

IPH

Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares

IPH 50 anos

Parceria UniVikam - IPH

XXIV Seminário Internacional do Grupo de Saúde Pública da UIA - União Internacional de Arquitetos

30 de maio a 3 de junho - São Paulo

4 a 6 de junho - Rio de Janeiro



Revista IPH

Órgão Oficial do IPH Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares

ISSN 1519-1451 Ano 3 Número 4 junho 2004

CURSOS IPH / PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM:

ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

I. Área de Administração

- Administração Geral
- Fundamentos da Administração Hospitalar
- Recursos Humanos
- Administração de Materiais

II. Área Contábil Financeira

- Contabilidade Geral
- Administração Financeira
- Custos Hospitalares

III. Área de Administração Hospitalar

- Administração Pública
- Planejamento em Saúde Pública
- Farmácia Hospitalar
- Administração de Enfermagem
- Administração do Centro Cirúrgico e da Central de Abastecimento
- Administração do Prontuário do Paciente
- Administração do Serviço de Nutrição e Dietética
- Administração do Serviço de Lavanderia Hospitalar
- Arquitetura Hospitalar
- Administração dos Serviços Complementares

IV. Trabalho Final

- Elaboração de Monografia com Orientação

Duração do Curso: 15 meses

ADMINISTRAÇÃO DE SISTEMA DE SAÚDE

- Gestão de Negócios de Saúde
- Gestão de Recursos Humanos
- Gestão de Recursos Materiais
- Gestão Mercadológica
- Gestão de Sistemas Públicos
- Gestão de Qualidade
- Políticas Sociais
- Administração Financeira e Contábil
- Organização Sistemas e Método
- Direito sob o aspecto da Gestão de Saúde
- Trabalho Final: Elaboração de Monografia com Orientação.

Duração do Curso: 13 meses

GESTÃO EMPRESARIAL

- Planejamento Estratégico e Empresarial
- Administração Financeira
- Comportamento Organizacional
- Desenvolvimento Gerencial
- Elaboração, Análise e Controle de Projetos

- Gestão de Qualidade
- Economia e Globalização
- Gestão de Pessoas
- Seminários Avançados em Gestão Empresarial
- Marketing Estratégico e Gestão de Negócios
- Trabalho Final: Elaboração de Monografia com Orientação.

Duração do Curso: 14 meses

SAÚDE PÚBLICA

Mód. I - Saúde e Sociedade

- Saúde e Sociedade
- Políticas Sociais e Saúde no Brasil
- Metodologia de Pesquisa
- Educação em Saúde

Mód. II - Administração

- Administração Geral e Pública
- Administração em Saúde
- Planejamento em Saúde Pública
- Avaliação e Qualidade em Saúde

Mód. III - Epidemiologia

- Epidemiologia Geral
- Epidemiologia das Doenças Transmissíveis
- Epidemiologia dos Agravos não transmissíveis
- Vigilância Epidemiológica
- Sistema Nacional dos Agravos de Notificação

Mód. IV - Ações da Saúde

- Sistema Materno Infantil
- Saúde da Mulher
- Saúde do Trabalhador
- Doenças Sexualmente Transmissíveis
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- Principais Endemias e Epidemias da Atualidade (Dengue, Febre Amarela, Meningites, Hanseníase e Tuberculose)
- Outras Ações de Interesse na Atualidade (Saúde Mental, Oftalmologia Sanitária, Laboratório Nutrição e Meio Ambiente)
- Programa de Saúde da Família (PSF)
- Diretrizes Gerais e Modelo de Atenção
- Sistema de Referência e Contra Referência
- Planejamento no PSF

Mód. V - Trabalho de Conclusão

- Planejamento
- Coleta de Dados e Organização
- Análise e Conclusões
- Apresentação
- Redação Final

Trabalho Final

- Elaboração de Monografia com Orientação.

Duração do Curso: 14 meses

FARMÁCIA HOSPITALAR

- Organização Farmacêutico-Hospitalar
- Interpretação de Dados Laboratoriais
- Logística Farmacêutico-Hospitalar
- Dispensação Hospitalar I
- Nutrição Parenteral
- Quimioterapia
- Farmacoterapia I
- Farmacoterapia II
- Farmácia Clínica I
- Farmácia Clínica II
- Trabalho Final: Elaboração de Monografia com Orientação.

Duração do Curso: 13 meses

FARMACOLOGIA CLÍNICA

- Fisiologia e Biofísica Aplicada
- Farmacologia Geral
- Farmacologia de Sistemas Orgânicos I
- Farmacologia de Sistemas Orgânicos II
- Farmacoterapia I
- Farmacoterapia II
- Farmacoterapia III / Farmacologia Molecular
- Pesquisas Clínicas e Metodologia Científica
- Farmacovigilância e Farmacoepidemiologia
- Farmacocinética Clínica
- Trabalho Final: Elaboração de Monografia com Orientação.

Duração do Curso: 13 meses

ENGENHARIA E MANUTENÇÃO HOSPITALAR

- Arquitetura Hospitalar
- Manutenção Hospitalar
- Engenharia Hospitalar
- Construção e Manutenção Predial
- Instalações e Manutenções Elétricas
- Instalações e Manutenções Hidráulicas
- Instalações e Manutenções de Gases
- Ar Condicionado e Refrigeração
- Mecânica Geral
- Equipamento de Esterilização
- Coleta, Atendimento e Destino de Lixo Hospitalar
- Segurança no Ambiente Hospitalar
- Estágio
- Trabalho Final: Elaboração de Monografia com Orientação.

Duração do Curso: 12 meses

UNIDADE I - MORUMBI

Av. Duquesa de Goiás, 262 - Real Parque - Morumbi
tel 3758 0120 / 3758 4227 fax 3758 5571
das 8:00 às 22:00hs

UNIDADE II - VERGUEIRO

Rua Apeninos, 267 - (Objetivo) Metrô Vergueiro
tel/fax 3209 0629 / 3272 0862
das 14:00 às 21:00hs

IPH – Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares

Entidade Científica, sem fins lucrativos, devotada à elevação dos padrões hospitalares, administrativos e tecnológicos nacionais; de utilidade pública pela Lei Estadual n. 4774 de 12.08.1958 e Decreto Federal n. 44.735 de 23.10.1958

DIRETORIA 2002 – 2005

Jarbas Karman – *Presidente*
Domingos M. F. Fiorentini – *1º Vice-Presidente*
Julio Portugal da Nave Bizarro – *2º Vice-Presidente*
Jarbas Nogueira de Moraes Karman – *1º Tesoureiro*
Ricardo Nogueira de Moraes Karman – *2º Tesoureiro*
Marilena Pacios Esposito – *1º Secretário*
Márcio Marques Ferreira – *2º Secretário*
João Alves das Neves – *Conselho Fiscal*
Antonio Fernandes de Barros – *Conselho Fiscal*
Sandra Paula Fiorentini – *Conselho Fiscal*
Dorothee Volkers Arantes – *Conselho Fiscal*
David Antonio Ferreira – *Conselho Fiscal*
Neusa Maria R. Guilger – *Conselho Fiscal*

FACULDADE – IPH

Domingos M. F. Fiorentini – *Diretor Geral*
Tamara I. Cianciarullo – *Coordenadora Acadêmica*

EXPEDIENTE IPH – FACULDADES

Walter Ribeiro – *Gerente Administrativo*
Sandra Lucia Fiorentini – *Secretária*
Soraia Azevedo
Edilene Fabiana de Souza
Delza Maria M. de Carvalho
Adirson Gordiano dos Santos
Av. Duquesa de Goiás, 262 – Real Parque – Morumbi
Fone (11) 3758-5571 / 3758-4227
Fax (11) 3758-0120
iphfaculdade@iph.com.br

BIBLIOTECA

Sandra Regina Isidoro
Maria Helena P. Serra

PÓS-GRADUAÇÃO

Maria da Salette Fontenele
Fumio Araki
Alan Vitorino Pinheiro
R. Apeninos, 267 – Metrô Vergueiro -
Fone (11) 3209-0629 / 3272-0862
E-mail: iphcursos@iph.com.br

Revista IPH

Av. Duquesa de Goiás 262
CEP: 05686-001 – São Paulo SP
Tel. (11) 3758-5571 / 3758-4227 / 3758-0120
Fax (11) 3758-5571
iphrevista@iph.com.br

Conselho Editorial

Jarbas Karman
Domingos M. F. Fiorentini
Albino Pereira Salgueiro
Claudio Eduardo Miola

Chefes de Departamentos

Walter Budacs
Fiorela d'Acquarica
Albino Pereira Salgueiro
Luiz Antonio Reis

EXPEDIENTE

Diretor Geral e Jornalista responsável

Jarbas Karman
Reg. nº 44 - Processo nº 248734/72

Colaboração

Fiorela d'Acquarica
Terezinha Vendramini
Jorgeny Gonçalves
Marilena Pacios Esposito
Maria Aparecida P. do Rio Pinho

Assessoria Jurídica

Albino Pereira Salgueiro

Diagramação

Estúdio Pedra

Impressão

Edições Loyola

A Revista IPH é uma publicação semestral aberta à colaboração científica, voltada a diversas áreas do conhecimento. Os artigos recebidos são encaminhados à apreciação do Conselho Editorial. As matérias são de responsabilidade exclusiva dos seus autores. As normas para publicação estão no site www.faculdadeiph.com.br

REVISTA IPH São Paulo: IPH, 2004. Semestral

ISSN 1519-1451

Revista IPH

Correspondência para Av Duquesa de Goiás, 262 cep 05686-001 São Paulo SP ou para iphrevista@iph.com.br

Qualquer parte reproduzida desta revista deverá obrigatoriamente citar a fonte



Associação Beneficente de
Assistência Social e Hospitalar

Pró-Saúde: especializada em profissionalização e administração de serviços de saúde

Saúde

**Administra e
assessora hospitais e
entidades de saúde,
na busca por uma
medicina de alto padrão e
um atendimento humano
a toda comunidade.**

Diagnóstico

O diagnóstico é consolidado em um relatório que traduz a situação da instituição no que diz respeito às seguintes situações:

- Planta física
- Instalações elétricas e hidráulicas
- Instalações de gases
- Dimensionamento de pessoal
- Serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento
- Estruturação e composição da capacidade instalada
- Fluxo e processos internos
- Análise assistencial, econômica e financeira
- Normatizações existentes e em uso
- Cumprimento das exigências legais

Administração

- Implantação e implementação de técnicas de gestão, envolvendo a organização da instituição em geral e cada uma de suas unidades em particular, através de profissionais do quadro da Pró-Saúde lá colocados.
- Realização de prestação de contas mensal, abrangendo todas as atividades desenvolvidas na instituição.

Social

**Mantém
entidades assistenciais,
como creches e asilos,
proporcionando
dignidade e qualidade de
vida aos menos
favorecidos.**

Consultoria

- Organização globalizada do hospital e de cada unidade administrativa
- Apresentação de plano contábil hospitalar geral e de custos
- Elaboração de plano estatístico para o levantamento de informações assistenciais
- Orientação para a elaboração de regulamento do hospital e do regimento das unidades administrativas
- Diretrizes para o levantamento de balancetes mensais, encerramento para o balanço geral e elaboração do orçamento-programa de cada ano
- Suporte técnico para a estruturação de ferramenta para análise gerencial das atividades específicas de cada instituição de saúde
- Preparação para que a instituição obtenha o Certificado de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde
- Orientações técnicas e análise de plano de saúde

Educacional

**Realiza cursos
e congressos,
visando capacitar e
aprimorar os
profissionais que
atuam na área
da saúde e social.**

- Serviços de auditoria financeira e contábil, prestados por auditores independentes devidamente registrados junto à CVM – Comissão de Valores Mobiliários
- Planejamento e implementação de serviços de saúde para municípios ou regiões
- Capacitação da estrutura organizacional para certificações de qualidade

Outros Serviços

- Central de Compras: rede de hospitais que se beneficiam com a redução de custos Programa de Excelência nos Serviços de Saúde (parceria Pró-Saúde e Sebrae MG): transformando os serviços de saúde
- Diagnósticos situacionais: elaboração de diagnóstico situacional de saúde pública para estados e municípios

www.prosaude.org.br

Pró-Saúde ABASH Sede Administrativa

Rua Padre Chico, 85 – 1º andar
05008-010 São Paulo – SP
Telefax: (11) 3675-2950
prosaude@prosaude.org.br

Regional Minas Gerais

Rua Visconde de Taynay, 173 B
30240-300 Belo Horizonte – MG
Telefax: (31) 225-1972
prosaude@mg.prosaude.org.br

Regional Tocantins

AANO – Esplanada da Secretaria
Secretaria de Estado da Saúde
77085-050 – Palmas – TO
Tel.: (63) 215-1377
Fax: (63) 218-1773
prosaude@to.prosaude.org.br

Regional Sul

Avenida Taquara, 98 – Cj 502
90460-210 Porto Alegre – RS
Telefax: (51) 333-7370 / 6864
prosaude@rs.prosaude.org.br

SUMÁRIO

Foto da capa SUMARÉ SPORTS ÁGUA-STUDIO

No Bairro do Sumaré - São Paulo, um contínuo e transparente aquário integra e circunda a Piscina Infantil do Sumaré Sports Água-Studio para a alegria da criançada e também dos multi-coloridos peixinhos. **Projeto:** Arq. Henrique Reinach, Arq. Maurício Mendonça, Arq. Ricardo Karman, - 2003 **Construção:** Engº Jarbas Nogueira de Moraes Karman **Aquário:** Concepção - Arq. Ricardo Karman **Engenharia e Viabilidade Técnica:** Engº Giovanni Fois

CARTAS À REDAÇÃO	04
EDITORIAL – Boa Vontade Não Basta Jarbas Karman	05
OPINIÃO – Agonia Global, (Fome Zero) e as incertezas do novo século Paulo Moreira da Costa	10
ARTIGOS	
Simulação de Análise do Retorno Esperado e do Risco na Comercialização de Produtos, Utilização de Métodos Quantitativos Ricardo S. Takatori	11
JAD - Joint Application Design Álvaro Ivo Tiezerini Filho	19
Boa Notícia - Portaria nº 2.225/GM de Dezembro de 2002 (revogada)	26
A Formação do Administrador: buscando um novo paradigma Maria Aparecida Ferreira de Aguiar e Mônica Maria Martins de Souza	27
Reflexões e Considerações sobre o Planejamento Hospitalar e Arquitetura do Sistema de Saúde Elgson Ribeiro Gomes	35
Hospital Escola da Fundação Universidade de Passo Fundo - RS Irineu Breitman ..	39
Organização do Serviço de Endoscopia Digestiva Rodrigo Machado e Ailton Viriato ...	43
Estágio: passaporte para o sucesso no mercado de trabalho - Paulo Moreira da Costa, Elizabeth da Conceição e Claudia Cerresi Nogueira	53
IPH - Cinquentenário Profº Albino Pereira Salgueiro	58
UIA-PHG 2003 - Seminário São Francisco - EUA	61
UIA-PHG 2004 - Seminário de Saúde Pública - XXIV - International Public Health Seminar 30 de maio a 6 de junho de 2004 - São Paulo - Brasil	62
NOTÍCIAS	
Premiação Best Hospitalar - São Paulo	69
Top Hospitalar - São Paulo	69
IPH - Jantar de Confraternização - São Paulo	69
Almoço de Formatura da Turma Poli - 1941 - São Paulo	69
Jantar de Formatura - São Paulo	70
Feira do Vestibular - São Paulo	70
18º Congresso Brasileiro de Manutenção - Porto Alegre	71
Curso da ABDEH - São Paulo	71
Laboratório de Biossegurança NB3, da USP - São Paulo	71
Palestra do Arq. João Filgueira (Lelé) - São Paulo	72
Curso de Arquitetura Hospitalar da Universidade Federal da Bahia	72
Evento Nacional de Recursos Próprios Unimed - Humanização e Meio Ambiente - Campinas ..	73
Parceria com o Hospital de Campo Limpo - São Paulo	73
Apresentação dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC)	74
Visita ao Hospital Alexandre Zaio - São Paulo	74
Visita ao Porto de Santos	75
Reformulação do Hospital Alexandre Zaio - São Paulo	75
Parcerias com Hospitais Governamentais	75
Faculdade IPH	75
Parceria Visando Desenvolvimento IPH - VIKAN - São Paulo	76
IPH - 50 anos	77
IPH Amplia seu Campus	77
Novo Processo de Avaliação	78
Semana do Administrador - São Paulo	78
Site da Faculdade IPH	78
Norma de Ar Condicionado para Hospitais - São Paulo	79
Professor Mamede Antonio Vieira Campos - São Paulo	79



A MF Cozinhas Industriais, detentora da marca Cook Machine, é uma empresa especializada na elaboração de projetos e fabricação de equipamentos sob medida para cozinhas profissionais abrangendo hospitais, laboratórios, hotéis, áreas comerciais, rede de fast-food, lanchonetes e bares empregando sempre soluções práticas e inteligentes com qualidade e confiabilidade. A empresa possui uma linha completa de equipamentos fabricados com matérias-primas de altíssima qualidade de modo a atender todos os aspectos da produção de refeições variando de mesas de apoio para preparo, lavagem e seleção dos alimentos passando por equipamentos de cocção como fritadeira, fogões dos mais variados tamanhos e tipos, banho-maria até unidades de refrigeração. A parceria com a Cook Services garante a montagem, instalação e assistência técnica para manutenção corretivas e preventivas visando otimizar a durabilidade dos equipamentos. Visite o site da empresa: www.mfcozinhas.com.br



MF COZINHAS INDUSTRIAIS LTDA

R: Arlindo Marchetti, 210 B. Sta Maria
São Caetano do Sul – SP
fone: 0XX 11 4220-2880
fax: 0XX 11 4220-5070

E-mail: cookmachine@mfcozinhas.com.br
home page: www.mfcozinhas.com.br

CARTAS À REDAÇÃO

"Acusamos o recebimento e agradecemos o envio da Revista IPH n. 3 dezembro 2002"

Jornalista Luciana Thomé

Conselho Regional de Administração – CRA – RS

"Recebemos e agradecemos a Revista IPH n. 2. Informamos que os conteúdos tratados foram de bastante interesse para nossa unidade. Por esse motivo gostaríamos de continuar recebendo a publicação."

Regina Maria Gonçalves Barcellos

Chefe da UINFS/GGTES – Brasília – DF

"Em nome da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, queremos agradecer a Revista IPH o envio da edição n. 2; e nosso desejo continuar a receber os próximos exemplares."

Olga Maria dos Santos

Técnica Assuntos Culturais. Natal - RN.

"Solicitamos atualizar nosso endereço para continuarmos a receber a Revista do IPH."

Clara Carvalho

Centro Universitário Lins – Manaus – AM.

"Comunico que me honra e envaidece ter recebido a Revista do IPH n. 2. Gostaria de continuar a recebe-la."

Ivan Lascaleia Pinheiro

Administrador Hospitalar – formado pelo IPH – turma 1976.

Clinica Agnus Dei – Pouso Alegre - MG

VISITE O NOSSO SITE
www.faculdadeiph.com.br

EDITORIAL

Hospital Maimodes, S. Francisco, EUA

Boa Vontade Não Basta ... é o título do Editorial de José Reis, publicado em 1957, na Revista Hospital de Hoje - Volume 6, órgão oficial do IPH - Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, antecessora, da atual Revista IPH.

A idéia de reproduzir este importante e muito atual editorial, decorre do fato de, em Julho de 2003, ter-se realizado o XXIII Congresso Internacional do Grupo de



Saúde Pública da UIA - União Internacional de Arquitetos, exatamente na mesma Cidade de São Francisco, E.U.A., em que em 1952, visitei e tirei a fotografia acima, do Maimonides Hospital, então, o recém inaugurado orgulho da coletividade local.

Jarbas Karman
Presidente do IPH

BOA VONTADE NÃO BASTA

Um dos jornais de São Paulo noticiou, não há muito, a existência de um sanatório-fantasma, um grande prédio construído para assistência a enfermos, porém totalmente inaproveitado, nas vizinhanças da Capital. Embora o noticiário deixasse entrever, no caso, interferência política, o que chamava a atenção do redator era, antes de tudo, a falta de planejamento que arruinara lamentavelmente um movimento filantrópico de vulto.

Ao mesmo tempo que tais fatos ocorrem aqui no Brasil, revistas norte-americanas dão notícia de hospitais que se fecham nos Estados Unidos, depois de quase vinte anos de funcionamento, ou mais, porque as despesas de administração se tornaram insuportáveis.

E em *The Modern Hospital*, a respeitável revista especializada, John French Allen escreve, muito a propósito, sobre "como não construir um hospital". Na verdade, o que ele faz é contar a história de um belo empreendimento filantrópico, no terreno hospitalar, que fracassou por falta de técnica e de planejamento na construção do hospital. Esse caso, reunido aos anteriormente mencionados, e a tantos outros que o leitor poderá encontrar na literatura especializada, justifica o título desta nota. Sim, não basta a boa vontade, não basta o desejo de fazer o bem ao semelhante, não basta a determinação de levantar um hospital. É preciso mais do que isto, para que o dinheiro da filantropia não se perca. É preciso que haja planejamento científico, é preciso que haja conhecimento de como construir o hospital e o administrar.

É necessária, afinal a pesquisa, essa pesquisa pela qual tanto se vem batendo o Instituto de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares.

Mas o caso relatado por Allen é muito sugestivo e convém ser lembrado. Que sirva de lição e de inspiração aos que, desejosos de servir à sociedade, levantam fundos para a construção de hospitais aqui ou em qualquer parte.

A falta de recursos e possibilidades de reabilitação para os doentes crônicos de São Francisco levou a comunidade judaica da cidade a angariar fundos para erguer um hospital para esse fim. Despido de qualquer cor sectária, o hospital, que recebeu o nome de Maimonides Hospital, foi anunciado em 1945. Deveria receber doentes paralíticos, artríticos, cancerosos, cardíacos, renais, diabéticos e muitos outros, a quem a moléstia prática ou efetivamente invalidara, a fim de os submeter a terapêutica adequada e tentar restitui-los à vida útil e ativa. Não era - note-se bem - um asilo, onde os inválidos devessem aguardar o fim de seus padecimentos, mas um verdadeiro e ativo hospital, onde esses inválidos deveriam receber os mais aperfeiçoados tratamentos de recuperação.

A Federation of Jewish Charities desenvolveu grande atividade para arranjar os fundos necessários. Lançou forte movimento nesse sentido em novembro de 1945, visando à obtenção de 400.000 dólares iniciais. Num folheto de propaganda então distribuído calculava-se em 5 a 6 dólares por dia o custo do tratamento dos enfermos e, embora se pedisse ao público dinheiro para a construção do hospital, não se dava atenção aos problemas de sua ulterior manutenção.

Em maio de 1950 o hospital abria suas portas e era inaugurado com grande alarde. Sua construção e instalação ficara em um milhão e cem mil dólares, trezentos mil dos quais ainda por pagar, sob forma de hipoteca. Quem contemplasse o edifício não poderia deixar de entusiasmar-se: parecia uma jóia arquitetônica. Mas os entendidos em planejamento e construção de hospitais tinham lá suas dúvidas.

Em primeiro lugar, notavam que ao prever despesas, não se cuidara de obter uma fonte permanente que assegurasse o dinheiro necessário à manutenção do hospital. Em segundo lugar notavam que a construção fôra entregue a um dos mais renomados arquitetos dos Estados Unidos, mas não a um arquiteto especializado em hospitais; e era natural que ele, empolgado com os aspectos gerais da arquitetura, se esquecesse dos aspectos peculiares da arquitetura hospitalar. Os erros estavam patentes. O que aos olhos dos leigos era uma jóia, aos entendidos não passava de um amontoado de erros. Para dar idéia do que dizemos, basta lembrar que uma das feições mais impressionantes do edifício eram as sacadas muito espaçosas para as quais se abriam os cômodos dos enfermos. Nenhuma companhia de seguros quis segurar os pacientes contra acidentes, precisamente por causa das sacadas, que ofereciam evidente risco de queda. Além do mais, as amplas sacadas jamais foram utilizadas e depois foram reduzidas por meio de paredes improvisadas, numa tentativa de ganhar espaço. Mas esse espaço que se ganhava, permitindo acolher mais doentes, em maior número de quartos em cada andar, criava sérios problemas de administração, relativamente ao tamanho das unidades de enfermagem.

Os fundadores do hospital haviam encontrado um meio que lhes parecera prático de

reduzir despesas: o hospital seria servido pelo corpo médico do Mount Zion Hospital que dava fundos para o Maimonides. Mas como não havia ligação direta entre os dois hospitais, as coisas não funcionaram. Verificou-se depois, ser praticamente impossível ligar os dois edifícios. O remendo sairia demasiadamente caro. E como o Maimonides fora planejado para viver na dependência do Mount Zion, não pode ele funcionar como hospital independente, ao descobrir-se a inviabilidade da dependência para que fora criado, uma vez que lhe faltavam unidades de cirurgia, de lavanderia e outras. O custo da instalação dessas unidades, depois de complementado o Maimonides, era proibitivo. O trabalho do arquiteto não especializado era, como obra de arquitetura, excelente: nada lhe poderia ser acrescentado. Era um todo que não comportava anexações de quaisquer espécies.

Assim chegou o belo hospital Maimonides a um triste fim, incapaz de funcionar por si só, sem dinheiro para manter-se e sem poder sequer receber auxílios de instituições que pagam pelo internamento de pacientes necessitados porque suas condições não justificavam, aos olhos das autoridades, a concessão de licença para funcionar como hospital geral!

Maimonides acabou por fechar as portas. Seus pacientes foram transferidos para Mount Zion. Os milhões de dólares empregados em sua construção, dinheiro saído da boa vontade de muita gente, estavam inteiramente perdidos. O ideal de benemerência não fora atingido.

Surgiu então a necessidade de descobrir uma utilidade para a bela construção. Ainda hoje se discute isto. Entre muitas recriminações e tristezas, os homens de boa vontade lamentam, não tanto o dinheiro dissipado, mas o sonho desfeito. Com o dinheiro levantado e com um pouco de previdência e realismo teria sido possível realizar um hospital que funcionasse, um hospital que atendesse aos fins que seus fundadores tinham em vista e para o qual contavam com o apoio da comunidade.

Não contamos à toa esta história, repetida, aliás de uma respeitável publicação especializada. Contâmo-la muito de caso pensado, para que se veja que em matéria de construção de hospitais não basta a boa vontade. A generosidade é sem dúvida uma grande força, mas para dar os frutos desejados tem de ser aplicada com sabedoria. Em matéria de hospitais, não será demais insistir que ela tem de apoiar-se na experiência e na ciência dos especialistas. Tudo tem de ser planejado e calculado, desde as dimensões das unidades e os caminhos que as enfermeiras têm de percorrer para atender aos doentes até as fontes de renda que assegurarão o funcionamento futuro da empresa.

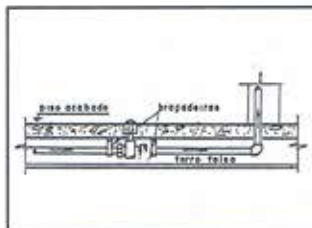
Outro não tem sido o objetivo do IPH: chamar a atenção de todos, tanto dos especialistas quanto do grande público e dos administradores e políticos para o problema técnico da construção e do planejamento de hospitais. Não adianta possuir edifícios, que arquitetonicamente podem ser até belos, com o nome de hospitais. O que interessa é possuir hospitais de verdade, que assegurem condições eficientes de tratamento e que possam manter-se vivos.

Fonte - IPH Revista Hospital de Hoje vol. 6 - 1º trimestre de 1957

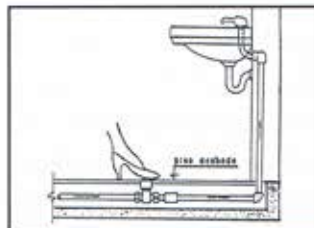
LAVATÓRIOS, PIAS, CHUVEIROS ACIONADOS POR VÁLVULAS DE PÉ

QUIPEX INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA

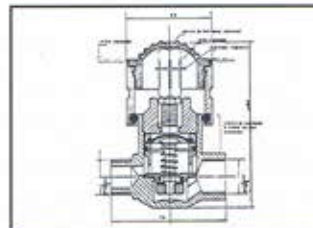
R. Piracuama, 21 – Sumaré – Tel.: (11) 3872 6063 r.12 – Fax: r.13
CEP 05017-040 – São Paulo – SP – karman@karman.com.br



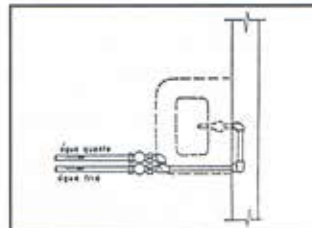
Instalação sob laje,
com forro falso.



Instalação em rebaixo.



Torneira com acionamento
remoto por pé.



CARACTERÍSTICAS E VANTAGENS

É silenciosa.

É altamente higiênica; o acionamento é feito pelo pé, não havendo nenhum registro a fechar e recontaminar as mãos já lavadas.

Economiza água fria e quente; só jorra água enquanto o pé premer o botão.

Soluciona a descarga dos mictórios: a válvula é acionada pelo pé durante o uso do mictório.

Nunca vaza e a água nunca se infiltra pela válvula, nem mesmo ocorrendo pressão negativa na rede.

É estética; dispensa registros dispendiosos para compor o lavatório, requer apenas uma peça, a bica, que por isso poderá ser sempre de luxo.

Sua manutenção é fácil e simples, basta remover a calota de borracha, desatarraxar e retirar o mecanismo da válvula.

É durável e resistente: todas as peças são forjadas, as partes elásticas, de borracha sintética.

Permite regulagem do fluxo de água fria ou quente, ou da mistura e mesmo a interrupção do abastecimento, pela simples remoção do pino regulador (reposição igualmente fácil.)

É ajustável à altura do acabamento do piso.

Facilmente acionável, por criança ou por pé descalço.

De manuseio agradável e cômodo, não requer a limpeza e o polimento dos registros convencionais.

Inquebrável, por mais violento que seja o seu uso, por isso é especialmente recomendada para hospitais, manicômios, edifícios públicos, escritórios, residências, laboratórios, cinemas, restaurantes, quartéis etc.

**ABSOLUTE
PAVIFLEX
PAVIFLOOR**

Onde quer que os
homens construam,
a Fadamac está presente.



A Fadamac tem uma gama
variada de pisos hospitalares.

Para conhecer todas as
opções de nossa linha
de produtos consulte o site:

www.fadamac.com.br

CENTRAL DE ATENDIMENTO
8000-119122

Site: <http://www.fadamac.com.br>
E-mail: atendimento@fadamac.com.br

Fadamac

SEMPRE UMA SOLUÇÃO
PRÁTICA EM PISOS



Hospital de Câncer de Barretos Fundação Pio XII

UNIDADE MÓVEL DE PREVENÇÃO DE CÂNCER



Unidade Móvel II: São realizados exames de Prevenção de Câncer de Mama e Colo Uterino (40 exames de Mamografia e 50 coletas de Papanicolaou diariamente). Comunicação Via Satélite em tempo real acessando o Banco de Dados da Fundação Pio XII, sendo consultados e digitados os dados das mulheres e impedindo a realização de exames em tempo desnecessário.

A Unidade Móvel leva a Saúde à áreas de difícil acesso, cidades pequenas, periferias e a população carente.



Mamógrafo: Aparelho instalado no ônibus para realização de exames de mamografia realizados em mulheres de 40 a 69 anos para prevenção do Câncer de Mama.



Mamografia sendo realizada dentro do ônibus com a mesma qualidade do Hospital ou em qualquer consultório particular.



Sala de Coleta de Papanicolaou para prevenção do Câncer de Colo Uterino

Projeto: Arquitetura de Hospitais Karman SC Ltda.

Hospital de Câncer de Barretos
Fundação Pio XII

Rua Antenor Duarte Villela, 1331 - Barretos/SP - Fone(17)3321-6600
cancer@barretos.com.br - prevencao@hcancerbarretos.com.br
www.hcancerbarretos.com.br



OPINIÃO

Agonia global, (Fome Zero) e as incertezas do novo

Paulo Moreira da Costa

O terceiro ano do novo século, o qual estamos vivenciando, tem demonstrado que a humanidade enfrentará muitas dificuldades na sua trajetória. Estamos assistindo a uma era de incertezas em todos os seguimentos sociais. Se abordarmos a questão do desemprego, nos deparamos com um exército de excluídos do mercado de trabalho, são mais de 200 milhões de seres humanos sem emprego no planeta. Nesse exército, segundo pesquisa realizada pela UNICAMP, coordenada pelo Dr. Márcio Pochmann, o Brasil contribui com uma média de 6% de sua PEA – População Economicamente Ativa = é um número preocupante para qualquer governo que prioriza o social. Outra questão social que está na moda, principalmente do atual governo brasileiro é a fome de boa parte do seu povo. Segundo a FAO – Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação, são 800 milhões de pessoas (4,7 vezes a população do Brasil) no mundo, que passam fome ou não podem se alimentar. No Brasil, conforme a FAO, a fome é atribuída à má distribuição de renda, sendo muito acentuada onde os níveis médios de remuneração dos mais pobres continuam muito baixos comprometendo o consumo alimentar. A questão principal no Brasil é que sobra alimento, mas falta dinheiro para os mais pobres comprarem. Mas, quando abordamos a questão da fome no Brasil, temos que entender que os problemas sociais do país como de qualquer outro país periférico, não são só comida. É habitação, energia, pobreza, água potável, esgoto, direitos humanos, mortalidade infantil e o mais grave, a educação. A fome não é só de comida. Não se pode porém afirmar que estes sejam só um problema do Brasil. A Índia ocupa o primeiro lugar de desemprego no mundo com mais de 20 milhões de pessoas sem atividade remunerada, a Federação Russa, depois de se tornar capitalista, vem em segundo lugar. O “fim” do comunismo para a URSS não significou o fim das injustiças sociais. Ao contrário, está criando mais dificuldade para o povo russo, porque só pelas leis de mercado alardeadas pelo Neoliberalismo não é possível solucionar questões sociais. A verdade é que o mundo está vivendo momentos de agonia global, implantada tanto pelos países mais ricos com guerra recente, como pela tal da globalização dos mercados, que até agora só gerou mais incertezas do que soluções. No caso brasileiro começa a surgir uma luz no fim do túnel, com um Presidente que não veio da elite e tem muita intimidade com as carências sociais, a fome e a miséria do seu povo. O problema então será o gerenciamento da fome e das outras carências que assolam o país. Não é fácil, mas também não é impossível. O país tem recurso mas encara dois obstáculos: a classe política brasileira que não demonstra interesse pelo problema e a falta de criatividade e talento da gestão pública. O Brasil é o melhor país do mundo para as empresas multinacionais e para os bancos que aqui se instalam. Precisa também ser o melhor país do mundo para os seus cidadãos. Agora é arregaçar as mangas e refazer um novo país. Quem faz uma nação é o seu povo. Não os políticos nefastos.

“São 800 milhões de pessoas (4,7 vezes a população do Brasil) no mundo que passam fome”

* Paulo Moreira da Costa, Mestre em Administração e Doutor em Ciências Sociais pela PUC - SP



0800 707 2003



Simulação de Análise do Retorno Esperado e do Risco na Comercialização de Produtos, Utilização de Métodos Quantitativos.

The use of the Quantitative Methods for the Controller Administration: simulation of analysis of the expected return and the risk in the commercialization of products.

Ricardo S. Takatori

Bacharel em Ciências Econômicas e
Mestre em Controladoria e Ciências Contábeis FECAP – SP
Docente do IPH.

Resumo

O presente artigo visa demonstrar que para o processo de decisão-análise gerencial do retorno esperado e o risco na comercialização de produtos, há ferramenta de métodos quantitativos. Toda conceituação é testada através da simulação com os produtos da empresa Furacão Ventiladores, utilizando-se dados hipotéticos com os produtos Ventania e Brisa.

Abstract

The measure of performance, basic for the managerial decisions, must necessarily be measured through a pointer, performance pointer, whose variable must be known, the ideal variable and the reals. As ideals variable we consider to be the objective and goals to be reached and as real variable the real events to reach the goals and the objectives.

A decision can in such a way be taken under certainty conditions when only one course of action for determined event, existing a way to be taken and without no choice to be made. The risk is part of the proper life and is impossible eliminates it, whether, because it is not possible to collect all the considerable information, whether, because it is not possible to foresee the future.

The theory of the probability comes acquiring increasing importance as analytical instrument in a society that is forced to measure uncertainties and to effect appositive in diverse types of games, also in the consumption market. The waited return, or expected value or the mathematical hope is the probability of occurrence of an event ahead of the total of possible events, or either, to ahead gain ahead of all the probabilities of occurrences of the market, more verifiable of the numerical examples.

Finally, the calculation of the risk, that in the quantitative methods is known as the shunting line standard, or either, is the absolute difference (not is positive or negative) between the value of the sample and the average. Finally, all conceptualization is tested through the simulation with the products of the company Furacão Ventiladores, using given hypothetical with the products Ventania and Brisa. Words keys: quantitative methods, decision process, expected return - mathematical hope, risk - shunting line standard.

Palavras-Chave métodos quantitativos, processo de decisão, retorno esperado – esperança matemática, risco – desvio padrão

Key Words Quantitative Method, Decision Process, Expected Returns, Mathemat Hope, Risk

1 INTRODUÇÃO

A utilização de modelos matemáticos baseados em métodos quantitativos e aplicados à controladoria tem se tornado cada vez mais freqüente em decorrência do rápido desenvolvimento da tecnologia da informação – aplicação dos microcomputadores e softwares mais simples de serem utilizados. Essa prática tem permitido aos gestores usufruir e oferecer informações mais úteis e consistentes.

Considerando que as decisões são tomadas em condições de incertezas, o papel da Controladoria é oferecer a seus usuários uma gama de informações adequadas a Gestão Estratégica das organizações.

A contabilidade como parte ativa do sistema de informação para a Gestão Estratégica, é forte base conceitual de utilização de modelos matemáticos baseados em métodos quantitativos para otimização da informação oferecida. Além da matemática, a estatística também colabora na elaboração desses modelos, conjugados com a utilização de softwares – planilhas eletrônicas.

O uso do instrumental matemático e estatístico tem tornado possível a resolução de grande variedade de problemas, levando a contabilidade para mais perto da objetividade, diminuindo, ou mesmo eliminando, possíveis desvios na evidenciação de eventos econômicos que necessitariam julgamentos subjetivos.

Assim, o conhecimento e a utilização dos instrumentos matemático e estatístico pelos Gestores, vem fortalecer o Sistema de Informação, a Mensuração do Resultado Econômico e principalmente a tomada de decisões.

A informação contábil tem um significado especial quando os dados são

organizados para um propósito específico que é, primordialmente, o processo de tomada de decisão. É tarefa dos gestores transformar dados em informações, pois os dados são, simplesmente, um conjunto de fatos expressos sob a forma de símbolos ou caracteres, incapazes de influenciar decisões até serem transformados em informações.

2. MEDIDA DE DESEMPENHO

Muitos aspectos da medição de desempenho são conceitualmente os mesmos em todos os níveis da empresa; mesmo assim, o escopo e a ênfase variam. No nível mais alto da organização, o objetivo é atingir o controle estratégico. Os altos executivos são responsáveis pela determinação dos elementos de desempenho que são mais importantes para a empresa. Eles também, são responsáveis pela determinação do equilíbrio entre esses elementos. Em contrapartida, o objetivo nos níveis inferiores da organização é melhorar o controle tático e operacional. Os altos executivos necessitam das informações para desenvolver e monitorar a estratégia. Os gerentes de níveis médio e subalterno precisam das informações para apoiar a estratégia.

A seqüência ideal para o aperfeiçoamento da estrutura global de informações de uma organização é desenvolver primeiro as métricas de controle estratégicas e, a seguir, ligá-las as medições de desempenho nos níveis inferiores.

Um sistema de medição de desempenho tem muitos papéis, dois dos mais importantes são:

1. Ele permite que os gestores monitorem como está indo a empresa e saibam que aspectos necessitam de mais atenção. Em circunstâncias ideais, o sistema de alerta prévio, que dirige a atenção para uma área-problema em tempo de se tomar providências corretivas, ou dirige a atenção para uma oportunidade a tempo de se tirar proveito dela. O sistema apóia a gerência pró-ativa e provê reforço positivo.

2. O segundo papel dos sistemas de medição de desempenho é o de uma importante ferramenta de comunicação. O sistema de medição da sua empresa comunica a mensagem pela qual os elementos de desempenho que você mede formalmente são realmente importantes e aqueles que você não mede formalmente não são importantes ou são menos importantes. O sistema de medição de desempenho é um lembrete constante para as pessoas daquilo que é mais importante que elas atinjam.

A medida de desempenho, fundamental para as decisões gerenciais, deve necessariamente ser medido através de um indicador, indicador de desempenho, cujas variáveis devem ser conhecidas, as variáveis ideais e as reais. Como variáveis ideais consideramos ser as metas e objetivos a serem alcançados e como variáveis reais os acontecimentos reais para alcançar as metas e os objetivos.



Figura 1 – Processo de Tomada de Decisão – Medida de Desempenho

3. O PROCESSO DE DECISÃO

O objetivo principal das entidades é atingir a eficácia. Assim, o processo de gestão empresarial tem êxito ao atingir metas definidas no planejamento estratégico.

Considerando que uma empresa é um investimento de recursos escassos e que todo investimento objetiva adicionar valor aos recursos consumidos inicialmente, conclui-se que um processo gerencial é excelente na medida em que as decisões tomadas conduzem à minimização do custo e a maximização das receitas, com vistas ao incremento do valor.

Segundo Guerreiro (1989) “os programas que regem a conduta do tomador de decisão são, em muitos casos, altamente complexos, variáveis, instáveis, indefinidos e sujeitos às circunstâncias do contexto”

Daí a necessidade de bases objetivas que apoiem esses processos, embora isso não signifique afirmar que a utilização de medidas quantitativas elimine a necessidade da interferência subjetiva do tomador de decisão, sendo, portanto, apenas para guiá-lo.

Uma decisão pode ser tomada tanto sob condições de certeza quando existe apenas um curso de ação para determinado evento, existindo um caminho a ser tomado e sem nenhuma escolha a ser feita.

4. RISCO - VOLATILIDADE

O nível de incerteza quanto ao rendimento esperado de um investimento, ou da eficácia empresarial é denominado de risco. Atualmente o termo é muito aplicado no mercado financeiro e pouco explorado nos

demais investimentos empresariais, tal como na comercialização de produto.

O risco é parte integrante do processo de investimento. Assim, é comum os gestores esperarem um retorno maior em uma atividade mais arriscada.

O risco faz parte da própria vida e é impossível eliminá-lo, quer, porque não é possível coletar todas as informações relevantes, quer, porque não é possível prever o futuro.

A inclusão do risco na análise de investir torna necessária uma maior complexidade, exatamente pelo fato de que a realidade é complexa. Afinal, se este processo não fosse complexo, não existiriam gestores.

Em termos de investimentos diz-se que há risco quando existe a possibilidade de que ocorram variações no retorno associado à determinada alternativa.

A hipótese de que os fluxos são conhecidos com certeza (resultado certo), situação irreal, tem grande importância como ponto de partida. Além da certeza, nosso conhecimento acerca do futuro pode ser especificado de dois modos: risco e incerteza.

Diz-se que há risco quando são conhecidos os estados futuros que possam ocorrer e suas respectivas probabilidades de ocorrência. A incerteza é caracterizada pelo fato de que não são conhecidos os estados futuros que possam ocorrer e/ou suas probabilidades de ocorrências.

A principal fonte de risco nos projetos de investimentos é o fato de que o volume de informação envolvido é muito grande e os valores são projetados no futuro.

Nessas condições, a análise do projeto é feita sobre uma base duplamente variável: os dados coletados e processados (a maioria

estimativa) e o fato de que o futuro muito possivelmente não se comportará de acordo com as projeções.

Com relação às informações do projeto, pode-se dizer que existem duas classes de risco: aquela referentes aos fatores internos ao projeto e as projeções, em geral sujeitas a um controle parcial (fontes endógenas de risco), e aquela externa sobre as quais não se tem controle (fontes exógenas de risco).

O investidor somente deve aplicar seu dinheiro num investimento quando entender o nível de risco que está assumindo. Não existe de fato investimento sem risco, este risco pode ser medido e interpretado.

5. PROBABILIDADE

Muitos de nós agimos com base na chance da ocorrência de eventos. Alguns de nós viajamos em aviões, reconhecendo que, embora haja a chance de uma colisão com outro aparelho, essa chance realmente é mínima. Alguns aceleram seus automóveis durante uma tempestade, sabendo que podem ser atingidos por um raio, mas, novamente, a chance de tal evento ocorrer é mínimo. Muitos compram bilhetes de loteria com a esperança de ganhar um prêmio, embora chance de tal ocorrência seja muito pequena – mas sabemos realmente quão pequena? A chance de ganhar na loteria é realmente menor do que a chance de ser atingido por um raio? A forma de verificar a resposta dessa pergunta decorre do entendimento acerca da probabilidade ao determinar maneiras específicas de avaliar a chance de ocorrências de vários eventos – em particular, a chance de ser atingido por um raio e a de ganhar na loteria, resultando na verificação de qual evento ter maior chance.

Portanto podemos conceituar Probabilidade, como a chance de ocorrer determinado evento, diante de todas as possibilidades de ocorrências.

Além de sua aplicação na metodologia estatística, a teoria da probabilidade vem adquirindo importância crescente como instrumento analítico em uma sociedade que é forçada a medir incertezas. Por exemplo, ao lançarmos um novo produto no mercado, devemos analisar a probabilidade de sucesso deste novo produto.

6. VALOR ESPERADO OU ESPERANÇA MATEMÁTICA

Um mercado é eficiente quando os preços dos produtos refletem todas as informações públicas acerca das economias, produção, mercados, mercados financeiros e questões específicas das empresas envolvidas. Uma implicação desse fenômeno é que os preços dos produtos ajustam-se rapidamente as novas informações. Daí, tem-se que os preços dos produtos flutuam randomicamente ao valor intrínseco dos produtos. Isto significa que não poderíamos utilizar os preços desses produtos para prever preços futuros, porque obteríamos lucro zero, em média.

Para um mercado que contenha dois ou mais produtos semelhantes, o seu valor esperado é simplesmente a média dos produtos ponderados pelos seus respectivos volumes proporcionais, dado pela seguinte fórmula:

$$rp = \sum a_j r_j$$

onde:

r p = valor esperado dos produtos

a j = valor esperado do produto j

r j = peso ponderado do produto j

Desvio Padrão - Risco

O desvio-padrão de um conjunto de valores amostrais, é uma medida da variação dos valores em relação à média. É calculado com o uso da seguinte fórmula:

$$(X - \bar{X})$$

$$S^2 = \frac{\sum (X - \bar{X})^2}{n - 1}$$

$$n - 1$$

onde:

S² = Desvio Padrão – raiz quadrada da Variância

X = Valor da amostra

$\bar{X}$ = Média da amostra

n = Número de Amostras

O desvio-padrão corresponde ao cálculo do risco. SIMULAÇÃO: Furacão Ventiladores

A empresa Furacão Ventiladores quer saber, entre dois produtos – Ventania e Brisa, qual apresenta maior retorno – lucro – e qual apresenta maior risco de mercado, entre os dois produtos fabricados pela Furacão.

Com base nos dados históricos verificou-se três épocas distintas de resultado: ótima – verão, normal – primavera e outono e inverno – péssima.

Há diferença tecnológica nos produtos que explicam retornos e custos diferentes, tendo o produto Brisa maior tecnologia incorporada em comparação com o produto Ventania. No quadro abaixo são demonstradas as informações colhidas:

SITUAÇÃO DA ECONOMIA	PROBABILIDADE %	RETORNO VENTANIA %	RETORNO BRISA %
Ótima	25	30	20
Normal	50	15	10
Péssima	25	5	3
Média		16.7	11.0

Quadro I – Situação Históricas dos Produtos da Furacão Ventiladores

Com base nos dados do Quadro I – efetuamos o cálculo do Retorno Esperado:

$$r_n = \text{probabilidade } 1 * \text{retorno } 1 + \text{probabilidade } 2 * \text{retorno } 2 + \dots + \text{prob } n * \text{ret } n$$

 substituindo-se os dados, temos:

$$r_{\text{ventania}} = 25 * 30 + 50 * 15 + 25 * 5 = 16.25\%$$

$$r_{\text{brisa}} = 25 * 20 + 50 * 10 + 25 * 3 = 10.75\%$$

portanto, temos como retorno esperado:

$$\text{Ventania} = 16.25\%$$

$$\text{Brisa} = 10.75$$

Agora, devemos calcular o risco dos produtos, através do cálculo do desvio padrão – raiz quadrada da variância:

$$\sigma^2 = \text{probabil } 1 (\text{retorno } 1 - \text{média})^2 + \text{probabil } 2 (\text{retorno } 2 - \text{média})^2 + \dots + \text{probail } n (\text{retorno } n - \text{médian})^2$$

substituindo-se com os dados do Quadro I:

Ventania

$$\sigma^2_{\text{ventania}} = 25 * (30.0 - 16.7)^2 + 50 * (15.0 - 16.7)^2 + 25 * (5.0 - 16.7)^2$$

$$\sigma^2_{\text{ventania}} = 25 * 176.9 + 50 * 2.9 + 25 * 136.9$$

$$\sigma^2_{\text{ventania}} = 4422.5 + 145.0 + 3422.5$$

$$\sigma^2_{\text{ventania}} = 7990$$

$$\sigma_{\text{ventania}} = 89.39 \%$$

Brisa

$$\sigma^2_{\text{brisa}} = 25 * (20 - 11)^2 + 50 * (10 - 11)^2 + 25 * (3 - 11)^2$$

$$\sigma^2_{\text{brisa}} = 25 * 81 + 50 * 1 + 25 * 64$$

$$\sigma^2_{\text{brisa}} = 2025 + 50 + 1600$$

$$\sigma^2_{\text{brisa}} = 3675$$

$$\sigma_{\text{brisa}} = 60.60\%$$

Calculamos o retorno esperado e risco do resultado dos produtos; outra variável que

pode ser analisado é o custo do produto, considerando-se a receita como base de cálculo – 100%, teremos o seguinte quadro:

SITUAÇÃO DA ECONOMIA	PROBABILIDADE %	CUSTO VENTANIA %	CUSTO BRISA %
Ótima	25	70	80
Normal	50	85	90
Péssima	25	95	97
Média		83.3	89.0

Quadro II – Situação dos Custos dos Produtos da Furacão Ventiladores

Adotando-se as mesmas fórmulas acima apresentadas temos:

Custos Esperados

Ventania

$$C_{\text{ventania}} = 25 * 70 + 50 * 85 + 25 * 95$$

$$C_{\text{ventania}} = 1750 + 4250 + 2375 = 83.75\%$$

Brisa

$$C_{\text{brisa}} = 25 * 80 + 50 * 90 + 25 * 97$$

$$C_{\text{brisa}} = 2000 + 4500 + 2425 = 89.25 \%$$

Riscos – Desvios Padrão

Ventania

$$\sigma^2_{\text{ventania}} = 25 * (70 - 83.3)^2 + 50 * (85 - 83.3)^2 + 25 * (95 - 83.3)^2$$

$$\sigma^2_{\text{ventania}} = 25 * 176.9 + 50 * 2.9 + 25 * 136.9$$

$$\sigma^2_{\text{ventania}} = 4422.5 + 145.0 + 3422.5$$

$$\sigma^2_{\text{ventania}} = 7990$$

$$\sigma_{\text{ventania}} = 89.39 \%$$

Brisa

$$\sigma^2_{\text{brisa}} = 25 * (80 - 89)^2 + 50 * (90 - 89)^2 + 25 * (97 - 89)^2$$

$$\sigma^2_{\text{brisa}} = 25 * 81 + 50 * 1 + 25 * 64$$

$$\sigma^2_{\text{brisa}} = 2025 + 50 + 1600$$

$$\sigma^2_{\text{brisa}} = 3675$$

$$\sigma_{\text{brisa}} = 60.60\%$$

Conclusão da análise dos produtos da Furacão Ventiladores:

Análise do Resultado	Ventania %	Brisa %
Retorno Esperado	16.25	10.75
Risco	89.38	60.60

Análise do Custo	Ventania %	Brisa %
Custo Esperado	83.75	89.75
Risco	89.38	60.60

Análise Total	Ventania %	Brisa %
Retorno – Mercado	16.25	10.75
Retorno - Custo	83.75	89.75
Retorno Total	100.00	100.00
Risco	89.38	60.60

Analisando-se os dados resultante da aplicação das fórmulas relativas ao retorno e ao risco, do resultado e do custo, podemos concluir:

1) a soma do retorno esperado e custo esperado correspondem a receita esperada – 100%, portanto o retorno esperado, na realidade corresponde a participação do mercado na formação do lucro, respondendo 16.25% para o produto Ventania e 10.75% para o produto Brisa. Enquanto que o custo responde por 83.75% para o Ventania e 89.75% para o Brisa. Verifica-se que a tecnologia existente no produto Brisa e a menor rentabilidade fixada dentro da política do produto, corresponde a participação dos custos no retorno esperado.

2) Quanto ao risco, em ambos os cálculos utilizados – resultado e custos, os valores encontrados foram os mesmos, 89.38% para o produto Ventania e 60.60% para o Brisa. Resultando que o maior risco – 89.38% está com o produto de maior

retorno – 16.25, relativo ao produto Ventania, enquanto para o produto Brisa, o retorno de 10.75% corresponde um risco de 60.60%.

3) Supondo-se que na Furacão Ventiladores o produto Ventania representa 60% de suas vendas e a Brisa 40%, teremos como situação ponderada:

Resultado Ponderado = $0.60 \times 16.25 + 0.40 \times 10.75 = 14.05\%$

Risco Ponderado = $0.60 \times 89.38 + 0.40 \times 60.60 = 77.87\%$

ou seja, o retorno esperado total da Furacão Ventiladores é de 14,05% e seu risco corresponde a 77.87%. Portanto no retorno esperado o mercado responde com 14.05%, enquanto que os custos respondem por 85.95%.

7. CONCLUSÃO

No presente artigo, a simulação na aplicabilidade de métodos quantitativos, considerou muitas variáveis como imutáveis ou simplesmente foram ignorados sem influências nos resultados, pois não foi objetivo do trabalho analisar efetivamente os resultados ou influência das variáveis nos produtos, e sim a utilidade dos métodos quantitativos como ferramenta de análise.

O objetivo do presente trabalho foi utilizar-se dos métodos quantitativos junto a Controladoria, e simular a sua aplicabilidade. Considerando-se uma quantidade mínima de variáveis e as fórmulas estatísticas – esperança matemática e desvio padrão, conhecidos no mercado financeiro como retorno esperado e risco - volatilidade, foi possível simular dados, principalmente, de produtos e de resultados que forneçam

informações e dados para os gestores das empresas. Os riscos operacionais são aqueles assumidos voluntariamente, a fim de criar vantagens competitivas e valorizar a empresa perante seus acionistas. O risco operacional está relacionado ao setor da economia em que a empresa opera e inclui inovações tecnológicas, desenho de produtos e marketing.

A medida que outras variáveis são consideradas pode-se utilizar modelos estatísticos mais complexos, tais como: regressão linear simples e regressão linear múltipla, com a ajuda de softwares do tipo planilha eletrônica, que contém ferramentas a desenvolverem análise que auxiliem os gestores.

Cabe ao analista identificar as variáveis necessárias para efetuar uma análise

significativa que resulte em um índice de desempenho.

Conclui-se que a utilização de métodos quantitativos – retorno esperado e risco – aplicados à análise de produtos, conforme simulado, é possível, independentemente da quantidade e qualidade das variáveis utilizadas.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BERENSON, Mark L., LEVINE, David M., STEFAN David – Estatística: Teoria e Aplicações, Rio de Janeiro: Editora S/A, 2000.

FIGUEIREDO, Sandra e MOURA, Heber. A utilização dos métodos quantitativos pela Contabilidade in Revista Brasileira de Contabilidade nº 127 ano XXX. Pág. 52/61.

GOES, Geraldo. Conhecimentos Básicos de Finanças in Banco Central – analista – módulo II. Brasília. Vestcon. 1998.

JORIO, Philippe. Value at Risk : A nova fonte de referência para o controle do risco de Mercado. São Paulo: Bolsa Mercadorias & Futuros. 1999

ROTTA, Uriel. Anotações de aula, relativa a Palestra proferida no dia 26 de outubro de 2001, na FECAP – Fundação Escola do Comércio Álvares Penteado, como aula da Disciplina Seminários Avançados de Contabilidade. 1999

SPIEGEL, Murray R. Estatística. São Paulo: McGraw-Hill. 1976

TOLEDO, Geraldo Luciano e O.VALLE, Ivo Izidoro – Estatística Básica: 2a. Edição, São Paulo: Atlas, 1981

TRIOLA, Mario F. Introdução à estatística, 7ª ed. Rio de Janeiro. LTC. 1999.

VINCE, Ralph. Cálculo e análise de Riscos no Mercado Financeiro. São Paulo: Makron Books, 1999.



REVESTIMENTOS MONOLÍTICOS DE ALTA
RESISTÊNCIA QUÍMICA E FÍSICA PARA
HOSPITAIS E LABORATÓRIOS:

GEL-O-PLAST®tinta a base de PVC
para paredes.

AQUABASE®epóxi 100% base de água
para pisos e paredes.

DURON®EPOXItintas e massas epóxi
monolíticas para pisos e paredes.

DURON®PUtintas poliuretânicas para
pisos, móveis e equipamentos.

Acabamentos brilhante, semi-fosco, fosco,
anti-derrapante (para pisos) e texturado.

fone 11 41257344

www.tintasancora.com.br

JAD – Joint Application Design

JAD – Joint Application Design

Álvaro Ivo Tiezerini Filho

Tecnólogo em Processamento de Dados

Mestrando em Informática pelo IPT/SP

Docente do IPH.

Resumo

Projetar um sistema de informações que a organização quer – com alta qualidade e baixo custo - não é fácil, mas o JAD pode ajudá-la. Joint Application Development (JAD) é um processo de gerenciamento que auxilia o pessoal de Tecnologia da Informação (TI) a trabalhar com os usuários no desenvolvimento de soluções que realmente funcionam.

Abstract

Design a system that the organization really wants - with high quality and low cost - isn't easier, but the JAD can help it. Joint Application Development (JAD) is a management process which helps System's Area work effectively with users to develop information technology solutions that really work.

Palavras-Chave

Método interativo de desenvolvimento de sistemas de informações, JAD, Desenvolvimento acelerado de sistemas de informações, RAD.

Key Words

Joint Application Development, JAD, Rapid Application Development (RAD).

1. INTRODUÇÃO

Os métodos tradicionais de desenvolvimento de sistemas têm por objetivo a construção de sistemas tecnicamente perfeitos, não sendo dada a mesma ênfase ao atendimento das necessidades do usuário. Sendo assim, embora os sistemas preencham todos os requisitos técnicos, invariavelmente não satisfazem os usuários.

Um problema fundamental é a falta de qualidade da especificação de objetivos e requerimento do sistema, ocasionado não somente pelo pouco tempo dedicado às primeiras fases do desenvolvimento, mas principalmente por uma barreira de comunicação existente entre analistas e usuários. O resultado disto é a implementação do que o analista acha melhor e não do que o usuário realmente necessita, a simples automação do processo atual, sem qualquer alteração ou melhoria e a construção de aplicações para partes do negócio que foram entendidas de maneira errada. Além disso, a necessidade de diminuir os prazos para o desenvolvimento de sistemas tem sido cada vez maior, mas, infelizmente, ainda não há como transferir automaticamente o conhecimento que o usuário tem sobre o negócio diretamente para a cabeça do analista.

A solução está então em mudar o relacionamento entre analistas e usuários, estabelecendo um clima de cooperação e parceria, pois o usuário tem o conhecimento que o analista precisa para construir sistemas e soluções que realmente o satisfaçam.

Na tentativa de achar esta solução, foram desenvolvidos na década de 1970 vários métodos que exploram a dinâmica de grupo. O primeiro deles a ser utilizado em desenvolvimento de sistemas foi elaborado em 1977 por Chuck Morris, da IBM do Canadá, e batizado com o nome de Joint Application Design (JAD).

JAD é um método de trabalho através do qual usuários e analistas especificam juntos o sistema, em sessões de grupo estruturadas. O JAD utiliza a criatividade e a dinâmica de grupo, inerentes ao trabalho em equipe, para obter dos usuários o conhecimento do negócio, necessário em cada etapa do ciclo de vida do desenvolvimento do sistema.

A característica principal do JAD é a substituição das entrevistas individuais com usuários, que geralmente consomem muito tempo, por reuniões em grupo, das quais participam usuários e profissionais da área de informática. Outra característica do JAD é que as reuniões são conduzidas por uma pessoa que tem por objetivo obter, de forma rápida, o consenso sobre a questão discutida.

2. OBJETIVOS

O principal objetivo do JAD é o de acelerar o processo de desenvolvimento de sistemas através de um clima de cooperação e parceria entre a área usuária e profissionais da área informática.

Demais benefícios conseguidos com a sua aplicação:

Maior qualidade – a criatividade e a profusão de idéias, obtidas através da reunião das pessoas envolvidas com o assunto, favorecem a criação de sistemas mais eficazes.

Menor custo – propiciando uma especificação mais correta e completa desde o início, este método reduz substancialmente as despesas com a correção de erros de desenvolvimento e posteriores manutenções.

Maior comprometimento – a sinergia criada pelo método faz com que todos, analistas e usuários, se sintam comprometidos com as soluções encontradas e confiantes no

sucesso do desenvolvimento do sistema.

Disseminação de conhecimento entre usuários – a técnica promove o “cross training”, isto é, através das discussões durante as sessões de JAD, os usuários têm oportunidade de conhecer outras áreas da empresa com mais detalhes.

3. EVOLUÇÃO

Com o sucesso obtido na utilização do JAD, seu uso foi sendo ampliado, passando a ser utilizado também no estudo de uma área de negócios ou de uma empresa em si, visando a obtenção de um Modelo de Negócios, e não a especificação de um sistema.

Visto que o método pode ser usado dentro de enfoques e abrangências diferentes, James Martin atualmente classifica esse processo em três tipos de sessões, de acordo com seus objetivos:

JEM – Joint Enterprise Modelling

- Modelagem da empresa ou de uma Área de Negócios;
- Construção de um Modelo de Negócios representando fluxos de informações, processos, regras e políticas;
- Associado ao Planejamento Estratégico de Informações (Arquitetura de Informações).

JRP – Joint Requirements Planning

- Análise de requisitos, dificuldades, restrições, fatores críticos de sucesso;
- Definição de prioridades;
- Associado ao Plano Diretor de Informática (Arquitetura de uma aplicação).

JAD – Joint Application Design

- Detalhamento de um assunto dentro de uma área de negócios;
- Especificação de um sistema;
- Associado ao Desenvolvimento de Sistemas.

Embora exista esta classificação, o merca-

do brasileiro trata os três tipos indistintamente com o nome de JAD.

4. CONCEITOS

Os conceitos utilizados na técnica JAD são:

4.1. Consenso

Define-se consenso como sendo a decisão de um grupo de pessoas por uma solução para um problema que seja satisfatória a todos, mesmo que não seja considerada a ideal sob o ponto de vista de todos.

4.2. Participantes

Além da equipe técnica responsável pelo desenvolvimento do sistema, devem participar do JAD representantes de todas as áreas afetadas direta ou indiretamente pelo sistema. Sempre que o JAD tiver o objetivo de obter a decisão dos usuários sobre algum assunto, cada usuário deve ter o poder de votar em nome da área que representa e, por isso, geralmente é escolhido o próprio gerente da área ou alguém indicado pelo mesmo.

4.3. Papéis

O JAD prevê algumas funções especiais a serem desempenhadas pelos participantes das reuniões, que são definidas na primeira etapa do JAD, que é a Reunião de Preparação.

a) Facilitador – Também chamado de Moderador ou Condutor, é a pessoa que conduz as reuniões e deve desempenhar seu papel com total imparcialidade quanto ao conteúdo e as escolhas feitas pelo grupo.

É responsabilidade do Facilitador sugerir métodos e procedimentos que auxiliem o grupo a concentrar energia em tarefas específicas, protegendo todos os membros

do grupo contra ataques pessoais e garantindo que todos tenham a mesma oportunidade de participar.

b) Patrocinador – Também conhecido como Patrono, é geralmente um executivo de alto nível que responde pela disponibilização de recursos financeiros e de pessoal para o projeto. É o maior interessado no sucesso do sistema e sua responsabilidade é a de garantir que todos os usuários convidados participem. É ele quem dá o “voto de minerva” no caso de impasse na obtenção de consenso em alguma questão.

c) Documentador – Apelidado de “Escriba”, geralmente é um dos analistas de sistemas participantes do JAD a quem é atribuída a responsabilidade de registrar todas as informações relevantes sobre os assuntos discutidos.

d) Iniciador de assunto – Geralmente escolhido entre os usuários, tem como objetivo introduzir idéias para discussão no JAD e garantir a discussão de todos os assuntos constantes de uma lista preparada previamente.

e) Observador – Tem a responsabilidade de auxiliar o Facilitador, observando as reações dos demais participantes e incentivando-os a emitirem suas opiniões.

4.4. Princípios do JAD

São quatro os princípios do JAD:

Dinâmica de grupo – À medida que todos os participantes se tornam confiantes no processo de trabalho, uma idéia puxa outra, gerando uma sinergia no grupo, o que acarreta a adoção de soluções à luz das necessidades da organização.

Recursos visuais – O uso de recursos visuais torna o projeto do sistema mais

palpável, permite uma comunicação inteligível e evita mal entendidos.

Processo organizado e racional – O emprego de análise top-down e atividades bem definidas, a fim de atingir a definição dos objetivos, evita retrocessos, lacunas no processo e a possibilidade de se perder nos detalhes.

Abordagem WYSIWYG para documentação – O uso da abordagem “O que você vê é o que você obtém” colabora para que todos entendam as decisões tomadas e para que os usuários possam ser capazes de rever e aprovar o conteúdo dos documentos.

4.5. Regras do JAD

As regras de conduta que regem o funcionamento do JAD são:

- Todas as pessoas convocadas devem estar presentes;
- Não deve haver interrupções;
- Não deve haver abandono;
- Não deve haver desconcentração;
- Não deve haver conversas paralelas;
- Não deve haver pré-julgamento de idéias;
- Não deve haver preocupação com aspectos técnicos ou físicos;
- Não deve haver hierarquia.

5. MÉTODO

O JAD é desenvolvido em três etapas: Reunião de Preparação, Reunião de Design e Reunião de Validação, e cada uma dessas três etapas têm suas próprias características, com objetivos e participantes típicos.

5.1. Reunião de Preparação

Primeira etapa do JAD, também conhecida como Pré-JAD ou Fase de Customização, tem por objetivo a execução do

planejamento e da preparação das Reuniões de Design e de Validação.

Tem a duração de duas a quatro horas e nela participam o Patrocinador, o Facilitador e o Usuário Responsável.

Nessa reunião, o Facilitador familiariza-se com as Áreas de Negócio em estudo, auxilia o Patrocinador e o Usuário Responsável na escolha dos participantes, conhece o perfil de cada um e então designa, entre os participantes, os que devem desempenhar os papéis de Iniciador de Assunto, Documentador e Observador. Estabelecem as datas, horários e locais das próximas reuniões, a infra-estrutura necessária para realizá-las (equipamentos, café, almoço) e a agenda a ser seguida.

5.2. Reunião de Design

É reconhecida popularmente pelo nome de JAD propriamente dito, no qual os participantes produzem as especificações próprias de uma ou mais atividades do processo de desenvolvimento de sistemas.

A reunião pode ser composta por uma ou mais sessões e nessas sessões são levantados os objetivos e os requerimentos do sistema e definidas as interfaces entre o sistema e os usuários (layouts de telas, relatórios, formulários e navegação entre telas).

Durante o processo, o Facilitador está envolvido com os seguintes aspectos: presença dos convocados, inspeção da infra-estrutura, particularidades da primeira sessão do JAD, obediência da agenda, encerramento de uma sessão de JAD.

5.3. Reunião de Validação

Também conhecida como Reunião de Revisão, tem por objetivo assegurar que o produto gerado, a partir das sessões de

design, esteja em conformidade com as necessidades dos Usuários, e obtenha o compromisso de todos os que participam da Reunião de Design.

Uma reunião de Validação dura de quatro horas a dois dias.

Depois da Reunião de Design, os analistas analisam tecnicamente a documentação gerada, dando origem aos produtos definidos na Metodologia. Esses produtos são revisados na Reunião de Validação para garantir que refletem aquilo que foi discutido na Reunião de Design.

6. APLICAÇÃO PRÁTICA

A técnica JAD pode ser utilizada em várias fases de desenvolvimento de sistemas, para executar atividades de metodologia onde é necessária a participação de usuários, especialmente se esses usuários pertencerem a áreas diferentes e for preciso buscar o consenso sobre o assunto.

Inicialmente o JAD era usado somente na especificação de sistemas, mas hoje é utilizado para outros tipos de atividades, como, por exemplo, na definição de requisitos para “pacotes de software”, determinação de modificações nesses pacotes, tratamento de solicitações de manutenção em sistemas já desenvolvidos, definição de requisitos para automação de escritórios, etc.

7. RECOMENDAÇÕES

7.1. Sobre os papéis dos participantes

Documentador – Deve ser escolhida uma pessoa que tenha a capacidade de síntese para poder registrar tudo o que for de interesse. Além disso, a pessoa escolhida deve possuir o

discernimento suficiente para não registrar colocações supérfluas ou desnecessárias.

Observador – Deve ser escolhida uma pessoa perspicaz o suficiente para poder perceber, através de gestos e/ou expressões faciais, que um participante, apesar de ter a sua própria opinião, não a está expondo.

Iniciador de assunto – Normalmente é escolhido um usuário que conheça profundamente o assunto a ser discutido, mas também pode ser escolhido um analista de sistemas que tenha participado do sistema existente e que, por isto, tenha o conhecimento das necessidades dos usuários que não puderam ser satisfeitas anteriormente.

7.2. Sobre o Facilitador

Não precisa ser um expert, mas é importante que ele procure conhecer o máximo possível sobre o assunto alvo do JAD, antes da sua realização.

Deve ser um profundo conhecedor da técnica JAD, dominar as técnicas que suportam a atividade da Metodologia objeto do JAD, e ter algumas características pessoais para facilitar a sua atuação:

Facilidade de comunicação;

Organização para administrar bem o tempo, cumprir e fazer cumprir os horários;

Criatividade – deve ter a capacidade de síntese e pensamento rápido para ajudar os participantes, resumindo pareceres e propondo soluções;

Habilidade de negociação – para controlar discussões e fazer com que os participantes superem questões pessoais;

Entusiasmo – mesmo depois de horas de trabalho, o facilitador deve manter o mesmo entusiasmo;

Senso de humor – para aliviar a tensão

causada por discussões mais inflamadas ou simplesmente pelo cansaço;

Liderança – para conseguir impor sua autoridade como mediador, controlando a temperatura das discussões.

7.3. Sobre os participantes difíceis

O Facilitador deve estar preparado para lidar com participantes com características e personalidades difíceis. Para isso deve usar as regras abaixo:

Colocar a pessoa ou fato em evidência

Usar a força do grupo para inibir o provocador

7.4. Sobre a condução da sessão

Para manter a ordem, o Facilitador deve recorrer às regras de conduta acordadas no início da sessão sempre que algum participante transgredir alguma delas.

O facilitador é o responsável pelo andamento da sessão e, por isso, deve estar atento para manter o grupo sempre em estado de cooperação.

Apesar das pessoas serem diferentes umas das outras, um grupo sempre tem um padrão de comportamento. Assim, em reuniões deste tipo, conduzidas por um Facilitador, o grupo passa por quatro estágios:

Orientação – No início da reunião o grupo se sente meio perdido, hesitante em participar, precisando da orientação do Facilitador para se situar;

Conflito – Quando a reunião “começa a esquentar” as características individuais começam a aparecer;

Cooperação – O grupo está coeso, discute com interesse os tópicos apresentados, buscando o consenso e o comprometimento;

Sonolência – Depois de algum tempo de trabalho, o grupo começa a apresentar sinais

de cansaço, apatia e desinteresse. É hora de fazer um intervalo ou de terminar a sessão.

Cabe ao Facilitador levar o grupo ao estágio de cooperação e mantê-lo aí, corrigindo erros de percurso, fazendo todo o grupo participar, interrompendo discussões por questões pessoais. Para conseguir isto, ele deve ter habilidades para resolver as seguintes questões:

- Como acender uma discussão?
- Como obter a participação total?
- Como manter o assunto dentro do tópico, e como concluí-lo?
- Como diagnosticar e resolver questões pessoais?

7.5. Sobre a infra-estrutura

As Reuniões de Design e de Validação devem ser executadas, de preferência, em local fora do ambiente de trabalho dos usuários, a fim de evitar interrupções, atrasos e abandono.

O local deve estar preparado com flip-chart, retroprojektor e/ou projetor de slides, quadro magnético e material para documentação, e as mesas e cadeiras devem ser dispostas em forma de "U".

O grupo deve almoçar junto para manter o clima de cooperação e evitar atrasos.

Para o coffee-break deve ser preparado algo diferente de um simples cafezinho para que os participantes percebam que sua presença é muito importante e que todos os cuidados estão sendo tomados para fazê-los se sentirem bem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUGUST, Judy H. – "JAD – Joint Application Design" – Makron Books, 1993

COSTA, Osvaldo Wilson Dias da – "JAD – Joint Application Design" – IBPI Press, 1994



CONSTRUÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE MÓVEL SOBRE PLATAFORMA ÔNIBUS OU CARRETA.

- * UNIDADES GINECOLÓGICAS.
- * UNIDADES DE MAMOGRAFIA.
- * UNIDADES PARA EXAMES CLÍNICOS.
- * UNIDADES OFTALMOLÓGICAS.

REVESCAP VEÍCULOS ESPECIAIS.

www.revescap.com.br
Tel. (11) 6190-0081

Boa Notícia

A PORTARIA Nº 2.225/GM DE DEZEMBRO DE 2002 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE TORNA
**OBRIGATÓRIA A CONTRATAÇÃO, POR TODOS HOSPITAIS, DE
PROFISSIONAL ADMINISTRADOR HOSPITALAR**

HOSPITAIS DE PORTE I E PORTE II - 180 horas/aula

Profissional de Nível Superior, com curso de especialização em Instituições de Curso Superior legalmente reconhecido.

HOSPITAIS DE PORTE III E PORTE IV - 360 horas/aula

Profissional de Nível Superior, com curso de especialização em Instituições de Ensino Superior legalmente reconhecido.

Informações:

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR - IPH
Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares

A mais antiga do País - Reconhecida pelo MEC
Portaria nº 79268 de 1973

Unidade I

Av. Duquesa de Goiás, 262 - Real Parque - São Paulo - SP
Tel. (11) 3758-0120/3758-4227/3758-5571
iphfaculdade@iph.com.br
www.faculdadeiph.com.br

Unidade II

R. Apeninos, 267 - Metrô Vergueiro - São Paulo - SP
Tel. (11) 3209-0629/3272-0862
iphcursos@iph.com.br
www.faculdadeiph.com.br

Esta medida salutar acaba de ser revogada

IPH - Formando Administradores há 30 anos

A Formação do Administrador: buscando um novo paradigma

Maria Aparecida Ferreira de Aguiar

Psicóloga, Mestra em Psicologia pela
University of Michigan e

Doutora em Psicologia pela USP

Mônica Maria Martins de Souza

Psicóloga, Doutoranda em Administração
pela Universidade Mackenzie - SP

Resumo

A formação do administrador coloca questões e controvérsias que exigem a explicitação de seus pressupostos filosóficos e valores éticos. A sua problematização coloca questionamentos que ultrapassam, refletem e englobam a definição de objetivos das universidades, os currículos escolares, a competência dos docentes e pedagogia do ensino. A proposta é buscar novo paradigma norteado por uma filosofia emancipatória que considerem a cidadania plena e o ser humano como ser plural.

Palavras-Chave

formação do Administrador - novo paradigma – interdisciplinaridade – complexidade -
competência crítica - reflexividade -

1. INTRODUÇÃO

A formação do Administrador tem sido abordada por vertentes diversas, enfocando a questão por ângulos relevantes, mas ignorando a visão contextual e dinâmica do processo. A discussão da formação do administrador exige, para a sua compreensão, um enfoque contextualizado a partir da instituição-escola enquanto organização prática-concreta constituída por objetivos, valores, normas, políticas, por estrutura e processos e pelos indivíduos seus membros que, ao interagirem nesse contexto como atores e/ou locutores, estabelecem um sistema de relações intersubjetivas com uma dinâmica própria. O que significa dizer que o graduando, enquanto objeto de uma formação profissional específica, é também sujeito desse processo, interagindo com os demais fatores. Integra um sistema dinâmico, estabelecendo uma relação dialética com o mesmo, influenciando-o e sendo influenciado.

Entretanto, o fio condutor da questão encontra-se na definição dos objetivos da Universidade em geral e da Escola de Administração em particular. O compromisso da Universidade com a sociedade industrial tem sido um dos parâmetros para a definição de seus objetivos, parâmetro este presente nas Escolas de Administração representado pela vertente que postula estar a formação do administrador fundamentada na ação racional voltada para fins, ou seja, direcionada para o atendimento das demandas tecnológicas da sociedade e comprometido com o mundo dominado pela racionalidade instrumental.

A transmissão de conhecimentos tecnicamente utilizáveis é o objetivo perseguido. A ênfase recai no ensino de técnicas e,

modelos administrativos entendidos como modernos, ou adotados pelas grandes empresas, de preferência, multinacionais. Os currículos dos cursos de Administração e em alguns casos até mesmo os programas de pós-graduação, são indicadores dessa tendência ao apresentarem uma densa carga horária em disciplinas técnicas enfatizando o "como fazer". Técnicas específicas das diferentes áreas como planejamento estratégico, marketing, finanças, recursos humanos, produção, além de modelos e estratégias gerenciais, acrescidas na atualidade, pela corrente da cultura organizacional, que sob esse rótulo propõe mecanismos de controle nas organizações, o que uma vez mais caracteriza a preponderância do "como fazer". A relação teoria, conhecimento científico, e prática, não é feita. É proposto um "cego como fazer" ignorando-se a teoria e a reflexão. A relação entre a teoria, o conhecimento científico, os valores e a prática é ignorada.

A base metodológica do estágio exigido ao graduando em administração é, em algumas Escolas, também caracterizado pela preponderância da orientação comprometida com a ação racional voltada para fins e com o tecnicismo: ao aluno é exigido demonstrar sua competência técnica traduzida como a capacidade de aplicar, ou observar a aplicação nas empresas, técnicas e modelos sem a preocupação reflexiva, sem a compreensão dos fundamentos, dos pressupostos ontológicos, de natureza humana e de suas consequências e da adequabilidade ao contexto sócio-econômico e cultural. A ligação teoria, ciência e prática não é estabelecida.

Carateriza-se, assim, a visão reducionista da abordagem que, como consequências,

gera a miopia sociológica, a cegueira cognitiva, a padronização mental e o descompromisso ético. E, na prática, a rápida desatualização do profissional, ocasionada pela ausência de fundamentação teórico-científica, somada à sua incapacidade de reflexão crítica pelas distorções da formação de sua consciência moral e pelo seu descompromisso ético. Esses fatores, por sua vez, barram a competência criativa e inovadora do graduado em administração e cerceiam o exercício de sua cidadania plena.

Quando falamos em reflexão crítica, estamos nos referindo à capacidade de o indivíduo refletir acerca de diferentes propostas teóricas a partir da compreensão de seus pressupostos valorativos, de sua fundamentação científica, de suas conseqüências éticas e da adequação ou não a determinados contextos organizacionais e a realidade sócio-econômica e política. Estamos falando, pois, na linguagem habermesiana, da competência problematizadora do graduando em Administração.

A miopia sociológica, conseqüência da neutralidade de valores, desconhece que a Administração, enquanto ciência aplicada, tem seus fundamentos calcados em valores sociais e em uma crença acerca da essência da natureza humana, portanto, ideologicamente comprometida. Em outros termos, está comprometida com um dado tipo de sociedade, e com uma proposta de essência de natureza humana, portanto ideologicamente comprometida. No que se refere ao ser humano pode-se entendê-lo como um ser unidimensional ou como um ser plural: na primeira abordagem é visto como um ser mecanicista onde os reflexos condicionados exercerão a função de socialização e na segunda como um ser biopsicossocial, reflexivo, ativo, um ser de palavra, simbólico e

de desejos e pulsões; autodeterminado e ator de sua própria historicidade de vida.

Quanto a essência da natureza humana, a vertente reducionista na Administração faz uma clara opção pela visão mecanicista. Do ponto de vista das relações do indivíduo com a sociedade compromete-se com a sociedade verticalizada e com a abordagem funcionalista: no topo das organizações está uma elite pensante e os demais membros são instrumentos para o alcance dos objetivos organizacionais.

Encontram-se, todavia, no bojo da abordagem reducionista correntes que reconhecem a natureza cognitiva, simbólica, e de desejos e pulsões do ser humano e a partir desses pressupostos trabalham com instrumentos e mecanismos que objetivam o controle da mente humana: ao trabalhar no nível da mente humana buscam controlar o cognitivo e o emocional do indivíduo a partir da padronização da forma de refletir (estrutura cognitiva).

A imposição de instrumentos e mecanismos que direcionam o processo reflexivo, limitando-o a um tipo de pensamento concreto, (causa-efeito), cria, assim, barreiras ao desenvolvimento, pelo próprio indivíduo, de estrutura cognitiva mais elaborada. O refletir criticamente, o realizar abstrações teóricas, tornam-se operações mentais inviabilizadas e, como conseqüência, influenciam na realização dos desejos do indivíduo, na formação de sua consciência moral e na sua auto-determinação enquanto ser humano e cidadão. Esses mecanismos e estratégias apresentam-se na forma de processos de internalização de valores, credos e políticas organizacionais e nos simbolismos por ela criados. Desembocam nessa corrente entre outras as filosofias de controle total da

qualidade, a cultura organizacional e as abordagens psicossociológicas das organizações (Katz e Khan, Schein, Argiris, Lorsh entre outros).

Delineadas as características da vertente comprometida com ação racional voltada a fins, torna-se de fácil compreensão o poder de controle das técnicas e modelos gestionários que, na realidade, são expressões do poder político dominante, do não dito, explicitado numa pedagogia alicerçada na razão instrumental que justifica o uso do ser humano como instrumento para alcançar os objetivos das organizações. Nessa pedagogia que a formação de instituintes do poder político oculta, e do instituído, se ancora. Ignorar o compromisso ideológico da Administração, postulando a neutralidade de valores dos modelos e técnicas, é assumir inconscientemente um compromisso com uma visão de ser humano e de sociedade. É ser conivente com um contexto socio-econômico e político sem a compreensão das dimensões do mesmo e de suas conseqüências. Na realidade, a transmissão de conhecimentos tecnicamente utilizáveis pela Universidade, sem o processo de reflexão crítica (Habermas, J. 1971) por parte do graduando, torna-o prisioneiro de padrões profissionais dogmatizados, uma vez que sua relação com a prática profissional é caracterizada pela ausência da reflexão; isso lhe impede a tomada de consciência dos padrões culturais e dos valores impostos pelas instituições vigentes os quais, por sua vez, fundamentam os padrões profissionais. O poder de controle e de dominação social estabelece, assim, mecanismos de perpetuação de seus padrões culturais e de seus valores, cujo poder se expande de forma não controlada exatamente por não terem sido, estes padrões culturais, objeto de uma escolha refletida, mas

resultantes do caráter das instituições existentes. Nesse processo a Universidade, responsável pela formação profissional do graduando, se coloca, contraditoriamente, como o espaço privilegiado da *não modernidade*, contribuindo para a manutenção da dependência psíquica, social e econômica dos indivíduos, e tornando-se uma *força bloqueadora* do crescimento econômico sustentado e do desenvolvimento social, político e cultural do país.

2.O NOVO PARADIGMA

Ficando evidenciada a inadequação da abordagem da formação do Administrador, comprometida com a ação racional direcionada a fins, que foi buscar seus fundamentos nas demandas da sociedade industrial mas, paradoxalmente, não consegue atendê-las, permanece a questão da formação do Administrador num contexto sócio-econômico e de mercado, caracterizado pela crescente tendência de globalização e de busca de novos patamares de crescimento econômico sustentado.

Na realidade, uma sociedade que se internacionaliza, colocando como novas demandas não só a inovação tecnológica e a qualidade de seus produtos e serviços, mas também a equidade social e econômica, e o repensar crítico de seus padrões culturais, requer, sem dúvida, novas gerações de profissionais reflexiva e eticamente competentes. Tais profissionais serão capazes de criar novas formas de governo, novas estruturas organizacionais, novas tecnologias, novas normas e padrões profissionais, além de repensar crítica e responsavelmente sua cultura, seu modelo e políticas econômicas e sociais, portanto, profissionais cujas ações sejam politicamente significativas:

quer dizer, cidadãos responsáveis, capazes de se autodeterminarem e exercerem sua cidadania plena, criando ao mesmo tempo, as condições para que outros membros da sociedade possam também fazê-lo.

O encontro de um novo paradigma que privilegie fatores como a reflexão crítica, a auto-determinação valorativa, a formação da consciência moral e ética somada à competência inovadora torna-se uma questão fundamental para o aprofundamento da discussão acerca da formação do administrador. Habermas (1971) contribui para a discussão propondo repensar os objetivos da Universidade ao analisar, mais especificamente, as características da formação do graduando, esteja ele, em qualquer área de especialização. A sua proposta inclui, além da transmissão de conhecimentos tecnicamente utilizáveis e geração e transmissão de conhecimentos pela própria universidade, a *qualificação extra-funcional do graduando; a transmissão, interpretação e desenvolvimento da tradição cultural e a formação política do graduando*.

A qualificação extra-funcional é entendida como sendo a competência do graduado para exercer a sua função profissional com embasamentos teóricos e científicos que não fazem parte daqueles conhecimentos específicos da sua área de profissionalização. Trata-se, pois, de conhecimentos pertencentes à outras áreas do conhecimento humano como filosofia, ética, ciências sociais e humanas. Estes conhecimentos, assimilados e incorporados à ação prática, traduzem uma competência profissional e humana do graduando, competência essa, que extrapola o mero conhecimento de conceitos e idéias porque pressupõe reflexão

crítica, capacidade de problematização e consciência crítica.

A transmissão, interpretação e desenvolvimento da tradição cultural como objetivo da Universidade dão-lhe, uma dimensão nova e, ao mesmo tempo, obrigam-na a definir-se como mantenedora dos valores tradicionais através da formação crítica de seus alunos ou, constituir-se em alavanca da transformação cultural da sociedade pela formação da competência de reflexão crítica de seus graduandos. Finalmente, a função de formação da consciência política do graduado que está, de certa forma, presente nas funções anteriores, é traduzida na competência de situar-se como cidadão frente a si próprio e aos demais membros da sociedade. É a competência de estabelecer o elo entre a sua ação prática e as consequências sociais, políticas e éticas desta ação que se completa com a tomada de consciência individual de cidadania plena e dos direitos e deveres que dela advêm.

Esses objetivos, entendidos como uma resposta às demandas da sociedade industrial numa era de modernidade, levam, obrigatoriamente, ao repensar do paradigma da formação do Administrador, substituindo a proposta comprometida com a ação racional voltada para fins por uma proposta que privilegie a reflexão crítica na relação do graduando com a sua ação prática e situe a formação profissional como um processo dialético inserido num contexto prático-concreto que é a instituição-escola. Isto significa dizer que o indivíduo, o graduando, é resgatado como sujeito capaz de desenvolver seu processo reflexivo, formar sua consciência moral de forma autônoma e assumir a posição de sujeito do

seu processo de formação profissional na qual o professor assume a posição de estimulador da auto-reflexão do graduando, permitindo que ele, o aluno, seja um ator consciente de sua própria história.

3. O CONTEXTO INSTITUCIONAL

Entretanto, sua formação iniciada na sala de aula numa relação professor-aluno, está inserida num contexto organizacional, o da instituição-escola, contexto esse que exerce influência sobre todo o processo de formação profissional. A Universidade, a Escola, o Departamento e os Programas de Pós-graduação, enquanto estruturas comunicativas pressupõem a competência intersubjetiva, portanto comunicativa, de seus membros. Entende-se (Garret Morgan, 1983), que a comunicação liga ações específicas a um determinado contexto estrutural no qual elas se dão, sendo tais contextos historicamente constituídos.

Na universidade, como em outros tipos de organização, os indivíduos, tanto os membros do corpo docente como do corpo discente e do administrativo são sujeitos desse processo interativo na categoria de atores e locutores. Ocupam posições na estrutura de poder e tem um determinado status. Na realidade (John Forester, 1983), o significado prático, moral e o político de ações comunicativas específicas, atos verbais e de comunicações não verbais mais generalizadas, são fatores que caracterizam uma estrutura social que poderá ser uma estrutura de ações comunicativas sistematicamente distorcidas e que, de forma prática e sutil, modela a vida de seus membros.

Nesta linha de pensamento evidencia-se a influência do contexto organizacional, portan-

to, das ações de seus membros, especialmente das chefias e do corpo docente e administrativo, na formação do graduando. As anomalias organizacionais administrativas e acadêmicas e as ações comunicativas sistematicamente distorcidas podem estar presentes caracterizando a estrutura social de Universidades, Escolas, Departamentos e Programas de Pós-graduação. É nesse contexto que o aluno está inserido num processo interativo. Como exemplos de ações sistematicamente distorcidas são evidenciadas, entre outras, a transformação da Universidade ou da Escola em empresa (que deve gerar lucro), o desrespeito à liberdade de cátedra, a usurpação dos direitos autorais através das cópias não autorizadas, a distorção de mecanismos democráticos (eleições) para a manutenção do poder, as disfunções administrativas, os mecanismos de pressão, através dos próprios alunos, sobre membros do corpo docente que discordem ideológica e academicamente das chefias, as composições espúrias onde os interesses individuais prevalecem sobre os objetivos acadêmicos, os mecanismos de sedução usados em substituição à competência acadêmica; a utilização de critérios corporativistas para contratação e avaliação de docentes; as demissões de docentes que ameaçam acadêmica e ideologicamente o poder constituído.

Tais ações, sistematicamente distorcidas, agem como forças deformadoras da consciência moral e da competência profissional do graduando. O aluno, ao ser chamado a participar de uma ação comunicativa distorcida, passa por um processo de tomada de consciência da mesma incorporando-a à sua ação, assumindo valores e justificativas morais anti-sociais e deformantes de sua consciência moral.

4. CONCLUSÃO

A formação do administrador coloca questões e controvérsias na medida que exige a explicitação de seus pressupostos filosóficos, e valores éticos. A sua problematização coloca questionamentos que ultrapassam e, ao mesmo tempo, englobam as questões de definição de objetivos das escolas e universidades, os currículos escolares, a competência dos docentes e pedagogia do ensino.

Esses fatores, entretanto, estão inseridos num contexto prático-concreto que é a instituição-escola. É nesse contexto que as interações entre os sujeitos (professores, alunos, corpo administrativo e chefia) se dão e o processo de formação acadêmica se efetua. É aí que as relações intersubjetivas são estabelecidas e o seu poder de influência é explicitado na própria formação do graduando. O processo interativo estabelecido é, por sua vez, permeado por valores éticos e traduzido pelas ações concretas de todos os sujeitos envolvidos. Entendemos que a formação do administrador partiu de pré-supostos filosóficos pragmáticos e de compromissos implícitos com a racionalidade voltada a fins. A nossa proposta é a busca de um novo paradigma norteado por uma filosofia emancipatória e por valores éticos que considerem a cidadania plena e o ser humano como ser plural.

5. BIBLIOGRAFIA

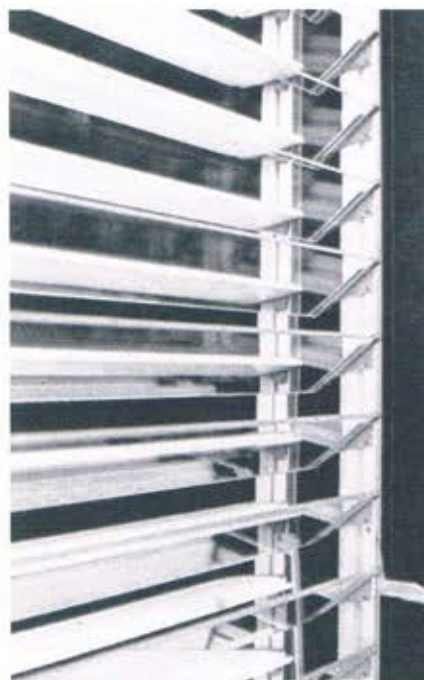
- AGUIAR, Ferreira, Maria Aparecida. *Psicologia Aplicada à Administração: Teoria Crítica e a Questão Ética nas Organizações*. São Paulo: Excellus Editores, 1992.
- AKTOUF, Omar. *O Simbolismo e a Cultura de Empresas: dos Abusos Conceituais às Lições Empíricas in Jean-François Chanlat, O Indivíduo na Organização*. São Paulo: Ed. Atlas, 1994.
- BURRELL, Gibson. *Sociological Paradigms and Organizational Analysis*. Londres, Heinemann Ed, 1979.
- CARR, WILFRED AND STEPHEN KEMMIS. *Teoria Crítica de la Ensenanza*. Barcelona: Ediciones Martinez Roca, 1988.
- CHANLAT, Jean-François. *Por uma Antropologia da Condição Humana nas Organizações in O Indivíduo na Organização*. São Paulo: Ed. Atlas, 1992.
- CEPAL. *Educacion y conocimiento: Eje de la Transformacion Productiva con Equidad* Santiago: Unesco, 1991.
- GIANNOTTI, José Arthur. *A Universidade em ritmo de barbárie*. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1986.
- FREITAG, Barbara. *Itinerário de Antígona*. São Paulo: Papirus, 1994.
- FORESTER, John. *Critical Theory and Organizational Analysis in Morgan, Garret, Beyond Method.*, Londres: Sage 1983.
- GIDDENS, Anthony. *Modernização Reflexiva*. São Paulo: Ed. Unesp, 1995.
- HABERMAS, Jurgen. *Consciência Moral e Agir Comunicativo*. São Paulo: Tempo Brasileiro, 1989.
- The Theory of Communicative Action: Reason and the Rationalization of Society*. Boston, Beacon Press, 1984.
- The University in a Democracy, Democratization of the University in Toward a Rational Society*. Boston: Beacon Paperback, 1971.
- KATZ, Daniel. *The Social Psychology of Organizations*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- NACIONES UNIDAS, *Equidad Y Transformacion Productiva: Un Enfoque Integrado*. Santiago, 1992.
- MIZUNO, Shigiry. *Gerencia para a Melhoria da Qualidade*. São Paulo: Editora JC, 1993.
- MORGAN, Garret. *Beyond Methods*. Londres: Sage, 1983.
- PIAGET, Jean. *O Nascimento da Inteligência na Criança*. Rio De Janeiro: Zahar.



PERSOLLY ESQUADRIAS LTDA.

Vasta experiência em janelas para hospitais no Brasil e no exterior. Desenvolve janelas especiais para proporcionar ventilação, iluminação, sombreamento. Minimização do risco de contaminação hospitalar.

Hospital da Cruz Verde São Paulo SP



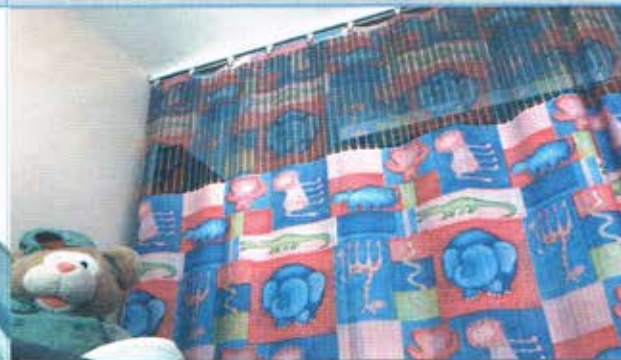
R. Dom Bento Pickel, 600 • Casa Verde • São Paulo • SP • cep 02544.000
tel 6239 3614 • tel / fax: 6239 4125 • e-mail: persolly@osite.com.br



Sistema de proteção para paredes, portas e cantos.



Sistema de cortinas divisórias



www.cosimocataldo.com.br - sales@cosimocataldo.com.br
Tel. 11 5073.3838 - Fax.11 5073.0895


Cosimo Cataldo
Comercial & Construtora

Solicite também catálogos de:
C/S Thinline -Acabamentos para juntas de dilatação, **Mem Erase-**
Vinil para Escrita, **C/S Pedismart** -Tapetes para entradas.

Reflexões e considerações sobre o Planejamento Hospitalar e Arquitetura do Sistema da Saúde

Elgson Ribeiro Gomes

Eng. Civil e Arquiteto Prof. Titular da
UFPR - Universidade Federal do Paraná e
Presidente do IPERG - Instituto de
Pesquisa e Educação Elgson Ribeiro Gomes

II PARTE

25 AQUELA pergunta formulada no primeiro artigo desta série (de doze), se os hospitais deveriam ser construídos pelo governo ou pela iniciativa privada, e em que número (lembrando que dos hospitais existentes no Paraná seguramente a grande maioria é de pequeno porte e de propriedade privada), que é uma pergunta que ficou pairando no ar, me fez recordar uma viagem ao Canadá, para o Congresso da Federação Internacional de Hospitais em Montreal, onde uma das palestrantes fez uma demonstração dos investimentos havidos desde 1950/60, em todas as províncias do Canadá, com uma arquitetura inovadora e instigante, a partir da política adotada pelo governo central, cuja proposição bastante lógica partira da pesquisa em todo o país, em cada município, quanto à falta de algum hospital novo para o atendimento de suas necessidades mais prementes, pesquisa que era acompanhada de um pedido de que

as respectivas comunidades se manifestassem quanto a estas necessidades, dimensionado o programa básico, o local preferido, o preço do terreno, o orçamento da obra com as respectivas instalações, e com estes documentos em mãos o governo se propôs a contribuir com a metade do valor, desde que a própria comunidade fosse capaz de arcar com a outra metade, do que afloraram em verdade programas compatíveis com as realidades de cada um deles, e também com as respectivas soluções de atendimento público de Saúde, que permitiriam ao governo condições para a continuação sustentada do programa de expansão da rede hospitalar, em que os arquitetos, engenheiros e especialistas, com grande capacidade técnica e muito bom gosto, de cores alegres, expressiva comunicação visual, etc, viessem sobrepondo experiências consecutivas e adquirindo conseqüentemente uma enorme experiência profissional, dando o dinamis-

mo do programa, em decorrência do grande numero de obras novas.

Sendo o Canadá um país territorialmente grande, porém de população pequena em relação ao nosso, que é constituído por uma quantidade de municípios cuja população em número elevado tem um padrão de vida ainda muito modesto, provavelmente esta equação seria de difícil aplicação na sua generalidade, salvo em situações ou circunstâncias muito particulares e singulares.

Em todo o caso sempre se pode conjecturar que um hospital de 150/180 leitos irá custar em sua primeira etapa de 10.000,00 m² em torno de R\$ 10.000.000,00, cuja metade a ser atribuída à própria comunidade significaria em torno de R\$ 100,00 por mês durante 24 meses para cada família na hipótese da comunidade dispor de pessoas capazes de se associarem com este objetivo comunitário, o que se poderia conjecturar, outrossim, para uma sede de município, com uma população economicamente ativa em torno de (2.000), duas mil pessoas, equivalente a 10.000 (dez mil) habitantes aproximadamente.

26 Numa espécie de condomínio (lá no Canadá) como são aqui os edifícios em condomínio, os condomínios horizontais etc, em que um conjunto muito grande de pessoas que não se conhecem, se irmana e compram na planta, pagam o rateio do custo mensal da obra até o Projeto ficar pronto para habitar e depois continuam a pagar as taxas das despesas mensais de manutenção.

Ou quem sabe mesmo num conjunto de municípios consorciados, em que nas comunidades economicamente mais fortes a participação do governo poderia ser mais

reduzida e nas comunidades mais modestas a participação poderia ser mais acentuada (um pouco talvez como as tão tradicionais e históricas irmandades das santas casas pelo mundo a fora...).

E para a segunda etapa de mais 50/80 leitos, seriam necessários subsequentemente tão somente R\$ 3.000.000,00, cabendo à pujança de cada um deles o estabelecimento de suas necessidades, anseios e planos de desenvolvimento, em terrenos amplos, altos, com paisagem, arvoredos, silenciosos e oxigenados, de topografia de inclinação suave (em torno de 8,9%), nunca inferiores a 20/30 mil metros quadrados, com ênfase em Pronto Socorro, próximo às auto estradas e não longe dos centros urbanos, com heliporto, de fácil acesso da região – regional pois, dos quais existem múltiplos exemplos, e dos quais destaco o Hospital Alemão de Madrid, o Hospital da Torre em Genebra, o KantonSpital de Basileia, o Marta Maria de Nuremberg, o Sta. Catarina de Nuringuen próximo à Stutgard, o Herford próximo à Hanover, o St. Denis em Paris, o de Warberg à 100 Km de Goteborg, que é a pátria da nossa Volvo..dos mais expressivos que tive a oportunidade de visitar, e dos quais voltarei a falar nesta serie.

27 Representando o Brasil neste Congresso de Montreal, esteve presente o Dr. Odair Pedroso, médico e importante administrador hospitalar, que com a Dra. Lourdes Carvalho ocupou o Cenário da consultoria na área do Planejamento Hospitalar em nosso país durante muitos anos, coordenando inclusive um ateliê de projetos em São Paulo com muitos arquitetos colaboradores, como o meu colega da turma do Mackenzie, o Antonio Jorge Monteiro (falecido precocemente, que

também estava no Congresso), que mais tarde veio a ser um dos mais importantes consultores e conselheiros do Ministério da Saúde na organização das primeiras normas dos projetos de hospitais, com a Dra. Sylvia Ferreira Pinto e Juarez de Queiroz Campos, entre outros.

28 Mais devemos recuar até 1954, e ousar até mesmo afirmar que aquela semana do mês de Julho, em que a Comissão de Planejamento de Hospitais constituída pelos arquitetos Jarbas Karman, Rino Levi e Amador Cintra Prado, promoveu no Instituto de Arquitetos – IAB de São Paulo, teve um impacto que lembra um pouco, por uma certa consentaneidade, a semana de arte moderna de 1922, guardadas naturalmente as devidas proporções e a natureza do assunto tão outro.

Semana extremamente fecunda pelo conteúdo das palestras e respectivos debates, entre as quais destaco as do Rino Levi (Albert Einstein em São Paulo Maiquetia e Puerto Cabello na Venezuela) – Odair Pedrosa (Forças Armadas de Brasília) – Jorge Machado Moreira (Hospital Universitário de Porto Alegre) – Jarbas Karman (Continuação do Albert Einstein nas suas segundas e terceiras etapas, após o falecimento do Rino Levi, Hospital N. S. do Carmo em São Paulo, com Alfred Willer Hospital São Domingos em Uberaba), entre tantos outros palestrantes que abordaram os mais pertinentes e específicos temas, instalações etc – como também em decorrência da formação de uma nova mentalidade pelos núcleos de estudos que vieram se formando em diversas regiões, inclusive no Hospital de Clínicas de Curitiba, dos quais destaco com especial carinho o do curso especialização em “Arquitetura do

Sistema de Saúde” ministrado em Brasília, num convênio entre o Ministério da Saúde e a Universidade de Brasília (UnB), coordenado pela Dra. Silvia Caldas, no qual tive a oportunidade de participar como professor visitante, junto com o Jarbas entre outros convidados, inclusive representantes da Organização Mundial da Saúde.

29 Em “O Hospital e seu Planejamento”, da LTR Editora Ltda, os arquitetos Antonio Jorge Monteiro, Sylvia Caldas Ferreira Pinto e Juarez de Queiroz Campos se manifestam afirmando que a evolução da Assistência Hospitalar no Brasil vem evidenciando uma urgente e inadiável necessidade de ser dado um sentido cada vez mais racional ao planejamento do Hospital, principalmente do Hospital Geral.

30 Revelam que desde os tempos do Brasil Colônia o papel de cuidar dos enfermos, órfãos e desvalidos vem sendo assunto de competência da comunidade, cabendo ao Poder Público da Monarquia Portuguesa apenas o estabelecimento de diretrizes e normas que jamais passavam do papel, e que mesmo no Brasil República as medidas tendentes à fixação de elementos normativos não tem representando muito para o desenvolvimento do hospital brasileiro.

31 Na época da Colônia, a comunidade, quando pretendia edificar um hospital, limitava-se pura e simplesmente a copiar o modelo português, por sua vez calcado no modelo francês. Construíram-se imensos pavilhões que permaneciam estáticos, sem a menor possibilidade de receber os benefícios das instalações e equipamentos criados e desenvolvidos pela tecnologia médica e pelos avanços cada vez mais rápidos da engenharia eletrônica, no campo da saúde.

32 O modelo mais encontrado nas Santas Casas e Hospitais Governamentais da época colonial evidencia o importante papel desempenhado pela arquitetura francesa do Hotel Dieu, do Sain Louis e de tantos outros do período medieval e do início da idade moderna. As ampliações, longe de melhorar as condições hospitalares, desenvolviam labirintos e exigindo de quem lá quisesse penetrar verdadeiros “mapas da mina”.

33 Tal fato foi se estendendo até o final da 2ª Guerra Mundial, quando os projetos considerados até então ambiciosos e inexecutáveis, estabeleceram novos rumos para as edificações hospitalares. Foram justamente os projetos da nova Santa Casa de Santos do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, do Hospital da Previdência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, seguidos posteriormente pelos Hospitais de Clínicas de Curitiba, de Porto Alegre e Recife, os três últimos ligados a Universidades Federais, e cujos projetos de construção foram várias vezes alterados.

34 Atualmente (1960), nota-se evidente tendência pelos projetos monumentais de hospitais gigantescos dos quais destaco o Ramon e Cajal de Madri, já em funcionamento em 1979 quando o visitei, embora ainda não completamente pronto, e sobre o qual a arquiteta Maria Perez Xerife do Ministério da Saúde da Espanha, que foi quem me encaminhou para aquela visita, afirmou com energia, que o Ministério se ressentia com a construção daquele Hospital tão grande, e do qual pretendo dissertar um pouco num artigo próximo.

Estes hospitais gigantescos são considerados por muitos como verdadeiros elefantes brancos cuja administração irá de fato se

ressentir de uma ausência quase total de meios capazes de levar a dinâmica administrativa hospitalar, à obtenção de padrões operacionais em níveis de eficiência.

35 Os custos da Assistência Médico-Hospitalar, não somente no Brasil como em todo o mundo, vem se elevando de maneira crescente e progressiva em proporções sempre superiores aos índices de elevação do custo de vida e ao poder aquisitivo em geral, o que se deve principalmente, à evolução constante e progressiva da tecnologia médica, que a cada momento mais tem se utilizado das aquisições da engenharia eletrônica no campo médico.

36 Mas os avanços tecnológicos, além de exigir vultuosos investimentos para a aquisição de equipamentos, necessitam adaptações nas instalações hospitalares, geralmente despreparadas por falta de planejamento que permita a introdução de novas, complexas e sofisticadas aparelhagens, investimentos que não acabam com a compra pura e simples, pois eles prosseguem com a manutenção, com a substituição de peças, e novamente da aquisição de novos equipamentos, face à rápida mudança, sempre para melhor, na tecnologia eletrônica.

37 O segredo do sucesso de um hospital repousa essencialmente em três aspectos fundamentais, quais sejam:

37.1 Da determinação de leitos na comunidade a ser assistida, do seu planejamento tendo em vista as necessidades, e das possibilidades da comunidade de seu crescimento a médio e longo prazos.

37.2 Do Projeto Arquitetônico na sua funcionalidade.

37.3 E evidentemente de uma organização administrativa capaz de levá-lo ao atendimento eficiente dos seus objetivos.

(continua no próximo número)

HOSPITAL ESCOLA DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO / RS

Irineu Breitman

Arquiteto especializado em Arquitetura Hospitalar

Ex-Presidente do IAB-RS

Acadêmico Titular da Academia Brasileira de

Administração Hospitalar

Ex-Presidente da Associação Brasileira para o

Desenvolvimento do Edifício Hospitalar

Consultor credenciado no Banco Interamericano de

Desenvolvimento

Vinculado à Faculdade de Medicina daquela instituição, o Hospital servirá tanto à formação de futuros médicos como prestará atendimento à população local, devendo aliviar a procura pela rede hospitalar existente na cidade. O novo conjunto será implantado em área pertencente ao campus universitário, em lote de 62.573m².

Em um terreno com estas dimensões foi possível planejar um conjunto horizontal, com pisos distribuídos em três níveis (denominados 1, 1.5 e 2).

A forma de implantação e o projeto da edificação permitem que os acessos aos pavimentos sejam feitos por meio de rampas de meio piso, dispensando a instalação de elevadores, possibilitando a acessibilidade para deficientes físicos e propiciando também o aproveitamento da iluminação zenital.

No projeto utilizamos uma matriz que vimos aperfeiçoando e cuja implantação já havíamos testado no Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis e no Hospital Regional de Joinville.

O conjunto de saúde é completado por um edifício de cinco pavimentos destinado às salas de aula teórica e a biblioteca. O complexo terá um área total de 29.034m².



CAPACIDADES:

Ambulatório	23.360 consultas / mês
Urgência / Emergência	32.256 atendimentos / mês
Imagenologia	6.688 exames / mês
Métodos Gráficos	960 exames / mês
Patologia Clínica	ADE
Diálise	640 sessões / mês
Medicina Nuclear	ADE
Banco de Sangue	1.152 coletas / mês
Centro Cirúrgico	1.046 cir. / mês
Centro obstétrico	540 partos / mês
Recuperação Pós-anestesia	2.280 pac. / mês
Neopatologia	36 internações / mês
UTI Pediátrica	36 internações / mês
UTI Adultos	33 internações / mês
UTI Coronariana	18 internações / mês
Internações / mês	1.778 pacientes
Cozinha	1.884 refeições
Lavanderia	180.000 Kg roupa seca / mês
Estacionamentos	586 vagas
Arquivo Médico	536.760 armários deslizantes

- O sistema de ventilação e exaustão movimenta uma massa total de 1.300 ton. de ar / hora.
- O sistema de ar condicionado recircula 1.200.00 litros de água / hora.
- O sistema de suprimento de oxigênio suporta uma demanda mensal média de 35 ton. de gás.
- Uma central de gerenciamento eletrônico supervisionará o funcionamento de 97 condicionadores de ar que atendem a todo o hospital.
- A central de estocagem de GLP terá a capacidade de atender a demanda de ponta de 4.500 Kw de potência térmica equivalente.

INSTALAÇÕES ELETRO-ELETRÔNICAS:

- 3 transformadores a seco de 1.000 Kva.
- 2 geradores de 450 Kva.
- Salas de cirurgia e UTIs com sistema de gerenciamento de falhas.
- 480 portas de lógica com conexões ao rack central por fibra ótica.
- 540 ramais de telef. – central expansível para 650 ramais – fibra ótica.
- Controle central de segurança com 48 câmeras.
- 141 pontos de chamada nas internações e consultórios.

IBRAM

Soluções em Móveis para
Laboratórios

Capela Standard com
qualidade e tecnologia comparada
aos modelos importados, mas com
preço compatível ao do mercado
nacional.

R\$ 4.990,00



Veja o descritivo técnico completo em nosso site.

Contamos com uma equipe de
profissionais altamente capacita-
dos sempre em busca de tec-
nologias inovadoras, aliadas à qua-
lidade, praticidade, segurança e
design.



Solicite uma visita de um
de nossos assessores técnicos,
sem compromisso.

Fone: (11) 274-0166 - Fax: (11) 272-7468

e-mail: ibram@ibram.com.br

www.ibram.com.br

RESERVATÓRIOS:

- Inferiores: 196.000 litros para consumo e incêndio.
- Superiores: 84.000 água potável
15.000 incêndio
- Bomba de pressurização para incêndio com vazão 200 lit. / min.
- 12 bombas para retorno de água quente.

EQUIPE TÉCNICA:

Consultor hospitalar:	Dr. Paulo Lindolfo Lamb
Projeto Arquitetônico:	Arq. Irineu Breitman
Arquitetos colaboradores:	Arq. Lúcio Breitman
	Arq. Eduardo Costa
	Arq. Luciane Strano Martins
	Arq. Juliana Tassinari Cruz
	Eng. Salomão Fridman
Projeto Estrutural:	
Projeto Elétronico,	Eng. Werner Laub
Hidrosanitário e Incêndio:	
Projeto de Cond. Ambiental,	
Fluídos especiais, Água quente,	
Cozinha e Lavanderia:	Eng. Fulvio Celso Petracco
Projeto de Paisagismo:	Eng. Ronald Jamieson
Projeto de Proteção radiológica:	Eng. Sérgio Souto
Cálculo de orçamento:	Eng. João Antônio do Canto
Coordenação do Projeto pela UPF:	Prof. Ruy Carlos Donadussi

Organização de Serviço de Endoscopia Digestiva em Hospital Público Pediátrico

Organization of Endoscopy Unit in a Public Pediatric Hospital

Rodrigo Strehl Machado

Mestre em Medicina - Universidade Federal de São Paulo
Endoscopista do Hospital Infantil Cândido Fontoura

Aírton Viriato

Mestre em Promoção de Saúde - Universidade de Franca
Diretor da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
do Hospital Infantil Cândido Fontoura
Docente da Pós-Graduação do IPH

Resumo

A unidade de endoscopia evoluiu nas últimas três décadas, e sua concepção e implantação constituem um desafio em países em desenvolvimento. O Hospital Infantil Cândido Fontoura possui um ambulatório de gastroenterologia pediátrica, com dois médicos atendendo principalmente pacientes da Zona Leste de São Paulo. A crescente demanda por endoscopias digestivas e a ausência de serviço de referência na região levou à implantação de uma unidade de endoscopia em nosso hospital. Este artigo apresenta os conceitos atuais relacionados à organização de uma unidade de endoscopia, assim como nossa experiência com a concepção e planejamento de uma unidade de endoscopia em um hospital pediátrico.

Abstract

The endoscopy unit has evolved through the past three decades, and its design remains a challenge in developing countries. The Hospital Infantil Cândido Fontoura has an outpatient Pediatric Gastroenterology Service, with two pediatric gastroenterologists, with patients from the East Side of the city. The increasing demand for endoscopic procedures in the hospital in addition to the absence of the facility in our health district has lead to the implantation of an endoscopy unit in our hospital. This issue discusses current concepts on the organization of an endoscopy unit, and shows our experience with the design and planning of an endoscopy unit in a pediatric hospital.

Palavras-Chave

endoscopia, serviços de diagnóstico, gastroenterologia.

Key Words

endoscopy, diagnostic services, gastroenterology.

A endoscopia digestiva alta apresentou grande avanço científico e tecnológico nas últimas duas décadas, com a incorporação de maior número de procedimentos, bem como a maior complexidade dos equipamentos necessários para realizá-los. A gastroenterologia pediátrica seguiu este movimento, e houve uma demanda crescente por procedimentos endoscópicos neste período. Na maior parte dos casos, a realização de procedimentos endoscópicos em crianças é realizada em unidades situadas em hospitais gerais, nas quais a maior parte do movimento é de pacientes adultos.

A organização do serviço em hospital especializado em pediatria nos coloca desafios relacionados a menor demanda e especificidades do atendimento a crianças. A implantação do serviço de endoscopia segue regras gerais, que devem ser adaptadas às características de cada serviço. No presente artigo, descrevemos os passos necessários à organização de uma unidade de endoscopia em geral, assim, como nossa experiência com a sua implantação no Hospital Infantil Cândido Fontoura (HICF).

A produtividade é influenciada pelo desenho da unidade de endoscopia, e a funcionalidade otimiza os resultados obtidos, sendo a eficiência um dos princípios guia do planejamento da unidade de endoscopia do futuro. Este, deve começar por dois conceitos básicos: a demanda atual a ser respondida por procedimentos endoscópicos e as necessidades previsíveis futuras do serviço. A análise do passado do serviço é útil neste planejamento. No HICF há um ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica com dois médicos atendendo 60 horas semanais. Antes da implantação do serviço, os

procedimentos endoscópicos solicitados eram encaminhados para agendamento em dois hospitais gerais de referência. A observação das características desta demanda nos permitiu concluir que seria necessário fazer basicamente endoscopias digestivas altas diagnósticas, que correspondem a mais de 90% das solicitações. Além disto, o serviço teria de atender pelo menos dois turnos por semana para evitar a formação de filas para agendamento. No nosso hospital não há ambulatório de Hepatologia, assim procedimentos como esclerose de varizes, ligadura de varizes e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica não seriam implantados. No entanto, projetou-se para futuro próximo a implantação da colonoscopia, pois com a divulgação do serviço e o aumento do volume de atendimentos no ambulatório, certamente haverá demanda que justifique a compra do equipamento. Assim, as características operacionais de cada unidade são únicas, e nunca haverá um único plano desenhado que seja aplicável a todos os casos.

A UNIDADE DE ENDOSCOPIA

A endoscopia digestiva, quando introduzida, usava geralmente salas multifuncionais para realizar os exames. O avanço da endoscopia, com suas novas possibilidades diagnósticas e terapêuticas, tornaram necessários requerimentos mínimos para o planejamento da unidade de endoscopia. A sua localização no hospital deve refletir sua relação natural com determinados setores do hospital, como a sala de emergência, a radiologia e a unidade de cuidados intensivos. Se houver uma unidade de internação específica de

gastroenterologia, a unidade deve se situar próximo a ela também. Como muitos procedimentos são ambulatoriais, os acessos à unidade devem ser facilitados aos pacientes ambulatoriais. O serviço de endoscopia que realiza procedimentos que empregam equipamento radiológico com frequência deve possuir tal estrutura no próprio serviço, enquanto se a utilização de tal equipamento for menos freqüente, e o serviço não dispor de equipamento de radiologia próprio, o setor de endoscopia deve situar-se próximo à radiologia.

A endoscopia digestiva em pediatria necessita com frequência de emprego de sedação profunda, com auxílio de anestesista. Neste caso, ou o serviço dispõe de equipamento próprio para sedação, ou deve empregar as dependências do centro cirúrgico. Nosso serviço utilizou-se de uma unidade multifuncional pré-existente, o centro cirúrgico, o qual não possui a melhor localização, pois está distante da unidade de terapia intensiva, do pronto-socorro e da radiologia. Alternativa descrita recentemente na literatura seria a constituição de uma unidade de sedação pediátrica, na qual seriam realizados os procedimentos que necessitassem de sedação, como endoscopia, biópsias retais ou de intestino delgado, tomografia, ressonância nuclear magnética, etc. Talvez este seja um caminho a ser seguido por hospitais especializados em pediatria, embora para tanto seria necessária a centralização em uma unidade de serviços que hoje são independentes.

A unidade de endoscopia possui alguns pré-requisitos de infra-estrutura que devem ser observados. A endoscopia necessita de fonte de luz, ligada a sistema elétrico estável de corrente alternada. O emprego de estabilizadores de corrente podem ser necessários para garantir

maior vida útil para lâmpadas. A complexidade da rede elétrica deve ser proporcional à dos procedimentos realizados, pois eventualmente serão necessários bisturis elétricos, outras fontes de luz, aspiradores, equipamento para captura da imagem, equipamento anestésico, equipamentos de informática e autoclaves. Além disto, são essenciais água corrente, ar comprimido e oxigênio. O ar comprimido é fundamental para a secagem do material e para a aspiração. A localização dentro de um hospital facilita o acesso a esta infra-estrutura básica.

O espaço físico dedicado ao serviço, o número de salas e suas dimensões será determinado pelo fluxo de pacientes e tipo de procedimento executado. O setor deve conter espaço para sala de entrevista, sala de recuperação, recepção dos pacientes, agendamento, sala de procedimento, limpeza, armazenamento, local para escrever laudos e secretaria. No mínimo cinco espaços devem compor uma unidade dedicada à endoscopia digestiva: recepção, secretaria, procedimento, limpeza e recuperação. As salas não devem ter cantos, para facilitar a limpeza das paredes. Além disto, os aspectos estéticos não devem ser esquecidos, uma vez que um ambiente agradável e esteticamente aceitável tranquiliza os pacientes, facilita a sedação e motiva a equipe para uma melhor performance.

Sala de exame. Geralmente preconiza-se uma sala de procedimento para cada 1500 a 2500 exames por ano, se considerado um serviço que realiza apenas endoscopia digestiva alta e ocupa a sala cinco dias por semana. Suas dimensões refletem o tipo de procedimento a ser realizado. A realização de ultra-sonografia endoscópica, colonoscopia ou CPRE exige uma sala com maiores dimensões, no mínimo de 18 metros qua-

drados, enquanto endoscopia digestiva alta necessita menos espaço. Assim, em unidades grandes as salas podem ser categorizadas e específicas para determinados procedimentos, de acordo com as características do serviço, em especial o volume relativo de cada procedimento. No entanto, os exames de rotina, que respondem pelo maior movimento da unidade, devem poder ser realizados em qualquer sala. O serviço deve estar preparado para mudar o emprego de cada sala, quando necessário.

A sala deve ser dividida em três espaços básicos, destinados ao paciente, ao assistente e ao endoscopista. A área do endoscopista é composta por duas partes, uma destinada aos papéis necessários (prontuário do paciente, solicitação de exames) e outra ao material descartável necessário (luvas, gazes, gel). A área destinada à assistente geralmente é mais complexa, e sua composição varia de acordo com o procedimento a ser realizado, podendo contar com acessórios endoscópicos (pinças de biópsia, cateter), drogas, material para manejar os espécimes coletados e um setor mais distante de armazenamento de material. Além disto, os locais limpos e infectados devem estar claramente delimitados, de modo que a área de manipulação de espécimes coletados e material contaminado com secreções deve ser restrita, separada da área relacionada à sedação. No caso da endoscopia com anestesia geral, as dimensões da sala devem prever espaço suficiente ao trabalho do anestesista. A mesa do procedimento é o foco central da sala, e deve estar acessível por pelo menos três lados.

O excesso de objetos na sala deve ser evitado, principalmente excesso de armários salientes. As portas de acesso a cada sala devem ser amplas o suficiente para permitir

a passagem de pacientes em maca ou cadeira de rodas e permitir a passagem de equipamentos, além de facilitar o acesso à limpeza terminal. Uma unidade que possui muitos equipamentos eletrônicos na sala não pode prescindir de ar condicionado. Além disto, deve haver fácil acesso a material de proteção individual e a local para lavagem de mãos. A utilização de espaços multifuncionais, compartilhado com outras especialidades, pode levar a conflitos pelo compartilhamento de materiais, equipamento e espaço. No nosso caso, a solução encontrada foi reservar uma sala do centro cirúrgico, com aproximadamente 10 metros quadrados, para a endoscopia. Isto permite a otimização da rotina e a centralização do material específico ao procedimento, além de evitar conflitos por espaço.

Sala de desinfecção. A sala de desinfecção deve possuir sistema eficiente de exaustão. Falha comum nos serviços de endoscopia é a pouca consideração pela área reservada para desinfecção. A área preconizada é de 30 metros quadrados em serviço que atenda de 2000 a 2500 pacientes por ano, isto sem comportar equipamento radiológico. No HICF utilizamos a central de material do centro cirúrgico, solução ainda não ideal, pois há a necessidade de montar a estrutura a cada dia de trabalho.

Outras salas. Compõe ainda o serviço a recepção, a recuperação e a secretaria. A recepção deve prover um espaço para a troca de roupas do paciente. Ao menos dois espaços para troca de roupas deveria estar disponível para cada sala de procedimento, pois um paciente deveria estar pronto enquanto o outro espaço aguarda o paciente que está fazendo o procedimento. A sala de recuperação deve ser

separada da sala de exame e da sala de espera, para diminuir a ansiedade dos pacientes que estão aguardando. A secretaria deve possuir mesa para anotações e equipamento para gerar e armazenar laudos. A secretaria deve fornecer local adequado para armazenamento de fotografias e fitas VHS, se for o caso. A realização de colonoscopias implica em uma sala de preparo com toalete disponível e uma assistente dedicada ao preparo. Tal providência otimiza o funcionamento do serviço, pois resulta em menor quantidade de exames desmarcados por falha do preparo. Além disto, há necessidade de maior número de toaletes para realização destes procedimentos. A forma como organizamos o serviço levou a um funcionamento diferente do tradicional, uma vez que utilizamos uma unidade multifuncional dedicada a pacientes internados. Assim, estas demais salas são localizadas a distância da sala de procedimento, utilizando o espaço do hospital. A recuperação é feita em duas partes: inicialmente na sala de recuperação do centro cirúrgico e logo após em leito de enfermaria, em regime de hospital dia.

EQUIPAMENTO

O material básico necessário à realização do exame endoscópico está disposto na tabela 1. Os principais equipamentos de uma unidade de endoscopia são o endoscópio e a fonte de luz. É recomendada a existência de três gastroscópios por sala, o que pode representar um exagero em serviços grandes. No entanto, em serviço pequenos, para garantia do fluxo de atendimento é importante três aparelhos, dos quais um estaria em uso, um em reprocessamento e um como reserva funcional. No caso de um serviço focado em pediatria, um destes apa-

relhos pelo menos deveria ser adequado ao exame de pacientes adolescentes. As mesmas regras valem para os demais procedimentos, como CPRE ou colonoscopia.

A unidade deve possuir um local para armazenagem dos aparelhos dispostos com a parte de inserção esticada, em posição vertical ou horizontal. A posição vertical possui a vantagem adicional de facilitar a secagem por escorrimento. O armário empregado para armazenar o material deve ser ventilado, para evitar contaminação por fungos.

Além disto, deve haver duas fontes de luz por sala, uma em uso e uma como reserva. Os acessórios endoscópicos deveriam estar disponíveis em quantidade determinada pela demanda do serviço, e o recomendado seria uma quantidade que permita a utilização uma única vez no dia. No nosso caso, o acessório mais importante é a pinça de biópsia, a qual pode ser reprocessável ou descartável. A utilização de pinças reprocessáveis tem demonstrado ser custo eficaz. No entanto, as exigências atuais de reprocessamento por esterilização podem representar uma dificuldade para seu uso e levar a progressiva adoção de pinças descartáveis. Outros acessórios obrigatórios são cateteres para injetoterapia, acessórios para retirada de corpo estranho e alças de polipectomia.

O equipamento de limpeza também é considerado fundamental ao funcionamento de serviço. De um modo geral, são necessárias caixas de tamanho adequado à imersão do endoscópio em detergente e desinfetante, sem angulação excessiva do aparelho. O serviço deve realizar a escolha de um desinfetante padrão que seja adequado aos seus equipamentos. No nosso serviço usamos glutaraldeído a 2%. A limpeza das

pinças de biópsias pode ser facilitada com aparelho de limpeza por ultrassom, geralmente disponível em centros cirúrgicos. Grandes unidades de endoscopia geralmente empregam máquinas de lavar, às quais garantem a correta irrigação dos canais com detergente e desinfetante em ciclos com a duração controlada. No entanto, algumas destas máquinas possuem falhas que facilitam a contaminação do equipamento, sendo recomendado que o serviço observe eventuais restrições e cuidados para que isto não ocorra, bem como faça a manutenção deste equipamento conforme recomendado pelo seu fabricante.

Outros equipamentos obrigatórios incluem eletrocautério, material de reanimação e monitorização. O eletrocautério é o material associado a maior número de acidentes durante exames e, para evitar surpresas, sua manutenção deve ser cuidadosa, conforme a recomendação do fabricante. Geralmente, tal equipamento deve ser disponível em número de dois, sendo um para uso e um como reserva. Os materiais de reanimação, como bolsas de ventilação e material para intubação orotraqueal, devem ser adequados à idade dos pacientes atendidos e testados regularmente. Além disto, devem estar disponíveis monitores cardíacos, oxímetros de pulso e esfigmomanômetros tanto para a sala de procedimento quanto para a sala de recuperação, além de um para reserva.

Materiais descartáveis necessários incluem material para venóclise, soluções para uso intravenoso, gases, lençóis e roupas para os pacientes. No caso destes últimos não serem descartáveis, a unidade deve prever a integração com a lavanderia e uma quantidade disponível que evite a falta de material. Por fim, computador é necessário para

agendamento, geração de laudos, cobrança, banco de dados, análise de dados e manipulação de imagens.

RECURSOS HUMANOS

Os profissionais envolvidos são endoscopista, assistente, enfermeira e secretária. Os endoscopistas da unidade devem estar treinados a realizar os procedimentos propostos. O número de médicos necessários depende do tipo de vínculo empregatício de cada profissional, pois se deve levar em conta férias, licenças, etc, além do volume de procedimentos, e do tempo gasto em consulta com os pacientes e tempo gasto em reuniões do serviço bem como outros serviços. Unidades com função associada de ensino devem levar suas atividades didáticas em conta, também.

O outro profissional fundamental ao sucesso do procedimento endoscópico é a assistente, chamada no exterior de assistente gastrointestinal (GIA, Gastrointestinal assistant), no nosso meio geralmente é uma auxiliar de enfermagem deslocada para o setor. Este funcionário auxilia o endoscopista em todas as etapas do procedimento, além de realizar o reprocessamento do equipamento. Assim, este profissional deveria receber treinamento específico a respeito do procedimento, suas complicações, e cuidados com os equipamentos. O rodízio do pessoal de enfermagem entre outros setores do hospital deve ser evitado.

O número geralmente recomendado é 1,5 a 1,8 assistentes por sala de procedimento, e em unidades maiores deve ser observado rodízio destes assistentes na sala de desinfecção para evitar superexposição aos vapores tóxicos emanados. A enfermeira tem papel fundamental em uma unidade de

endoscopia, na coordenação da equipe de assistentes, na orientação técnica às assistentes, no auxílio em determinados procedimentos, e no manejo dos equipamentos quanto à programação de sua manutenção, armazenamento e reposição. A enfermagem na área de endoscopia é um campo em rápida evolução, havendo encontros profissionais especializados e entidades. A unidade necessita de uma enfermeira designada para esta função, a qual deve possuir treinamento específico. Unidades hospitalares de endoscopia que não possuam tal profissional devem preparar alguém de seu corpo funcional para a função, providência que leva a menor custo de manutenção do serviço, além de otimizá-lo. Por fim, unidades grandes, com mais de 3000 exames por ano, necessitam de secretária e recepcionista.

AGENDAMENTO E PLANEJAMENTO

A análise do produto de uma unidade de endoscopia em unidades de procedimento facilita a construção de uma agenda eficaz e o planejamento da unidade. Como observamos na tabela 2, o exame em si é um passo pequeno dentro do procedimento endoscopia digestiva, uma pequena parcela de um processo complexo. Isto deve ser levado em conta no agendamento, principalmente, para evitar perspectivas irreais quanto à capacidade do serviço, que podem por em risco tanto a realização dos exames quanto os corretos cuidados com o equipamento. O tempo necessário para que o procedimento seja realizado é diferente para cada tipo de procedimento, e as unidades devem estar familiarizadas com a relação existente entre

os tempos dos diversos tipos de procedimento que realiza, de modo a realizar um correto agendamento. Por exemplo, se considerarmos uma endoscopia digestiva alta com biópsia como uma unidade de tempo, no mesmo serviço uma colonoscopia pode equivaler ao dobro. Há vários fatores que interferem no tempo gasto para cada exame, como necessidade e qualidade do preparo, tipo de sedação empregada, idade do paciente e tipo de unidade de endoscopia (unidades com função didática tendem a demorar mais em cada unidade de procedimento). Desta forma, o planejamento da agenda deve ser estimado a partir da realidade observada no serviço. Além disto, está demonstrado que em um serviço 100% eficiente as filas de espera são inevitáveis, se aproveitada 100% da capacidade do serviço, porque há duas fontes de incerteza: os pacientes não chegam na mesma hora agendada e os procedimentos não duram sempre o mesmo tempo. Em nosso serviço, que realiza apenas um tipo de procedimento, o agendamento se torna facilitado, e prevemos geralmente uma endoscopia a cada 40 minutos. Como nossa unidade atende um dia por semana em dois turnos, a atual agenda prevê 100% de ocupação, com 12 vagas para agendamento e um para paciente prioritário, geralmente internado ou em PA.

Como regra geral é recomendado que sejam agendados 80% da capacidade máxima estimada de cada sala de procedimento, sendo observado que os procedimentos só podem começar 30 minutos depois de aberto o setor, pois no início do dia é recomendado realizar desinfecção do aparelho, e devem terminar duas horas antes do fechamento da unidade, para permitir tempo

adequado de recuperação dos pacientes e a limpeza terminal das salas de procedimento. Para cada sala de procedimento deve haver uma tabela de horários que leve em consideração a complexidade dos procedimentos realizados no serviço (com a utilização de unidades de tempo procedimento). Alguns procedimentos especiais, como CPRE por exemplo, podem ser restritos a uma só sala, e isto deve ser levado em conta no agendamento. Uma agenda multifuncional deve ser cuidadosamente manejada por uma experiente secretária.

A unidade deve possuir um banco de dados que permita a geração de estatísticas a respeito do serviço. Tais dados ajudarão a planejar o futuro da unidade, corrigir falhas e detectar precocemente eventuais problemas técnicos. Na unidade pequena, os problemas são mais visíveis, e a manutenção destes dados pode não ser prioritária.

Os custos de aquisição e manutenção dos equipamentos devem ser estimados no planejamento da unidade de endoscopia. A viabilidade financeira deve ser corretamente pesquisada, tendo em vista que vivemos uma época de dificuldades na obtenção de financiamentos devido aos elevados juros praticados, bem como restrições de recursos à saúde, tanto pública quanto privada. Além disto, o custo da mão de obra pode comprometer a viabilidade financeira da unidade. Muitas vezes, procedimentos complexos podem ser problemáticos em número de horas de trabalho e não gerarem o retorno financeiro esperado.

Além disto, em países em desenvolvimento, o custo de manutenção pode ser um obstáculo importante à continuidade do serviço, comprometendo todo o projeto assistencial.

Estratégias para reduzir tal risco incluem o compartilhamento do equipamento em uma equipe multidisciplinar, quando for possível, e a negociação de serviços pós-venda por parte do fornecedor do equipamento. O endoscópio não possui uma vida útil corretamente estimada, mas geralmente podemos esperar que possam ser feitos de 500 a 1000 exames antes de manutenção com maior custo. Unidades com funções de ensino, com pessoal assistente não especificamente treinado, ou com vários endoscopistas, de diferentes níveis de treinamento, geralmente tem maior gasto de manutenção do equipamento.

Por fim, a direção da unidade deve estar atenta à legislação regulatória vigente, originária principalmente dos conselhos de classe e da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), às quais eventualmente o serviço necessita adequar-se.

A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL INFANTIL CÂNDIDO FONTOURA

Algumas dificuldades e particularidades apresentadas pela implantação de um serviço no Hospital Infantil Cândido Fontoura foram descritas ao longo do texto. O serviço foi iniciado com um gastroscópio flexível em novembro de 2000, agendando procedimentos (endoscopia digestiva alta diagnóstica) um turno por semana (cinco vagas por dia). O serviço apresentou demanda e movimento crescentes (figura 1), até que no segundo semestre de 2001 havia uma fila na marcação dos exames de dois a três meses. Nesta época, a grande espera pela marcação prejudicou significativamente o serviço pelo aumento no número de faltas ao exame. No

período foram realizadas 236 endoscopias, em pacientes de 1 mês de idade a 17 anos de idade, com idade média de 9,65 anos. A maior parte dos pacientes atendidos era oriundo do ambulatório do hospital (figura 2)

No primeiro semestre de 2002 o serviço foi descontinuado por falta de recursos necessários ao reparo do equipamento. A experiência inicial do serviço nos mostrou a importância de existir mais de um aparelho e prever manutenção eficiente. No corrente ano, o serviço foi reaberto, com dois aparelhos em uso, ambos novos e com programação para manutenção preventiva conforme as recomendações do serviço de revenda. Atualmente, o serviço está atendendo dois turnos por semana, e realiza endoscopias digestivas altas diagnósticas.

Nossa experiência nos permite concluir que o planejamento orientado pelo perfil da demanda é fundamental para a implantação de um serviço de endoscopia digestiva em um serviço público de pediatria. A complexidade dos procedimentos realizados dependerá da integração com outros serviços de referência da rede. No entanto, acreditamos que há uma importante deficiência de serviços endoscópicos em pediatria na região do hospital, e prevemos que será necessária a ampliação do leque de produtos oferecidos.

Tabela 1. Equipamento básico para a realização de endoscopia digestiva

- Local para lavagem das mãos
- Banheiro
- Mesa de exame
- Equipamento e soluções para acesso intravenoso
- Material e capacidade de aspiração

- Medicamentos: analgésicos, sedativos, anticolinérgicos, drogas de reanimação
- Monitorização (oximetria de pulso, monitor cardíaco, esfigmomanômetro)
- Equipamento de reanimação
- Local para reprocessamento e armazenagem do equipamento endoscópico
- Endoscópio e fonte de luz
- Acessórios endoscópicos
- Eletrocautério
- Equipamento para reprocessamento (limpeza, desinfecção, enxágüe e secagem)
- Equipamento de proteção para os profissionais envolvidos

Tabela 2. A unidade de procedimento em endoscopia digestiva.

Pré-procedimento

- Agendamento
- Avaliação inicial
- Instrução ao paciente, entrevista
- Preparo
- Pré-medicação
- Preparo da sala e equipamento

Procedimento

- Exame
- Manejo dos espécimes e biópsias

Pós-procedimento

- Recuperação
- Monitorização
- Instruções ao paciente
- Agendamento
- Alta
- Reprocessamento (limpeza, desinfecção, enxágüe, secagem)
- Geração do laudo (elaboração, escrita, impressão, arquivamento)
- Processamento dos dados
- Cobrança

Figura 1. Número de exames e de faltas ao exame no serviço de endoscopia de HICF de novembro de 2000 a fevereiro de 2002.

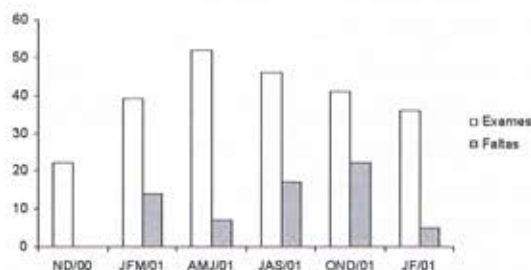
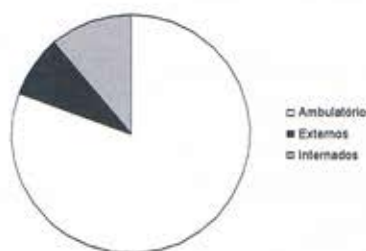


Figura 2. Procedência dos pacientes atendidos no serviço de endoscopia do HICF de novembro de 2000 a fevereiro de 2002 (n = 236).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. ASGE guidelines for clinical application. Establishment of gastrointestinal endoscopy areas. *Gastrointest Endosc* 1999; 50(6):910-2.
2. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Multi-society guideline for reprocessing flexible gastrointestinal endoscopes. *Gastrointest Endosc*. 2003; 58(1):1-8.
3. COSTA, Maria Luiza; Cardo, Denise M; Ferrari, Angelo P. Levantamento de rotinas de reprocessamento de endoscópios em hospitais do município de São Paulo. *GED gastroenterol. endosc. dig* 1997; 16(2):41-6.
4. Geocze S. Planejamento de uma unidade de endoscopia. In: SOBED. *Endoscopia Digestiva*. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.
5. Larson DE, Ott BJ. The structure and function of the outpatient endoscopy unit. *Gastrointest Endosc*. 1986; 32(1):10-4.
6. Mulder CJ, Tan AC, Huibregeste K. Guidelines for designing an endoscopy unit: report of the Dutch Society of Gastroenterologists. *Endoscopy*. 1997; 29(1):I-VI.
7. Raiga J, Kasia JM, Canis M, Glowaczower E, Doh A, Bruhat MA. Introduction of gynecologic endoscopic surgery in an African setting. *Int J Gynaecol Obstet*. 1994; 46(3):261-4. 677.
8. Scott B, Atkinson M. Gastroenterology services: a regional review of changes over a five year period (1981-86). *Gut* 1989; 30(5):695-700.
9. Sivac Jr MV, Manoy R, Rich ME. The endoscopy unit. In: Sivac Jr MV. *Gastroenterologic Endoscopy*. Philadelphia: Saunders, 1997.
10. Sonnenberg A. Waiting lines in the endoscopy unit. *Gastrointest Endosc*. 2000; 52(4):517-24.

SÓ VINGA O HOSPITAL QUE FOR COMPETITIVO

Estágio: Passaporte para o sucesso no mercado de trabalho

Profº Paulo Moreira da Costa
Elizabeth da Conceição, da
Assessoria de Imprensa do CIEE
Cláudia Cerresi Nogueira da
Divisão de Comunicação e
Imprensa da Central de Estágio

Ter uma primeira chance no mercado de trabalho sempre foi difícil para os jovens, pela exigência e experiência prévia, que gera o círculo vicioso: se não tem experiência não trabalha; se não trabalha não adquire experiência.

O estágio surgiu para minimizar esse círculo vicioso, proporcionando ao jovem estudante condições de aplicar na prática os conhecimentos adquiridos na escola, com a vivência do ambiente empresarial. A partir do estágio, ainda, o aluno desenvolve o senso de responsabilidade, pois tem que cumprir prazos, horários, e habilidades e competências individuais, valorizadas pelo mercado, como flexibilidade, criatividade, trabalho em equipe, entre outras.

Outro benefício do estágio, de acordo com pesquisa realizada pelo CIEE - Centro de Integração Empresa - Escola com jovens estagiários é a bolsa-auxílio concedida pelas empresas. Com esse tipo de remuneração, o estudante não só custeia seus estudos, com o pagamento à escola e compra de material didático, como também contribui para o orçamento familiar.

Para que o estágio seja eficaz e cumpra seu papel, é importante que exista uma supervisão dupla sobre o programa, pelo representante da escola e pela empresa. A presença da escola é fundamental, pois cabe a ela, acompanhar e reforçar o intuito pedagógico do estágio. Além disso, quem mais além dela vai poder definir critérios como a carga horária mais indicada em cada programa? Argumenta Luiz Gonzaga Bertelli, presidente executivo do CIEE.

A figura do agente de integração, como o CIEE, pode ser acionada por escolas, empresas e estudantes, para que ele, mediante convênios, se responsabilize pela administração dos programas, desde a captação de oportunidades, até o acompanhamento da situação do estudante.

ESTÁGIO NÃO É TRABALHO

É importante diferenciar o estudante que faz estágio, do trabalhador que precisa estudar. O estagiário não é um aluno que trabalha e não deve ser entendido como tal.

“Deve ter seu programa específico atendendo as necessidades da escola”, destaca Bertelli.

Segundo ele, o mais importante nisso tudo é a qualidade do estágio, o que independe da sua jornada, seja ela de 4,6 ou 8 horas. De acordo com os dados apurados pelo CIEE, em suas unidades no Brasil, 39% dos estudantes de nível superior atuam em empresas públicas, mistas ou privadas, cumprindo carga horária de 8 horas, 47% fazem estágio de 4 horas e 14% de 6 horas.

“O estágio representa o início de um currículo que no futuro certamente será exigido como condição inicial para que o estudante possa ser admitido em um emprego, avalia o Professor Amauri Mascaro, considerado um dos maiores especialistas do Direito do Trabalho no Brasil. “É uma questão de política educacional e temos que optar: ou queremos os estágios, com a fiscalização correta para coibir abusos, ou fechamos as portas para esse tipo de formação de mão-de-obra qualificada”, conclui Amauri Mascaro.

Milhares de estudantes em todo o País encontram-se estagiando em numerosas empresas, agregando ao seu aprendizado, a indispensável experiência prática e conhecimentos sobre os novos processos administrativos e tecnológicos.

Embora expressivos, esses números estão longe de atender à demanda de estudantes por estágios. O sistema nacional CIEE tem cadastrado, atualmente, 600 mil jovens talentos, que aguardam uma oportunidade de estagiar.

A comparação entre os estágios concedidos e os relativos à demanda reprimida permite uma conclusão: ao mesmo tempo

em que numerosas empresas já estão conscientizadas sobre a importância do estágio como ferramenta eficiente de captação profissional, outros ainda se comportam timidamente nesse processo. Assim persiste o desafio de ampliar as oportunidades de estágio no setor empresarial brasileiro.

O estágio é o primeiro canal para a ligação entre os universos empresarial e acadêmico. Há 40 anos, o CIEE atua no sentido de estreita parceria entre esses dois mundos. O número de estagiários efetivados, nesse período, que supera a casa de três milhões, permite mensurar esse trabalho de aproximação.

É importante que os empresários e executivos da área de Recursos Humanos tenham consciência de que o estagiário não deve ser utilizado como mão-de-obra secundária ou substitutiva do profissional já formado. Trata-se, ao contrário, de uma ferramenta de aperfeiçoamento e capacitação profissional, com ganhos para a própria empresa, a escola e o estudante.

Mais informações sobre estágio e como concorrer a vagas através do site do CIEE.

CENTRAL DE ESTÁGIOS APOSTA NO FUTURO PROFISSIONAL

Empresa da Organização Gelre busca integração entre a teoria e a prática; estudantes do IPH são contratados por grandes empresas. Nada melhor do que possuir alguma bagagem profissional na hora de procurar o tão desejado primeiro emprego e romper com aquele famoso círculo vicioso: o estudante não consegue emprego porque não tem experiência e, se não tem experiên-

cia, não vai conseguir emprego. Para mudar esse quadro, é fundamental que os jovens tenham a chance de conseguir uma boa oportunidade de trabalho durante a fase de estudo para colocar em prática aquilo que estão aprendendo na teoria.

Investir na formação profissional é a chave para um posicionamento estratégico das empresas em um mercado altamente competitivo e em permanente mudança. A Central de Estágios, empresa da Organização Gelre, vem atuando há 16 anos na integração entre empresa, estudante e instituição de ensino, proporcionando aos jovens do ensino médio, profissionalizante do ensino médio, educação especial e superior a experiência de um estágio. "A empresa oferece a oportunidade de qualificação aos estudantes através de programas de estágios adequados a cada curso e supervisão constante, o que facilita o ingresso posterior no mercado de trabalho", afirma Telma Helena B. Moreira, gerente geral da Central de Estágios. Segundo Jan Wiegerinck, presidente da Organização Gelre, o estágio colabora para transformar o estudante em um profissional qualificado.

"São eles que exercerão cargos executivos nas organizações do futuro". Entre os mais de 10 mil estudantes contratados através da Central de Estágios está Conrado de Oliveira Vincoletto, de 18 anos, que cursa o 2º ano de Administração de Empresas no Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares (IPH). Ele estagiou durante 10 meses na área administrativa da Siemens Building Technologies, onde atuou na área de logística. Além disso, ele orientava os clientes da empresa sobre os equipamentos de prevenção a incêndios.

Em sua primeira experiência de estágio, ele declarou ter aprendido muito com a oportunidade. "Na Central de Estágios fui muito bem atendido e encaminhado". Sandra de Souza Freitas, 26 anos, que também trabalha na Siemens, há um ano e três meses, considera que todo o processo de seleção e encaminhamento da Central de Estágios foi conduzido de forma objetiva e profissional. Na empresa, ela cuida do atendimento ao cliente, elabora gráficos e planilhas, digita relatórios e agora está treinando outras pessoas para a função. É o seu primeiro estágio, depois de passar por cinco empregos desvinculados daquilo que estuda. "Tenho certeza que dei um passo à frente". Outra estagiária, Renata da Silva Cruz, 22 anos, formada em Administração de Empresas pelo IPH, atuou na Polibrasil Resinas durante nove meses. Ela fez estágio como técnica de vendas; sua função era atender clientes por telefone, identificando suas necessidades e elaborando pedidos. Integrada ao SAC, que no caso da Polibrasil significa Solução de Ação Corretiva, ela encaminhava reclamações, sugestões e pedidos de trocas de materiais, o que garante uma visão mais global do funcionamento da empresa. Depois de passar três anos trabalhando com medicina ocupacional e outros quatro na área de comércio exterior, ela garante que o seu primeiro estágio foi muito produtivo. "Indico a Central de Estágios para todos os meus colegas de faculdade. Em apenas 20 dias eu já estava empregada", afirma.

CONHEÇA A CENTRAL DE ESTÁGIOS

A empresa administra atualmente mais de 10.000 estagiários em empresas de

diferentes setores, no Brasil e no exterior. Através das 84 unidades da Organização Gelre, instaladas nas principais capitais e cidades do País, e de 11 escritórios na Argentina, para atendimento do Mercosul. Outras informações e como cadastrar-se nas vagas de estágio devem ser feitas através do site da Gelre.

DEPOIMENTOS DE ESTAGIÁRIAS DO IPH

“O estágio é na verdade a prática dos conceitos teóricos que temos na faculdade. Temos oportunidade de vivenciar o dia-dia de corporações e conviver com pessoas experientes que tem muito a nos ensinar, e ao mesmo tempo podendo também repassar conceitos que obtemos na faculdade, para preencher a rotina administrativa. É bom frisar que o estágio é um complemento curricular ao ensino superior, e não uma mão de obra barata para as empresas. Pois uma empresa séria sabe exutar as sugestões de melhoria dadas pelos estagiários e estuda e coloca-as em prática”. Thaís Vincoletto - aluna do 4º ano de Administração de Empresas do IPH - Estagiária na empresa Sul América.

“Ao longo dos quase dois anos, no Avari de Campos, tenho experimentado situações vitais para minha carreira praticando diariamente o que estudo na faculdade. Aprendo muito com todos e estou diretamente ligada a todos os processos na empresa, faço questão de me envolver e aprender o que cada um faz. Como o Edivan Vieira (frentista) aprendi a abastecer e atender um cliente na pista, com o

Alexandre Ronelo (gerente da loja de conveniência) aprendo sobre logística, compras, inventários, dentre outros. Com o Sr. Guilherme Avary de Campos, aprendo a gerenciar a empresa, porque ele pratica o que na faculdade denominamos de “empowerment” ou seja ele dá poderes e liberdade de assumir responsabilidades e comandar a organização, confia e sabe que sou capaz e faz com que minha auto confiança torne meu trabalho excelente. O Centro Automotivo Avary de Campos Ltda., é outra empresa depois da minha entrada na organização. Informatizei todos os relatórios que antes eram enviados para a Shell preenchidos manualmente, cuido do RH do posto, das contas correntes, contas a pagar e procuro ser justa para com todos, mostro aos funcionários que eles são o maior bem da nossa empresa pois são eles que fazem da Shell uma empresa respeitada no mercado.

No meu Estágio na Avary de Campos, descobri que sou apaixonada por Administração de Empresas - Adriana Silveira de Oliveira, aluna do 4º ano de Administração de Empresas do IPH.

“A importância do meu estágio na Fundação Pró Sangue para minha carreira, visa ter conhecimentos e condições para o meu potencial de realização profissional.

“Como estagiária estou tendo a oportunidade de cada dia aprender os conhecimentos que servirão de base quando eu estiver montando estratégias para desenvolvimento de projetos dentro do fantástico mundo do ambiente da Administração Hospitalar.

Meu estágio atualmente, representa

satisfação pessoal e que será agregado aos meus conhecimentos para melhoria no gerenciamento do sistema de saúde do meu país". Ângela Maria de Freitas Barbosa - Aluna do 4º ano de Administração Hospitalar do IPH.

"A importância do Estágio na minha carreira profissional, é que está me possibilitando abrir um leque de conhecimentos que não teria, tão facilmente, se estivesse trabalhando ou exercendo um cargo específico. O Estágio nos dá uma visão da empresa como um todo dentro do mercado de trabalho, além de nos beneficiar, nos faz crescer profissionalmente, fazendo com que o estudante esteja mais inteirado nas discussões em sala de aula, vivenciando a linguagem empresarial juntamente com a linguagem acadêmica. Abre novos horizontes, dá amadurecimento quanto ao curso propriamente dito, estimula o aluno a buscar o melhor desempenho e é uma porta aberta tanto no contexto profissional quanto as pesquisas científicas" Silvia Martinelle, aluna do 4º ano de Administração Hospitalar do IPH.

Onde se Cadastrar para Estágio

- * www.ciee.org.br
- * www.gelre.com.br
- * www.cdcidort.com.br
- * www.fundap.sp.gov.br

Karman

arquitetura de hospitais

arquitetos

Jarbas Karman
Domingos Fiorentini

50 anos de experiência
400 hospitais projetados

rua Piracuama 21, Sumaré
cep 05017-040 São Paulo – SP
tel (011) 3872 6063
fax (11) 3872 6063 ramal-13
hospitaisharman@karman.com.br
www.karman.com.br

IPH – Cinquentenário

Profº Albino Pereira Salgueiro

Docente do IPH

Século XX, década de cinquenta, mais precisamente 1954. O Brasil vive um momento político de inquietações. Assume o governo federal o Vice-Presidente da República João Fernandes Campos Café Filho, uma vez que o Presidente Getúlio Dornelles Vargas, tendo dificuldade em manter o projeto nacionalista, compromisso firmado nas campanhas eleitorais, e sofrendo grandes pressões políticas partidárias, prefere a morte ao constrangimento da renúncia.

O quadro social é de imprevisões: declínio de antigas sociedades patriarcais; comerciantes de importação e exportação que temem a diminuição de seus ganhos com a industrialização brasileira; pontos de estrangulamento setoriais; desequilíbrio regional – êxodo rural, principalmente da região Nordeste em decorrência das sucessivas secas e do atrativo de novos pólos industriais da região Sudoeste; intervenção do Estado e controle da entrada de capital estrangeiro – surgimento das empresas estatais e de economia mista.

É nesse clima de turbulência que um homem, verdadeiro desbravador, animado por uma convicção científica, uma visão futurista nata e consciente das circunstâncias da época, coloca em prática o seu ideal, fundando um Instituto de Pesquisa com o intuito de associar as ciências exatas, biológicas e humanas no contexto administrativo da saúde brasileira. Dr. Jarbas Karman é esse o idealizador. Homem cuja experiência de vida entrelaça com a ciência. E quando se fala em experiência na pessoa do Dr. Jarbas, essa palavra toma dimensões incalculáveis: empreendimentos, relações sociais, pesquisas, viagens, cursos. É o cotidiano estribado no saber.

Mas essa experiência e esse saber teriam que ser equacionados, disciplinados e exteriorizados para o benefício da sociedade. O Instituto de Pesquisa cumpriria essa tarefa. Seria o ponto de confluência para o desenvolvimento do conhecimento e centralizador das inquietações científicas de seu fundador.

Dr. Jarbas sabia que esse Instituto estava sendo implantado no momento exato e sobre alicerces capazes de receber não só o peso das injunções, como também os pesos da glória, do desenvolvimento e do progresso.

Todas as qualificações e diretrizes da experiência do Dr. Jarbas fluíam na direção máxima que norteia a qualidade de um ser humano: a preocupação e o compromisso com a saúde de outrem, sobretudo de modo altruístico. A fundação do Instituto estava envolvida nesse objetivo. Contemplaria princípios humanitários da saúde na vertente dominada por seu idealizador: pesquisas hospitalares, campo auspicioso para quem conhecia os problemas de perto, por força das viagens pelo Brasil e pelo exterior. Dr. Jarbas conhecia a desorganização da saúde brasileira, a falta de pesquisa, a falta de planejamento, os desvios de recursos e

principalmente a falta de competência administrativa. Foi assim, para reparar desajustes, que surge o Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares – O IPH, entidade sem fins lucrativos, que consagra no seu jubileu a glória de seu empreendedor. E hoje, olhando para o passado onde foram vencidas todas as dificuldades, conclamamos a fiel vontade científica e social da instituição e de seu fundador, entrelaçados no mesmo propósito.

Sempre voltado para o bem estar social, para pesquisa e para saúde, o IPH, no limiar dos seus cinquenta anos, passou por várias fases de empreendimentos. No âmbito hospitalar, e seguindo o contexto internacional de administração, que teve seus primórdios disciplinados nos trabalhos de Frederick Winslow Taylor (Principles Management) e Henri Fayol (General and Industrial Management), o IPH questionou, inquiriu, e fomentou a administração hospitalar com visão técnica e acadêmica. Essas visões continuaram com a preocupação científica de seu fundador que buscou desenvolver núcleos de ensino que possibilitassem a formação profissional com capacidade de administrar hospitais e entidades similares. Essa preocupação estava na essência da formação cultural do Dr. Jarbas que seguia uma linha internacional científica baseada historicamente nos trabalhos da Association of Hospital Superintendents – Cleveland, American Hospital Association (AHA) e American College of Surgeons (ACS). Nessa linha de raciocínio, o IPH começou a desenvolver cursos de formação profissional para atuação no âmbito hospitalar. Importantes nomes que militavam no cenário da saúde se juntaram ao Dr. Jarbas para fortalecer o IPH, engrandecendo a entidade e, sobretudo, sem o propósito de lucro. Transferir conhecimentos era o principal objetivo.

Os cursos, até então de caráter técnico, necessitavam tomar outros rumos. Fervilhava nas veias da Diretoria do IPH e do Dr. Jarbas, como o seu Fundador, a vontade de criar um curso superior que formasse profissionais de nível universitário. Essa foi a meta seguinte, graças ao empenho de Diretores idealistas, em 14 de fevereiro de 1973, através do Decreto número 79.268, a Faculdade de Administração Hospitalar foi reconhecida e o IPH inaugura a primeira faculdade de administração hospitalar da América Latina. O Brasil ganha, assim, o primeiro curso universitário em nível de graduação, o qual formaria profissionais gabaritados para administrar hospitais e entidades congêneres.

A Faculdade de Administração Hospitalar – IPH é hoje uma grande realidade. Com uma invejável grade de disciplinas e um consistente corpo docente de mestres e doutores, confere aos seus alunos, além de uma formação profissional, uma formação humanística, ética e social. Isso garante ao futuro administrador hospitalar uma consciência ampla da problemática da saúde em vários segmentos da sociedade, tanto na esfera particular como na pública.

A importância da formação profissional do administrador diplomado pelo IPH é reconhecida não só no Brasil como no exterior. Em todas as regiões brasileiras, nos hospitais, casas de saúde e centros de diagnósticos existem profissionais que foram alunos do IPH. O eclético conhecimento recebido confere aos mesmos segurança e competência para administrar.

Mas o IPH não permaneceu estático. Paralelamente ao curso de graduação para a formação de administradores hospitalares, outra realidade começou a ser desenvolvida no cenário acadêmico. Cursos de pós-graduação foram sendo aprovados e regulamentados,

sendo que atualmente existem como “lato-sensu” os seguintes cursos: Saúde Pública, Gestão Empresarial, Administração Hospitalar, Farmacologia Clínica, Farmácia Hospitalar, Administração de Sistema de Saúde e Engenharia e Manutenção Hospitalar. Outros três cursos, também de pós-graduação, deverão ser iniciados em agosto de 2004. São os cursos de Humanização da Saúde, Sistema de Gestão de Atenção a Saúde do Idoso e Gestão em Sistema de Saúde.

Na esteira da graduação, em 5 de abril de 2001 o Ministério da Educação autorizou o funcionamento da Faculdade de Administração de Empresas, outra grande realização do IPH. A regulamentação dessa faculdade veio pela Portaria número 2943 de 21 de outubro de 2003.

É assim que o Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e Pesquisa Hospitalares – IPH tem cumprido sua missão, passo a passo, configurando e realizando o projeto de seu fundador, Dr. Jarbas Karman. Verdadeiro projeto de vida.

Na integração acadêmica dos cursos de graduação e pós-graduação do IPH, um profissional de altíssimo nível merece exclusivo destaque: Dr. Domingos M. F. Fiorentini. Guardião do IPH e fiel aos seus princípios humanitários, dirige os cursos da entidade com verdadeira maestria. Se não bastasse o disciplinar, o cumprimento das obrigações de dirigir os cursos referidos, Dr. Domingos completa os desígnios que lhe são impostos com a digna missão de ensinar. Eficaz mestre, ensina aos seus discípulos a arte da Arquitetura Hospitalar.

O Jubileu do IPH não poderia passar sem comemorações. Para tanto, foi formada uma comissão de professores, funcionários e voluntários, presidida pelo Dr. Domingos, a qual está empenhada no projeto dos festejos. Tal projeto inclui Mesas Redondas Acadêmicas, Lançamento da Revista-IPH, Selo Comemorativo, Comendas aos colaboradores do IPH, Placa em homenagem ao Dr. Jarbas, fundador do IPH, Semana do Administrador e, finalizando as comemorações, um Congresso das Faculdades de Administração Hospitalar em nível nacional.

Prof. Albino Pereira Salgueiro em nome da Dra. Tâmara Iwanow Cianciarullo, Coordenadora geral dos professores e dos funcionários, felicita o IPH pelos seus cinquenta anos de existência e por sua gloriosa missão.

O QUE O BRASIL PRECISA É BANIR DESPERDÍCIOS DISPENSÁVEIS E GASTOS PERDULÁRIOS



UIA - PHG São Francisco 2003

União Internacional de Arquitetos

Realizou-se, na Cidade de São Francisco, o XXIII Seminário do Grupo de Saúde Pública da UIA - União Internacional de Arquitetos.

Participaram do importante evento os seguintes arquitetos membros da UIA/PHG: Diretor Hans Evert-Gatermann(Alemanha); Secretária Janice Axon (EUA), Donald Axon (EUA), Astrid Debuchy e Astrid Maria Debuchy (Argentina); Romano Del Nord (Itália), Jarbas Karman (Brasil), Peter Korneli (Alemanha), Prosperidad Luis (Filipinas), Yasushi Nagasawa (Japão), Norwina Nawawi (Malásia), Peter Scher (Inglaterra), Berrak Seren (Turquia), Zakia Shafie(Egito), Fani Vavili (Grécia), Luub Wessels (Holanda), Moshe Zarhy (Israel), Angel Alvarez, Ruzica Bozovic-Stamenovic (Cingapura), Sophia Chatizicoccoli-Syrakou (Grécia), Ted Doufas, Hans Eggen (Suiça), Frank Jackman, Marigold Lai e George Mann, (EUA).

A viagem de estudo incluiu a visita aos Escritórios dos Arquitetos, sediados em São Francisco, autores de Projetos de Instituições de Saúde:- Anshen & Allen, Thistlewaite Arch Group, Skidmore, Owings & Merrill, LLP, Ratcliff Architects, Gordon H. Chong & Partners, NBBJ, The Design Partnership, KMD Architects, HOK San Francisco e Smith Group.

A programação incluiu, além de Sessões Plenárias, realizadas no auditório do Marine's Memorial Club & Hotel, a visita aos seguintes Hospitais:

Community Hospital of the Monterey Peninsula, Stanford University Medical Site, Lucille Packard Childrens Hospital, The Veterans Replacement Hospital at Palo Alto e The Kaiser Santa Clara Medical Center.

As fotos retratam os participantes do Seminário durante o Jantar de Confraternização e a homenagem do Arqº Hans-Evert Gatermann – Diretor da UIA/PHG, ao Arqº Donald Axon e sua esposa Sra. Janice Axon pela excelente organização do Seminário.



União Internacional de Arquitetos - UIA - PHG 2004

Realizar-se-á, em São Paulo, o XXIV Seminário Internacional do Grupo de Saúde Pública da UIA – União Internacional de Arquitetos, de 30 de Maio a 03 de Junho de 2004 e no Rio de Janeiro de 04 a 06 de Junho de 2004.

O atual presidente da UIA é o Arqº Jaime Lerner, eleito no Congresso de Berlim, de 2002.

A realização deste Seminário, do Grupo de Saúde Pública da UIA, é o primeiro a ter lugar no País.

A sua organização coube ao Arqº Jarbas Karman, Delegado do Brasil na UIA-PHG, por decisão da Diretoria da UIA-PHG, em reunião realizada durante o XXIII Seminário de São Francisco, EUA, do ano passado.

Tratando-se de importante evento, que congrega arquitetos de renome na área da arquitetura voltada à saúde, provindos de vários países do mundo, que elegeram o Brasil para sediar seu XXIV Seminário de Arquitetura Hospitalar, não poderia deixar de contar com a prestigiosa participação do IAB – Instituto de Arquitetos do Brasil e do Arqº Jaime Lerner, coincidentemente Presidente da UIA.

O IPH – Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares e outras importantes entidades mais, também contribuem, com a sua valiosa colaboração, para o sucesso do evento e para acolher condignamente, com a tradicional hospitalidade brasileira, os eminentes professores e profissionais internacionais especializados em arquitetura de instituições de saúde; entre estas entidades destacam-se:

- **Hospital Israelita Albert Einstein**, que sediará a parte científica do Seminário e franqueará a visita às suas instalações de tecnologia de ponta de nível internacional.
- **O Centro Universitário São Camilo**, que propiciará, aos ilustres convidados, um dia de palestras em seu Congresso Anual, na Hospitalar 2004, bem como visita à VI Exposição de Projetos de Arquitetura Hospitalar e visita à Feira de Equipamentos Hospitalares, na Expo Center Norte.
- **A Unidade – Centro de Promoção à Saúde** - O Complexo da Favela Paraisópolis, mantida pelo Hospital Albert Einstein e pelo seu dedicado Corpo de Voluntárias, que ensinará visita às suas instalações e acesso ao seu avançado Programa Social e de atendimento médico gratuito a 10.000 crianças e a gestantes da Favela.
- **O avançado Complexo Hospitalar da Unimed de Sorocaba** facilitará a visita às suas instalações, modelo de eficiência e de Instituição de Saúde inteiramente horizontal, baseado em fluxos segregados e diferenciados.

Durante os eventos, o Diretor Arqº Hans-Evert Gatermann de Dusseldorf – Alemanha, do Grupo de Saúde Pública da UIA, que por força dos Estatutos, dará lugar ao Arqº Martin Fiset, de Montreal – Canadá, será homenageado pela sua dedicação e pelo muito que realizou em prol da arquitetura hospitalar em todos esses anos que ficou à testa da UIA – PHG.

Aos visitantes será, ainda, dado a conhecer a arte, a arquitetura e engenharia brasileira, a Pinacoteca do Estado, o Jardim da Luz, o Prédio da Estação da Luz, o Museu de Arte Sacra, um Concerto na Sala São Paulo, a USP – Universidade de São Paulo, a FAU - Faculdade de

Arquitetura e Urbanismo e outras realizações mais, culturais e científicas.

Após o Seminário, ao seletor grupo de arquitetos internacionais, será ensejada a oportunidade de visitar o Rio de Janeiro, tomar contato, ao vivo, com seus encantos, sua cultura, música, dança, folclore e da gente e cordialidade brasileira

O brilho, reservado a este raro e importante encontro, não seria possível sem a patriótica e essencial colaboração das Empresas Patrocinadoras.

A todos os Patrocinadores e Colaboradores será dado o nosso reconhecido crédito e agradecimento no próximo número da Revista IPH, dedicada à comemoração dos 50 anos do IPH - Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares.

Arquitetos participantes e convidados para o seminário UIA-PHG 2004:

MARTIN FISET (Canadá) Diretor da UIA-PHG

ASTRID BOGEDAM DE DEBUCHY (Argentina)

ASTRID MARIA DEBUCHY (Argentina)

BERRAK SEREN (Turquia)

DIANA SANSANO (Argentina)

DONALD C. AXON (USA)

FANI VAVILI (Grécia)

GABRIELE EGGERT-MUFF (Alemanha)

GEOFF ABBOT (África do Sul)

GEORGE MANN (USA)

HANS EGGEN (Suiça)

HANS-EVERT GATERMANN (Alemanha)

JANICE AXON (USA)

JARBAS KARMAN (Brasil).

JUNICHI NAKAYAMA (USA)

LUDER CLAUSDORFF (Alemanha)

LUIS ENRIQUE LOPEZ CARDIEL (México)

LUUB WESSELS (Holanda)

MARIJKE WESSELS KAALEN (Holanda)

MOSHE ZARHY (Israel)

NICO DEN OUDSTEN (África do Sul)

NORWINA MOHD NAWAWI (Malásia)

PAUL BOLUIJT (Holanda)

PETER SCHER (Inglaterra)

PROSPERIDAD LUIS (Filipinas)

REGULA EGGEN (Suiça)

REINHILD NIEBUHR (África do Sul)

ROMANO DEL NORD (Itália)

SHIRLEY SCHER (Inglaterra)

UWE EGGERT (Alemanha)

VANGELIS CHRYSAPHIDES (Grécia)

XXIV International Public Health Seminar in São Paulo / Brazil

The 24th International Seminar of the UIA Public Health Group will take place in São Paulo, from May 30th to June 03rd; and in Rio de Janeiro, from June 04th to 06th.

This Seminar, PHG's first in Brazil, was organized by the Brazilian delegate to the UIA-PHG, Architect Jarbas Karman, as decided by the UIA-PHG's Board of Directors, convened at the 23rd International Seminar in San Francisco / USA, last year.

Such prestigious event - which congregates renowned Architects in the area of health-related Architecture, from all over the world, who elected Brazil to hold this year's Seminar - may not forgo IAB's - Brazil's Institute of Architects, prestigious participation, as well as Architect Jaime Lerner's, current UIA President, elected in the Berlin Congress/2002.

The IPH - **Brazilian Institute of Hospital Research and Development**, together with other important institutions, have contributed significantly to the success of this event, by welcoming, with characteristic Brazilian hospitality, the eminent professors, and other international professionals, specialized in the Architecture of health institutions. Among those contributors, we may single:

- **Albert Einstein Hospital**, which will host the Seminar's Scientific section, and open to visitors its state-of-the-art technical installations.
- **São Camilo Center University**, which will offer our illustrious guests a day of lectures in the context of their Annual Congress, at the Hospitalar 2004 convention, as well as a visit to the 06th Exposition of Projects on Hospital Architecture and to the Hospital Equipment Fair, at the Expo Center Norte pavillion.
- **Paraisópolis Slum Health and Social Unit** - The unit of Paraisópolis Shanty Town, maintained by the Albert Einstein Hospital and its dedicated Volunteers Corps, entices seminar participants to tour their facilities, and to witness their advanced Social Program and free health care system, dispensed to the community's 10.000 children and pregnant women.
- **Unimed de Sorocaba Hospital Complex** - This institution, located in the city of Sorocaba/SP, will also open its installations to visitors; a model of efficiency in a completely horizontal health institution, it is based on segregated and differentiated public/personal flux.

During the event, the Director of the Health Policies Group of UIA, Architect Hans-Evert Gatermann, from Dusseldorf / Germany, who, by Statutory stipulation, is stepping out of office, will be rend homage, for his achievements and dedication in behest of Hospital Achitecture, during all these years ahead of the UIA-PHG. He will be succeeded by architect Martin Fiset, from Montreal Canada.

The visitors will also have the opportunity to taste some Brazillian Art, Architecture, and Engeneering, visiting the Luz Gardens, the Luz Station, the Pinacoteca do Estado (art gallery), the Sacred Arts Museum, the University of São Paulo (USP), the Architecture and Urbanism College,

and other cultural and scientific points of interest., as attend a concert at the new Sala São Paulo.

After the Seminar, this select group of scholars will be granted also an opportunity to visit charming Rio de Janeiro, to get in touch with its vibrant culture, dance, and folklore, and to experience its people and cordiality.

Last, but not least, we should not fail to mention and acknowledge our sponsors, without whose essential and patriotic support, the brilliancy of this rare and important event would have been veiled. Due credit and recognition will be given them, as well as to other collaborators, in the Revista IPH's 50th Anniversary issue – the magazine of the Brazilian Institute of Hospital Research and Development.

XXIV International Public Health Seminar in São Paulo / Brazil

- 1) **VANGELIS CHRYSAPHIDES** and **FANY VAVILI** - GREECE
Theme: "Designing Primary Health Care Buildings in Rural Areas"
- 2) **ROMANO DEL NORD** - ITALY
Theme: "New trends in healthcare facilities design"
- 3) **ASTRID MARIA DEBUCHY AND ASTRID DE DEBUCHY** - ARGENTINA
Theme: "The environment and the health facility" "El medio ambiente y los recursos físicos en salud".
- 4) **HANS EGGEN** - SWITZERLAND
Theme: "New Clinic for Rehabilitation" in Sion Switzerland Subtitle: Design to Change.
- 5) **GEORGE MANN - JUNICHI NAKAYAMA** - USA
Theme: "New megatrends in health facility design"
- 6) **LUUB WESSELS** - HOLLAND
Theme: "The new Integral Evaluation System called "Qind" - Quality Index"
- 7) **PAUL BOLUIJT** - HOLLAND
Theme: "General Ward Units and/or Outpatients department"
- 8) **FANI VAVILI** - GREECE
Theme: "General Ward Units: What is new?"
- 9) **DONALD C. AXON** - USA
Theme: "Hospital and Clinics: Vital Co-Operations Needed!"
- 10) **LUDER CLAUSDORFF** - GERMANY
Theme: "The operating theatres of the world"
"Facilities for day surgery"
- 11) **LUIS ENRIQUE LOPEZ CARDIEL** - MEXICO
Theme: "Future Hospitals Transborders- Puebla Panama Plan"
- 12) **UWE EGGERT** - GERMANY
Theme: Masterplanning, Clinics Stuttgart, Germany

- 13) **NORWINA MOHD NAWAWI** - MALAYSIA
Theme:
- 14) **GEOFF ABBOT/ NICO DEN OUDSTEN** - SOUTH AFRICA
Theme: "Restructuring a Health Service: The South African Experience"
- 15) **JARBAS KARMAN** - BRAZIL
Theme: The Tecnical Spaces and Hospital Design - some basic requirements
- 16) **HANS-EVERT GATERMANN** - GERMANY
Theme: Primary Care Hospitals in a Network of Healthcare Facilities
- 17) **MOSHE ZARHY** - ISRAEL
Theme: Redesign and updating of existing Hospitals
- 18) **PROSPERIDAD LUIS** - PHILIPPINES
Theme: While Waiting for a Kidney" - The Design of a Dialysis Center.
- 19) **DIANA SANSANO** - ARGENTINA
- 20) **MARTIN FISET** - CANADA
- 21) **BERRAK SEREN** - TURKEY
- 22) **PETER SCHER** - ENGLAND

SCHEDULE OF EVENTS

24TH SEMINAR UIA PUBLIC HEALTH WORK PROGRAMME
SÃO PAULO, BRAZIL

São Paulo - Saturday, May 29, to Friday, June 4, 2004

Rio de Janeiro, Saturday, June 5 and Sunday, June 6 , 2004

06/01/2004

UIA-PHG HOSPITAL ARCHITECTURE SEMINAR OPENING
RECEPTION AND WELCOME - ALBERT EINSTEIN HOSPITAL

Welcome from 24th UIA-PHG Seminar Coordinator **Arch. Jarbas Karman**.

Welcome from the President of Albert Eistein Hospital **Dr. Cláudio Lotemberg**

Adress by the Superintendent of the Teaching and Research Institute Albert Einstein Hospital **Dr. Carlos Alberto Moreira Filho**

Address by the IAB-Brazilian Institute of Architects **Arch. Haroldo Pinheiro Villar de Queiroz**

Address by the UIA-PHG Former Director **Arch. Hans-Evert Gatermann**

Address by the UIA-PHG Director **Arch. Martin Fiset**

MODERATOR - Uwe Eggert - Germany

Norwina Mohd Nawawi - Malaysia:

Junichi Nakayama/George Mann - USA: New megatrends in health facility design.

Geoff Abbott/Nico den Oudsten - South Africa: Restructuring a health service: the South African Experience.

Romano Del Nord - Italy: New trends in healthcare facilities design

MODERATOR - Paul Boluijt - Holland

Luub Wessels - Holland: The New Integral Evaluation System called "Qind" - Quality Index.

Irineu Breitman - Brazil: Apology of the horizontal developed hospital

Donald Axon - USA: Hospital and Clinics: Vital Co-Operations Needed!.

Astrid Maria Debuchy - Argentina: The environment and the Health Facility. El medio ambiente y los recursos Fisicos en salud.

MODERATOR - Geoff Abbott - South Africa

Luder Clausdorff - Germany: The operating theatres of the world..

Jandir Poloni - Brazil:

Hans-Evert Gatermann, Germany: "Primary Care Hospitals in a Network of Healthcare Facilities"

Domingos Fiorentini - Brazil:

Arch. Fani Vavili, Greece: "General Ward Units: What is new?"

Jarbas Karman - Brazil: President of IPH - Brazilian Institute of Hospital Research and Development. "Hospital Design - some basic requirements"

Moshe Zarhy - Israel: "Re design and updating of existing Hospitals"

Prosperidad Luis - Philippines: "The Design of the Dialysis Center of the Philippine National Kidney and Transplant Institute"

Arch. Diana Sansano - Argentina

06/02/2004

ALBERT EINSTEIN HOSPITAL

ROUND TABLE- GENERAL DISCUSSION, INCLUDING AUDIENCE PARTICIPATION

MODERATORS: **Martin Fiset** - Canada, **Hans-Evert Gatermann** - Germany, **Luis Enrique Lopez Cardiel** - México, **Astrid Maria Debuchy** - Argentina, **Junichi Nakayama** - USA, **Fani Vavili** - Greece, **Hans Eggen** - Switzerland, **Moshe Zarhy** - Israel, **Norwina Mohd Nawawi** - Malaysia, **Luub Wessels** - Holland.

Subjects: Qind System; Master Planning; Upgrading; Rationalization; Theory and Methodology for Planning Process; Design Guidelines; Costs; Future Trends in Healthcare Planning.

Exhibition of Hospital Albert Einstein Videos in the Hospital Auditorium.

Hospital Tour, Meeting with Brazilian Congressman and Annual Meeting of UIA-PHG Members with the presence of UIA President-Arch. Jaime Lerner

06/03/2004

HOSPITALAR EQUIPMENT FAIR - HOSPITAL ARCHITECTURE EXHIBIT
PAPERS PRESENTATION - ADH - HOSPITALAR

Opening of the ADH'2004, XIV Brazilian Hospital Engineering and Architectural Congress and the V International Hospital Engineering and Architectural Congress.
Welcome from 24th UIA-PHG Seminar

Welcome from University São Camilo in name of ADH- Hospitalar Congress **Marcos Frizzarini**.

Address by the UIA President **Jaime Lerner**

Address by the IAB-SP - Brazilian Institute of Architects **Paulo Sophia**

Welcome from Ministry of Health Representant **Flávio Bicalho**

Homage from the Hospital Architecture and Engineering

Exposition to **Salim Lamha Neto**

MODERATOR: **Donald Axon** - USA

Jayme Lerner - UIA's President - Curitiba-Paraná

Gilberto Belleza - IAB - São Paulo - SP

Luiz Carlos Toledo - Director of Mayerhofer & Toledo Arquitetura, Planejamento e Consultoria Ltda. Rio de Janeiro - RJ

José Freire - DPJ Arquitetos Associados Ltda. - Belém - Pará: Functional Pictures of Belém - Metropolitan Hospital Design,

Irineu Breitman - Director of Hospitasa - Porto Alegre - RS: Apology of the horizontal developed hospital

MODERATOR: **Junichi Nakayama** - USA

Luder Clausdorff - Germany: Facilities for Day Surgery.

Vangelis Chrysaphides and **Fani Vavili** - Greece: Designing Primary Health Care Buildings in Rural Areas

Hans Eggen, Switzerland - "New Clinic for Rehabilitation" is Sion Switzerland Subtitle: Design to Change.

Uwe Eggert - Germany: Masterplanning, Clinics Stuttgart.

Luis Enrique Lopez Cardiel - Mexico: Future Hospitals Transborders - Puebla PanamaPlan

Paul Boluijt - Holland: "General ward units and/or Outpatients department"

Jarbas Karman - Brazil: "The Technical Spaces"

NOTÍCIAS



PREMIAÇÃO BEST HOSPITALAR

Realizou-se no Auditório Olympia, em 18 de Dezembro de 2003, a premiação Best Hospitalar, tendo os Arquitetos Domingos Fiorentini e Jarbas Karman recebido o troféu das mãos do Administrador Celso Skrabe e do Dr. Gonzalo Vecina Neto, Secretário de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo.



TOP HOSPITALAR

O IPH registra com satisfação o recebimento do Prêmio Top Hospitalar, pelos seus diretores Jarbas Karman e Domingos Fiorentini, pelo 6º ano consecutivo, em cerimônia realizada no Credicard Hall, em 3 de Dezembro de 2003.



IPH - JANTAR DE CONFRATERNIZAÇÃO - DEZEMBRO DE 2003

Presentes Representantes de vários setores do IPH, Professores, Diretores, Voluntários, Funcionários e Familiares reuniram-se em um jantar de confraternização e consolidação de amizade.



ALMOÇO DE FORMATURA DA TURMA POLI-1941

Almoço anual dos Politécnicos, da Turma de 1941. Na foto, uma mostra dos presentes ao almoço, realizado no Clube Paulistano; como sempre, muito agradável e amigável.

JANTAR DE FORMATURA

As turmas do IPH, dos cursos de Administração Hospitalar, dos anos 78 a 84, reuniram-se em um jantar de confraternização na Churrascaria Fogão Gaúcho, no Bairro da Barra Funda, organizado pelo Administrador Hospitalar Paulo Segatelli Câmara.



Jarbas Karman e Domingos Fiorentini, como professores convidados, puderam constatar, com satisfação, após 25 anos, o quão, os então acadêmicos cresceram e galgaram importantes postos; cursaram mais Faculdades, cursos de Pós Graduação e de Mestrado e o quanto estão contribuindo para o progresso do País. Parabéns caros ex-alunos, Parabéns IPH.

Presentes: Ralph Molina Gemignani, Roberto Sa Rocha, Maria Helena Ferreira, Roberto Andres Dottori, Hisashi Sakuma, Aldo Blois Jr., Virgínia de Fátima Novelli, Paulo Roberto Sagatelli Camara, Ogilvio Vilares Barbaro Junior, Regina Marta Pupo, Mauro Valezin, Clélia Fragoço Miglioli Visibelli, Rosecleich Visibelli Junior, Antônio Sergio Vulpe Fausto, Carlos José Massarenti, Ana Maria Pessoa Massarenti, Murilo Martins Pupo, Maria Isabel Vergeiro Pupo, Vivian Hart Ferreira e Carlos Alberto Paneagua Ferreira (Cacá) entre muitos outros.



FEIRA DO VESTIBULAR

A Feira Vestibular, acontecimento que se repete anualmente, reuniu, em Outubro de 2003, grande número de Cursos de Nível Superior. Aos vestibulandos é dado conhecer, reunidos em um mesmo local, os Cursos Universitários disponibilizados pelo mercado de ensino superior. Como não poderia deixar de ser, o IPH, também se fez presente, tendo sido representado pelos Colegas Dr. Domingos M.F. Fiorentini, Prof^a. Fiorela D'acuarica, Prof. Walter Budacs Junior, Prof. Paulo Moreira da Costa e Administradores Walter Ribeiro, Sandra Lúcia Fiorentini e Soraia Azevedo.

18º CONGRESSO BRASILEIRO DE MANUTENÇÃO



Realizou-se em Porto Alegre, de 8 a 12 de Setembro de 2003, o 18º Congresso da ABRAMAN - Associação Brasileira de Manutenção e o 12º Congresso Ibero-Americano de Manutenção. Acontecimento de alto nível, que revelou o quão avançado se encontra a nossa Comunidade de Manutenção. O IPH, cuja Faculdade de Administração Hospitalar ministra cursos de Manutenção Hospitalar em nível de Pós-graduação, Lato Sensu, foi, na pessoa de seu Presidente, convidado pelo Presidente da Abramam, Dr. Joubert Fortes Flores Filho para uma palestra nesse importante evento de Porto Alegre. Presentes os senhores Euler Pimentel, Aldo Jacomo Zucca, Vicente Buratto, Urbano Moreira, Carlos Marchio, Salvador Benaim, José T. Celis, Rogério Arcuri, Carlos Roberto Costa entre outros.

CURSO DA ABDEH

A ABDEH - Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar, realizou, sob a Coordenação do Engº Salim Lamha Neto e Arq. Dayse Figueira, em julho de 2003, no Auditório Madre Regina do Hospital Santa Catarina, mais um Curso sobre temas hospitalares. Nas fotos o Engº Salim e o Arquiteto Jarbas Karman, durante as palestras.



LABORATÓRIO DE BIOSSEGURANÇA NB3, DA USP

Parabéns ao Dr. Professor Edson Luiz Durigon, Diretor do Departamento de Virologia, amigo e consultor do IPH e da Arquitetura de Hospitais Karman Ltda, pela sua luta em dotar o País de mais um Laboratório NB3 Plus; tão necessários e ainda tão escassos. A inauguração deu-se em 6 de Novembro de 2003, no Departamento de Virologia da USP.





PALESTRA DO ARQº JOÃO FILGUEIRA (LELE)

Proferida no Auditório da FAU-USP, em Novembro de 2003, referente a "Argamassa Projetada". A palestra foi muito concorrida e aplaudida, lotando o auditório.



CURSO DE ARQUITETURA HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Um dos raros cursos sobre Arquitetura Hospitalar, vem sendo oferecido pela UFBA - Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia, em conjunto com o Ministério da Saúde. Os cursos são organizados pelo Prof. Dr. Antônio Pedro Alves de Carvalho; integram o seu corpo docente os Professores Jarbas Karman e Domingos Fiorentini.

LIVRO: TEMAS DE ARQUITETURA DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE - 2ª edição

O Arq. Dr. Antonio Pedro Alves de Carvalho acaba de publicar a 2ª edição do seu livro TEMAS DE ARQUITETURA DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE - editado pela Quarteto Editora (tel (71) 353-5364 quarteto.livros@compos.com.br; colaboraram, com temas de suas aulas, ministradas no "3º Curso de Especialização de Arquitetura de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde" os Professores:-

Terezinha de Jesus Botelho de Araújo, Maria Tereza de Paula Oliveira, Márcia Rebouças Freire, Jarbas Bela Karman, Domingos Marcos Flávio Fiorentini, Jamile Nunes Sarmiento Bahia Sapucaia, Regina Maria Gonçalves Barcellos, Frederico Flósculo Pinheiro Barreto, Mariluz Gomes, Flavio de Castro Bicalho, Carmen Fontes Teixeira, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Fernanda Livia da Silva Souza, Ana Luiza Mello Pires de Carvalho, Mara Clécia Dantas Souza Corniali, Luiz Cláudio Rezende Cunha, Handerson Jorge Dourado Leite e Johilda Andrade de Lemos.

Parabéns ao Prof. Antonio Pedro Carvalho pelo seu excelente livro.



EVENTO NACIONAL DE RECURSOS PRÓPRIOS UNIMED - HUMANIZAÇÃO E MEIO AMBIENTE

O Prof. Elgson Ribeiro Gomes, catedrático de arquitetura, da Universidade de Curitiba - PR, proferiu a Palestra "Para quem vai construir", em 14 de novembro de 2003, no auditório do "The Royal Palm Plaza Hotel e Resort" em Campinas. Na foto

Prof. Elgson Ribeiro Gomes, Arq. Jarbas Karman, Prof. Domingos Fiorentini e os alunos Rafael Smith e Angela Heezan, da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo de Curitiba e a Administradora do Hospital da Unimed Sorocaba, Enf. Lenira Muller; presentes ao Evento os Doutores Rodolfo Pinto Machado de Araújo - Diretor Presidente da Unimed Sorocaba, João Edson Dib e demais diretores e funcionários da Unimed Sorocaba.

O Arq. Domingos Fiorentini, em sua palestra, abordou o tema "Arquitetura e humanização dos ambientes hospitalares"

PARCERIA COM O HOSPITAL DE CAMPO LIMPO

Reunião no IPH, com a presença da Dra. Suzana Barrios e a Administradora Sra. Marisa Naoe Makiyama, em Novembro de 2003, quando do acordo da parceria de cooperação recíproca. O IPH dará ao Hospital suporte técnico à sua atualização arquitetônica e administrativa e o Hospital abrirá campo de estágio aos alunos das Faculdades de Administração de Empresas e Administração Hospitalar. O IPH



administrará ainda, cursos de Manutenção e de Administração ao pessoal do Hospital.

Na foto, a solenidade de apresentação e entrega, dia 19/03/2004, do Projeto de Reformulação do Hospital, elaborado pelo IPH em parceria com a Arquitetura de Hospitais Karman S/C Ltda. Presentes Dra. Suzana Barrios, Adm. Marisa Naoe Makiyama, Dr. Gonzalo Vecina Neto - Secretário Municipal de Saúde, Arquitetos Jarbas Karman e Domingos Fiorentini, representantes do IPH.

APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

Os alunos do 4o. Ano de todos os cursos oferecidos pela Faculdade IPH, esmeraram-se na apresentação dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), na semana de 1 a 5 de dezembro de 2003, demonstrando o nível de compromisso com o futuro na profissão. O TCC é um instrumento de qualificação e caracterização do aprendizado do aluno e representa um importante passo na inserção profissional dos egressos dos cursos superiores, além de possibilitar aos orientadores uma importante visualização das competências dos alunos na elaboração de textos científicos.

VISITA AO HOSPITAL ALEXANDRE ZAIO



O trabalho semestral da disciplina de Arquitetura Hospitalar tem sido uma tradição há 30 anos, para os alunos do curso de Administração Hospitalar. No entanto, no ano passado, o objeto de estudo foi modificado. Antes, os alunos se deparavam com a elaboração do projeto de um hospital fictício.

Com o propósito de integração das disciplinas e o contato com questões relacionadas a um hospital existente, a Prof^a. Paula Fiorentini juntamente com a Prof^a. Fiorella

d'Acquarica, decidiram orientar seus alunos na reforma e expansão de um hospital existente. O Hospital em questão foi o Hospital Municipal Dr. Alexandre Zaio, no bairro do Nhocuné, que se caracteriza por ser uma autarquia, de assistência geral e possuir em torno de 50 leitos. A escolha por esta instituição se deu pelo fato de a Prof^a. Fiorella ser a Diretora Administrativa e conhecer profundamente os problemas inerentes à estrutura física, além de lecionar Administração no IPH. Com isso, o trabalho semestral conseguiu unir administração e arquitetura, e mostrar aos alunos que essas duas disciplinas são um corpo só. Para ajudar na análise da estrutura física atual, as Professoras Paula e Fiorella e a turma do 3º ano hospitalar, visitaram as instalações do Hospital Dr. Alexandre Zaio. Foi uma visita muito produtiva, onde foram analisados os fluxos interno e público, as soluções de ventilação e iluminação, os acabamentos, e tantas outras questões levantadas pelos alunos. Como produto final, foi trabalhado a expansão para 100 leitos e, conseqüentemente, o aumento dos recursos físicos atrelados ao funcionamento eficiente deste “novo hospital”, e a reforma do prédio atual.

VISITA AO PORTO DE SANTOS

A professora Vera Lúcia Galvani, do Curso de Comércio Exterior, planejou e liderou os alunos do 4o Ano, em uma visita ao Porto de Santos, onde os alunos puderam acompanhar as atividades ali desenvolvidas. Este tipo de atividades será incentivado para o desenvolvimento das atividades extracurriculares dos alunos, visando à fixação dos conhecimentos ministrados em salas de aula.



REFORMULAÇÃO DO HOSPITAL ALEXANDRE ZAIO

Flagrante tirado em Abril de 2004, durante a reunião de apresentação do Plano Diretor de Atualização do Hospital.

PARCERIAS COM HOSPITAIS GOVERNAMENTAIS

Outras parcerias estão sendo firmadas com hospitais governamentais e privados, empresas e instituições de ensino e pesquisa, visando a otimização de esforços, atividades e recursos disponíveis.

FACULDADE IPH

A Faculdade IPH acompanha os tempos modernos e introduz um sistema de controle acadêmico capaz de fornecer indicadores de desempenho, visando à qualidade dos processos de gestão acadêmica e administrativa.

PARCERIA VISANDO DESENVOLVIMENTO IPH - VIKAM

O IPH fechou parceria com a Vikam Corporation, de São Paulo, através de seus Diretores Wanderley Abrahão Miguel, Jimmy Piroutek e Miriam Limonete, objetivando oferecer aos alunos um projeto que alia teoria, prática e tecnologia visando qualificar profissionais do setor hospitalar. Essa ação será desenvolvida pela UniVikam, Universidade Corporativa, com o propósito de treinar o profissional para as reais necessidades do mercado.



A respeito, a Vikam Corporation contribuiu com as seguintes informações:

Faculdade de Administração Hospitalar IPH revoluciona sua metodologia de ensino e oferece treinamento para qualificar seus alunos para o mercado de trabalho

Presente há 50 anos no mercado, a Faculdade alia teoria e prática por meio de parceria inédita com a Vikam e deixa à disposição de seus alunos projetos para desenvolver o lado acadêmico, formação profissional e qualificação com enfoque no avanço tecnológico do setor.

A Vikam Corporation fecha parceria com a Faculdade de Administração Hospitalar IPH, Instituto de Pesquisas Hospitalares, para levar até os alunos um projeto que alia teoria, prática e tecnologia para qualificar profissionais para o setor hospitalar. Essa ação será desenvolvida pela UniVikam, universidade corporativa com o objetivo de treinar o profissional para as reais necessidades do mercado.

"Com esse projeto, o aluno estará apto para aplicar os conceitos de gestão hospitalar em sua carreira profissional. A partir de agora, os alunos interessados podem procurar a diretoria da Faculdade para se inscrever no programa de treinamento que será oferecido pela UniVikam. Além de receber toda a orientação teórica, ele poderá desenvolver e implantar projetos incubadores, que serão disponibilizados para empresas do setor", afirma a diretora.

Segundo Albino Pereira Salgueiro, coordenador o Departamento de Ciências Sociais e Humanas da Faculdade, essa parceria aumenta a competitividade e excelência do ensino do IPH, presente há mais de 50 anos no mercado. "Elevaremos os padrões hospitalares, administrativos e tecnológicos, além de aprimorar o lado profissional do aluno que estará apto para integrar com os sistemas de gerenciamento hospitalar, equipamentos médicos, sistemas de gestão, entre outras ações rotineiras do setor", afirma o coordenador.

Sobre a UniVikam:

A Universidade Vikam nasceu do desejo de atender os universitários da área de TI, que buscam pela famosa experiência que o primeiro emprego pede e, assim, capta, beneficia, utiliza a mão-de-obra dentro da Vikam e oferece esse profissional altamente capacitado para o mercado. Após o treinamento, os alunos são avaliados e os que mais se destacarem são convidados a participar de um programa de estágio de três meses. "Tudo isso permite que tenhamos em nosso

banco de dados informações desses profissionais que poderão ser utilizados pela Vikam e por seus fornecedores”, finaliza a diretora.

Mais informações:

Fran Press Assessoria de Imprensa – (11) 3064 4575

Thais Martins (MTB 32.132) thais@franpress.com.br

IPH – 50 ANOS

O IPH, fundado em 1954, pelo Arqº Jarbas Karman, comemora neste ano de 2004, 10 lustros de existência. Para comemorar esta importante efeméride, o Corpo Docente das Faculdades do IPH elegeu uma comissão destinada a organizar os festejos a terem lugar durante o ano, constituída pelos seguintes membros: Dr. Domingos Fiorentini, Dra.



Tamara I. Cianciarullo, Professores, Albino P. Salgueiro, Álvaro Lisboa, Cláudio Miola, Fiorela D'acquarella, Luiz Antonio Reis, Rubens Murauskas, Ricardo S. Takatori, Sandra Paula Fiorentini, Walter Budacs Junior, Sr. Walter Ribeiro, Sras. Maria Aparecida Pires do Rio Pinho, Sandra Lucia Fiorentini e Soraia Azevedo.

IPH AMPLIA SEU CAMPUS

Em 09/06/2003, foi celebrada a aquisição de um sobrado à Av. Duquesa de Goiás, contíguo ao Campus das Faculdades do IPH, onde será instalado o Centro Acadêmico e a sede da Empresa Junior. A foto registra o ato em que se deu a lavratura da escritura de compra.



NOVO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Foi instituído pelo Colegiado dos Cursos de Administração, um moderno processo de avaliação contínua, semestral, das atividades dos docentes e discentes, visando à melhoria da qualidade acadêmica e administrativa dos Cursos de Graduação das Faculdades IPH. O processo foi desenvolvido por meio da participação de alunos, pessoal administrativo e docentes, na definição dos instrumentos a serem utilizados. Esta prática de gestão participativa é uma das características dos processos de gestão acadêmica preconizados em instituições de ponta.



SEMANA DO ADMINISTRADOR

A Semana do Administrador de 2003 foi comemorada com a realização de uma série de palestras, no período de 29 de setembro a 3 de outubro, no auditório da Faculdade do IPH, com a participação dos alunos, professores e servidores, lotando o seu Auditório. O Programa foi

idealizado por uma Comissão, que, após consulta aos alunos, elaborou uma Agenda, atendendo aos interesses expressos pelos representantes das classes. Os palestrantes convidados foram muito prestigiados.

SITE DA FACULDADE IPH

O site da Faculdade caracteriza uma nova fase e espera novas e importantes contribuições dos alunos, ex-alunos, professores, servidores e parceiros, com vista à divulgação de fatos e feitos das Faculdades, além da disponibilização de espaços para a caracterização dos parceiros e das atividades desenvolvidas em conjunto. Para acessar, o endereço é: www.faculdadeiph.com.br

NORMA DE AR CONDICIONADO PARA HOSPITAIS

Após 3 anos de trabalho, a Comissão, integrada por membros constituídos pela ABRAVA-CB55, Comitê Brasileiro de Refrigeração, Ar Condicionado, Ventilação e Aquecimento, ABNT e do Ministério da Saúde, acaba de concluir, em 07/04/2004, o Projeto de Revisão da NBR 7256 - Tratamento de Ar em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) - Requisitos para Projeto e Execução das Instalações.



Na foto, tirada pelo Engº Roberto Montemor (Fundament-Ar Engenharia), figuram os engenheiros Sandro Dolghi (Anvisa), Marcos Kahn, (KB Engenharia), Sandra Botrel (Protherm), Carlos Kayano (Thermoplan), Celso Simões Alexandre (Trox), Osmar Gomes da Silva (Smacna Brasil), Francisco Kulcsar Neto (Fundacentro), Raul Sadir (Veco), Raul Bolliger Jr (Smacna Brasil) e os Coordenadores Jarbas Karman (IPH) e Eng. Simon Levy (Abrava`-CB55).

PROFESSOR MAMEDE ANTONIO VIEIRA CAMPOS

É com profundo pesar e tristeza que diretores, professores, alunos e funcionários do IPH, foram surpreendidos com o trágico falecimento do seu Amigo, Companheiro e Professor Mamede, por todos benquisto e admirado.

Após mais de 20 anos de convívio, quase diário, deixa grande vazio em todos nós. Não mais veremos o seu sorriso bonito, ouviremos a sua palavras sempre alegres, seus ensinamentos magistrais, de Mestre que amava dar aula e amava seus alunos.

Rendemos aqui nossas Homenagens, nosso Tributo e nosso Adeus ao nosso Querido Colega e Membro da Família IPH.

ADH' 2004

São Camilo Hospitalar

ADH' 2004 – Congresso Nacional de Administração Hospitalar

Data: 3 e 4 de Junho

XIV Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar e V Congresso Internacional de Engenharia e Arquitetura Hospitalar

Data: 3 e 4 de Junho

VI Exposição de Projetos de Engenharia e Arquitetura Hospitalar

Data: 1 a 4 de Junho

EnfQuali' 2004 – V Congresso Brasileiro de Qualidade em Enfermagem

Data: 1 e 2 de Junho

IX Congresso Brasileiro de Gestão Financeira e Custos Hospitalares e V Congresso Internacional de Gestão Financeira e Custos Hospitalares

Data: 1 e 2 de Junho

IX Congresso Brasileiro de Logística Hospitalar

Data: 3 e 4 de Junho

VI Congresso Brasileiro de Hotelaria Hospitalar

Data: 1 e 2 de Junho

CQH' 2004 – VIII Congresso de Qualidade Hospitalar

Data: 3 e 4 de Junho

CONNUT' 2004 – Congresso Nacional de Nutrição e Tecnologia

Data: 1 e 2 de Junho

FonoHosp' 2004 – II Congresso Nacional de Fonoaudiologia Hospitalar

Data: 1 e 2 de Junho

V Jornada de Reabilitação

Data: 3 de Junho

II Jornada Brasileira de Gestão de Pessoas em Saúde/RH

Data: 1 e 2 de Junho

II Jornada Brasileira de Ciências Farmacêuticas na Área Hospitalar

Data: 4 de Junho

II Jornada Brasileira de Diretores Clínicos e Gerentes Médicos

Data: 1 e 2 de Junho

II Encontro Brasileiro de Tecnólogos em Radiologia

Data: 1 e 2 de Junho

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO IPH

1ª FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR DA AMÉRICA LATINA

Reconhecida pelo MEC - Decreto nº 79268 de 14.02.1973 Ministrando Cursos de Pós Graduação há mais de 30 anos

CURSOS REGULARES

Habilitação em:

Administração de Empresas O Profissional de Administração de Empresa desenvolve estratégias e capacitação para importantes empreendimentos. Você terá a oportunidade de profissionalizar-se interagindo com a escola, o professor e o mercado de trabalho. Através da Empresa Júnior, desde o primeiro ano, você atuará com atividades gerenciais, estratégicas e sistemas de informação, desenvolvendo a sua competência através de estágios e consultoria, assessorada pelos Professores.

Administração Hospitalar Sua formação privilegiará a gestão plena de instituições da área da saúde, habilitando-se em liderança no âmbito nacional e internacional.

Administração Desportiva grande nicho de mercado da atualidade, desenvolve o seu perfil dinâmico e flexível para relacionar-se com o capital humano do atletismo e sua visão financeira para administrar clubes ou empresas ligadas ao mundo do esporte.

Bancos e Finanças Desenvolve seu estilo empreendedor, ativo nas tomadas de decisão diante de um mercado turbulento e arriscado, enfrentando a dinâmica das finanças internacionais e mercados futuros.

Comércio Exterior Em contato com os processos de importação e exportação, interagindo com países e blocos econômicos, empregando os conhecimentos específicos, habilita para atuar no mercado internacional.

Marketing Empregando métodos e técnicas condizentes com as exigências do mundo atual trabalha a sua competência agressiva em Estratégia, Gerenciamento, Liderança e Análise de Mercado.

Negócios Internacionais Através de pesquisa e avançado desenvolvimento tecnológico prepara e confere ao profissional o perfil exigido para o mercado, financeiro mundial.

PÓS-GRADUAÇÃO: (LATO-SENSU)

- . Especialização em Manutenção Hospitalar para Engenheiros e Arquitetos
- . Administração Hospitalar
- . Farmácia Hospitalar
- . Planejamento e Gestão Empresarial
- . Administração de Sistema de Saúde e Hospitalar
- . Tecnologia Clínica
- . Saúde Pública

Unidade I

Av. Duquesa de Goiás, 262 - Real Parque
Tel.(11) 3758-5571/Fax (11) 3758-0120
iphfaculdade@iph.com.br
www.faculdadeiph.com.br
São Paulo - SP

Unidade II

Rua Apeninos, 267 - Metrô Vergueiro
Tel./Fax (11) 3209-0629 e 3272-0862
iphcursos@iph.com.br
www.faculdadeiph.com.br
São Paulo - SP

Pisos Hospitalares Forbo

A Forbo-Linoleum vem, há mais de 100 anos, produzindo e comercializando pisos de alto desempenho com a mesma qualidade em todo o mundo. No Brasil, a Forbo oferece aos arquitetos e decoradores do país produtos absolutamente em dia com as tendências internacionais. Conheça melhor dois desses produtos:

Linha Marmoleum®

Pisos naturais, resistentes e de fácil manutenção e limpeza. Bonitos e muito versáteis, podem ser recortados nos mais diversos formatos, para áreas como hospitais, escritórios, escolas, edifícios públicos e residências.

Principais características:

- Grande variedade de cores e padrões
- Alta resistência e durabilidade
- Aplicação em áreas de tráfego intenso
- Ação antiestática
- Matérias-primas naturais renováveis, biodegradáveis, que oferecem baixíssimo impacto ambiental

Hospital Bohunice,
na República Checa

Linha ColoRex®

Pisos condutivos com excelente resistência química e mecânica. Ideal para áreas industriais, comerciais, salas cirúrgicas, salas limpas e laboratórios.

Principais características:

- Piso condutivo que atende às normas de proteção eletrostática (ESD)
- Higiénico, fácil de limpar e com boa resistência a ácidos, alcalinos, óleos, álcool e alvejantes
- Material de difícil ignição e produtor de pouca fumaça, se queimado

Hospital Laufenburg, na Suíça.

Forbo-Linoleum Ltda.
Av. Prof. Vernon Kriebel, 500
06690-250 - Itapevi - SP
Fone: (11) 4143-7779
Fax: (11) 4143-7793
info@forbo-linoleum.com.br
www.forbo-linoleum.com.br

Forbo
LINOLEUM

world leader in linoleum