usuário porque ele não compra mais.

O setor de saúde espera continuar contribuindo com a construção de um país em que todos tenham acesso a serviços de qualidade, com custos justos no qual a tal “unanimidade” derrube a máxima rodrigueana. O que queremos é que Geni, a personagem que vivia diariamente a agonia e o êxtase com a obsessão de morrer de câncer no seio, não seja regra. Isto é, castigemos os tributos, e não a “nudez” necessária nesse processo.

Renato Nunes, assessor jurídico da Anahp
Eduardo Muniz Machado Cavalcanti, advogado e procurador do Distrito Federal

ANAHP NA CAPITAL



Os impactos da Reforma Tributária para os prestadores de serviços de saúde

Desde o início do ano, representantes da Anahp participaram de uma série de reuniões para discutir a Reforma Tributária e ressaltar a proposta da associação pela neutralidade fiscal sem majoração da atual carga tributária. A fim de abrir um canal de diálogo direto, um dos primeiros encontros foi com a equipe técnica do relator da reforma da Câmara dos Deputados, deputado Aguinaldo Ribeiro (PP/PB), também com a presença da Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed) e da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML) (Foto 1).

Marco Aurélio Ferreira, diretor-executivo da Anahp, reforçou a importância da interlocução entre as entidades com base em dados sobre o impacto da Reforma Tributária no setor de serviços de saúde, além da necessidade de elaborar um texto de possível execução por todos, sem onerar os prestadores de serviços.

O executivo apresentou estudo elaborado pelo Núcleo de Estudos e Análise (NEA) da associação que demonstra que o setor de saúde é um dos responsáveis pela geração de empregos no país. Em 2019, foram criados 109 mil novas vagas e, somente os hospitais, criaram 52 mil postos de trabalho. “A Re-

forma Tributária a ser apresentada precisa ter um olhar diferenciado para os prestadores de serviços de saúde, já que é um setor de alta empregabilidade e crucial para o desenvolvimento econômico do Brasil”, pontuou.

A Anahp e a Abramed também levaram a discussão do tema ao Ministério da Economia, em encontro com a assessora especial do órgão Vanessa Rahal Canado. As entidades apresentaram dados com as consequências do aumento da carga tributária para o setor de saúde. Vanessa comentou que está sendo estudada uma forma para preservação do serviço de saúde para população. Em outra ocasião, o diretor-executivo da associação reuniu-se com os deputados Pedro Westphalen (PP/RS), Dr. Luiz Antônio Teixeira Jr. (PP/RJ) e Iran Gonçalves (PP/RR) para abordar o tema.

Nesse período, os setores da saúde e educação fizeram uma aliança para discutir a Reforma Tributária no Congresso Nacional com intuito de apresentar o impacto da proposta da reforma para as áreas em questão. Representantes da Anahp, Abramed, Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde) e da Associação Nacional de Universidades Privadas (ANUP) estiveram reunidos com o senador Fernando Bezerra (MDB/PE), líder do Governo no Senado e integrante da Comissão Mista da Reforma Tributária (Foto 2). As entidades



(Foto 1)

apresentaram dados com as consequências do aumento da carga tributária para os setores de saúde e educação, e defenderam a neutralidade fiscal sem majoração da atual carga tributária.

Bezerra informou que está sendo analisada uma forma para que serviços essenciais, como saúde e educação, tenham tratamento diferenciado no âmbito da Reforma Tributária, mas que o estudo ainda não foi finalizado. Destacou, ainda, que o parlamento precisa

se debruçar para solucionar a desoneração da folha de pagamento como forma de viabilizar a geração de mais empregos.

A Anahp, a Abramed e a ANUP também se reuniram com os deputados federais Santini (PTB/RS) e Augusto Coutinho (Solidariedade/PE). O objetivo foi buscar a excepcionalidade tributária, caso a PEC 45 seja aprovada, para que isso não afete a sustentabilidade do setor. Os deputados afirmaram que as entidades poderão contar com

seu apoio na discussão dos impactos para o setor de saúde e educação no âmbito da Comissão Mista de Reforma Tributária.

Além disso, em março, o

diretor-executivo da Anahp participou ainda de um seminário realizado pela CNSaúde e Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS), para discutir os impactos da Reforma Tributária e da jurisprudência do Conselho Administrativo de Recursos Fiscais (CARF) sobre o setor de saúde.

O evento contou com a presença de diversos parlamentares, inclusive do relator da Comissão Mista da Reforma Tributária, o deputado Aguinaldo Ribeiro, que enfatizou a necessidade de uma reforma que traga neutralidade, transparência, simplicidade e segurança jurídica para o crescimento da economia e desenvolvimento do Brasil. Destacou também que o setor de serviços de saúde é considerado essencial para a população e terá um tratamento diferenciado no âmbito da Reforma Tributária.

(Foto 2)



Anahp e Anvisa tratam da Consulta Pública 725/2019 e RDC nº 50/2002

O diretor-executivo da Anahp, Marco Aurélio Ferreira, juntamente com outras entidades representativas dos prestadores de serviços, reuniram-se com a diretora da Segunda Diretoria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Alessandra Bastos, e também relatora da Consulta Pública 725/2019, que altera a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 50/2002,

que regulamenta a estrutura física a ser adotada por estabelecimentos de saúde em todo o país. Também participaram da reunião os técnicos da Anvisa responsáveis pela elaboração da proposta em discussão e análise das contribuições encaminhadas durante o prazo estabelecido pela agência.

Na ocasião, o executivo protocolou estudo elaborado pela

consultoria contratada pela Anahp, CA Arquitetura para Saúde, para elencar os impactos para os prestadores de serviços de saúde. Alessandra ressaltou a importância desta “provocação” do setor à Anvisa para apresentar os estudos de impacto regulatório e informou que a nova RDC somente será publicada após a análise de todos materiais encaminhados.

Alteração da norma de contratualização entre prestadores e operadoras

Representantes da Anahp participaram da reunião promovida pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para tratar da Consulta Pública nº 76/2020, que abriu à sociedade civil prazo para enviar

contribuições sobre as normas de contratualização entre prestadores de serviços e operadoras. Foram abordadas as contribuições remetidas à ANS pelo Ministério da Economia e pelo Conselho Administrativo da Defesa da Concorrência, tendo os

prestadores de serviços discutido diversos pontos que foram consensados.

A proposta de alteração da norma de contratualização será positiva ao setor e certamente incentivará a melhoria da qualidade dos serviços.

Anahp participa do Lançamento da Câmara de Saúde 4.0

A convite do então ministro da Saúde (MS), Luiz Henrique Mandetta e do ministro da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC), Marcos Pontes, o presidente do Conselho de Administração da Anahp, Eduardo Amaro, participou da cerimônia de lançamento da Câmara de Saúde 4.0, no final de janeiro.



A nova câmara tem o objetivo de aprimorar a implementação das aplicações da Internet das Coisas (IoT) no setor e terá como pauta de trabalho o fomento para aquisição de tecnologias inovadoras e difusão na área de saúde. Será coordenada pelo MS, em comum acordo com o MCTIC, estimulando a participação da academia, institutos de ciência e tecnologia, iniciativa privada e demais atores relevantes no cenário da inovação no contexto da saúde nacional. Com a participação de estados e municípios, também é parte da proposta aproximar os membros, identificar e discutir assuntos relevantes, alinhar ações e propor iniciativas para a implementação da IoT.

Na ocasião, Mandetta ressaltou a importância da integração entre público e privado, espe-

cialmente, no que se refere às informações de um prontuário eletrônico único do paciente e de protocolos assistenciais para o avanço da assistência da saúde ao cidadão. Segundo o então ministro, a nova câmara será o local onde todo o setor irá dialogar, com a presença da iniciativa privada, dos hospitais privados e filantrópicos, sobre a construção de soluções digitais para a saúde.

Pontes enfatizou que a tecnologia pode ajudar melhorar a qualidade de vida das pessoas, especialmente na área da saúde. Amaro lembrou aos ministros a importância da instituição da Câmara de Saúde 4.0 e colocou a Anahp à disposição para integrar a câmara e contribuir com as discussões em busca de soluções digitais para o setor.

Apresentação do SINHA ao mandato da senadora Soraya Thronicke

O diretor-executivo da Anahp, Marco Aurélio Ferreira, esteve reunido com a chefe de gabinete da senadora Soraya Thronicke (PSL-MS), Vanda Branchine, e sua equipe, para apresentação institucional, bem como disponibilização o Sistema de Indicadores Hospitalares Anahp (SINHA) para hospitais não elegíveis Anahp no Mato Grosso do Sul. O executivo informou que o sistema foi desenvolvido para produzir dados que auxiliem os gestores

dos hospitais associados no planejamento estratégico e na tomada de decisão da entidade. Além disso, explicou que no SINHA existem 343 variáveis, que formam cerca de 250 indicadores nos âmbitos: financeiro, assistencial, gestão de pessoas, sustentabilidade, *home care* e tecnologia de informação.

Na ocasião, Vanda informou que a plataforma SINHA poderá corroborar com a discussão do Projeto de Lei nº 155/2020, de

autoria da senadora Soraya Thronicke, que tem por objetivo prever a publicação de plano de gestão e caderno de transparência executiva pelos órgãos públicos. E ressaltou a importância da eficiência da gestão hospitalar por meio da medição de indicadores e da disponibilização de uma plataforma que possa aprimorar a gestão dos hospitais públicos e privados nos moldes dos hospitais de excelência integrantes à Anahp.

Dimensionamento de equipes de saúde em UTI na Anvisa

O diretor-executivo da Anahp, Marco Aurélio Ferreira, reuniu-se com o diretor da Quarta Diretoria da Agência

Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) Fernando Mendes, relator da Consulta Pública 753/2019, que altera a Reso-

lução de Diretoria Colegiada – RDC nº 07/2010, a qual dispõe sobre requisitos mínimos para o funcionamento da Unidade

de Terapia Intensiva (UTI).

Na ocasião, o executivo da associação apresentou uma análise de impacto para o setor hospitalar, consequente das alterações propostas na minuta da RDC, submetida na Consulta Pública 753/2019. Marco Aurélio abordou o equívoco por parte da procuradoria da Anvisa em declarar ausência de impacto regulatório ao setor, à Anvisa, ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à saúde suplementar.

Outro ponto, também mencionado como equivocado, foi em relação à afirmação de que a Anvisa não teria competência para dimensionar profissionais de saúde em UTI, remetendo a competência do dimensionamento para os respectivos conselhos de classe e Ministério da Saúde. De

acordo com nota técnica elaborada pela assessoria jurídica da Anahp, a agência é o órgão competente para regular a matéria, ressaltando que os conselhos de classe não têm competência legal para dispor sobre o tema e que transferir a competência sem previsão legal seria inviável, já que terá um grande impacto para setor hospitalar.

O diretor-executivo afirmou, ainda, a necessidade de reavaliar o estudo de impacto regulatório pela Anvisa e dos termos apresentados na minuta de alteração da RDC 07/2010, prevista



na Consulta Pública 753/2019. Mendes informou o tema será solicitada nova avaliação de impacto regulatório para o setor de saúde, comprometendo-se a rediscutir o tema com os técnicos da agência e com os representantes da associação.

Projeto de Lei regulamenta importação, comercialização e doação de produtos usados e reconicionados para saúde

Está em tramitação, na Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei (PL) nº 5159/2019, que dispõe sobre a importação, comercialização e doação de produtos usados e reconicionados para a saúde. A proposição foi inspirada no texto da RDC 25/2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com algumas distinções:

- inclui em seu escopo a manutenção de produtos para a saúde, apesar de não abordar o tema ao longo do texto proposto;
- apresenta definição distinta de “produto para a saúde reconicionado” daquela constante na RDC 25/2001, excluindo a exigência de que o reconicionamento se efetive “sob a responsabilidade expressa da empresa detentora do registro”, permanecendo a determinação de que o reconicionamento

restabeleça o produto nas mesmas condições que apresentava no momento do seu registro;

- permite o reconicionamento de produto que não esteja com registro ativo perante a Anvisa. Em contrapartida, a RDC 25 permite apenas o reconicionamento de produtos com registro ativo na agência;
- retira a necessidade de fixação nos produtos reconicionados e de informações sobre o reconicionamento em etiqueta indelével.

Diante do texto proposto, a Anahp, por meio de nota técnica, vem se manifestando junto à Câmara dos Deputados para a necessidade de alteração da proposta, já que o projeto, conforme texto inicial, inviabilizaria qualquer realização de reconicionamento

por serviços de saúde e, consequentemente, desincentivaria a transferência de titularidade de equipamentos de saúde. Isso afetaria, principalmente, os serviços de saúde públicos e filantrópicos, tais como as Santas Casas de Misericórdia, haja vista que essas entidades recebem muitas doações de equipamentos usados.

O diretor-executivo da associação Marco Aurélio Ferreira, apresentou as referidas preocupações aos chefes de gabinetes dos deputados Antônio Brito e Pedro Westphalen, Hermes Sampaio e Felipe Dutra. Os assessores se comprometeram em estudar a matéria, apresentar aos deputados e colocaram-se à disposição para discutir o tema no âmbito da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados. A íntegra da proposta pode ser acessada por meio do link a seguir: bit.ly/PL5159 ■



ASSÉDIO MORAL: UMA EXPOSIÇÃO CONSTRANGEDORA E REPETITIVA

Adotar mecanismos de *compliance* é fundamental para melhorar o ambiente organizacional em relação ao assédio, além de proporcionar o monitoramento, a mitigação e a solução precoce de situações de risco para a instituição

Uma empresa que está em *compliant* deve assegurar um ambiente de trabalho em que os colaboradores possam realizar suas atividades com tranquilidade, sem que haja a exposição de pessoas a situações humilhantes e constran-

gedoras. Quando ocorre qualquer conduta abusiva, seja por comportamentos, palavras, atos, gestos ou escritos que possam trazer danos à personalidade, à dignidade ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, pondo em perigo o

seu emprego ou degradando o ambiente de trabalho, é caracterizado o assédio moral.

Muitas vezes, interesses antagônicos e situações de estresse profissional provocam atos isolados de humilhação, o que se caracteriza

como conflito. O assédio moral, no entanto, acontece de forma habitual, sistêmica e intencional, e essa conduta pode se manifestar direta ou indiretamente. Gritos, insultos, acusações, apelidos pejorativos, brincadeiras de mal gosto, humilhações, críticas públicas e solicitação de tarefas que não condizem com a qualificação estão entre as muitas ações diretas do assédio moral. De forma indireta, o profissional assediado pode ser isolado, excluído socialmente e se tornar vítima de boatos e fofocas.

Esse tipo de assédio não é exclusivo de um único setor ou segmento, ele permeia e interfere em todos os ambientes de trabalho, afetando a vida profissional e pessoal do colaborador, comprometendo sua identidade, dignidade, relações e a saúde mental e física. Isso também torna o ambiente de trabalho hostil, inseguro e competitivo, interferindo na relação interpessoal e produtiva dos colaboradores.

Kamila Fogolin, diretora Jurídica e Compliance da Anahp, explica que o assédio moral pode ocorrer em vários níveis dentro das empresas. Ele pode acontecer verticalmente, entre os níveis hierárquicos, e de forma horizontal, sem que haja relação de subordinação entre os envolvidos. "Pode ser, ainda, classificado como institucional ou organizacional, que é quando a empresa, por meio de seus administradores, incentiva ou tolera atos de assédio utilizando-se de uma política interna estressante a fim de melhorar sua produtividade, extrapolando o limite do razoável", diz. Essa cultura institucional abusiva que se cria pode ser direcionada ao coletivo, mas também atingir alvos determinados, segundo a diretora.

Apesar de não haver no Brasil nenhuma lei específica que regule o assunto, esse tipo de conduta fere à Constituição Fe-

deral e outras leis que prezam pela dignidade da pessoa humana, saúde e valor social do trabalho. Sendo assim, as consequências desses atos devem atingir não apenas a vítima, que sofrerá danos psicológicos e até físicos, com desdobramentos sociais e financeiros, mas também o assediador e a empresa deverão arcar com o resultado. "As consequências serão de ordem trabalhista, civil e criminal para o assediador, relativas à redução de produtividade da vítima, absenteísmo, licenças médicas, indenizações trabalhistas, danos morais, sem falar na rotatividade de pessoal que atitudes como essas geram e a exposição negativa da marca", detalha Kamila.

De acordo com a diretora, para coibir essa prática é fundamental investir em informação, treinamento e qualificação dos empregados, especialmente aqueles em cargos de gestão, além de fiscalizar e aplicar medidas punitivas justas e imediatas. Elaborar código de conduta e abrir canais de denúncia também são medidas fundamentais. "A implantação de um Programa de Integridade ou de Compliance pode auxiliar as instituições a zelar pelo cumprimento da legislação, já que visa prever e antecipar situações de risco por meio da implementação de medidas éticas para inibir práticas irregulares ou abusivas, além



de difundir valores."

Em uma instituição hospitalar, assim como em qualquer empresa, a adoção de mecanismos de compliance é importante para proteger o hospital de imprevistos, além de proporcionar o monitoramento, a mitigação e a solução precoce de situações de risco. Para abordar o tema, a Panorama conversou com o diretor Jurídico e Compliance do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e membro do Comitê Estratégico de Compliance da Anahp, Gustavo Fernandes Pereira.

Por que o compliance tem se mostrado um importante mecanismo de prevenção e gerenciamento de questões trabalhistas?

Gustavo Fernandes Pereira: A adoção de mecanismos de compliance permite que situações de risco trabalhista sejam precocemente identificadas e resolvidas pelo hospital, por meio da implementação de medidas legalmente previstas, no âmbito interno da instituição. Com questões relacionadas ao assédio moral, por exemplo, por meio do monitoramento do canal de denúncias filtram-se declarações verossímeis e com elementos mínimos que permitam o início da apuração.

De que forma o assédio moral se apresenta dentro das instituições?

Pereira: A grande questão do assédio moral é a comunicação, pois em algum momento o uso de um tom indesejado pode configurar assédio. Percebemos no dia a dia que as pessoas ainda confundem um pouco o que caracteriza uma situação de conflito do que caracteriza um caso de assédio moral. Quando um líder cobra por mais desempenho do liderado com um tom um pouco mais veemente isso gera um conflito e não necessariamente um assédio. O assédio moral acon-



tece quando há uma exposição vexatória, constrangedora e humilhante, durante o desempenho de uma função de forma repetitiva e prolongada. Enquanto o conflito é uma situação pontual, que não deveria ser vexatória, constrangedora e humilhante, apesar de algumas vezes ser um pouco mais ostensiva.

Para evitar que ambas as situações aconteçam, temos trabalhado com o apoio da nossa área de educação corporativa diversos treinamentos com foco em comunicação não violenta, além de palestras sobre ética.

Como é a estrutura do Hospital Alemão Oswaldo Cruz neste aspecto?

Pereira: O hospital conta com um Comitê de Conduta, composto pelo diretor presidente da instituição, diretor-executivo de Recursos Humanos, pela gerência de Auditoria e pela diretoria Jurídica e *Compliance*.

Em paralelo a isso, temos um canal de denúncia aberto para todos. Nós apuramos 100% dos relatos recebidos, seja feito por paciente, colaborador ou de forma anônima – e isso é indiferente para o critério de apuração. A

única diferença é na forma como isso é tratado posteriormente. Por exemplo, se recebermos um relato mencionando um colaborador terceiro, sem vínculo empregatício com a instituição, após a apuração o desfecho pode ser até a rescisão do contrato. Caso seja um empregado celetista da instituição, a apuração é do ponto de vista legal, sob a luz do direito do trabalho também.

No entanto, para nós, uma falta não necessariamente é objeto de sanção, mas uma nova oportunidade para rever processos e atuar de forma educativa. No hospital trabalhamos de forma preferencialmente corretiva e não punitiva. Claro que há casos de advertência, uma suspensão, mas mesmo nesses casos sempre oferecemos um apoio para evolução, indicando a participação em um curso de aperfeiçoamento, liderança, *coaching* ou de comunicação, por exemplo. Acreditamos que isso deve ser tratado como uma oportunidade de conversão de processo de conduta.

E como esse tema tem avançado dentro da instituição?

Pereira: Contamos com um canal de denúncia administrado

por empresa terceira, exclusivo para comunicação segura e, se desejada, anônima de condutas que violem o Manual de Conduta Ética e as boas práticas do hospital, além de um Comitê de Conduta, ambos criados em 2015. Temos observado que as pessoas têm buscado gradualmente o canal e isso é muito positivo, pois demonstra que confiam na imparcialidade e, por isso, se sentem seguras ao fazer uma denúncia. Importante destacar que, prezando pela transparência, nosso Manual de Conduta Ética está disponível no site do hospital: <https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/o-hospital/manual-de-conduta-etica>

Que medidas um hospital pode adotar para evitar este tipo de conduta no ambiente de trabalho?

Pereira: Para que todos possam desempenhar seus deveres e direitos, é essencial que conheçam e exercitem na prática as diretrizes e valores que norteiam cada instituição, por isso, é essencial realizar, constantemente, ações educativas, que sensibilizem e reforcem os princípios. Com esse objetivo, temos feito no hospital treinamentos regulares sobre essas questões de assédio, por meio da nossa área de educação corporativa. Entre as capacitações oferecidas, explicamos o que é assédio moral, o que não é, além de proporcionar palestras eventuais e um exercício virtual eletrônico sobre ética na instituição, de uma forma geral. Fazemos isso com constância, como parte de um Programa de *Compliance*, pois as questões são recorrentes, não se pode deixar o assunto estático.

Qual o procedimento adotado pelo hospital em casos de denúncia?

Pereira: Toda a manifestação recebida pelo canal é apurada, por

vezes com apoio de escritórios externos, e a liderança imediata do indivíduo denunciado é comunicada sobre o reporte recebido. É dada uma oportunidade para que a conversa ocorra diretamente entre a liderança e o denunciado, com um *feedback* posterior.

Se, após algum período, recebermos uma nova manifestação referente ao mesmo denunciado, marcamos uma reunião envolvendo também a alta liderança da área para entender a reincidência, se é preciso algum tipo de apoio psicológico ou curso como suporte. Caso as reclamações continuem, então instauramos uma sindicância e processo administrativo no setor, de forma confidencial e sempre com apoio de escritório externo trabalhista.

Nesta etapa, conversamos com 50% do setor para ouvir o que as pessoas têm a dizer sobre o denunciado em questão, pois é importante que essas denúncias não virem um instrumento de desagravo, uma forma de prejudicar.

Após colher os elementos de prova existentes, tudo é sintetizado em um relatório com análise jurídica e sugestões de ações a serem tomadas pelo hospital, que vão desde o treinamento para um colaborador (situação mais frequente) até a aplicação de uma medida disciplinar extrema, que poderia ser uma justa causa (situação de exceção).

Quais os principais benefícios para o hospital em adotar uma prática como essa?

Pereira: A solução apresenta melhorias significativas para o ambiente organizacional, além de prevenir a necessidade de judicialização da demanda. Ao mesmo tempo, os colaboradores se sentem prestigiados em sua fala e as autoridades públicas têm a oportunidade de constatar os esforços do hospital no sen-

tido de cumprir as leis e regulamentos trabalhistas.

Assim, no âmbito do Ministério Público do Trabalho (MPT), quando comprovada a existência de um sistema de *compliance* e levadas provas e documentos apurados nos procedimentos internos ao órgão ministerial, este, após confirmar os fatos e provas, pode considerar possuir elementos para arquivar o feito, sem necessidade de assinatura do Termo de Ajuste de Conduta (TAC) e evitando-se a interposição de Ação Civil Pública com risco de condenação em obrigação de fazer mediante o pagamento de multa diária e dano moral coletivo.

Poderia citar alguma situação que foi mais marcante?

Pereira: Sofremos um inquérito civil instaurado pelo Ministério Público do Trabalho sobre eventual assédio moral praticado por um coordenador em relação a um subordinado. Na ocasião, havíamos recebido o mesmo re-

lato anônimo no nosso canal de denúncias, então solicitamos ao MPT que fizéssemos o procedimento de apuração interna antes de ser iniciada a investigação pelo ministério.

Após finalizarmos a sindicância deste caso, enviamos ao órgão ministerial, que concluiu pelo arquivamento do indiciamento. Julgaram os documentos reunidos como suficientes para demonstrar que a instituição não ficou omissa e que fez o que caberia ao empregador em situações como a retratada naqueles autos.

Esse case mostra como um processo bem feito, ainda que administrativo dentro da instituição, pode ser válido até mesmo no âmbito do MPT. Para o Comitê de Conduta do hospital e para sua área de *Compliance*, essa situação não só valoriza o trabalho realizado, como também pode instigar a outros hospitais que montem uma estrutura nesse sentido e adotem os mecanismos de *compliance*. ▀





OS CAMINHOS DA SAÚDE BASEADA EM VALOR

EM ENCONTRO PROMOVIDO PELOS GRUPOS DE TRABALHO DA ANAHP, ESPECIALISTAS DO SETOR FALARAM SOBRE OS DESAFIOS EM IMPLANTAR O CONCEITO NAS INSTITUIÇÕES

As práticas e os conceitos que fazem parte de um modelo de saúde baseado em valor estão em constante discussão e têm se tornado tema frequente de ações realizadas pela Anahp e seus associados, devido sua relevância. No início do mês de março os Grupos de Trabalho Melhores Práticas Assistenciais e Organização Assistencial encabeçaram um encontro com a programação totalmente voltada para esse assunto, com dois convidados especiais: Márcia Makdisse, diretora de Transformação da Qualirede, e Daniel Dellaferrera, diretor sênior

da Advisory Board - empresa que usa uma combinação de pesquisa, tecnologia e consultoria para melhorar o desempenho das organizações de saúde.

Márcia falou sobre a importância de alinhar alguns conceitos que estão embaixo do guarda-chuva da Saúde Baseada em Valor (VBHC – *Value-Based Healthcare*) para, então, poder colocar em prática as ideias disseminadas neste novo modelo. Segundo a diretora, para propor um projeto eficiente é preciso que todos os conceitos estejam claros para saber quais as ferramentas certas

para a implementação, a começar do que significa a VBHC em si. "Quando falo em saúde baseada em valor estou, na verdade, falando dos serviços prestados e da assistência que nós damos para manter ou recuperar a saúde de alguém. Mas o valor que eu estou entregando só é tangibilizado na forma dos resultados clínicos que importam para o paciente", explicou. "Podemos até criar portas, como melhorar a qualidade e a segurança, mas, se não mudarmos a lógica do sistema, os prestadores desse serviço não conseguirão fazer esse trabalho sozinhos."

Para as coordenadoras do GT Melhores Práticas Assistenciais, Camila Succi, gerente médica do Hospital Santa Paula, e Priscila Rosseto, gerente executiva de Qualidade e Segurança da BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo, estabelecer um diálogo eficiente entre os *stakeholders* do setor é primordial para o avanço da reestruturação do sistema. “A indústria, os convênios, os hospitais e a saúde primária precisam sentar na mesma mesa e conversar para que todas as ideias saiam do papel”, declarou Camila. E Priscila completou: “Enquanto ficarmos medindo esforços, com times que trabalham separadamente a experiência, o valor e a assistência, não chegaremos em uma equação comum.”

Dellaferrera, que compartilhou três cases internacionais – VBHC aplicado em hospitais na Espanha, Estados Unidos e no País de Gales –, chamou a atenção para a importância do hospital e dos profissionais que fazem parte dessa cadeia saberem se reinventar e treinarem seu olhar para conseguir enxergar além do atendimento médico dentro do ambiente hospitalar. “Somos treinados para entender sobre tudo o que acontece do lado de dentro das paredes dos hospitais e, enquanto não destruímos essas paredes para enxergar a vida do paciente como um todo, não vamos entregar valor”, afirmou o pesquisador.

Para ele, os modelos de sucesso em VBHC ainda não são plenamente replicados especialmente por dois motivos: primeiro por causa do que chamou de “incentivos perversos”, quando comportamentos disfuncionais para a saúde são recompensados – como, por exemplo, quando o hospital acredita que vai aumentar a receita se um leito estiver ocupado por mais tempo. E o segundo motivo é a falta de proatividade dos atores desse sistema: “As pessoas estão esperando

que outras comecem a mudança, que a seguradora mude o modelo de remuneração, que o médico mude de comportamento. Mas a responsabilidade é de todos nós e, se não fizermos o que deve ser feito, nada vai acontecer”, declarou.

Para conhecer mais sobre a visão de Daniel Dellaferrera sobre Saúde Baseada em Valor e os caminhos desse conceito na saúde do Brasil e no mundo, leia a entrevista completa com o especialista abaixo.

O que você considera ser o maior desafio na implantação de medidas que coloquem em prática o conceito de Saúde Baseada em Valor?

Daniel Dellaferrera: Incentivos perversos. Durante séculos nós temos ensinado médicos e hospitais a cuidar de pacientes com quadros mais agudos, e a forma como os temos remunerado é com base no volume de atendimentos realizados. O hospital e o médico ganham mais dinheiro de acordo com o número de vezes que o paciente vai até eles. Então, quanto mais exames forem pedidos e mais vezes o paciente tiver que voltar ao consultório médico ou for internado, significa que médicos e os hospitais estão ganhando mais dinheiro. Nós não

temos mais como arcar com esse modelo porque os pacientes são muito mais complexos. Hábitos estão mudando e, mesmo os que estavam profundamente enraizados, estão morrendo. Então, a parte mais difícil da VBHC hoje é que não podemos esperar que a próxima geração de médicos chegue, temos que promover a mudança a partir dos profissionais da saúde e gestores hospitalares que estão em atividade. Estamos pedindo a eles que saiam da inércia e esqueçam uma parcela significativa do que aprenderam e do que vêm praticando desde que ingressaram na profissão.

Partindo de uma visão mundial, em que ponto do caminho nós estamos para conseguir alcançar o ideal da Saúde Baseada em Valor?

Dellaferrera: Eu diria que a América Latina não está atrás do resto do mundo porque está fazendo alguma coisa errada, mas porque é demograficamente diferente. Faz mais sentido que a região norte da Europa tenha começado a aplicar a VBHC há algumas décadas porque o modelo de financiamento do sistema já era predominantemente público e a população majoritariamente mais velha. Na América Latina, historicamente, nós tínha-



mos uma população mais jovem, e quando os pacientes são mais novos e saudáveis o cuidado é, essencialmente, por episódios isolados de doenças. Então, o *fee for service* baseado em volume de atendimento funcionava melhor e não era tão problemático. Mas estamos envelhecendo rapidamente e, no cenário atual, o Brasil é o país mais rápido do mundo nesse processo. Então precisamos fazer essa mudança urgentemente e sem o tempo de preparo que os alemães e os países escandinavos tiveram. A boa notícia é que podemos aprender olhando para as experiências deles e não precisamos repetir os erros. E esta é uma das razões pela qual a Advisory Board existe. Se um hospital brasileiro vier até mim para pedir ajuda no processo de mudança, posso dizer o que funcionou ou não nos outros lugares e apresentar alternativas a partir da realidade da institui-

ção. Aprender a partir das experiências dos outros é muito mais fácil e barato.

Existe algum país com um sistema de saúde baseado em valor em sua totalidade? O que pode ser considerado como diferencial no processo de mudança desse lugar?

DellaFerrera: Não existe um único país e nem um único hospital que esteja fazendo tudo corretamente. As pessoas tendem a admirar algumas organizações que fazem alguns serviços extremamente bem feitos, mas que também têm coisas ruins. Então precisamos ser muito seletivos na hora de buscar referências para as melhores práticas. Se estamos falando de cuidados emergenciais, na minha visão, a Nova Zelândia tem a melhor do planeta. Se estamos falando de reduzir variações injustificadas de cuidado, alguns modelos de ACOs (*Accountable Care Organizations*) nos Estados Unidos podem servir como exemplo. Mas é importante não se fixar em apenas uma ideia ou país, até porque alguns deles têm um sistema de saúde muito bem desenhado, mas que não serve para a realidade de outros lugares. Por exemplo, quando buscamos referências na literatura, fala-se muito positivamente sobre Singapura e Taiwan. Mas não é possível fazer o mesmo no Brasil porque a população de Singapura é uma pequena fração da brasileira. Já Taiwan passou de nenhum sistema de saúde para um dos melhores do mundo porque deixou de ser muito pobre e se tornou muito rico rapidamente. Lá, há apenas duas gerações, os pacientes pagavam os médicos com galinhas! De repente, se tornou a capital mundial de fabricação de microprocessadores, com milhares de dólares para investir enviando especialistas para estudar sistemas de saúde ao redor mundo. A partir daí puderam

construir o próprio, a partir do que viram de melhor nos outros. Além disso, quando se trata de países pequenos em termos de população, é mais simples. Não é por acaso que as referências atuais são lugares como Israel, Nova Zelândia e Singapura. A quantidade de pacientes que precisam ser atendidos e tratados vai impactar no resultado.

O conceito VBHC está começando a ser implantado em alguns hospitais brasileiros. O que você acha que está faltando para que a mudança ocorra e quais estratégias podem ser aplicadas para ajudar nesse processo?

DellaFerrera: Eu diria que é preciso construir uma estratégia em cima de alguns pilares importantes. O primeiro é a redução da variação de cuidado. Nós queremos ter o mesmo nível de padronização de outros setores. Por exemplo, se eu compro um *smartphone* e outras duas pessoas comprem produtos iguais nós teremos os mesmos resultados: parâmetros de desempenho, tempo de vida da bateria e recursos. Mas o mesmo não acontece na saúde. Se eu for operar em um hospital onde outros dois operam, nossos resultados vão variar amplamente. A indústria da saúde é muito imatura em termos de padronização, cada médico faz o que quer. Esses profissionais têm muito mais liberdade do que qualquer outro, e isso precisa diminuir significativamente. Não é possível ter qualidade no resultado com os médicos agindo individualmente na responsabilidade do atendimento.

O segundo pilar é a acessibilidade. O hospital precisa parar de pensar em si mesmo como um local físico. Quanto mais apegados ao prédio, menor será o acesso aos pacientes. É preciso repensar esse papel como uma rede. Ao invés de fazer com que as pessoas venham até





mim, eu preciso estar disponível perto da casa deles, na vizinhança, via internet, aplicativos, por telefone, teleatendimento ou qualquer outro meio que facilite esse contato. É como um banco, que oferece caixas eletrônicos e aplicativos para facilitar o acesso. Por que os serviços de saúde não podem fazer a mesma coisa?

O terceiro ponto é firmar parcerias tanto com provedores de saúde quanto com outros setores. Por exemplo, um paciente que precisa fazer uma colonoscopia não pode dirigir depois do exame e, se de última hora ele perder sua carona, vai ligar cancelando. E todo cancelamento custa, ainda mais em cima da hora. Se, nesse caso, existisse uma parceria com táxi ou com aplicativos de transporte para subsidiar a viagem do paciente, isso custaria apenas uma fração do valor do cancelamento. Mas os hospitais ainda não pensam em si mesmos como parte de uma rede de parcerias, eles estão isolados.

Hoje, o sistema de saúde brasileiro tem poucos pontos de conexão entre o serviço público e o privado e ainda não dispõe de um prontuário único. Mesmo em um cenário como esse,

é possível mudar o modelo de serviço oferecido ainda que não haja uma mudança estrutural mais ampla?

DellaFerrera: Se formos esperar pelo momento em que teremos uma estrutura perfeita, nunca faremos nada porque isso nunca vai acontecer. Precisamos defender mudanças incrementais para começar. E, em primeiro lugar, eu começo a pensar que a diferença entre o público e privado é artificial. Acredito que, no final das contas, todo hospital quer oferecer o melhor atendimento possível a seus pacientes com a idealização de recursos mais eficientes. E isso é verdade em ambos os setores. Em São Paulo, com o Hospital Israelita Albert Einstein, eu entendo que estamos testemunhando um dos experimentos mais interessantes em saúde. É uma instituição essencialmente privada, mas que agora também está gerenciando dois hospitais públicos. Se a equipe puder replicar o que foi feito na unidade do Morumbi, daí ficará provado empiricamente que é possível realizar um bom trabalho e não importa o setor de atuação.

Nós, do Advisory Board, temos visto hospitais privados replicarem melhores práticas que tiveram origem no setor público

e vice-versa. Então, não é uma questão de ser um ou outro, mas sim de estar aberto a testar coisas novas, tratar os pacientes melhor, de forma diferenciada. Não acredito que algum sistema de saúde do mundo tenha dinheiro suficiente para construir tudo do zero, e qualquer um que tenha tentado, falhou. Não é sobre ter mais dinheiro para investir, mas fazer escolhas a partir dos impactos na vida do paciente e dos profissionais que estão na linha de frente. Se for introduzir ferramentas tecnológicas, por exemplo, isso precisa ser feito junto com os médicos e enfermeiras, porque não adianta pagar milhões de dólares no mais avançado sistema que existe se quem for usar odiar trabalhar com ele. ▀



ESTRATÉGIA QUE SALVA VIDAS

Programa da OPAS/OMS, em parceria com a Anahp oferece capacitação focada na redução das mortes maternas por hemorragia



(Fotos: Gustavo Rampini)

Morte materna é quando uma mulher morre durante a gestação, parto ou até 42 horas depois que o bebê nasceu. Esse tipo de óbito é decorrente de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, sem contar causas acidentais ou incidentais. Estima-se que é possível evitar cerca de 90% desses casos, principalmente

quando se trata de hipertensão, hemorragia ou infecções.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), o número de mortes maternas caiu 56% no período entre 1990 e 2015, passando de 143 para 62 a cada 100 mil nascidos vivos. Mas esse resultado ainda não alcançava a meta estipulada pela ONU nos

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que era chegar a pelo menos 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Em 2016 essa taxa voltou a subir no país, o que fez com que novas propostas fossem estipuladas e entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável está a marca de, no máximo, 30 mortes por 100 mil nascidos vivos.

Em busca de uma redução mais efetiva, o MS tem implementado políticas para fortalecer a humanização do atendimento das gestantes, a melhoria da atenção no pré-natal, no nascimento e no pós-parto. Também tem instituído a orientação e qualificação dos profissionais de saúde, tanto no âmbito da atenção básica como de urgência e emergência.

Em conjunto com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e seu Centro Latino Americano de Saúde das Mulheres, Perinatologia e Saúde Reprodutiva (CLAP/SMR) – o ministério adotou a estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia (OMMxH). Entre seus objetivos está qualificar as equipes de saúde para o manejo clínico da hemorragia pós-parto direcionado (farmacológico e não-farmacológico), bem como levantar o debate sobre a situação da hemorragia obstétrica e como a rede de atenção materno-infantil tem se organizado em cada estado.

“A missão organizacional da OPAS/OMS é apoiar os governos para melhoria da qualidade de vida das populações e, neste sentido, a sua representação no Brasil juntou-se aos esforços nacionais em curso para aceleração da redução da mortalidade materna”, afirma Haydee Padilla, coordenadora de Família, Gênero e Curso de Vida do escritório da OPAS/OMS no Brasil.

O programa, que também atua em outros países da América Latina e Caribe, foi implementado no Brasil em 2015 em oito estados considerados prioritários em termos de razão de mortalidade materna (RMM), estendendo-se a regiões com elevados números absolutos de óbitos. Para adequar os procedimentos é preciso



considerar que a situação é multicasual e que cada lugar tem suas particularidades, como diferentes meios de acesso aos serviços, variação na qualificação e aperfeiçoamento de profissionais, além de maior ou menor disponibilidade de medicamentos essenciais e banco de sangue seguros. “A

mortalidade materna necessita de abordagens em diferentes seguimentos assistenciais e gestão clínica para ser reduzida. Estados como o Maranhão e o Tocantins, por exemplo, vem registrando acelerada redução, graças a várias ações locais coordenadas tanto pelo Ministério da Saúde



de, como pelos governos estaduais e municipais”, revela a coordenadora.

De acordo com Haydee, a perspectiva é alcançar 20 estados em mais dois anos de implementação do programa. Contudo, a dimensão continental do Brasil e suas diferentes realidades assistenciais são algumas das principais dificuldades que os gestores enfrentam para alinhar a escolha dos serviços de referência que servirão para implementar a estratégia. Outro desafio, segundo a coordenadora, é garantir a institucionalização das recomendações nacionais, fornecidas pela estratégia, para prevenção, diagnóstico e tratamento das hemorragias puerperais, a partir de um trabalho desenvolvido por equipes coordenadas de assistência multiprofissional.

A implementação do programa fortaleceu as ações de enfrentamento das urgências obstétricas, alcançando o componente hospitalar da assistência. Segundo a consultora na-

cional em Saúde da Mulher e Saúde Sexual e Reprodutiva da OPAS/OMS no Brasil e instrutora nacional OMMxH, Monica Ias-sanã, a estratégia é desenvolvida em quatro linhas de ação de melhorias: acesso e cobertura aos serviços de saúde; registro de informações sobre atenção ao parto e nascimento; comunicação entre as equipes multiprofissionais; e qualificação de profissionais para respostas rápidas às emergências obstétricas de causa hemorrágica.

O programa também leva em consideração o que Monica chama de “três demoras” que levam as mulheres a óbito, que são na percepção dos sintomas que as acomete, no tempo gasto para chegar até o serviço de saúde e na espera por atendimento. “Nesse último ponto, a estratégia qualifica os serviços para identificar preventivamente os fatores de risco pré hemorragia e garantir que as mulheres que tenham vigência, ou estejam em trabalho de parto, tenham uma vigilância contínua para acessar

rapidamente os procedimentos necessários, a fim de diminuir os riscos ou os efeitos adversos relacionados à hemorragia”, diz a consultora.

ATUAÇÃO NA REDE PRIVADA

Além de atuar junto aos hospitais dos estados e municípios, a estratégia OMMxH também está sendo implantada em algumas redes privadas por meio de uma iniciativa da Anahp, que buscou o programa para uma parceria estratégica no início de 2019.

“Após vários encontros de trabalho com a OPAS/OMS, o programa foi adaptado à realidade das maternidades associadas à Anahp e é composto por um cronograma de implementação anual, que contempla atividades como reuniões de trabalho e oficinas para qualificação de profissionais das instituições participantes”, revela Evelyn

Tiburzio, diretora de Conteúdo Técnico da associação. Segundo ela, o objetivo é replicar a estratégia para as maternidades privadas associadas, começando pela cidade de São Paulo.

Ao todo, serão capacitados cerca de 900 profissionais, entre médicos, enfermeiros obstetras, anestesistas e responsáveis pelo banco de sangue das seguintes instituições: Hospital e Maternidade Santa Joana, Hospital e Maternidade São Luiz – unidade Itaim, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Nipo-Brasileiro, Hospital Sepaco e Pro Matre.

Para um dos instrutores da estratégia, Conrado Ragazini, pelo fato da rede privada ter maior potencial de recursos – como insumos, equipamentos, administrativos e até mesmo humanos – resultados melhores são esperados não apenas na redução da mortalidade, mas em outros aspectos, como redução das transfusões ou histerectomias,

por exemplo. “Além disso, sabemos que muitos profissionais trabalham em ambos os tipos de serviço. Assim, com a iniciativa da Anahp em treinar seus associados, os ganhos não serão só para as mulheres atendidas nos hospitais privados, mas também da rede pública”, afirma.

ESTRATÉGIA NA PRÁTICA

Em março, a Anahp promoveu duas oficinas (de um total de 12, que foram temporariamente interrompidas devido à pandemia de coronavírus) ministradas pelos instrutores da OPAS/OMS, que são o ponto inicial do programa. Com os conteúdos teóricos, os participantes são instruídos em relação ao manejo medicamentoso, cirúrgico e não cirúrgico da hemorragia pós-

-parto, ressuscitação hemostática, entre outros tópicos. Já nas estações práticas, são simuladas situações com traje antichoque pneumático, suturas hemostáticas, código vermelho obstétrico, cirurgia de controle de danos, entre outras.

Para a diretora médica da maternidade do São Luiz – unidade Itaim, Márcia Maria da Costa, participar da oficina foi uma experiência “transformadora”. “Apesar de não atuar mais na assistência hoje em dia, como gestora considero fundamental entender como deve ser a preparação das equipes, os recursos necessários, a aplicabilidade do protocolo e sua abrangência, para que possamos ter sucesso na implantação e execução”, assegura.

Na opinião de Márcia, um dos maiores benefícios oferecidos é a possibilidade de capacitar toda a sua equipe de obstetras plantonistas, anestesistas e enfermeiras obstétricas, além





das lideranças. “Desta forma, conseguimos ter todo o time alinhado e comprometido com a implantação e cumprimento do protocolo. Por sermos um hospital de corpo clínico aberto, a capacitação de todo o *staff* possibilita auxiliar nossas equipes de médicos externos no atendimento à emergência hemorrágica.”

A diretora conta que a instituição onde atua já possuía um protocolo clínico para hemorragia pós-parto, mas um aumento no número de casos vinha sendo observado, embora sem a evolução para óbitos. Por isso, no último ano foi criado o Código Vermelho, para acionar o time de resposta rá-

pida (composto por platonista obstetra, um anestesista e a enfermeira do centro obstétrico) assim que é identificado um novo caso no hospital.

“Entretanto, percebíamos a necessidade de um treinamento mais voltado para a parte prática, não apenas divulgação do protocolo. Estávamos buscando uma proposta de treinamento com simulação para nossa equipe e soubemos da parceria firmada entre a Anahp e a OPAS para implementar oficinas de capacitação na abordagem da hemorragia pós-parto para as maternidades privadas”, lembra Márcia.

Além desta capacitação teórica e prática oferecida pela

estratégia OMMxH, o programa também preconiza o fortalecimento da comunicação, tanto dos objetivos quanto dos resultados. “Trabalhamos sistemas de informação para entender onde e como se pode melhorar, bem como o funcionamento de toda a rede, incluindo o acesso das gestantes aos serviços de maior complexidade, quando necessário”, detalha o instrutor Conrado Ragazini.

Para isso, a etapa seguinte ao treinamento dos profissionais envolve visitas às instituições participantes. Inicialmente, é feito um acompanhamento da equipe pelos representantes da OPAS para monitorar a prática clínica após os conteúdos abordados nas oficinas. Em um segundo momento, são avaliadas a implementação de protocolos específicos para o manejo da hemorragia pós-parto; as barreiras ao acesso e/ou riscos para as pacientes; e as redes de informação e consolidação dos resultados.

OS DESAFIOS PARA UMA AÇÃO RÁPIDA

Quando se trata de uma hemorragia pós-parto, o fator tempo é decisivo para o sucesso do controle do sangramento puerperal (a “hora de ouro”, como é chamada na obstetrícia). Com uma intervenção sem atrasos, agressiva e oportuna, diante de pacientes com quadro de hemorragia, é possível reduzir a morbimortalidade.

A qualidade das ações também é fundamental, pois o diagnóstico precoce e a exe-



cução de medidas de controle de sangramento de forma sequenciada, consciente e sem atrasos devem ser os objetivos da abordagem de um quadro de hemorragia pós-parto, o que só pode ser obtido através da padronização e treinamento.

Segundo a diretora médica do São Luiz – unidade Itaim, fazer com que protocolos sejam cumpridos pelo corpo clínico aberto é o maior desafio. “Médicos normalmente são um pouco resistentes. Eles relatam que as instituições ficam ‘engessadas’ e se sentem desrespeitados do ponto de vista da autonomia profissional. Entretanto, sabemos que os protocolos são diretrizes clínicas e de estratégias, baseadas em evidências científicas, com o objetivo de ajudar os

profissionais na tomada de decisão e uniformizar condutas, o que traz resultados significativos para a redução da morbidade e mortalidade, aumentando a segurança do paciente”, diz.

No entanto, é preciso chamar a atenção para a importância do problema. Por meio dessa reflexão e discussão dentro das maternidades, é possível uma melhora na qualidade do atendimento, que se reflete não só na redução de mortalidade por hemorragia, como por outras complicações. É através da sistematização do

atendimento à hemorragia obstétrica que ações rápidas e oportunas podem ser tomadas. ▀

CONTINUIDADE DA ESTRATÉGIA ENTRE ASSOCIADOS ANAHP

Em virtude da pandemia do novo coronavírus e a impossibilidade de reunir grupos de profissionais (aglomerações), as oficinas programadas para capacitação dos hospitais participantes da primeira fase da estratégia foram temporariamente suspensas e serão retomadas em novo cronograma a ser estabelecido junto à OPAS, quando a situação se normalizar no país e no mundo.

A AMEAÇA INVÍSIVEL

Em menos de um mês, o novo coronavírus avançou da China para o mundo provocando uma pandemia, colapsando sistemas de saúde e desafiando gestores com sua rapidez e alto nível de contágio

Em 26 de fevereiro de 2020, um dia depois do carnaval, o primeiro caso de Covid-19 foi confirmado no Brasil. O paciente, que procurou pelos serviços do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), em São Paulo, acabava de voltar de uma viagem à Itália, onde contraiu o vírus. A partir dali, tudo passou a acontecer de maneira frenética, começando pelas instituições

hospitalares, que precisaram se adaptar à uma nova realidade de uma pandemia com potencial catastrófico para o sistema de saúde, como já se via acontecer em outros países.

O novo coronavírus (Sars-Cov-2) foi descoberto na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019, quando o número de pessoas com doença pulmonar grave começou

LINHA DO TEMPO*

*Até o fechamento desta reportagem

05.01



OMS divulga primeiro comunicado sobre casos de "pneumonia de causa desconhecida" relacionadas ao mercado de frutos do mar de Wuhan, na China

Divulgado o código genético do novo coronavírus na China



09.01

30.01



OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional

É sancionada a Lei de Quarentena no Brasil



06.02

a crescer exponencialmente. Logo ficou claro o potencial de disseminação do vírus. Até abril de 2020 mais de 2,5 milhões de pessoas ao redor do mundo haviam sido infectadas e quase 200 mil morrido por causa da doença. Para tentar conter esses números, medidas de caráter social foram tomadas em todo o mundo. Fechamento de fronteiras, cancelamento de grandes eventos e o incentivo ao isolamento da população foram algumas delas. Nesse contexto, os hospitais, protagonistas desse cenário, tiveram que agir rapidamente para se reestruturar e conseguir dar vazão à grande demanda por atendimento e leitos de internação, principalmente em unidades de terapia intensiva (UTI).

No Brasil não foi diferente. Desde o início de janeiro de 2020 já era possível acompanhar a evolução dos casos no mundo, o que, para a infectologista e consultora da Anahp, Camila Almeida, contribuiu para que as instituições brasileiras pudessem se preparar para o que estava por vir. "Desde que as primeiras notícias começaram a circular, as equipes passaram a esboçar, timidamente, protocolos focados

no atendimento de pacientes infectados vindo de outros lugares", conta a especialista. "Mas, até aquele momento, não sabíamos o que realmente enfrentávamos. A dificuldade era se estruturar para uma doença nova, cujo comportamento ainda não conhecíamos muito bem."

Monitorar a evolução dos casos da Covid-19 no mundo foi o que levou o HIAE a começar a testar pacientes que voltavam de viagem logo no início de fevereiro. Foi assim que o primeiro caso apareceu. "À medida em que vimos o coronavírus se espalhando para outros países, e uma nova curva epidêmica era revelada em cada um deles, percebemos que era uma questão de tempo para chegar ao Brasil", afirma Miguel Cendoroglo Neto, diretor superintendente do hospital. "Acentuamos os treinamentos, principalmente para pronto-socorro, começamos a nos reunir para acompanhar a evolução da epidemia e nos preparamos para fazer o diagnóstico."

Entre os primeiros casos confirmados no Brasil, a maior parte era de pessoas que retornavam de viagens a países já afetados pela Covid-19, principalmente a

Itália. Como efeito, a classe A foi a mais afetada no início da crise e os hospitais privados os mais demandados. No Einstein, até a primeira quinzena de abril, foram somados 2.510 casos confirmados e 331 pessoas foram internadas em decorrência da doença.

ESTRATÉGIA DE GUERRA

Com o primeiro caso de Covid-19 confirmado no país, comitês de crise multiprofissionais começaram a ganhar forma para dar agilidade às tomadas de decisão. As primeiras medidas práticas foram no sentido de evitar aglomeração de pessoas. A BP – Beneficência Portuguesa de São Paulo foi uma das primeiras instituições a anunciar diretrizes nesse sentido: suspendeu viagens do corpo clínico e cancelou os próprios eventos programados para o primeiro semestre do ano, além da participação de seus colaboradores em eventos externos.

As prioridades passaram a ser o treinamento de profissionais e o desenho de novos protocolos e fluxos de atendimento, em especial para prontos-socorros e UTIs, considerando o cuidado ne-



cessário para pessoas infectadas, mas também formas para evitar o contágio de profissionais e outros doentes. A BP, para começar seu plano de contra-ataque à pandemia, dividiu as ações internas em quatro frentes: pessoas, infraestrutura, suprimentos e comunicação, conforme diz Cristina Balestrin, gerente-executiva Médica Corporativa da instituição: “Redesenhamos o fluxo do pronto-socorro e começamos a tratar de insumos e, principalmente, os equipamentos de proteção individual (EPI), avaliando como precisaríamos reforçar o estoque e a melhor forma de instruir as equipes sobre o uso racional desses materiais”, diz a médica. Medidas como essas foram unânimes como prioridade nos hospitais.

Muito tempo e trabalho foram investidos para se adequar à nova realidade. “Consultamos a literatura para entender qual seria a melhor estrutura para lidar com a crise, mas também tivemos de usar a nossa própria experiência para chegar a um novo desenho”, conta Cendroglo. “Temos que estar sempre um passo à frente para, ao menos, tentar garantir que não falem insumos de oxigênio, ventiladores, EPI... A construção acontece aos poucos e as mudanças evoluem conforme a epidemia.”

Nesse contexto, o papel da Anahp foi de agregação. A nova doença provocou dúvidas incessantes e, por meio da infectologista Camila Almeida, a associação foi buscar respostas dentro de instituições consideradas referência para repassar orientações quanto às melhores práticas. “Tem sido de grande valia poder contar com a experiência dos que já amadureceram soluções para manejo de pacientes e fluxos de atendimento”, declara Camila.

Segundo a infectologista, para vencer essa guerra, o trabalho não pode parar. Mesmo com as novas práticas estabelecidas, é preciso rever constantemente os processos assistenciais a partir de estudos diários de atualizações da doença e novas diretrizes de órgãos competentes, além de usar todo o conhecimento adquirido até aqui para manter o time bem estruturado e íntegro para enfrentar a situação.

LINHA DE FRENTE: O MEDO EM MEIO À PANDEMIA

Ao lado da preocupação com a nova rotina, a provável falta de equipamentos de proteção individual começou a assombrar ges-

tores e profissionais da saúde. As máscaras do tipo cirúrgica haviam sido anunciadas para a população como o principal meio para se proteger contra o vírus, ao lado da higiene das mãos, com álcool em gel. Com a alta procura, logo veio a escassez desses produtos e os preços inflacionaram, chegando a uma variação de mais de 500% para insumos importados, segundo dados apurados pela Anahp em pesquisa realizada com os hospitais associados.

Rapidamente os estoques de EPI das instituições hospitalares começaram a diminuir. No início de abril, 75% dos associados Anahp relataram queda de 47 dias, em média, para 30 dias. Cerca de 20% das instituições afirmavam já não ter estoque. Como consequência direta, o número de profissionais de saúde com Covid-19 aumentou junto com o medo de ser infectado no ambiente de trabalho.

A padronização de EPI e medidas de segurança já eram temas de debate entre os gestores, já que naquele momento havia descompasso nos protocolos de segurança adotados entre os países afetados e, até mesmo, entre os hospitais brasileiros.

Órgãos competentes, como o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), preconizaram



como diretriz o uso de máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental e luvas. “Estes são os EPIs minimamente recomendados aos profissionais e que devem ser oferecidos pelos serviços de saúde, mas é importante salientar que as instituições são livres para adotar medidas ainda mais rigorosas”, diz a infectologista Camila Almeida.

Para ajudar a nortear seus associados, a Anahp organizou um documento com orientações baseadas nas recomendações da Anvisa. “Se implementadas de forma adequada, essas diretrizes garantem segurança. O importante é conscientizar os profissionais de que o uso irracional e indiscriminado de EPI em meio a uma pandemia é prejudicial a todo o sistema de saúde”, afirma Camila, considerando que o excesso de uma ponta faz falta na outra.

Apesar das orientações oficiais, uma enxurrada de informações passou a vir de todos os lados. O grande desafio se tornou orientar as equipes a partir de um conteúdo seguro e de qualidade para, além de proteger, tranquilizar em meio ao caos. “Tivemos que fazer um trabalho forte com os colaboradores para que se sentissem seguros, principalmente com emergencistas do pronto-socorro que queriam usar duas, três máscaras

durante o atendimento”, diz Cristina Balestrin, da BP.

Para dar suporte, diversos hospitais abriram canais de comunicação para esclarecer as dúvidas dos colaboradores sobre a Covid-19 e os riscos de contágio, e equipes de medicina do trabalho voltaram a atenção para pessoas com suspeita de infecção. Atendimento psicológico presencial ou on-line passou a ser oferecido como forma de amenizar o desgaste emocional provocado pelo medo e pelo volume de trabalho que aumentou durante a pandemia.

“O principal recurso que nós temos nessa guerra são os profissionais de saúde, e cuidar deles é fundamental. Nesse momento nós precisamos da força e da resiliência de quem está na ponta”, ressalta Miguel Cendoroglo, do HIAE. Para ele, a dupla “informação e segurança” precisa ser prioridade. “Eu sei que há escassez de recursos, mas o grande esforço agora tem que ser para garantir a proteção de todos os colaboradores.”

FORA DE COMBATE

Além do uso correto de EPI, para diminuir o risco de contágio dentro dos hospitais a cir-

culação foi limitada – incluindo visitas. A limpeza de ambientes foi reforçada e o *home office* foi adotado para as áreas administrativas. O afastamento de profissionais de saúde, contudo, foi inevitável.

Nos hospitais privados, até o início de abril, mais de 1.400 colaboradores, entre médicos, enfermeiros e outros, haviam sido afastados por causa da Covid-19. Alguns por suspeita, outros confirmados e os que se enquadravam no grupo de risco: pessoas com mais de 60 anos, gestantes e pacientes em tratamento de doenças crônicas.

As formas de afastamento geraram longas discussões. A baixa do número de contingente assistencial era uma das maiores preocupações, pois países como Itália e Espanha, por exemplo, sofreram colapso de seus sistemas de saúde devido à alta demanda por cuidados médicos e ao grande número de profissionais doentes.

Para enfrentar o período de calamidade pública instalado no Brasil, projetos de lei começaram a ser criados pensando no benefício dos trabalhadores, como o que propunha dispensar a necessidade de atestado médico para afastamento. Mas descrições generalistas inquietaram os gestores. “Houve a





preocupação dos hospitais em relação à interpretação dessas medidas por parte dos profissionais de saúde”, diz Evelyn Tiburzio, diretora de Conteúdo Técnico da Anahp. “Apesar da intenção ser boa, as medidas não atendiam as especificidades do setor saúde e, inclusive, comprometiam o seu funcionamento para viabilizar uma atenção adequada aos pacientes”. Evelyn, então, coordenou junto à assessoria jurídica da associação um documento orientativo sobre as medidas provisórias.

Segundo Daniela Bernardo, advogada trabalhista e parte da equipe de consultoria jurídica da Anahp, é preciso ter em mente que o setor de saúde faz parte dos serviços essenciais. “Gerenciar o afastamento da melhor maneira possível é também uma forma de evitar o colapso do sistema durante a crise”, disse, durante reunião de orientação aos associados.

IMPACTO PARA AS FINANÇAS DO SETOR PRIVADO

A crise do coronavírus afetou fortemente diversos setores da economia mundial. A estimativa de agências de classificação

de risco é que os países do G20 sofram retração média de 0,5%, e o Brasil, que faz parte do bloco, tem a estimativa de PIB negativo em 1,6%.

Medidas como isolamento social, apesar de eficientes para “achatar a curva” de contágio e aliviar os impactos da pandemia no sistema de saúde, atingiram em cheio as finanças de diversas instituições. Apesar das hospitalares serem, muito provavelmente, as mais demandadas durante a crise, o impacto na receita não é proporcional ao número de pacientes com Covid-19 que procuram pelos seus serviços.

Fatores como a alta dos preços de insumos e equipamentos médicos e a necessidade de novas contratações somados à baixa taxa de ocupação de leitos (devido ao cancelamento de procedimentos eletivos) têm causado preocupação quanto à sustentabilidade financeira do setor da saúde.

No início de março, quando o número de casos de coronavírus começou a aumentar mais rapidamente, a prioridade do setor era, além de evitar a disseminação da doença, abrir espaço para abrigar os infectados. Nesse processo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) recomendou a suspensão

de procedimentos eletivos a fim de liberar leitos. Enquanto isso, a recomendação para a população em geral era evitar idas consideradas desnecessárias aos hospitais, o que acabou resultando na queda de procedimentos não urgentes, que normalmente representa 50% da receita da iniciativa privada.

O impacto dessa mudança de comportamento da população será sentido em breve. Segundo dados da plataforma Sistema de Indicadores Hospitalares Anahp (SINHA), normalmente um hospital demora 60 dias para receber o valor referente aos procedimentos custeados pelas operadoras de planos de saúde. Ou seja, essa diferença será revelada a partir de maio.

“É natural que a busca por alternativas para a sustentabilidade financeira comece o quanto antes, já que muito em breve vamos viver o período pós-coronavírus. Virão as consequências de uma economia estagnada pela pandemia”, diz o diretor-executivo da Anahp, Marco Aurélio Ferreira, que tem liderado reuniões com operadoras e órgãos reguladores, como a ANS, em busca de soluções. Como efeito dessa articulação, a ANS divulgou, no dia 16 de abril, um alerta sobre medidas que estão comprometendo a



continuidade de tratamentos, a realização de cirurgias eletivas e, até mesmo, atendimentos de urgência e emergência.

Ao mesmo tempo, a Anahp tem se aproximado de órgãos como a Secretaria Especial de Produtividade, Emprego e Competitividade (Sepec), do Ministério da Economia e do BNDES, pleiteando linhas de crédito especiais ao setor da saúde que contemplem capital de giro e levem em consideração o tempo necessário para a recuperação do setor no período pós-coronavírus.

EMBATES NA LOGÍSTICA

Outra área desafiada pela pandemia foi a de logística e suprimentos, que precisava gerenciar a compra e entrega de medicamentos, insumos e equipamentos em meio à alta dos preços, fronteiras fechadas e número de voos restritos.

Como solução para os valores inflacionados, a cotação conjunta pareceu um bom caminho para hospitais-membros Anahp. Diante de uma lista de produtos essenciais para o enfrentamento da Covid-19, a associação foi em busca do melhor preço, considerando que

um grande volume de produtos seria encomendado de uma só vez. "Houve uma certa dificuldade com fornecedores nacionais que naquele momento já não tinham alguns produtos em estoque, então buscamos soluções em outros países e conseguimos preços melhores na importação de EPI", explica Evelyn Tiburzio, da Anahp.

Mas logo o preço foi encarrado como um dos menores problemas. O Hospital Santa Catarina de Blumenau (SC) foi um dos que participaram da compra conjunta optando pela importação, e contou que, apesar da rapidez para fechar negócio, a logística acabou comprometida. "O prazo inicial de entrega de 14 dias após o fechamento não foi cumprido porque, segundo o exportador, houve dificuldade nas rotas e custos logísticos. Dessa forma, o prazo foi estendido para 75 dias", disse Nair Fernandes da Costa Schlindwein, supervisora de Negócios.

O tempo de entrega acabou sendo prejudicado também no mercado nacional. Segundo Nair, produtos que eram disponibilizados em até dois dias úteis agora não chegam antes de três semanas. Um dos motivos para tanta demora é que cidades e estados, a fim de di-

minuir a circulação de pessoas, começaram a restringir o acesso por terra em alguns lugares. A Anahp chegou a aconselhar a Agência Nacional de Transporte (ANTT) a não fechar fronteiras terrestres estaduais para que o abastecimento dos insumos essenciais para o atendimento da população não fosse comprometido. Após reunião, o transporte interestadual acabou mantido.

Além disso, grande parte dos voos foi cancelada e as viagens internacionais ficaram restritas. O transporte marítimo, grande parte vindo da China, sofreu paralisação quase total por causa do coronavírus, o que abalou a cadeia de suprimentos do mundo inteiro. E, como se não bastasse, os chineses sinalizaram dar preferência de exportação aos Estados Unidos, que vinham sofrendo com rápido aumento dos casos de Covid-19 (até a primeira quinzena de abril, eram mais de 700 mil casos do país). Sendo assim, o abastecimento do Brasil e outros países ficou comprometido.

Diante disso, foi preciso se voltar para a produção brasileira e contar com órgãos competentes do governo para que incentivos fossem criados para evitar o desabastecimento da saúde. "Vimos na indústria na-



cional a única saída imediata, principalmente nos setores têxtil e metalmecânica, e entendemos que estava na hora de o governo lançar um plano nacional com diretrizes para que a indústria fizesse mudanças necessárias em seu parque fabril", explica Marco Aurélio Ferreira, diretor-executivo da Anahp. "As soluções internas podem não ser iguais aos materiais importados, mas podem suprir a demanda, principalmente dos equipamentos de proteção."

No período, muitas iniciativas foram anunciadas pelo setor produtivo e soluções foram criadas conforme surgiam as necessidades. Linhas de produção de automóveis passaram a consertar ventiladores mecânicos, fabricantes de bebidas alcoólicas a produzir álcool em gel e fábricas de roupas a confeccionar máscaras e aventais.

A gerente de Suprimentos do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Leonisa Obrusnik, revela que, no início de março, para driblar o tempo de importação do álcool em gel, a saída foi encomendar uma quantidade emergencial do produto de uma farmácia de manipulação no estado de Minas Gerais. "Nossos

fornecedores usuais precisaram de tempo para ajustar sua produção à quantidade de produto que precisávamos e, para que não faltasse em hipótese alguma, desenvolvemos fornecedores nacionais para nos atender no período."

Se a escassez de equipamentos e insumos afetou o setor privado, com o público não foi diferente. E na busca por centralizar compras e materiais, principalmente respiradores, governos municipais, estaduais e federal passaram a fazer requisições administrativas a importadores e fabricantes, o que, para o setor da saúde, soou como uma ameaça a toda cadeia de suprimentos e serviços. "Entendemos a situação de emergência na saúde pública, mas há todo um planejamento e contratos que foram interrompidos", afirmou Marco Aurélio. "As ordens desconcentradas por recolhimento causam desordem na cadeia, além de instabilidade jurídica e econômica, porque estão passando na frente de quem havia programado a compra."

A Anahp, enquanto representante de algumas instituições que sofreram com os confiscos, passou a cobrar que as ações ao menos fossem coordenadas,

começando pelo governo federal. Também pediu a criação de parâmetros para garantir que a iniciativa privada não ficasse descoberta. Como apelo, pediu em uma videoconferência com o presidente do Supremo Tribunal Federal, Dias Toffoli, que o poder judiciário brasileiro se atentasse às questões do setor durante a crise para que o tratamento das pessoas com Covid-19 não fosse comprometido, assim como os estoques.

DIÁLOGO ABERTO

Convidar parlamentares para um dialogar se tornou prática comum da Anahp. Ao lado de entidades representativas da saúde – como Abimed, CNSaúde, Abimo, Abraid, Sindusfarma, Interfarma e outras –, a associação buscou soluções que atendessem à toda cadeia formada por prestadores de serviços e pela indústria da saúde, destacando-se como uma personagem agregadora.

As reuniões regulares das entidades, que tiveram início com a crise, passaram a contar com a presença de deputados federais, como o Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr, Pedro Wastphalen, Hiran Gonçalves e Carmen Zanoto, que puderam ouvir as principais necessidades do setor e ter uma visão multilateral das questões da saúde na pandemia.

Para o diretor-executivo da Anahp, essa crise tem evidenciado as necessidades de reforma do sistema de saúde brasileiro, deixando claro as especificidades do setor que precisam de maior atenção. "Tenho convicção de que a saúde vai ganhar outra relevância no período pós-coronavírus", afirma Marco Aurélio. "Se quisermos protagonizar a mudança e estar prontos para discutir o futuro depois que tudo isso passar, é agora que temos que trabalhar e mostrar a nossa grandeza." ■

Vapotherm
Hi-VNI
TECHNOLOGY



Hi-VNI®: a forma refinada da terapia de alto fluxo



A tecnologia Hi-VNI® pode oferecer uma velocidade de ventilação três vezes maior que os umidificadores adaptados.

O equipamento exclusivo da White Martins, o Precision Flow®, conta com a inovadora tecnologia Hi-VNI®, que leva mais produtividade e qualidade para o seu hospital.

- Redução no tempo de internação e no número de intubações;
- Com montagem e ajustes fáceis, requer menos treinamentos;
- Mais segurança e autonomia para o paciente.

Agende uma visita com nosso Gerente de Aplicações e veja como levar essa inovação para o seu hospital.

www.whitemartins.com.br

Central de Relacionamento
0800 709 9000

 **WHITE MARTINS**

[VOLTAR PARA O INÍCIO](#)



ANAHP EM AÇÃO

Desde que a pandemia de coronavírus atingiu o Brasil, a Anahp vem trabalhando para amenizar os impactos da crise no sistema de saúde privado e ajudar seus associados com orientações técnicas, para que o atendimento à saúde continue sendo feito com qualidade e segurança. Confira as principais ações da associação neste período, que começou em março de 2020.

+50 REUNIÕES



Executivo, Legislativo e Judiciário



Entidades representativas dos prestadores, operadoras e indústria de materiais e medicamentos



Hospitais membros



159 OFÍCIOS PROTOCOLADOS

+170 CITAÇÕES NA IMPRENSA



2,4 MILHÕES DE PESSOAS IMPACTADAS EM UM MÊS NAS REDES SOCIAIS



COTAÇÃO CONJUNTA FOCADA PARA IMPORTAÇÃO DE EPI PARA DRIBLAR A ESCASSEZ DE SUPRIMENTOS

PRINCIPAIS TEMAS DISCUTIDOS E TRABALHADOS PELA ANAHP



Escassez de suprimentos e aumentos abusivos nos preços de EPI



Confiscos de equipamentos, materiais e medicamentos pelo governo



Escassez de testes para detecção da Covid-19



Campanhas de orientação para a sociedade



Sustentabilidade financeira das instituições de saúde



9 REUNIÕES COM OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E ENTIDADES REPRESENTATIVAS

PRINCIPAIS TEMAS:

- Suspensão de procedimentos eletivos
- Baixa ocupação dos leitos do setor
- Impacto na sustentabilidade financeira dos hospitais



+10 REUNIÕES COM AS ENTIDADES REPRESENTATIVAS DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE E INDÚSTRIA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

PRINCIPAIS TEMAS:

- Custos abusivos e escassez de suprimentos (EPI)
- Confiscos do governo em relação a equipamentos, materiais e medicamentos
- Dificuldade transporte terrestre - fechamento de estradas e fronteiras
- Dificuldade de transporte aéreo - companhias com malha reduzida
- Escassez de testes para detecção da Covid-19



15 REUNIÕES TÉCNICAS COM OS MEMBROS DOS GRUPOS DE TRABALHO DA ANAHP

PRINCIPAIS TEMAS:

- Afastamento de profissionais
- Cancelamento de procedimentos eletivos
- Uso adequado de EPI
- PLs e MPs com impacto relevante no setor
- Protocolos para óbitos Covid-19

MATERIAIS DESENVOLVIDOS PELA ANAHP PARA SEUS ASSOCIADOS:



Orientações
sobre uso de
EPIs



Orientações
sobre medidas
trabalhistas



Orientações sobre
afastamento de
profissionais



Orientações sobre protocolo
de óbito Covid-19



Proposta de linhas de crédito
para o setor hospitalar

10 AUDIÊNCIAS COM OS PODERES EXECUTIVO, LEGISLATIVO E JUDICIÁRIO



Ministérios da Saúde e da Economia,
Supremo Tribunal Federal, deputados
da bancada da saúde, etc



3 AUDIÊNCIAS COM AGÊNCIAS REGULADORAS

- Ativos garantidores
- Impacto do cancelamento de procedimentos eletivos
- Baixa ocupação dos leitos do setor
- Impacto na sustentabilidade financeira dos hospitais
- Alternativas para escassez de suprimentos e testes



DE MÃOS DADAS

Com a Covid-19, parcerias público-privadas têm se apresentado como solução efetiva para o combate à pandemia e para ajudar a evitar um colapso do sistema de saúde brasileiro

Uma das lições que a pandemia de coronavírus tem ensinado a todos os setores da economia no mundo é sobre a importância de unir forças para encarar desafios coletivos. Na saúde, parcerias têm sido firmadas entre os siste-

mas públicos e privados na tentativa de amenizar os impactos dessa crise e beneficiar a população, e as instituições brasileiras têm seguido nesse mesmo caminho.

No Brasil, a iniciativa privada tem financiado a construção de

hospitais de campanha e oferecido estruturas prontas para atendimento assistencial, além de doar ou emprestar equipamentos para leitos de terapia intensiva e contribuir para aumentar a capacidade de testes

para Covid-19. Todos esses movimentos estão dirigidos para desafogar o sistema de saúde como um todo e ampliar a capacidade de cuidado dos pacientes infectados pelo novo vírus.

CENÁRIO

É bom lembrar que a grande questão da Covid-19 não é a letalidade, mas a rapidez com o que o vírus se espalha e a necessidade de internação dos casos mais graves por um período longo em unidades de terapia intensiva (UTI). Segundo dados do Sistema de Indicadores Hospitalares Anahp (SINHA), normalmente, a permanência de pacientes em UTI

nos hospitais associados dura, em média, cinco dias, mas o que se tem visto nos casos de coronavírus é que esse número pode mais do que dobrar, chegando a 20 dias.

Apesar do baixo índice de casos graves da doença – entre 5% e 15% – a preocupação é grande. “Embora a porcentagem de pessoas que precisam de terapia intensiva seja baixa, esse número se acumula e ultrapassa a capacidade de atendimento e tratamento dos hospitais. Muita gente morre por falta de equipamento disponível”, explica Miguel Cendoroglo Neto, diretor superintendente do Hospital Israelita Albert Einstein, lembrando do que aconteceu no pico da pandemia na Itália. Na Lombardia, por exemplo, a região mais

atingida no país, o número de pacientes que precisaram de UTI chegava a dobrar a cada dois a quatro dias.

Para tentar evitar a sobrecarga do sistema e “achatar a curva” de contágio, governos dos estados e prefeituras adotaram como principal medida o isolamento social. Ainda que o resultado parcial nas regiões com regras mais severas tenha se mostrado positivo, o sistema público de saúde – responsável por mais de 150 milhões de brasileiros – se via diante de um grande desafio: garantir condição de tratamento principalmente para os casos mais graves de Covid-19. O caminho mais curto – e saudável – para resolver questões como essa com a rapidez necessária, é a aproximação da iniciativa privada.





NA PRÁTICA

Até o mês de abril, São Paulo era o estado que acumulava o maior número de casos de coronavírus no Brasil. Com mais de 24 mil confirmados e mais de dois mil mortos, alguns hospitais da rede pública já anunciavam 100% de ocupação nas unidades de terapia intensiva. No Rio de Janeiro, segunda região mais afetada, a situação se desenhava ainda mais crítica. No dia 26 de abril a rede estadual declarou que na capital carioca não havia mais leitos de UTI disponíveis para Covid-19 e mais de 200 pessoas já aguardavam na fila.

Os hospitais de campanha são parte da solução para cenários como esses. No Rio, o governo do estado anunciou a construção de oito unidades, o que significa 1,8 mil novos leitos entre UTI e enfermaria, grande parte financiada e gerida pela iniciativa privada. A Rede D'Or está à frente de duas delas com financiamento totalmente privado de 400 leitos, sendo 150 de terapia intensiva, e toda estrutura para exames de imagem e laboratorial. Neste modelo, o poder público precisou disponibi-

lizar apenas o espaço, todo o custo de construção, equipamentos, medicamentos e operação – incluindo mão de obra médica – ficou por conta da rede de hospitais, segundo Leandro Tavares, vice-presidente da Rede D'Or.

“Em um momento de crise como o que estamos vivendo, precisa haver locação intensa de recursos, e a importância dessas parcerias aumenta”, diz o executivo. “O setor privado tem mais mobilidade do que o público, então conseguimos agir mais rapidamente para ajudar.”

Para dar suporte ao SUS em diversos outros projetos, a Rede D'Or conseguiu viabilizar R\$ 200 milhões do capital privado para financiar mais de mil novos leitos nas regiões onde atua (Rio de Janeiro, São Paulo, Distrito Federal, Pernambuco, Maranhão e Bahia), entre temporários e permanentes, que ficarão para o governo depois que a epidemia passar. A rede hospitalar entrou com R\$ 120 milhões e os outros R\$ 80 milhões foram divididos entre instituições parceiras como Bradesco Seguros, Lojas America-

nas, Instituto Brasileiro de Petróleo, Gás e Biocombustíveis (IBP), Banco Safra, Stone Pagamentos, Mubadala, Qualicorp, SulAmérica Seguros, Vale, Movimento União Rio, Banco BV e UnitedHealth Group Brasil.

Outras formas de parceria têm sido aplicadas pelo país. Em Minas Gerais, por exemplo, a Rede Mater Dei encontrou uma fórmula em que são somados esforços financeiros tanto por parte dos hospitais e de empresários quanto do governo. Com quatro andares inativos na unidade recém-inaugurada Mater Dei Betim-Contagem, a instituição ofereceu ao estado 180 leitos de UTI e 62 de enfermaria com toda estrutura física necessária para pacientes com Covid-19. “Temos tudo instalado, gases, ar comprimido, vácuo, estrutura para exames de imagem e laboratorial. Os empresários estão equipando os andares e o estado está entrando com pessoas e o custo operacional”, conta o presidente da Rede, Henrique Salvador.

Ao final da pandemia, os equipamentos usados nesse espaço serão doados para o setor público de saúde de Minas Gerais e alocados nas unidades de atendimento mais carentes. Mas a estrutura volta a ser privada. “Não somos uma instituição filantrópica, mas entendemos que, enquanto uma organização cidadã, é importante dar a nossa parcela de contribuição criando apoio para estruturas do SUS durante a crise”, declara Salvador. “Estamos vivendo uma situação de exceção e todos precisam dar as mãos pelo comprometimento com a sociedade.”

A Rede Mater Dei também está envolvida em projetos que visam produção nacional e redução de custos de ventiladores mecânicos, além de captação de recursos para a compra de EPIs para a rede pública.

Em São Paulo, além de hospitais de campanha em funcionamento, o governo do estado anunciou no fim de abril uma parceria com redes privadas de hospitais para abrir 100 novas vagas de UTI no Hospital das Clínicas (HC), na capital paulista. Nesse modelo, os pacientes serão atendidos por profissionais funcionários de hospitais de excelência no Brasil. “Para chegar a mais 100 leitos de UTI, o HC recebeu mais de R\$ 24 milhões em doações de equipamentos, serviços, recursos financeiros e estrutura oferecidos por empresas como o Banco BTG, o Hospital Albert Einstein, a BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo, Sírio-Libanês e Rede D’Or”, disse o governador João Dória em coletiva de imprensa no dia 27 de abril.

Algumas instituições hospitalares de iniciativa privada também estão voltadas para a testagem de pacientes com suspeita de Covid-19, e têm colaborado com o trabalho do poder público. Este é o caso de hospitais como o Moinhos de Vento (RS) e Ministro Costa Cavalcanti (PR), por exemplo, que estão disponibilizando estruturas internas para a realização de testes como o PCR em pacientes da rede pública, contribuindo para reduzir a fila de laboratórios centrais dos estados onde atuam.

FILA ÚNICA

Com a previsão de UTIs lotadas em hospitais públicos, alguns estados brasileiros passaram a estudar a possibilidade de parceria para aproveitar leitos particulares ociosos. Alguns movimentos sugerem a regulação única de leitos durante a pandemia, como aconteceu em países como Espanha, Itália e Irlanda. Mas até o fecha-

mento dessa edição as únicas ações dos estados nessa direção foram para aluguel e compra de leitos por meio de licitações.

No Rio de Janeiro, o governo estadual chegou a publicar um edital para contratação de mil leitos, com diárias a partir de R\$ 2.800, e a prefeitura da capital se propõe a pagar R\$ 1.600, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, além de ajuda de custo por tratamento. Em São Paulo, a prefeitura e o estado avaliam as possibilidades e buscam aproximação com a rede privada para compreender o cenário e desenhar medidas mais efetivas.

“Temos feito uma aproximação com a rede privada de serviços de saúde e não existe nenhuma dificuldade até agora no sentido de colaborar conosco”, declarou o secretário de Saúde do Estado, José Henrique Germann, em coletiva de imprensa no dia 17 de abril. “Já tivemos inúmeros programas realizados com a rede privada e agora não vai ser diferente. Provavelmente vamos ter colaboração tanto na capital quanto no interior no combate à Covid-19”, destacou.

No Brasil, dos mais de 440 mil leitos de internação do país, 62% estão em instituições privadas e desses, 52% já são disponibilizados para o setor público. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2017, cerca de 60% das internações do SUS foram realizadas por instituições privadas, grande parte delas filantrópicas.

Diante disso, a iniciativa privada tem defendido que, caso requisições aconteçam, que seja um movimento organizado, com demonstrações claras de que foram esgotadas as possibilidades do estado. “A requisição pode ocorrer quando houver uma necessidade concreta, nos locais em que haja desequilíbrio entre a oferta e a demanda, mas deve ser feita de uma maneira harmoniosa, acordada por ambas as partes”, destaca Marco Aurélio Ferreira, diretor-executivo da Anahp. “De qualquer maneira, nossos hospitais-membros têm mantido diálogo com os gestores de saúde pública locais para entender e antecipar as necessidades, como já faziam mesmo antes da pandemia.” ▀



CUIDADO À DISTÂNCIA

A necessidade de isolamento social abriu caminho para que a telemedicina começasse a se tornar realidade no Brasil

O atendimento médico remoto ganhou destaque durante a pandemia de coronavírus. Desde que o Ministério da Saúde fez declarações sobre a regulamentação da telemedicina para viabilizar os atendimentos à distância durante a crise, muitas iniciativas surgiram entre as

instituições privadas, como teleorientação de urgência, teleconsulta para atendimento de profissionais da saúde e, até mesmo, televisitas para quem está internado na unidade de terapia intensiva (UTI). Logo o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu que a prática

poderia ser aplicada no enfrentamento do novo coronavírus, e a Lei 13.989, publicada em 15 de abril de 2020, autorizou o uso em caráter de emergência.

Há algum tempo se discute sobre o emprego da telemedicina no Brasil. Desde 2002, quando o CFM publicou uma resolução (1.643) reconhecendo a prática como "exercício da medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados", questões jurídicas, éticas e relacionadas a assuntos como modelos de remuneração e segurança da informação foram colocadas em pauta. Além disso, tem se buscado meios para garantir que uma "simples" chamada de vídeo seja configurada como ato médico.

Para Chao Lung Wen, médico e chefe da disciplina de Telemedicina da Faculdade de Medicina da USP, a grande questão está em encarar tudo como parte de um mesmo pacote. "Eu chamo de medicina

conectada, em que a telemedicina é apenas um método de interação com o paciente e, na medida em que o médico achar que precisa, encaminha para atendimento presencial", diz o especialista. "Quando entendermos que esse método é só uma organização da cadeia de serviço, então tudo vai ficar mais simples."

A pandemia parece ser um caminho oportuno para começar. Com medidas como o isolamento social, à princípio, as idas às consultas médicas passaram a ser desencorajadas em casos não essenciais para evitar aglomeração nos prontos-socorros e não sobrecarregar o sistema. A telemedicina surgiu, então, como uma opção de triagem para quem está com sintomas de Covid-19. A vantagem é que diminui o risco de contágio du-

rante o trajeto casa-hospital e protege os profissionais da linha assistencial, que poderão dar orientações remotamente e evitar o contato físico com o paciente. Esse método atende bem os casos mais simples da doença.

Além disso, adotar a telemedicina permite dar continuidade a outros tratamentos, principalmente de pacientes crônicos. "Com essa história de isolamento, muitos dos nossos pacientes não podem vir às consultas eletivas, mas as pessoas continuam com problemas de coração, de pulmão e outras doenças complexas. Então, precisamos garantir o acompanhamento mesmo durante a pandemia", conta o gerente médico de Novos Serviços e Telemedicina no Hospital Infantil Sabará, Rogério Carballo Afonso. Com a liberação desse

recurso pelo CFM, o hospital passou a oferecer serviços de teleorientação de urgência e teleconsulta com especialistas.

O desafio agora é "vender bem o peixe" para que essa forma de atendimento se torne realidade em todo o Brasil depois que a pandemia passar. E isso quer dizer que, em um espaço curto de tempo, será preciso se adequar para oferecer serviços seguros e de qualidade para um grande número de pessoas. Essa é uma oportunidade que precisa ser agarrada, segundo especialistas. "Acredito que o ritmo vai ser acelerado no Brasil e esse método de cuidado vai ganhar espaço de forma irreversível", diz Wen.

Segundo Henrique Neves, vice-presidente do Conselho de Administração da Anahp e diretor geral do Hospital Israelita Albert Einstein, o hospital já vinha





colocando a telemedicina em prática e, até o final de 2019, havia 330 mil pessoas utilizando os seus serviços. Desde que a pandemia se instalou, esse número foi multiplicado por seis. “Temos agora 2 milhões de usuários e, por enquanto, a regulação é temporária, o que é negativo. O que fazemos depois com as pessoas e os profissionais que passaram a adotar o serviço? O Brasil foi muito conservador nesse assunto, o que atrasou a possibilidade de virtualização do atendimento na pandemia”, declara o executivo.

Considerando que a implantação de um sistema de telemedicina não é tão simples quanto possa parecer, é preciso que os gestores estejam atentos às questões de segurança da informação, respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), e que treinamento médico seja disponibilizado para evitar que o paciente seja prejudicado e acarrete problemas jurídicos. O mau uso da telemedicina poderá atrapalhar o andamento de discussões avançadas, que

agora ganharão mais subsídios para serem abordadas. Portanto, o rigor é fundamental.

A escolha da equipe que utilizará a metodologia é parte importante nesse processo. Além de vasta experiência na profissão, também é necessário se adaptar ao modelo virtual da relação médico-paciente. Perfis agregadores são um diferencial, já que a relação pode ficar comprometida pela distância. E os mais estudiosos e com maior facilidade para seguir protocolos estão entre os mais procurados.

“Não é qualquer médico que se adapta à telemedicina. Tem que ser um profissional que tenha segurança para dispensar o exame presencial quando puder e optar por um à distância, por exemplo”, exemplifica Felipe Cezar Cabral, coordenador de Serviço de Saúde Digital do Hospital Moinhos de Vento. Para trabalhar com telemedicina na instituição, o profissional precisa ter cerca de cinco anos de formação e ao menos três anos de casa.

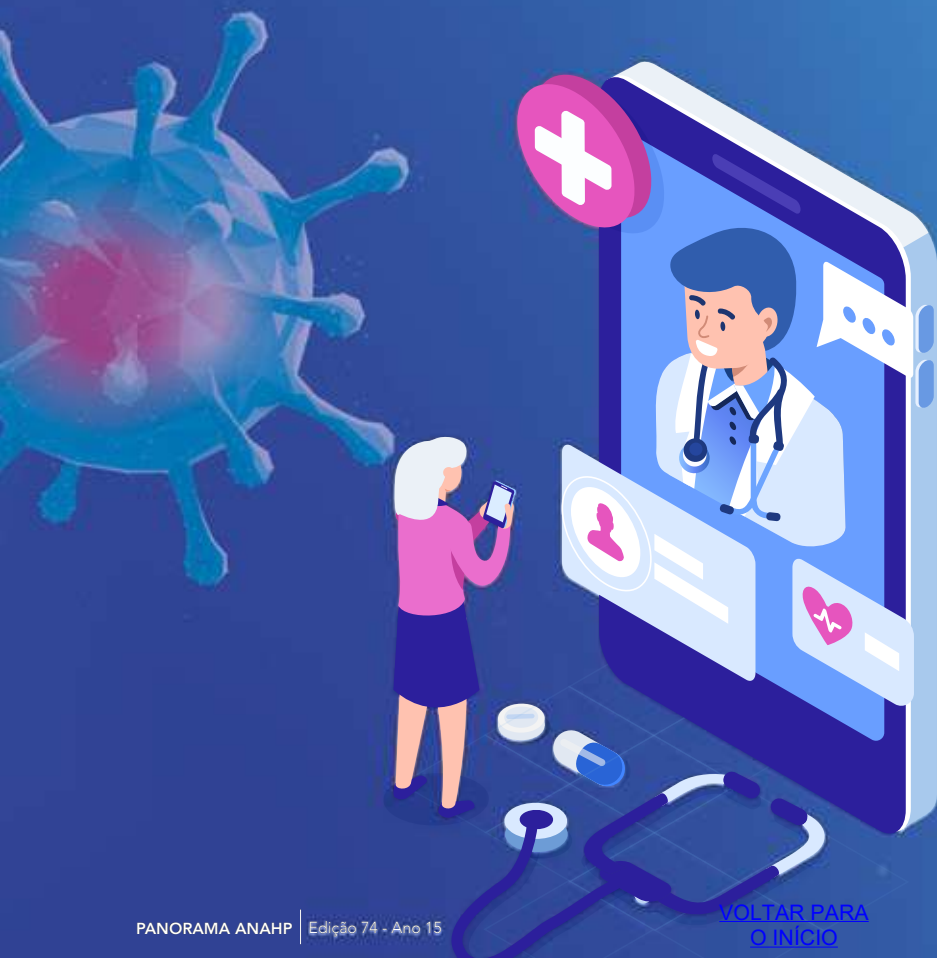
O professor Wen defende a criação de cursos para reforçar as especificidades da telemedicina, com o objetivo principal de garantir a qualidade do serviço. “A pandemia é uma oportunidade para promover o aprendizado prático, mas ainda vejo poucas iniciativas com diretrizes para ajudar quem vai usar a telemedicina pela primeira vez. Precisamos oferecer mais cursos para que a metodologia seja utilizada corretamente, dentro de protocolos pré-estabelecidos”, diz o especialista.

Para ele, a preparação ideal também inclui o que chama de “processo de interação digital”, de forma semelhante a um *media training*. O médico recebe orientações quanto à postura, tipo de roupa, iluminação ideal e meios para garantir que o paciente esteja compreendendo tudo o que está sendo falado.

Entretanto, com a urgência do momento, nem sempre será possível garantir que os profissionais estejam completamente prontos para esse tipo de atendimento. Os que ainda não tinham experiência prática estarão ainda mais sujeitos ao erro. Mas o que vale é fazer o melhor possível. “Não podemos limitar o uso desse serviço agora, a tecnologia está aí e precisa ser utilizada da melhor forma para que possamos vencer essa calamidade que se instaurou na saúde”, afirma Cabral.

INFRAESTRUTURA

Para começar a oferecer serviços de telemedicina as instituições podem contar com diversos tipos de plataformas e ferramentas prontas que existem hoje no mercado. Algumas empresas ainda incluem no serviço treinamento para os profissionais. Clínicas e hospitais precisam apenas pensar na estrutura física.



Foi nesse caminho que o Hospital Infantil Sabará encontrou a solução para viabilizar rapidamente os primeiros atendimentos de teleorientação de urgência. “Nossos computadores já permitiam a utilização de videoconferência, então não precisamos de grande investimento nesse sentido, mas tivemos que estruturar os consultórios com telas, câmeras e microfones”, conta Rogério Afonso. Em uma semana tudo estava pronto, o que só foi possível, segundo o gerente médico, porque já havia um projeto em andamento. “Nós apenas aceleramos o processo porque tudo estava desenhado, orçado e programado para começar a funcionar no decorrer desse ano”, diz.

O projeto inicial do Sabará era oferecer serviços de teleUTI para que médicos especialistas do hospital pudessem prestar consultoria a intensivistas de outras UTIs pediátricas. Mas o plano teve de que adiado devido às necessidades impostas pela Covid-19.

Para fazer a interface entre o sistema e os pacientes, os aplicativos estão entre as principais escolhas. No caso do Hospital Moinhos de Vento, onde um dos serviços oferecidos via telemedicina é o atendimento aos colaboradores da instituição com suspeita de coronavírus, as consultas acontecem no app do hospital. O primeiro contato é com um enfermeiro apto a dar orientações quanto à pandemia e a avaliar os sintomas indicados, encaminhando para o médico quando necessário. Psicólogos e

psiquiatras também estão disponíveis nesse canal.

Outra responsabilidade das instituições nesse processo é garantir a segurança de dados. E quando o cuidado é integrado – com diversos profissionais envolvidos no atendimento e com acesso às informações do paciente –, é preciso redobrar a

atenção. “Precisamos evitar que os dados sofram qualquer dano, inclusive para manter a qualidade deles. Então, pensar no tipo de inteligência artificial que vou trazer para o jogo é fundamental, pois vai facilitar tomadas de decisão, garantir legalidade da prescrição e que o médico siga os protocolos”, explica Ana Elisa Siqueira, CEO da GSC Integradora de Saúde, do Grupo Dasa.

A GSC atua no atendimento de atenção primária e com foco na coordenação de cuidado. Para a CEO, tecnologias da telemedicina vão fazer parte desse segmento cada vez mais porque potencializam a capacidade de cuidado, abrindo caminhos para o monitoramento contínuo do paciente e entregando valor. ▀



ARTIGO

MEDIDAS RÁPIDAS E ENGAJAMENTO DA POPULAÇÃO PODEM SALVAR VIDAS NO COMBATE AO CORONAVÍRUS

A epidemia da Covid-19 pela qual estamos passando é inédita. Nunca tínhamos enfrentado um vírus com uma capacidade de transmissão tão alta, e a velocidade com que nos deslocamos num mundo com sete bilhões de habitantes contribui para a proliferação da doença. Com isso, acredito que o que vamos viver nos próximos meses nunca vivemos na nossa história, já que tudo está sendo e será surpreendente. Dessa forma, precisamos do governo e da sociedade juntos no combate ao novo coronavírus, que ainda estamos descobrindo como realmente se comporta.

Para deter a doença, é importante haver um tripé bem sustentado: sistema de saúde (rede pública e privada), vigilância epidemiológica e ciência e tecnologia. Esses são nossos grandes aliados. Criação de vacinas e medicamentos, por exemplo, são essenciais a curto, médio e longo prazo, para nos ajudar a lidar com a doença.

O setor de saúde precisa estar unido, assim como é necessário achatar a curva de casos. Ou

seja, pode ser que haja o mesmo número de infectados ao final da epidemia, mas em momentos diferentes, para que o sistema de saúde consiga atender a população e dê chance de as pessoas sobreviverem, principalmente os idosos que são o maior grupo de risco. Para isso, é fundamental que a gente diminua o número de contatos que temos na sociedade, com o isolamento social. O SUS (Sistema Único de Saúde) é excepcional, mas não dá conta se todas as pessoas ficarem doentes ao mesmo tempo – assim como qualquer sistema de saúde do mundo.

Além disso, ter uma Atenção Primária estruturada faz toda a diferença para não sobrecarregar os hospitais, que precisam dar prioridade aos pacientes em estado mais grave que necessitam de assistência com recursos apenas disponíveis na rede hospitalar. A principal orientação é que as pessoas com sintomas, mas que não estão em estado grave, procurem as unidades de atenção primária constituídas pelas equipes da

estratégia da saúde da família e pelas UBSs para o tratamento adequado e para, em caso de necessidade, ser feito o encaminhamento ao hospital.

Portanto, a população também precisa fazer sua parte para enfrentar este período tão difícil. Não é hora para pânico, no entanto, respeitar as medidas do governo, acreditar em fontes de informação confiáveis, adotar hábitos de prevenção e praticar a solidariedade são exercícios diários que devemos fazer. Vamos pensar principalmente nos nossos idosos, que são os mais atingidos pela Covid-19, por já ter uma saúde mais debilitada, imunidade frágil e comorbidades.

Com certeza temos também que cobrar de nossos governantes uma postura de estadistas frente ao momento singular que passamos. E temos que exigir que eles ofereçam condições adequadas de funcionamento da rede de serviços de saúde pública e privada, que deverão se integrar para melhor enfrentar esta ameaça a toda a sociedade.

O estado deve também criar condições para que o isolamento social ocorra. Vivemos uma grave crise sanitária com profundas repercussões sociais e econômicas. Não existe espaço para discutir déficit fiscal, equilíbrio das contas públicas – existem vidas em jogo, falamos do futuro de muitos brasileiros que poderão não tê-lo devido a inépcia de governantes. Eles deverão garantir as condições necessárias para que as pessoas que não devem ir trabalhar possam ter acesso a alimentos e aos gêneros

necessários a sua sobrevivência.

Temos um longo período pela frente. A epidemia só termina quando uma determinada quantidade de habitantes tiver a doença e desenvolver imunidade e, assim, o vírus não conseguir encontrar mais os suscetíveis. Não sabemos ao certo quando isso ocorrerá, mas medidas eficazes e o compromisso de cada um podem encurtar este momento e salvar vidas.

Com a epidemia, aparecem transformações também. As pessoas aprendem lições de civilidade para uma prevenção mais efetiva: lavar as mãos na frequência adequada, não tossir e jogar gotículas contaminadas de saliva nas outras pessoas, cumprimentar sem dar a mão, entre outras. Vemos que é preciso incorporar esses hábitos como um fator fundamental de proteção à vida, como ocorreu com o uso do cinto de segurança. Todos nós temos que fazer alguns sacrifícios agora, para que essa crise seja menos dolorida possível para a população no Brasil e no mundo. ▀



Gonzalo Vecina,
médico e professor da
Faculdade de Saúde
Pública da USP

Contando histórias

A fim de humanizar o atendimento de crianças com câncer e fornecer uma comunicação clara sobre a doença e suas etapas de tratamento, de modo lúdico e criativo, surgiu o Projeto Dodói

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que foram diagnosticados mais de 12 mil novos casos de câncer infantil no Brasil no ano de 2019. As leucemias aparecem como

o tipo de câncer mais comum (26%), seguidas pelos linfomas (14%) e sistema nervoso central (13%). O grande diferencial nesses casos é que os jovens (até 19 anos) apresentam uma res-

posta melhor aos tratamentos utilizados e têm uma taxa de sobrevivência de 64%.

Apesar dessa "vantagem" que as crianças apresentam, os períodos de internação para o tratamen-



to têm grande impacto emocional. Ficar longe dos amigos, da escola e brincadeiras pode fazer com que elas se sintam desanimadas para continuar a terapia. Além disso, é comum que os pais sintam dificuldade para conversar com os filhos nesse momento. Saber como contar sobre o câncer, explicar como vai ser o tratamento e entender o que a criança está pensando são as principais preocupações.

Merula Steagall, presidente da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale), passou por uma experiência semelhante quando, aos 3 anos, foi diagnosticada com talassemia, espécie rara de anemia. Para suprir a ausência de glóbulos vermelhos no sangue, Merula se habituou desde pequena a fazer transfusões semanais. "Eu via nos meus próprios pais a dificuldade em explicar as etapas do tratamento. Eles me contavam



(crédito: Maurício de Sousa Produções)

muitas historinhas para me acalmar, mas me lembro de pensar por que eles estavam me falando essas histórias, eu sabia que não era isso", diz.

Durante o trabalho que realiza na Abrale, a presidente sempre observava a dificuldade dos pais para falarem com as crianças de forma transparente sobre o diagnóstico e etapas do tratamento. "Pensando no quanto as crianças são inteligentes e como é importante elas entenderem com clareza o que se passa, pensei em desenvolver um projeto que contribuísse neste entendimento", revela Merula.

Dessa forma, surge em 2006 o Projeto Dodói, que aborda de forma clara, objetiva e lúdica, os conceitos de linfoma, leucemia, transplante de medula óssea e suas fases de tratamento, facilitando que a criança se expresse e compreenda melhor suas necessidades, sejam elas físicas ou psicológicas.

Para elaborar o projeto, era essencial ter alguém com muita experiência em se comunicar com crianças. "Foi então que eu procurei o Instituto Maurício de Sousa. Falei com o próprio especialista nes-

se público, que me disse que sempre quis fazer algum trabalho voltado para a área da saúde. Durante essa conversa, ele contou que toda vez que sua filha Mônica se machucava, ela dizia 'dodói, papai', então já tínhamos o nome", lembra a presidente.

O desenvolvimento do projeto demorou três anos, pois para a elaboração dos materiais foi necessário reunir uma equipe multidisciplinar com psicólogo, enfermeiro, nutricionista, médico e fisioterapeuta, para entender quais eram os conteúdos importantes para transmitir. Após essa definição, foi para a fase de roteiros e, então, ilustrações. "O Maurício e a equipe dele criaram personagens para a turma: a Maria, que tem linfoma, e a Sol, que tem leucemia. Na história elas contam que têm a doença e tudo que vai acontecer, as etapas do tratamento e as preocupações com a escola para acompanhar as aulas, por exemplo", detalha Merula.

Esse materiais compõem o Kit Dodói, pensado para crianças de 3 a 14 anos, que conta com 15 itens como: um gibi





(crédito: Mauricio de Sousa Produções)

com histórias da Maria e da Sol; uma revista de atividades; cartazes sobre doação de medula óssea e de sangue, sintomas dos cânceres infanto-juvenil; jogos e avisos de porta; um cartão contendo escala de dor para facilitar a comunicação da criança com os cuidadores; cartões de diagnóstico com sensações e sentimentos que o paciente pode ter; cartilha para os pais com orientações e informações; caixa de histórias com cartas; um manual de orientação para a equipe de saúde; entre outros.

Além disso, a criança também recebe um boneco da Mônica ou do Cebolinha que são acompanhados por um kit médico. Dessa forma, o paciente passa a ser o "doutor" desse boneco, podendo repetir no brinquedo os mesmos procedimentos aos quais ele é submetido.

DENTRO DOS HOSPITAIS

Para que o material seja aproveitado da melhor forma, a Abra-le oferece um treinamento para os profissionais responsáveis pela aplicação do Dodói no hospital, com explicação sobre cada peça. "Essa capacitação dura dois dias e participam médicos, psicólogos e enfermeiros. Neste treinamento todos os itens são apresentados, explicamos situações em que eles são utilizados e falamos também sobre a importância da humanização, do ponto de vista do paciente", conta Merula. Já são mais de 200 colaboradores capacitados e mais de 5 mil crianças atendidas pelo projeto.

Para a enfermeira do Hospital Infantil Darcy Vargas, Sandra Dias, o kit é um facilitador de comunicação entre a criança, família e os

profissionais da saúde. “Usar o boneco para explicar para o paciente o procedimento que ele irá enfrentar, antes de seu início, faz com que a criança entenda o que está para acontecer e que o estresse (com agulhas, por exemplo) seja muito menor. Consequentemente, noto que a dor é minimizada e há uma melhor adesão ao tratamento oncológico com parceria da família”, explica.

Sandra conta que a instituição em que atua sempre acreditou que o brincar deve ser usado para facilitar o tratamento. “Ao conhecer a proposta do projeto pela Abrale e seu desejo de implantação, o nosso hospital manifestou interesse por participar da triagem de instituições. Foram realizadas avaliações, entrevistas e pesquisas para identificar se teríamos condições de infraestrutura e disponibilidade dos profissionais para o sucesso do projeto. Desde a aprovação, tudo tem corrido com êxito.”

O Projeto Dodói, que já foi implementado em 40 instituições hospitalares públicas de 14 estados diferentes, ficará disponível também para o setor privado. “Com essa compra, eles nos ajudam a garantir a sustentabilidade do projeto para a rede pública”, explica Merula. Cada unidade do kit custa R\$ 300, incluindo todos os materiais e a capacitação dos profissionais.

PRÓXIMOS PASSOS

Para o futuro do Projeto Dodói, a Abrale pensa em desenvolver outros materiais, como pôsteres para uso dentro dos hospitais, com conteúdos informativos que auxiliem o setor de oncologia. No entanto, a grande aposta da associação



será ampliar o projeto também para a área digital.

“Queremos disponibilizar nossos materiais também em um aplicativo, para que possa ser baixado e lido independentemente

da pessoa participar do projeto ou não. Dessa forma, uma escola, por exemplo, pode abordar o tema em algum trabalho, mostrar para todas as crianças os gibis e passar as atividades”, diz a presidente. ▀

Caso tenha interesse em saber mais sobre o Projeto Dodói ou queira informações para implementá-lo em sua instituição, acesse projetododoi.com.br



APRENDIZADO CONSTANTE

Localizado no sul do Brasil, o Hospital Tacchini é referência no tratamento contra o câncer na região da serra gaúcha e sua equipe fala sobre os benefícios de participar ativamente de programas e atividades propostas pela Anahp

Desde setembro de 2018, o Hospital Tacchini, localizado em Bento Gonçalves (RS), faz parte do grupo de associados da Anahp. Pouco mais de um ano depois, no fim de 2019, ao conquistar a certificação nível três da Organização Nacional de Acreditação (ONA), o hospital passou a fazer parte da cate-

goria de associados titulares e destaca a importância de contar com instruções e referências da associação nessa caminhada.

Para o superintendente executivo do Hospital Tacchini, Hilton Mancio, fazer parte da Anahp, além de ser uma forma de reconhecimento, é também assumir a responsabilidade de

eleva o nível do serviço oferecido para os pacientes. "Sabemos que estamos dando um grande passo que trará um nível de exigência ainda maior para a nossa instituição, mas que nos tornará ainda melhores para os nossos pacientes", declarou Mancio.

Neste primeiro ano como associados, dirigentes do Tacchini

e líderes da área de Qualidade reconhecem os ganhos que o hospital teve por meio do acesso aos indicadores Anahp e participação ativa nos Grupos de Trabalho, além da oportunidade de trocar conhecimento com outras instituições de excelência do Brasil. E a equipe garante que, mesmo estando longe fisicamente, é possível colher bons frutos: as plataformas *on-line* e os canais de comunicação disponibilizados pela Anahp cumprem o papel de encurtar o caminho e construir um relacionamento com a associação e os outros hospitais membros.

Um dos projetos em que o Hospital Tacchini está envolvido é o Programa de Desfechos

Anahp, que tem trazido melhorias significativas tanto para os desfechos clínicos quanto para outras áreas com redução de desperdício e mais qualidade no serviço, resultando em uma experiência mais positiva para os pacientes. "O principal resultado de adesão ao programa está na coalisão do time multiprofissional e o senso de urgência gerado nos médicos, que estão sendo especialmente apoiados por membros do corpo clínico sob a liderança da direção", contou Roberta Pozza, diretora técnica do hospital. "Entendemos que conquistamos essa união a partir do momento em que identificamos o nosso objetivo em comum e os obstáculos que deveríamos superar."

Para conhecer mais da história do Hospital Tacchini e o impac-

to das ações Anahp na instituição, confira abaixo a entrevista da Panorama com a equipe do hospital. Participaram da conversa o superintendente executivo Hilton Mancio; a diretora técnica Roberta Pozza; o gestor corporativo da Qualidade, Marcio Pereira Ramos; e a especialista da Qualidade, Fernanda Invernizzi Marin.

Para o Hospital Tacchini, qual é a relevância de ser um associado Anahp?

Hospital Tacchini: Ingressamos na Anahp em setembro de 2018 e desde então são nítidos os ganhos adquiridos pelas equipes por causa do acesso aos indicadores, a participação nos Grupos de Trabalho e do amadurecimento com a troca de conhecimento com outras instituições.

Tivemos a oportunidade de participar de diferentes ações,



como do Grupo de Trabalho Gestão de Pessoas e da construção do Manual de Saúde Mental e Qualidade de Vida no Trabalho, quando pudemos estar em São Paulo e compartilhar as ações realizadas dentro da nossa instituição. Nossos colaboradores também puderam participar do Curso de Capacitação Ciência e Melhoria na Prática, que a Anahp realizou em parceria com o Institute for Healthcare Improvement (IHI) e que nos auxiliou na mudança de processos assistenciais para redução de desperdício e a gerar valor e segurança aos clientes. E tem o Programa de Desfechos com o ICHOM, que tem nos proporcionado uma melhor acurácia de dados com a medição da qualidade de vida dos pacientes, da doença e da mortalidade. Padronizar os indicadores contribui na assertividade para medição de desfechos

e na melhoria contínua para o cuidado centrado na população.

O corpo clínico tem se engajado nas iniciativas propostas?

Tacchini: Tivemos uma adesão bastante representativa do corpo clínico e da equipe multiprofissional nos Grupos de Trabalho. Também percebemos maior envolvimento das equipes com o setor de Qualidade, buscando materiais que foram disponibilizados pela Anahp, e o interesse pelo *benchmarking* com outras instituições. Além disso, nas reuniões mensais da controladoria assistencial (promovidas pela Diretoria Técnica para os gestores do hospital), são apresentados indicadores dos protocolos e resultados assistenciais de cada equipe, em que são utilizados dados da Anahp como parâmetro seguro.

Como a instituição tem trabalhado para minimizar a distância

e estabelecer uma relação próxima com a Anahp e com os outros hospitais associados?

Tacchini: A possibilidade de participarmos *on-line* dos Grupos de Trabalho, bem como a facilidade dos canais de comunicação, favorece para que nossa equipe tenha acesso às informações em tempo real. Com isso, conseguimos disseminar o conteúdo para as equipes multiprofissionais e não limitamos o acesso apenas para quem pode participar presencialmente. Esta descentralização é bem salutar.

O acesso que a Anahp nos proporciona aos demais membros da associação, como as visitas técnicas e videoconferências, também contribui para a troca de experiências e uma relação transparente.

De que maneira o hospital trabalha para coletar e acompanhar os indicadores do SINHA?

Tacchini: A coleta dos dados





para os indicadores é mensal. As informações, em sua maioria, são extraídas do BI (*business intelligence*) e fornecidas pelas áreas ao setor de Qualidade para que sejam incluídas na plataforma SINHA. Conseguimos alcançar 87% das variáveis existentes, no entanto, nosso objetivo é alcançar 100%.

Em relação ao acompanhamento, mensalmente realizamos reuniões de análise de desempenho dos indicadores estratégicos com todos os gestores e a alta direção. Também capacitamos todos estes gestores e alguns profissionais estratégicos para dar autonomia no uso do SINHA e fortalecer a gestão compartilhada de conhecimento.

Em relação aos indicadores do Programa de Desfechos

Anahp e ICHOM, o Hospital Tacchini já media desfechos clínicos antes de ingressar no programa? De que forma isso é feito atualmente?

Tacchini: Sabemos que para trabalhar a experiência do paciente é fundamental garantir os desfechos clínicos. Somos um hospital referência em câncer e já fazíamos o seguimento da sobrevida dos nossos pacientes. Nosso desejo em participar do projeto estava muito ligado ao seguimento dos pacientes oncológicos e, naquele momento, queríamos conhecer melhor a metodologia e catalisar a implantação, criando, a partir dos resultados, um ciclo virtuoso de melhoria. Somos um hospital da comunidade. Para nós, é muito importante oferecer a estratégia diagnóstica e terapêutica de

maior valor aos nossos pacientes, e isso está totalmente alinhado com a missão de contribuir para a qualidade de vida das pessoas com sustentabilidade.

Iniciamos no Programa de Desfechos da Anahp em março de 2019, com a implantação de dois *standards sets*: AVC e Seps. Foi constituído um grupo multidisciplinar que realiza encontros semanais para avaliação dos casos elegíveis para a patologia, e também para definição das próximas etapas de implantação dos demais *standards sets* previstos por nós para 2020: insuficiência cardíaca, osteoartrite e osteoartrite de quadril e joelho, além de um outro relacionado ao câncer.

Quantos pacientes estão sendo monitorados no Programa de Desfechos Anahp e ICHOM? Já é possível avaliar os resultados?



Tacchini: Iniciamos o monitoramento dos pacientes de AVC em setembro de 2019. Até o momento são 39 pacientes elegíveis ao programa, sendo que destes, 31 permanecem em acompanhamento após saída hospitalar. Para os pacientes do programa de Sepsis, já realizávamos o acompanhamento desde outubro de 2018, mas só durante a internação. Por meio do Programa de Desfechos da Anahp, a partir de dezembro de 2019, passamos a acompanhar os pacientes após a alta hospitalar. Hoje são 24 pacientes elegíveis a essa patologia, sendo que 16 permanecem em acompanhamento.

Algumas análises relacionadas ao atendimento hospitalar são perceptíveis, como, por exemplo, tempos de atendimento para os pacientes de AVC e letalidade para Sepsis. As análises relacionadas à qualidade de vida do paciente requerem um tempo maior de acompanhamento.

O principal resultado da adesão ao programa está na coalisão do time multiprofissional e o senso de urgência gerado com os médicos, sendo especialmente apoiado pelos membros do corpo clínico, sob liderança do seu diretor. Entendemos que conquistamos essa união a partir da identificação de um objetivo em comum e, assim,

identificamos os obstáculos que devemos superar.

Quais são os benefícios percebidos pelo hospital – tanto em relação ao aspecto interno, como *benchmarking*, quanto para os pacientes – ao adotar tais indicadores?

Tacchini: Quando aderimos ao Programa de Desfechos Anahp, enxergamos algumas oportunidades, dentro dos propósitos do programa, como melhorar os desfechos, reduzir desperdícios, proporcionar melhoria contínua e qualidade do serviço. Além de garantir uma experiência positiva aos pacientes, o que converge com as nossas estratégias institucionais de

reforçar a cultura centrada no cliente, consolidar o sentimento de pertencimento dos pacientes, oferecer soluções integradas e contribuir para a qualidade de vida das pessoas, com crescimento sustentável.

Quais foram as principais mudanças adotadas pela instituição desde que se associou à Anahp?

Tacchini: Participar de uma entidade forte, que ajuda a estabelecer diretrizes no setor saúde, sempre foi um dos nossos objetivos. Entendemos que para ter ganhos em participar dessa associação precisávamos nos reorganizar, então algumas ações foram colocadas em prática: fortalecemos um grupo multiplicador; re-

visamos os indicadores padronizando metodologia e referencial externo; conseguimos representatividade nos Grupos de Trabalho, principalmente levando o conhecimento adquirido durante as videoconferências para a prática diária. Entendemos que precisamos evoluir e disseminar ainda mais o conhecimento para todo o hospital.

Temos também uma grande oportunidade dentro do nosso Sistema de Saúde, que é o suporte metodológico do nosso Instituto Tacchini de Pesquisas, que possui um braço forte em estudos epidemiológicos e conta com um time com expertise necessária.

Sobre a certificação que o Hospital Tacchini recebeu no fim de 2019, o nível três da Organização Nacional de Acreditação (ONA), de que forma a Anahp contribuiu para essa conquista?

Tacchini: Desde que ingresamos na Anahp, fortalecemos o entendimento da geração de valor com iniciativas inovadoras, promovendo qualidade assistencial mais segura e o bem-estar das pessoas, o que refletiu na reconquista do nível três da ONA. Retomamos com mérito o status de ter sido o primeiro hospital do Rio Grande do Sul a receber a certificação máxima da organização. ▀



CIRURGIA ROBÓTICA:

COMO FUNCIONA E QUAIS AS VANTAGENS PARA O PACIENTE

Por serem menos invasivas, as cirurgias feitas por robôs minimizam os riscos de infecção e diminuem as taxas de transfusão sanguínea, além de facilitar a recuperação do paciente

(Fotos: Tiago Masiero)

Procedimentos complexos feitos com maior precisão e cortes mínimos, com chances de recuperação mais rápida do paciente. Essa é a revolução que a cirurgia robótica trouxe para os hospitais na última década e que está se aprimorando a cada ano no Brasil.

André Berger, coordenador do Núcleo de Medicina Robótica do Hospital Moinhos de Vento (RS) e professor de Urologia da University of Southern California, nos Estados Unidos, explica como funciona este método e quais são as principais vantagens para os pacientes. Com mais de 2,5 mil cirurgias robóticas realizadas, Berger afirma que o método reduz a necessidade de transfusão e as chances de ocorrer infecções, e ainda traz resultados mais positivos no pós-alta do paciente.

Quais as principais vantagens da cirurgia robótica para o paciente?

Berger: É uma cirurgia bem menos invasiva, feita com incisões pequenas e menor sangramento – e por isso menor taxa de transfusão sanguínea. A recuperação também é mais rápida, e os pacientes voltam mais cedo para casa. Outra vantagem é uma taxa menor de infecções.

Como funciona a cirurgia robótica? O robô opera sozinho?

Berger: O robô não opera sozinho e a experiência do cirurgião é fundamental para potencializar as vantagens que a tecnologia robótica traz. Entre elas está uma visão 3D e em HD da cirurgia e a flexibilidade das pinças robóticas, superior a do próprio punho humano. Além disso, o robô filtra os eventuais tremores da mão do cirurgião e nenhum deles é transmitido para os instrumentos. O cirurgião trabalha sentado, o que é ergonomicamente melhor, pois ele fica menos cansado fazendo a cirurgia.

Os portais de entrada do abdômen ou do tórax são conectados ao braço do robô, que é controlado pelo cirurgião sentado no console, onde manuseia joysticks e pedais. Ao lado do paciente, fica um cirurgião auxiliar, também bem treinado, que auxilia com aspiração, retirada de agulhas etc.

O que acontece se o robô falhar?

Berger: É uma situação muito rara o robô falhar. Já fiz mais de 2,5 mil cirurgias robóticas e, até hoje, não teve nenhuma vez que o robô parou de funcionar totalmente. Mas, caso isso aconteça, na grande maioria dos casos você consegue recuperar essa falha e continuar a cirurgia. Se o robô falhar e não voltar a funcionar, tem um cirurgião experiente que consegue terminar o procedimento. O robô é deslocado do paciente, e o cirurgião continua usando a técnica de laparoscopia.

A cirurgia robótica é um avanço da laparoscópica. Uma das diferenças é que, na laparoscópica pura, o cirurgião segura os instrumentos que ficam dentro do paciente – que são retos, não flexíveis. E a visão é em duas dimensões.

Em quais casos a cirurgia robótica é aplicada atualmente?

Berger: Geralmente, é bastante usada em casos de cirurgia dentro do abdômen, no tórax e até transoral, dentro da boca do paciente, em situações específicas.



O que vai determinar é o grau de dificuldade e o nível de conforto do cirurgião. As mais comuns no Brasil e no mundo são: urológicas, de câncer de próstata e rim, ginecológicas, do aparelho digestivo, torácicas, de cabeça e pescoço e até cirurgias cardíacas. Na realidade, a cirurgia robótica foi criada para fazer procedimentos cardíacos e depois avançou para outras especialidades. Atualmente, a urologia é a que mais utiliza a cirurgia robótica no mundo.

Há quanto tempo existe a cirurgia robótica no Brasil?

Berger: No país, é um movimento que existe desde 2008, porém o número começou a aumentar de maneira significativa nos últimos três anos. De 2008 até 2016, ainda era pequeno o número de cirurgias e sistemas robóticos instalados. Nos últimos três anos, o número de sistemas quase triplicou. Há cerca de 57 sistemas robóticos [o robô em si] instalados no Brasil, provavelmente entre 45 e 50 hospitais oferecendo esse tipo de cirurgia.

Quantos profissionais fazem esse tipo de cirurgia no Hospital Moinhos de Vento?

Berger: Temos hoje cerca de 25 cirurgiões treinados ou em treinamento. Um dos diferenciais do nosso programa é realmente a experiência de profissionais com quase três mil cirurgias feitas em outros hospitais no Brasil e de fora. Então, desde o início, o programa foi capaz de atender casos desafiadores e complexos. Do total de cirurgias robóticas realizadas no hospital, 90% são de câncer

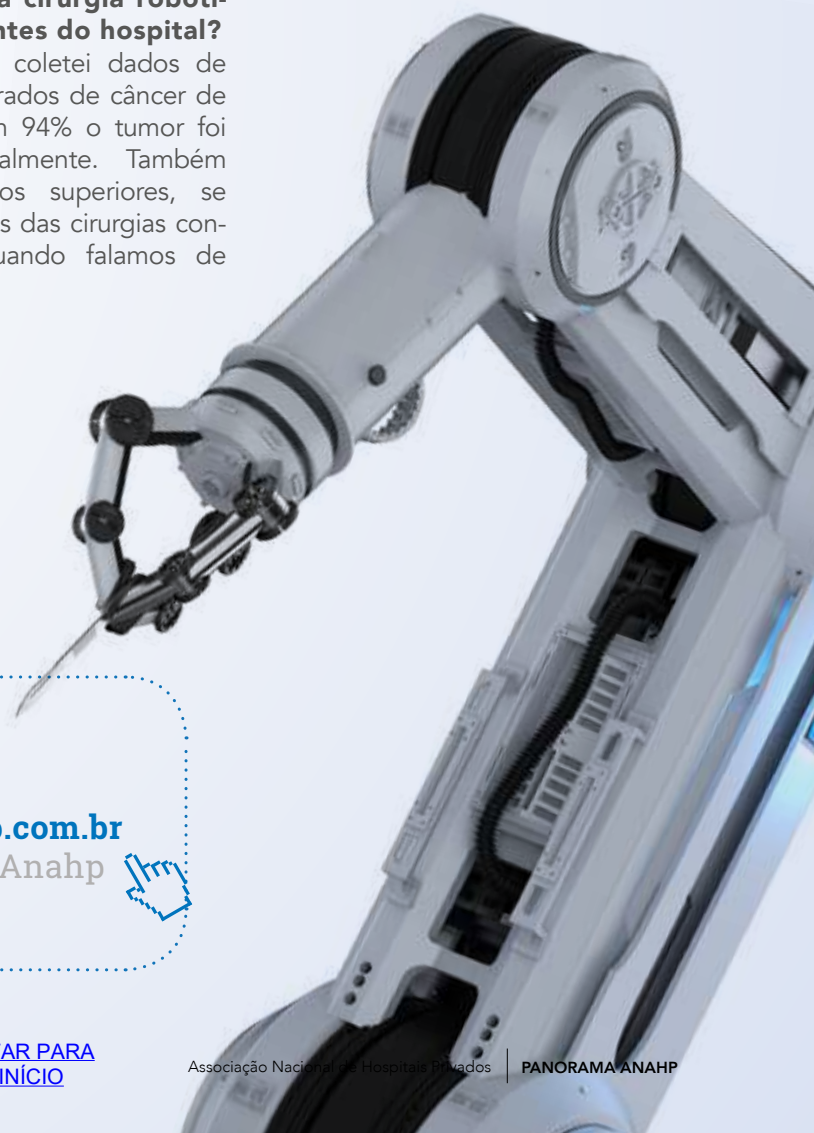


de próstata. Mais que dobramos o número de pacientes tratados desta doença no Moinhos de Vento desde que começou o programa de cirurgia robótica. São feitas, em média, de 15 a 20 cirurgias robóticas por mês.

Há dados que mostram os resultados da cirurgia robótica nos pacientes do hospital?

Berger: Eu coletei dados de pacientes operados de câncer de próstata e, em 94% o tumor foi removido totalmente. Também temos números superiores, se comparado aos das cirurgias convencionais, quando falamos de

controle de urina e da qualidade de ereções após a procedimento robótico. Três meses depois da cirurgia, 94% deles estavam totalmente continentemente e não precisavam de nenhuma proteção contra vazamento de urina, e 83% apresentaram ereções boas o suficiente para ter uma relação sexual. ▀



S A Ú D E
da **S A Ú D E**

Acesse o blog saudedasaude.anahp.com.br
e conheça mais sobre o conteúdo Anahp
voltado para o paciente



SEGURANÇA E HUMANIZAÇÃO

NOS AMBIENTES HOSPITALARES

Proteger sistemas e o ambiente físico dos hospitais é fundamental, mas também é importante investir em equipes de segurança especializadas no setor para não deixar a humanização de lado



Daniella Barbosa, superintendente Comercial e de Marketing do Grupo Albatroz

Segurança é item fundamental na lista de prioridades de qualquer pessoa e dentro dos hospitais não pode ser diferente. Além de proporcionar o bem-estar da instituição e de seus colaboradores, um ambiente seguro é importante também para os pacientes. Um sistema integrado – que envolve desde o trabalho de profissionais especializados até as tecnologias mais avançadas – pode ser uma boa solução para quem busca proteção sem deixar de lado um ambiente humanizado.

O Grupo Albatroz é um dos atores desse setor e uma empresa que tem investido em criar projetos personalizados para instituições das mais diversas áreas do mercado, incluindo o setor hospitalar. A superintendente Comercial e de Marketing do grupo, Daniella Barbosa, conversou com a Panorama e contou sobre o projeto Albatroz 2023, que busca maior inserção no mercado privado, além de mencionar como a empresa tem trabalhado para atender às demandas com projetos integrados personalizados, com foco no setor hospitalar.

Qual é a proposta e o diferencial do projeto Albatroz 2023?

Daniella Barbosa: O Grupo Albatroz nasceu em 1992, quando começou a oferecer serviços de vigilância patrimonial, e em 2003, expandiu suas atividades para *facilities* com a criação da marca Arcolimp. Nesses quase 30 anos, a empresa cresceu muito na prestação destes serviços, principalmente no setor público, onde atingiu o patamar de R\$ 650

milhões de faturamento em 2019 e ultrapassou a marca de 13.000 colaboradores. Por meio desses contratos desenvolveu um grande *know-how* em atendimento a setores de alta complexidade, como o Hospital das Clínicas, Hospital do Servidor do Rio de Janeiro, Aeroporto de Guarulhos, USP, CEAGESP, entre outros.

Em 2019, o Conselho Administrativo decidiu ampliar sua atuação no setor privado e, para isso, desenvolveu um planejamento estratégico denominado Albatroz 2023. Esta iniciativa consiste em: estruturar o departamento comercial para atender o setor; reforçar a marca no mercado; criar o Centro de Comando e Controle (ALBA IRIS), que trará tecnologia de ponta para o portfólio de soluções oferecidas; colocar em prática a expansão geográfica da empresa.

E no que se refere ao setor hospitalar, qual o diferencial?

Daniella: Por meio da experiência adquirida com grandes clientes do setor público, aliada a diferentes complexidades, conseguimos implantar nossas estratégias de forma rápida e assertiva. Consideramos tanto no perfil do colaborador quanto o dimensionamento das mais diversas tecnologias, sempre buscando excelência operacional em nossas prestações de serviços.

Este é um segmento estratégico para o Grupo Albatroz, então contamos com gestores capacitados com ampla experiência na prestação de serviços para grandes hospitais particulares, onde tenham participado diretamente da gestão e cons-

trução de sistema de controle de acesso para pacientes e visitantes.

O Grupo Albatroz já atuava no mercado privado? O que motivou a expansão?

Daniella: O grupo atuava de maneira receptiva, mas os contratos nesse setor ainda eram pequenos. Com a nova estrutura comercial, que contempla as áreas de Marketing, Vendas, Administração de Vendas, CRM e Precificação, os projetos passarão a ser integrados e seremos mais atrativos para o setor privado.

Quais as principais soluções integradas que a empresa fornece?

Daniella: Fornecemos desde soluções mais comuns, como sistemas de circuito fechado de TV, controle de acesso de pessoas e veículos, ferramentas de detecção de intrusão e alarmes, até soluções mais elaboradas, como controle perimetral, rastreamento e telemetria veicular, roteirização e detectores de incêndios.

Quais os tipos de tecnologias adotadas nos projetos?

Daniella: Nossos circuitos fechados de TV possuem tecnologias de última geração, como reconhecimento facial, análise forense e verificação inteligente de vídeos. Contemplamos as soluções mencionadas acima em um sistema que envolve computação, comunicação, comando, controle, inteligência, vigilância e reconhecimento, analisadas sob três óticas: informe e alerta; comando e controle; verificação e despacho.

Como são feitas a gestão e a análise de risco a partir do uso dos serviços?

Daniella: Temos uma equipe dedicada à análise de risco, que atua desde o momento da elaboração do projeto, passando pela implementação e acompanhamento. Esta avaliação é específica para cada cliente. De acordo com os riscos corporativos apontados, elaboramos as estratégias tanto na área de segurança quanto em facilities.

Para que as soluções propostas ao cliente otimizem os recursos de forma segura e inteligente, com o custo mais baixo possível, as equipes de análise de risco e de projetos eletrônicos atuam em conjunto.

É possível elaborar projetos personalizados para cada instituição? Quais são as variações possíveis?

Daniella: Para nós, todo projeto é personalizado. Mesmo sendo do mesmo segmen-

"Para obter um resultado satisfatório do sistema de segurança do local, é imprescindível envolver todas as áreas do hospital e destacar a importância da ação conjunta de todos os setores"

to de atuação, como é o caso da área da saúde, cada instituição possui características e necessidades diferentes, que contemplam fatores específicos como o perfil do colaborador, treinamentos, EPIs, vulnerabilidades do local, acessos, tecnologia e riscos de negócio, como farmácia e berçário.

Também levamos em conta a análise do entorno das instalações do cliente, conhecer o tipo de projeto social oferecido para a comunidade e o relacionamento com os órgãos de policiamento local. Atualmente, as instituições buscam cada vez mais a humanização nos

atendimentos e essa é uma das questões que discutimos com o cliente.

Quais as principais dificuldades na implantação de um projeto em hospitais?

Daniella: A implantação da segurança em um hospital é a parte mais sensível do projeto. Treinamos e mantemos a equipe atualizada a respeito de possíveis golpes e riscos e, ao mesmo tempo, reforçamos a empatia e humanização no atendimento ao público. O grande desafio, neste caso, é conscientizar o público interno e todos os frequentadores a seguirem os procedimentos de segurança.

A criação e atualização de normas e procedimentos também requerem habilidades por parte das equipes envolvidas. Em alguns casos, as empresas são substituídas porque deixam de executar o que foi combinado no contrato.

Para obter um resultado satisfatório do sistema de segurança do local, é imprescindível envolver todas as áreas do hospital e destacar a importância da ação conjunta de todos os setores. Na maioria das vezes, por exemplo, ocorrências delituosas são detectadas pela equipe de enfermagem ou pelos auxiliares de Serviços Gerais, que desconhecem como devem proceder. Entretanto, ao receberem orientação, esses colaboradores passam a contribuir com o sistema de segurança do local. ▀





Uma das maiores e mais tradicionais empresas de segurança e facilities



Com 29 anos de existência, o Grupo Albatroz é especialista na integração de serviços de alta complexidade em segurança pessoal, patrimonial, portaria e controle de acessos, recepção, combate a incêndio, segurança eletrônica e facilities, para empresas de diversos segmentos como Instituição de Saúde, Shoppings, Indústrias, Instituições Financeiras e entre outros.

Presença em mais de
400
cidades
brasileiras

Efetivo superior a
13 mil
colaboradores

Mais de
2.500
endereço
atendidos



- Presente
- Em expansão



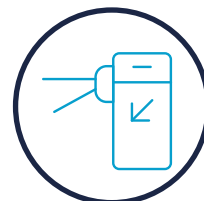
LIMPEZA



JARDINAGEM



MANUTENÇÃO



PORTARIA
E RECEPÇÃO



SEGURANÇA
PATRIMONIAL



SEGURANÇA
ELETRÔNICA



@groupalbatroz

@grupo.albatroz

@grupo albatroz

www.grupoalbatroz.com.br

11 3188-2111

VOLTAR PARA
O INÍCIO

Notas

MEMBROS

Sírio-Libanês é certificado no cuidado ao paciente com câncer

A Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês recebeu a certificação do programa QOPI - Quality Oncology Practice Initiative, conferida pela ASCO (Sociedade Americana de Oncologia Clínica), uma das principais organizações médicas no mundo. O certificado é concedido aos centros de hematologia e oncologia que atendem aos altos padrões de qualidade reconhecidos internacionalmente no cuidado do paciente com câncer. O Sírio-



-Libanês é uma das primeiras instituições fora dos Estados Unidos a

receber essa certificação. No Brasil, somente seis possuem o selo.

Hospital Márcio Cunha mantém acreditação em excelência de gestão pela ONA

(Foto: assessoria de imprensa)



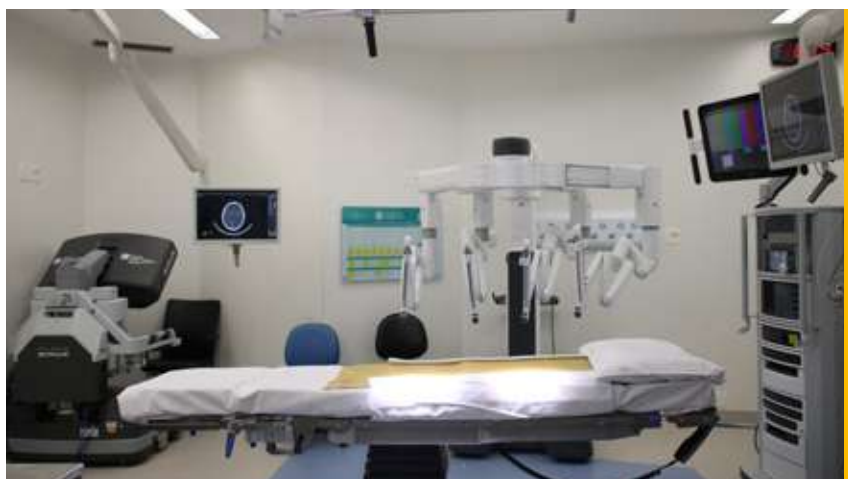
Durante auditoria externa de manutenção realizada no Hos-

pital Márcio Cunha (HMC), em Minas Gerais, ficou constatado

que a unidade mantém o mais elevado nível em serviços hospitalares e manteve a acreditação nível 3 da Organização Nacional de Acreditação (ONA). O resultado demonstra que o HMC possui gestão integrada e que os processos ocorrem de maneira fluida, com plena comunicação entre as atividades, demonstrando uma cultura organizacional de desenvolvimento e maturidade institucional.

Hospital Santa Catarina (SP) amplia e moderniza Centro Cirúrgico

Com 114 anos de fundação completados em fevereiro, o Hospital Santa Catarina, em São Paulo, passou por uma reestruturação do Centro Cirúrgico com investimento de cerca de R\$ 10,5 milhões, deixando o espaço mais moderno e funcional. O projeto, que teve duração de 18 meses, entregou farmácia, área de conforto médico, vestiários, sala da família (onde os acompanhantes aguardam pelo término da cirurgia e recebem informações) e sala para treinamento em cirurgia robótica com simulador.



Enfermagem do **Hospital São Lucas Copacabana** recebe certificação

A equipe de enfermagem do Hospital São Lucas Copacabana foi certificada como uma das mais eficazes e seguras do país através da Certificação dos Serviços de Enfermagem, concedida pelo IQG - Health Services Accreditation. A acreditação atesta a qualidade da

área, considerando critérios de conhecimento técnico, as linhas de cuidado com raciocínio clínico e empoderamento, entre outras habilidades assistenciais que impactam na experiência do paciente. O hospital passa a ser o primeiro no estado do Rio de Janeiro a receber o título.



Hospital Israelita Albert Einstein inaugura Centro de Treinamento em Cirurgia Robótica



O Hospital Israelita Albert Einstein inaugurou o seu Centro de Treinamento em Cirurgia Robótica. O local será o único do Brasil a atuar como centro de certificação oficial da plataforma Da Vinci Si da fabricante Intuitive, que encaminhará ao Einstein cirurgiões selecionados em toda América Latina para obter a certificação para

o uso dos seus robôs.

O centro contará com sete simuladores, incluindo o "Simbionix", que apresenta um módulo inédito de colestomia direita no Brasil, além de quatro plataformas da Vinci Si e Xi, uma delas dedicada exclusivamente para treinamentos e aplicações experimentais.

JCI concede acreditação ao **Hospital Marcelino Champagnat**

O Hospital Marcelino Champagnat, em Curitiba, recebeu, pela segunda vez, a acreditação da Joint Commission International (JCI), sendo reconhecido internacionalmente por sua excelência nos cuidados com a segurança do paciente, em alta e média complexidade. A instituição, que tem oito anos de atividade, é a única do Paraná com o título.



Hospital Tacchini reconquista excelência pela ONA



O Hospital Tacchini reconquistou a certificação hospitalar nível 3 da Organização Nacional de Acreditação (ONA), retomando o status de ter sido o primeiro hospital do Rio Grande do Sul a receber a certificação máxima da acreditação nacional, ainda em 2009. A certificação é recomendada às instituições de saúde que apresentam evolução na sua gestão e ciclos de melhoria contínuos, no qual suas lideranças analisam seus resultados para tomada de decisão.

Pronto-socorro do **HCor** amplia estrutura e agiliza atendimentos



O pronto-socorro do Hospital do Coração - HCor passou por reestruturação para ampliar e

melhorar os processos internos de atendimento, principalmente nas especialidades de cardiolo-

gia, neurologia e hemodinâmica. Ocupando uma área de mais de 1,2 mil metros quadrados, o PS está interligado a toda a estrutura do hospital, que oferece: fluxos especializados em infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), acidente vascular cerebral (AVC), arritmias, fluxo diferenciado para protocolo de dor torácica, hemodinâmica disponível 24h e as salas híbridas de Neurologia e Cardiologia. A estrutura conta com dois leitos para emergência, sendo um para isolamento, seis leitos de UTI e semi-intensiva, nove leitos individuais de observação, equipamentos para exames de ultrassom, ecocardiograma e raio-x, além de serviço de ambulância UTI.

Rede Meridional investe R\$ 25 milhões em programa de Cirurgia Robótica

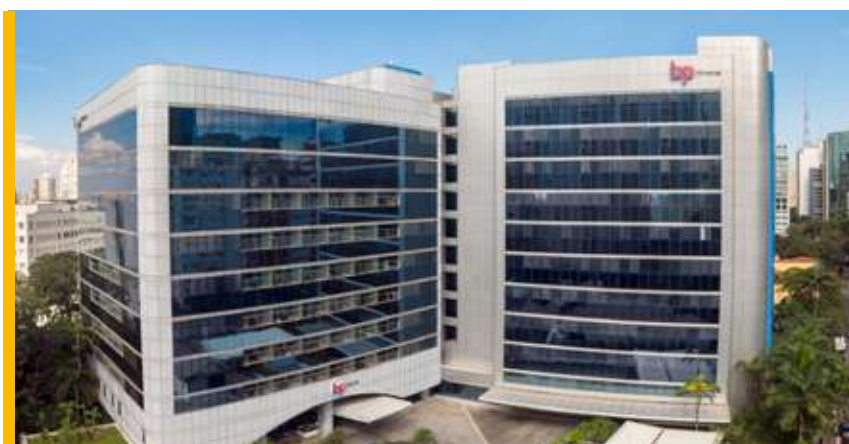
A Rede Meridional, no Espírito Santo, concluiu um investimento de R\$ 25 milhões no robô da Vinci Xi. O Hospital Meridional, que já tem estrutura pronta, começou a operar no mês de abril. Os procedimentos são realizados por um cirurgião – que passa por treinamento em um centro no Rio de Janeiro – por meio de controles tipo “joystick”. Este sistema reproduz os movimentos para os instrumentos robóticos, que se tornam mais



precisos e atingem posições difíceis, com amplitude de mo-

vimento maior que o punho humano.

BP Mirante é recertificado pela JCI



O BP Mirante, hospital *premium* da BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo, foi recertificado pela Joint Commission International (JCI). A conquista para manutenção do selo ocorreu após uma extensa revisão do cumprimento dos padrões internacionais de qualidade e oferta de serviços médico-assistenciais do hospital. Esta foi a quarta vez que a instituição passou pelo processo de auditoria, que ocorre a cada três anos.

Os produtos da Anahp onde você estiver

Uma plataforma para acessar e compartilhar os conteúdos Anahp: estudos de mercado, vídeos, cursos, publicações e eventos.



ANAHP
ON DEMAND



anahp



ondemand.anahp.com.br

Instituições Membros

Associados Titulares

A.C. Camargo Cancer Center	Hospital Nossa Senhora das Neves
AACD - Associação de Assistência à Criança Deficiente	Hospital Novo Atibaia
BP Mirante	Hospital Oeste D'Or
Casa de Saúde São José	Hospital Pequeno Príncipe
Clínica São Vicente	Hospital Pilar
Complexo Hospitalar de Niterói	Hospital Pompéia
Hospital 9 de Julho	Hospital Porto Dias
Hospital Adventista de Belém	Hospital Português
Hospital Albert Sabin (MG)	Hospital Primavera
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	Hospital Pró-Cardíaco
Hospital Aliança	Hospital Quinta D'Or
Hospital Anchieta	Hospital Rios D'Or
Hospital Assunção	Hospital Samaritano
Hospital Barra D'Or	Hospital Santa Catarina
Hospital BP	Hospital Santa Catarina Blumenau
Hospital Brasília	Hospital Santa Clara (MG)
Hospital Cárdio Pulmonar	Hospital Santa Cruz (PR)
Hospital Cardiológico Costantini	Hospital Santa Izabel
Hospital Copa D'Or	Hospital Santa Joana Recife
Hospital Daher Lago Sul	Hospital Santa Lúcia (DF)
Hospital das Nações	Hospital Santa Luzia
Hospital do Coração - HCor	Hospital Santa Marta
Hospital do Coração do Brasil	Hospital Santa Paula
Hospital Dona Helena	Hospital Santa Rosa
Hospital e Maternidade Brasil	Hospital Santo Amaro
Hospital e Maternidade Santa Joana	Hospital São Camilo Pompeia
Hospital e Maternidade São Luiz - Unidade Anália Franco	Hospital São Lucas (SE)
Hospital e Maternidade São Luiz - Unidade Itaim	Hospital São Lucas (SP)
Hospital Edmundo Vasconcelos	Hospital São Lucas Copacabana
Hospital Esperança	Hospital São Lucas da PUCRS
Hospital Esperança Olinda	Hospital São Luiz - Unidade Morumbi
Hospital Evangélico de Londrina	Hospital São Marcos
Hospital Icarai	Hospital São Mateus
Hospital Infantil Sabará	Hospital São Rafael
Hospital Israelita Albert Einstein	Hospital São Vicente de Paulo (RJ)
Hospital Leforte Liberdade	Hospital Saúde da Mulher
Hospital Madre Teresa	Hospital Sepaco
Hospital Mãe de Deus	Hospital Sírio-Libanês
Hospital Marcelino Champagnat	Hospital Tacchini
Hospital Márcio Cunha	Hospital Vera Cruz
Hospital Mater Dei	Hospital Vita Batel
Hospital Mater Dei Contorno	Hospital Vita Curitiba
Hospital Memorial São José	Hospital VIValle
Hospital Meridional	Laranjeiras Clínica Perinatal
Hospital Metropolitano	Pro Matre Paulista
Hospital Ministro Costa Cavalcanti	Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco
Hospital Moinhos de Vento	Santa Casa de Misericórdia de Maceió
Hospital Monte Sinai	Santa Genoveva Complexo Hospitalar
Hospital Nipo-Brasileiro	UDI Hospital
Hospital Nossa Senhora das Graças	Vitória Apart Hospital

Associados

Hospital Albert Sabin (SP)	Hospital Santa Isabel (SP)
Hospital Baía Sul	Hospital Santa Lucia (RS)
Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Santa Rita de Cássia
Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo	Hospital Santa Virgínia
Hospital Divina Providência	Hospital Santo Amaro
Hospital do Coração Anís Rassi	Hospital São Vicente
Hospital Ernesto Dornelles	Hospital São Vicente de Paulo (RS)
Hospital IPO	IBR Hospital
Hospital Memorial São Francisco	Oncobio
Hospital Policlínica Cascavel	Santa Casa de Maringá
Hospital Santa Cruz (SP)	Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Afiliado

SOS Vida