

IPH

Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares



XXV SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO GRUPO DE SAÚDE PÚBLICA UIA/PHG - UNIÃO INTERNACIONAL DE ARQUITETOS
3 a 7 de Julho 2005 - Istambul - Turquia

**SEMANA DO
ADMINISTRADOR**
12 a 16 de Setembro 2005

ABDEH TEM NOVO PRESIDENTE
Arquiteto Flávio Kelner



Associação
Brasileira para o
Desenvolvimento do
Edifício
Hospitalar

Revista IPH

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

ISSN 1519-1451 Ano 3 Número 6 Julho 2005

CURSOS IPH / PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM:

ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

I- Área de Administração

- Administração Geral
- Fundamentos da Adm. 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
- Adm. de Enfermagem
- Adm. do Centro Cirúrgico e da Central de Abastecimento
- Adm. do Prontuário do Paciente
- Adm. do Serviço de Nutrição e Dietética
- Adm. do Serviço de Lavanderia Hospitalar
- Arquitetura Hospitalar
- Administração dos Serviços Complementares

Duração do Curso: 15 meses

ADMINISTRAÇÃO DE SISTEMAS 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
- Adm. Financeira e Contábil
- Organização Sistemas e Método
- Direito sob o aspecto da Gestão de Saúde

Duração do Curso: 13 meses

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Mód. I - Fundamentos teórico-técnicos

- Suporte filosófico-conceitual da Humanização
- Aspectos psicossociais das atividades na área da Saúde
- O adoecer e suas implicações
- As instituições de saúde e a Humanização
- Subjetividade e intersubjetividade
- Grupalidade e relações institucionais

Mód. II - As práticas em Humanização

- Acolhimento
- Ouvidoria
- Serviços de Atendimento ao Usuário
- Grupos de Trabalho em Humanização
- Atividades artísticas e de lazer
- Iniciativas para cuidar de quem cuida

Mód. III - Gestão administrativa no

enfoque da Humanização

- Educação continuada em Humanização
- O trabalho em equipe
- O contexto grupal
- Responsabilidade social das empresas
- Pontos de interseção entre Qualidade e Humanização
- Saúde ocupacional dos profissionais de saúde

Mód. IV - Aspectos éticos e legais das práticas em Saúde

- Ética e complexidade
- Bioética
- Direitos e deveres dos usuários e clientes dos serviços de saúde
- Direitos e deveres do profissional de saúde
- Padrões de atendimento ao usuário

Módulo V - Pesquisa em Humanização

- Metodologia Qualitativa de Pesquisa
- Metodologia Quantitativa de Pesquisa
- Acompanhamento de Elaboração de Projeto de Monografia

Duração do curso 14 meses

GESTÃO EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

- Planejamento Estratégico
- Administração Contábil/Financeira
- Comportamento Organizacional
- Desenvolvimento Gerencial
- Elaboração, Análise e Controle de Projetos
- Gestão de Qualidade em organizações de saúde
- Logística de Serviços na área de saúde
- Gestão de Pessoas e liderança situacional
- Seminários Avançados em Gestão Organizacional
- Marketing Estratégico em organizações de saúde

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

- Adm. Geral e Pública
- Adm. 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

Mod. 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

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

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

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

Duração do Curso: 12 meses

ADMINISTRAÇÃO FARMACÊUTICA

"Enfoque diretivo e gerencial"

- Mercado e Regulamentação Farmacêutica
- Teoria Geral da Administração
- Marketing Farmacêutico
- Contabilidade e Custos
- Administração de Materiais
- Logística farmacêutica
- Administração Financeira
- Administração de Recursos Humanos
- Administração de Produção Farmacêutica
- Gestão de Qualidade

Duração do Curso: 13 meses

AUDITORIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

- Fundamentos em Auditoria
- Gestão Financeira e Auditoria (Administração Financeira / Contabilidade; Gerenciamento de Custos nos Serviços de saúde)
- Faturamento Hospitalar
- Administração de Materiais e Logística
- Auditoria Médica de Enfermagem e Equipe (Auditoria Médica / Auditoria de enfermagem / Equipe Multidisciplinar dos Serviços de saúde)
- Legislação e Ética em auditoria
- Auditoria em Hospitais
- Auditoria nas Operadoras de planos de Saúde
- Auditoria no SUS e Órgãos Governamentais
- Tecnologia da Informação em Auditoria (nos hospitais / nas Operadoras de Planos de saúde)
- Métodos de Avaliação de Desempenho dos Serviços de saúde a partir da Auditoria
- Metodologia de Pesquisa

Duração do Curso: 13 meses

Trabalho final - elaboração de monografia com orientação

Unidade I - Morumbi

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

Unidade II - Vergueiro

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

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 2005 - 2008

Jarbas Bela Karman – Presidente
Domingos M. F. Fiorentini – 1º Vice-Presidente
Dante Ancona Montagnana – 2º Vice-Presidente
Jarbas N. M. Karman – 1º Tesoureiro
Sandra Paula Fiorentini – 2ª Tesoureira
Tamara Iwanow Cianciarullo – 1ª Secretária
Dorothee V. Arantes – 2ª Secretária
Maria Clara V. Montagnana – Diretora
Hildegard B. Richter – Diretora
Sergio Augusto M. Decourt – Diretor
Wanir Leão Cavalvanti Rotta – Diretora
Ivan Lascaléia Pinheiro – Conselho Fiscal Efetivo
Vera Pedrosa Caovilha – Conselho Fiscal Efetivo
Ricardo N. M. Karman – Conselho Fiscal Efetivo
Volney W. Maia – Conselho Fiscal Suplente
Jorgeny C. Gonçalves – Conselho Fiscal Suplente
Terezinha Ap. Vendramini Fonseca – Conselho Fiscal Suplente

FACULDADE – IPH

Domingos M. F. Fiorentini – Diretor Geral
Albino Pereira Salgueiro – Coordenador Acadêmico

EXPEDIENTE IPH – FACULDADE

Walter Ribeiro – Gerente Administrativo
Sandra Lúcia Fiorentini – Secretária
Soraia Azevedo
Edilene Fabiana de Souza
Adirson Gordiano dos Santos
Av. Duquesa de Goiás, 262 – Real Parque – Morumbi
Fone (11) 3758-0120 / 3758-5571 / 3758-4227
e-mail: iphfaculdade@iph.com.br

BIBLIOTECA

Sandra Regina Isidoro
Maria Helena P. Serra

PÓS-GRADUAÇÃO

Maria da Salete Fontenele
Fumio Araki
Alan Vitorino Pinheiro
Bárbara Poti Hasseda
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
Antonio Carlos Crespim
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

Flávio Della Torre

Impressão

Copy Press

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, 2005. 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 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

Rua Diogo Cabrera, 94B Imirim - São Paulo - SP 02467-060
PABX (11) 6238-5566 - prosaude@prosaude.org.br



FOTOS DA CAPA:

Semana do Administrador,
XXV Seminário Internacional do
Grupo de Saúde Pública UIA-PHG
e ABDEH - novo Presidente.

EDITORIAL

Tabus, Preconceitos, Empirismos e Desperdícios 6
Jarbas Karman

CARTAS À REDAÇÃO 7

ARTIGOS

Breve Reflexão sobre a Ouvidoria na Área da Saúde 8
Simone Ribeiro Spinetti e Paulo Antonio de Carvalho Fortes

Reflexões e Considerações sobre o Planejamento
Hospitalar e Arquitetura do Sistema de Saúde - IV Parte 14
Elgson Ribeiro Gomes

Morte como a realização da vida 16
Albino Pereira Salgueiro

Avaliação da Satisfação Profissional de Enfermeiros de um
Hospital Geral Privado de Grande Porte do Município de São Paulo 20
Jane Maria Antonangelo, Leandro Andrade, Maria Niete Couto, Marisa Aquino,
Ronaldo Souza Ramos e Fernanda Macedo Assayag.

Angiogênese e sua relação com o câncer 24
Marisa Regina de Fátima Veiga Gouveia e Tânia Carmen Peñaranda Govato

Arquiteto define DNA do Edifício Hospitalar 26
Walkiria Erse

Avaliação das vazões de vazamento por frestas de portas 30
Raul Bolliger Junior

Aspectos técnicos para subsidiar um
padrão brasileiro de farmácia hospitalar 34
Marcelo Polacow Bisson e Humberto Valvassori

Visita a Centros de Oncologia da Alemanha e Suécia 42
Henrique Duarte Prata, José Carlos Zapparoli, Gilberto Colli e Edmundo C. Mauad

NOTÍCIAS

Cursos de Administração sem Habilitações Específicas.....	45	ABDEH tem novo Presidente.....	51
XXV Seminário Internacional do Grupo de Saúde Pública da UIA 2005 - Istambul - Turquia.....	47	Universidade Federal da Bahia - Curso de Especialização de Arquitetura em Sistemas de saúde.....	51
NBR7256 Entra em Vigor.....	48	Visita técnica ao Hospital da Unimed de Sorocaba	51
Voluntários do IPH	48	Uma festa para ficar na história do IPH: Formatura dos alunos de 2004	52
Assembléia Geral Extraordinária do IPH	49	Semana do Administrador - 12 a 16 de setembro.....	53
Hospitalar 2005	49	Capes - o portal brasileiro da informação científica	53
Visita ao Aeroporto Internacional de Guarulhos	49	Comissão de auto avaliação Institucional da Faculdade de Administração IPH	54
Faculdade IPH Cursos de Curta Duração	50		
A internet a serviço da saúde.....	50		

TABUS, PRECONCEITOS, EMPIRISMOS E

Jarbas Karman
Presidente do IPH

Os hospitais estão eivados de Tabus, Preconceitos e Empirismos que muito contribuem para o agravamento de seus desperdícios crônicos.

Felizmente o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Norma RDC 50 de 2002, da Anvisa - expurgou vários deles.

Tendo mesmo o Ministério da Saúde cunhado um conceito lapidar:

"... evitar a celebração de rituais mágicos inúteis que apenas oneram os custos hospitalares ..."

Uma das medidas foi acabar com a obrigatoriedade dos "cantos curvos", contraproducentes, onerosos e de difícil execução. O canto curvo, na junção da parede com o piso, era consagrado pelos fabricantes de materiais de acabamento, como "rodapé hospitalar".

Quando a curvatura não era executada com uniformidade criava "vazios" sob a manta vinílica, podendo dar origem a fissuras, à infiltração de água e de material orgânico e constituir-se em possível foco de agentes infecciosos.

Mesmo a pretendida melhora das condições de higiene, comparada a "cantos retos", não ocorre; mais a mais, os conceitos quanto à importância, dantes dada às superfícies ambientais, sob o ponto de vista de colonização, sofreram novos enfoques.

O Ministério da Saúde, em sua publicação "Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde", pág. 30, assim se posiciona:



Jarbas Karman

"As superfícies fixas (pisos, paredes, tetos, portas, mobiliários, equipamentos e demais instalações) não representam risco significativo de transmissão de infecções na área hospitalar.

Sabe-se que as infecções devem-se, primordialmente, aos fatores inerentes ao próprio paciente (idade, condições clínicas e nutricionais, patologia de base, etc) e, majoritariamente, às agressões de diagnóstico e terapêutica realizadas.

É desnecessária a desinfecção de paredes, corredores, pisos, tetos, janelas, porta, a menos que haja respingo ou deposição de matéria orgânica, quando é recomendada a desinfecção localizada. Existem locais e mobiliários que podem constituir risco de contaminação para pacientes e pessoal hospitalar,

pela presença de descarga de excreta, secreção ou exsudação de material orgânico. Estes locais necessitam de descontaminação antes ou concomitante à limpeza.

As superfícies que estiverem com presença de matéria orgânica em áreas críticas, semi-críticas e não críticas deverão sofrer processo de desinfecção ou descontaminação localizada e, posteriormente, deve-se realizar limpeza com água e sabão em toda a superfície, com ou sem auxílio de máquinas. Nestes procedimentos usar os EPI necessários".

Outro "tabu", entre os muitos que oneram os custos hospitalares, são as "antecâmaras", às quais costuma-se atribuir propriedades mágicas. Sempre que projetistas ou administradores não se encontram em condições de se haver com a proteção bacteriológica requerida por determinado ambiente, valem-se da antecâmara.

A antecâmara, a não ser que disponha de pressão positiva, não passa de uma simples área vestibular fechada, vazia, dotada de duas portas, geralmente uma dando para o corredor e outra para o ambiente a proteger.

Os pretendidos "poderes mágicos" resumem-se, então, apenas na interposição dessa área vestibular, contendo ar confinado, desprovida de qualquer recurso ativo.

Já a antecâmara, quando dotada de ar condicionado e pressão positiva, constitui-se em barreira pressórica efetiva, em relação a cada um dos dois ambientes; recurso esse dispendioso, utilizado em situações específicas.

Algo nesse sentido ocorre relativamente à Sala de Separação e Classificação de Roupas Suja da Lavandaria.

DESPERDÍCIOS

Por acolher toda a roupa suja da Instituição, poluída por agentes biológicos e líquidos corporais, o ambiente se coloniza com aerossóis, particulados e fiapos em suspensão.

Por isso, as Normas valem-se do recurso da exaustão e da manutenção do ambiente sob pressão negativa.

Por excesso de zelo, não é incomum a anteposição de antecâmara à Sala de Separação e Classificação de Roupa Suja. Além do falso sentimento de segurança, essa prática constitui-se em desperdício de recursos e de espaço, revelando-se inútil e contraproducente, por dificultar a exaustão e a remoção do ar confinado dessa área vestibular.

Outra prática, que constitui desperdício, é a provisão, do duto de exaustão, de filtros biológicos.

O lançamento do ar poluído, por duto vertical, acima do telhado, sem qualquer tratamento, é seguro, pelo fato da exposição dos agentes biológicos à diluição, dissipação, dissecação, radiação e outros.

A Norma 7256/2005 - "Tratamento de Ar em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) - Requisitos para Projeto e Execução das Instalações", na Tabela referente a "Processamento de Roupa Suja para Recebimento, Secagem, Classificação e Lavagem", dispensa, por essa razão, o emprego de "filtros biológicos de retenção de microorganismos", apenas preconiza "filtros de retenção de fiapos", instalados nas grelhas de exaustão, além de recomendar a exaustão forçada de todo o ar da sala e a reposição induzida de ar exterior.

São apenas alguns exemplos dos muitos tabus, preconceitos e empirismos que minam os hospitais. ■

Cartas à Redação

Recebemos e agradecemos o recebimento da Revista IPH. Aguardamos os próximos números.

Iluska de Lima Martins de Souza

Ass. Adm. Biblioteca Central - Setor de Periódicos - C.I

UNISA - Univ. de Sto Amaro Biblioteca Central.

Estou muito grata pelo envio da Revista IPH. Ela servirá para tirar algumas dúvidas e entender e aprender mais sobre arquitetura hospitalar. Obrigada mais uma vez.

Fabiola Araújo

Brasília - DF

Acabamos de receber a edição de Dezembro/2004 da Revista comemorativa dos 50 anos de fundação do IPH.

Nas páginas desta publicação chamou-nos a atenção a história narrada com emoção por Jarbas Karman detalhando a marcante trajetória do IPH que foi criado e assumiu as suas atuais dimensões e prestígio graças ao seu espírito empreendedor e capacidade técnica.

Assinalamos, ainda, com os nossos agradecimentos, a publicação da matéria "Conceitos envolvidos nos projetos de HVAC para Instalações Hospitalares e de Salas Limpas" elaborada pelo Engº Raul Bolliger Junior, Consultor Técnico da Smacna Brasil, que mantém um acordo com o IPH de inserir em cada número da revista um artigo que traduza para seus leitores a importância do tratamento de ar em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.

Muito bem, Dr. Jarbas Karman receba e transmita aos seus pares e colaboradores os nossos mais efusivos cumprimentos e votos de sucesso crescente pelo meio centenário do IPH - Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares !

Osmar G. Silva

Vice-Presidente Executivo da Smacna Brasil

Recebi a Revista nº 5 com a matéria do Seminário da UIA no Brasil, muito obrigado.

Arq. José Freire

Belém - PA

Recebi e agradeço a Revista nº 5 com a matéria do Seminário da UIA no Brasil.

Arq. Irineu Breitman

Porto Alegre - RS

Aguardo ansioso pelo novo número da melhor revista de arquitetura hospitalar do Brasil, fruto da dedicação e teimosia do Professor Karman.

Arq. Luis Carlos Toledo

Rio de Janeiro - RJ

Errata

A Revista nº 5 de dezembro de 2004, à página 29, item h), inadvertidamente o símbolo "p" referente à densidade foi substituído por "U" - Engº Raul Bolliger Junior

Breve reflexão sobre a ouvidoria na área da Saúde

Simone Ribeiro Spinetti

Professora de Ética na Administração Hospitalar do Instituto de Pesquisas Hospitalares – IPH - Doutoranda em Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública da USP

Paulo Antonio de Carvalho Fortes

Professor Doutor Associado da Faculdade de Saúde Pública da USP

Breve Histórico

A palavra Ombudsman, vem da palavra sueca "imbud" e significa "representante", "comissionário", "protetor", "mandatário", é alguém que se coloca no ponto de vista do público, observando e criticando lacunas com o objetivo de controlar o exercício do poder e limitar a "arbitrariedade administrativa". A arbitrariedade administrativa é o que comumente denominamos de "violência institucional".

O primeiro ombudsman surgiu com o aparecimento do grande senescal (drotsen), que era funcionário do rei encarregado de exercer o controle da atividade dos juizes do Reino Sueco.

Com a deposição do rei, houve uma Assembléia Nacional Constituinte, que promulgou a Constituição, a Regeringsform de 1809, que introduziu a figura do Justitieombudsman, ou delegado parlamentar, a fim de exercer o controle da administração. O Justitieombudsman permaneceu com as atribuições de controle sobre as autoridades judiciárias e administrativas, sendo, sem dúvida, a necessidade de controle sobre um governo permanente que levou os parlamentares à criação desta figura original, sem paralelo na história jurídica européia.

O ombudsman não possui poder de revogar ou anular decisões, atuando mais no processo de persuasão e influência, podendo recomendar ou propor mudanças nas ações governamentais, podendo investigar questões as quais toma conhecimento por outros meios, como, por exemplo, através da imprensa. Esta, por sua vez, exerce um importante papel, informando a sociedade dos resultados das investigações e apurações. O ombudsman, ao denunciar falha na administração, contribui para difundir o princípio de justiça entre os cidadãos. (LARA PINTO 1993)

A noção de ombudsman aceita na legislação da maioria dos países e acatada pelos estudiosos no assunto, afirma ser finalidade de sua função a defesa dos direitos fundamentais dos cidadãos contra ações indevidas realizadas pelo poder estatal, tentando garantir a melhoria da qualidade do funcionamento e da organização da Ad-

ministração Pública, mediante o desencadeamento de ações tendentes a solucionar questões apresentadas, mediante queixas e reclamações, a respeito dos serviços públicos, por parte da população.

A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

No Brasil têm-se relatos de experiências nesta área que remonta à colonização. Conforme relata LACERDA (2000), em 1548 o ouvidor-mor foi um dos personagens de destaque da administração do Brasil, então centrada na Bahia. A ouvidoria geral de São Paulo foi criada em 1699. As atribuições do ouvidor geral estavam previstas no corpo de direito então vigente em Portugal e, por extensão, no Brasil. Nesse período, sua competência passou a ser assimilada a do corregedor, mas a presença deste excluía a capacidade jurisdicional do ouvidor geral.

Na década de 60, fez-se uma tentativa de resgatar a função do ouvidor. Não houve efetividade, principalmente devido à instituição do regime militar, que obstruiu os canais formais e informais de controle da administração pública. A prática da ouvidoria voltou a ser repensada nos anos 80, com a instituição da defensor do povo, o qual estava incumbido, na forma de lei complementar, de zelar pelo efetivo respeito dos poderes do Estado aos direitos assegurados pela Constituição, apurando abusos e omissões de qualquer autoridade e indicando aos órgãos competentes as medidas necessárias a sua correção ou punição.

Com o fortalecimento da defesa do consumidor iniciada com a inscrição, na Constituição Federal de 1988, e que culminaria com a promulgação da Lei no. 8.078, de 11 de setembro de 1990, conhecida como Código de Defesa do Consumidor – “CDC”, em atendimento ao que dispõe o artigo 48 das Disposições Transitórias da mesma Constituição, diversas empresas passaram a adotar a instituição da figura do Ombudsman. [www.aneel.gov.br/210.htm]

Os últimos anos do século XX e início do século XXI, mostram que na realidade brasileira, ocorreu uma divisão na terminologia: o termo ouvidor prevalece na esfera pública como o representante do cidadão, ficando o termo ombudsman reservado às empresas da iniciativa privada, onde costuma significar representante do cliente, representante do funcionário ou representante do consumidor. (PINSKI 2003)

Esta função foi adotada, inicialmente, pela iniciativa privada, visando conferir uma maior transparência às suas atividades e, também, estimular o consumidor a defender seus direitos e interesses junto à instituição, privilegiando a prevenção e, por consequência, evitando confrontos nas relações de consumo. Assim, a empresa se posicionaria melhor no mercado, aperfeiçoaria a qualidade de seus produtos e serviços e criaria um canal importante de comunicação direta com o consumidor. (VISMONA 1998, p.1)

A primeira experiência, na esfera privada, foi a do Jornal “Folha de São Paulo” que em 1989, instituiu o cargo de Ombudsman, divulgando seu significado, e, com a promulgação do Código de Defesa do Consumidor em 1990, outras empresas e instituições fizeram o mesmo. Assim, em seguida, a ABINEE – Associação Brasileira da Indústria Elétrica e Eletrônica, o Banco Nacional e o Grupo Pão de Açúcar também adotaram seus Ombudsmen. (VISMONA 1998 p. 1)

Para GUIMARÃES (sd) existe uma distorção do papel do Ombudsman. No cotidiano,

empresários têm associado à terminologia ombudsman aos denominados SACs – Serviços de Atendimento ao Consumidor, sendo que este é um setor da empresa que se presta a ouvir as reclamações dos consumidores, repassando-as aos superiores hierárquicos, com posterior resposta indicando o encaminhamento do que fora outrora pugnado, não importando, necessariamente, que tenha havido uma sugestão formulada pelo Ombudsman, tampouco uma solução. (p.2)

Na esfera pública brasileira a adoção do Ombudsman, ou como é mais conhecido neste âmbito, o Ouvidor, teve uma evolução mais lenta. Curitiba e posteriormente, o Paraná adotaram esta função, seguido por outras cidades, dentre elas: Santos, Maringá, Campinas, Fortaleza e o Estado do Ceará. Diversos órgãos públicos, como a Fundação PROCOM, o IPEM e a Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, assim como empresas públicas prestadoras de serviços, também seguiram este caminho, em uma clara demonstração que esta função vem se espalhando junto aos diversos ramos de atividade, pública e privada. Este crescimento é movido pela necessidade de atender o cidadão e aperfeiçoar os serviços e produtos, mas também, representa uma inequívoca conscientização da cidadania, que cada vez mais, exige respeito e participação.

A OUVIDORIA NA ÁREA DA SAÚDE EM ÂMBITO NACIONAL

Na área da saúde, a Lei 8080/90 traz uma grande colaboração com relação a este tema. No Título I – Art. 2º § 2º – “O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos e doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.”

No Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes – Art. 7º – Princípios, a Lei aponta a ne-

cessidade de igualdade à assistência; direito à informação sobre nossa própria saúde; divulgação de informações sobre serviços prestados e utilização dos usuários; e participação social.

A Lei federal no. 3.507, de 13 de Junho de 2000, dispõe sobre o estabelecimento de padrões de qualidade do atendimento prestado aos cidadãos pelos Órgãos e pelas Entidades da Administração Pública Federal direta, indireta e fundacional, e cita a criação de mecanismos de comunicação com o usuário, bem como procedimentos para atender a reclamações.

Assim, em 2002 O Ministério da Saúde elaborou um “Manual Técnico para Implantação dos Padrões de Qualidade de Atendimento ao Cidadão”, que teve como finalidade promover a melhoria da qualidade do atendimento prestado pelos órgãos/entidades do Serviço Público Federal e satisfazer as necessidades e desejos dos usuários. Seu Artigo IV – Participação do Cidadão estimulou a criação de mecanismos de comunicação com os usuários, tais como: ouvidoria, caixa de sugestões, painel eletrônico, pesquisas, dentre outros. Com relação à ouvidoria o Manual Técnico estabelece sua instalação e meios que possibilitem ao usuário acompanhar sua reclamação.

Recentemente, em 16 de junho de 2004, o Ministério da Saúde, institui a Portaria no. 1.193, que disciplina o funcionamento do Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde, que visa centralizar o recebimento das denúncias formuladas por servidores e cidadãos interessados, relativamente às atividades e aos procedimentos internos, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

A CRIAÇÃO DAS OUVIDORIAS NO ESTADO DE SÃO PAULO

Em São Paulo, a primeira lei que tratou dessa questão, de forma indireta, foi a Lei nº 10.177 de 30 de dezembro de 1998 que dis-

põe em seu artigo 23 a necessidade de assegurar a qualquer pessoa, física ou jurídica, independentemente de pagamento, o direito de petição contra ilegalidade ou abuso de poder, assim como, para a defesa de seus direitos. Sendo que, o direito de petição, pode ser exercido de forma individual ou coletiva, através de pessoa física ou jurídica.

LEI 10.294/99: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A Lei de Proteção e Defesa do Usuário foi elaborada como instrumento de controle interno, instituindo um sistema de Ouvidorias na Administração Pública Estadual. Todos os órgãos públicos estaduais, diretamente envolvidos com a prestação de serviços e o atendimento do cidadão devem ter um ouvidor. (VISMONA 2001)

As normas desta lei visam à tutela dos direitos do usuário e aplicam-se aos serviços públicos prestados pelos órgãos estaduais.

A Lei entende como direitos básicos dos usuários:

- Informação;
- Qualidade na prestação do serviço
- Controle adequado do serviço público

Cria-se o Sistema Estadual de Defesa de Serviços Públicos – SEDUSP, o qual tem por objetivo instituir e assegurar um canal de comunicação direto entre os prestadores de serviços e os usuários, a fim de aferir o grau de satisfação desses últimos e estimular a apresentação de sugestões. Integram o SEDUSP: (i) as Ouvidorias; (ii) as Comissões de Ética; (iii) uma Comissão de Centralização de Informações dos Serviços Públicos do Estado de São Paulo, com representação dos usuários, com finalidade de sistematizar e controlar todas as informações relativas aos serviços especificadas nesta lei, facilitando o acesso aos dados colhidos; e (iv) Os órgãos encarregados do desenvolvimento de programas de qualidade do serviço público;

Posteriormente, a Lei foi regulamentada pelo Decreto nº 43.958, de 20 de Abril de

1999, que institui uma Comissão Intersetorial para propor providências visando à sua implantação. Também, o Decreto nº 44.074, de 1º de Julho de 1999, regulamenta a composição e estabelece as competências das Ouvidorias de Serviços Públicos Estaduais.

Sendo um instituto ligado ao Poder Executivo, compete a cada Secretaria de Estado definir o perfil do seu ouvidor, conforme seus órgãos, atribuições, usuários e serviços prestados, sendo importante que o cidadão sempre que queira se manifestar, encontre através de um Ouvidor um canal de comunicação e representação de sua queixa, reclamação ou elogio.

Em 1995, a Secretaria de Estado da Saúde cria o Disque SUS, que é um canal de defesa da cidadania. Partindo do pressuposto que a saúde não deve ser entendida como mercadoria e que a relação entre instituições e profissionais de saúde com pessoas que procuram serviços para atendimento de suas necessidades, não pode ser observada somente como relação de consumo, mas sim envolvendo direitos fundamentais inseridos nas normas constitucionais, principalmente os constantes do artigo 5º e seus incisos (direitos individuais e coletivos).

A OUVIDORIA NA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Além da legislação supra citada, têm-se ainda, o Código de Saúde do Estado de São Paulo (Lei Complementar nº 791/95), que estabelece em seu Capítulo III, Seção V: "Da Ouvidoria Geral" – Artigo 36, que sem prejuízo da competência do dirigente do SUS e da atuação dos órgãos de controle externo e interno e do Conselho Estadual de Saúde, haverá, na direção do SUS estadual, uma Ouvidoria Geral, incumbida de detectar e receber reclamações e denúncias, encaminhando-as aos órgãos competentes para as providências necessárias."

A aplicabilidade desta legislação desencadeou o processo de instituição de ouvidorias em equipamentos de saúde de responsabilidade da esfera Estadual.

A criação da Ouvidoria Geral da Saúde, objetiva responder aos preceitos legais advindos da Lei 10.294/99, assim como as diretrizes políticas do governo estadual no sentido da criação e implementação desta instância pública nos diversos espaços da Administração Pública.

A Ouvidoria na saúde visa à melhoria da qualidade dos serviços de saúde, públicos ou privados constantes do Sistema Único de Saúde, estabelecendo instrumentos de garantia dos direitos dos cidadãos usuários dos serviços de saúde. Parte do pressuposto que os serviços de saúde devem manter os padrões de qualidade técnica, científica, administrativa reconhecidos, e devem ser pautados nos princípios válidos para a Administração Pública.

Fundamenta-se na necessidade de transparência e de controle social da Administração Pública e do Sistema Estadual de Saúde, no exercício dos pressupostos da cidadania.

Constitui canal de participação para os cidadãos, para que possam formular queixas, sugestões, reclamações e denúncias, elogios e esclarecimentos sobre ações e serviços de saúde prestados pelo SUS.

Não se deve confundir a ouvidoria na saúde com outras instâncias de controle legal e econômico do sistema estadual de saúde, como o Conselho Estadual de Saúde, Tribunal de Contas e Sistema Estadual de Auditoria, com os quais deve manter contato e articulação permanente. Também não se pode ser confundida com as instâncias administrativas possuidoras de poder para resolução de problemas técnicos ou administrativos, nem com órgãos sancionadores, coatores ou penalizadores.

A OUVIDORIA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Em 2001, o Município de São Paulo, através de Decreto Municipal nº 40.248, instituiu na cidade de São Paulo, junto ao Gabinete da Prefeita, a Ouvidoria Geral do Município de

São Paulo. A Ouvidoria tem como atribuições receber e apurar denúncias, reclamações e representações sobre atos considerados ilegais, arbitrários, desonestos, ou que contrariem o interesse público, quando praticados por servidores públicos do Município de São Paulo, empregados da Administração Indireta, agentes políticos, ou por pessoas, físicas ou jurídicas, que exerçam funções paraestatais, mantidas com recursos públicos.

Uma das prioridades da Ouvidoria no âmbito municipal é sistematizar informações recebidas do município e dos vários canais ligados à administração municipal. A partir do conhecimento detalhado dos serviços nas diversas regiões do município, a Ouvidoria elabora sugestões que visam elevar a qualidade dos serviços e ampliar seu acesso à população, além de aumentar o conhecimento dos cidadãos acerca de seus direitos e deveres. [<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/ouvidoria/atribuicoes/0001>]

Com base no trabalho de Ouvidoria da Prefeitura, o órgão pretende atuar cada vez mais como mediador na definição de políticas públicas e colaborar com a eficácia das ações governamentais. [<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/ouvidoria/atribuicoes/0001>]

COMO ENTENDEMOS A PRÁTICA DO OUVIDOR NA ÁREA DA SAÚDE

A Ouvidoria tem funções de crítica, aconselhamento, sugestão e publicidade, cuja credibilidade é construída com a imparcialidade e integridade com que a investigação é conduzida.

Ao Ouvidor competirá detectar, receber e avaliar a procedência e veracidade de sugestões, críticas, reclamações, elogios, denúncias e queixas referentes à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde prestados pelo SUS/SP e encaminhá-los aos responsáveis pelos órgãos públicos ou instituições privadas envolvidas nas demandas pelos cidadãos.

Acompanha as medidas, ações e providências efetuadas pelos órgãos públicos

e instituições privadas consoantes às sugestões, críticas, reclamações, denúncias e queixas e pode encaminhar sugestões sobre providências possíveis aos responsáveis pelos órgãos públicos e instituições privadas conveniadas ou contratadas ao SUS.

É também sua responsabilidade a permanente articulação das instâncias administrativas, outras ouvidorias e instituições de defesa do consumidor ou de defesa dos direitos de usuários/pacientes no sentido de atender aos pressupostos de sua atuação.

Através das competências e atribuições do Ouvidor, deseja-se que seja assegurado ao usuário que o mesmo o reconheça no seu relato e a importância e pertinência de sua reivindicação, evitando tratar quem se manifesta como se estivessem buscando um privilégio e não direitos.

Das Demandas:

Propõe-se que o Sistema de Ouvidoria de Saúde tenha como objetivos:

- I recomendar correção de falhas administrativas;
- II solicitar esclarecimentos sobre a violação de direitos dos usuários dos serviços de saúde;
- III fazer sugestões e propostas de melhoria de qualidade de organização e funcionamento dos serviços de saúde;
- IV prevenir e recomendar correção de atos e procedimentos contrários aos princípios da administração pública;
- V aperfeiçoar formas de participação da comunidade no acompanhamento e fiscalização dos serviços de saúde.

Não Cabe ao Ouvidor:

- I Acolher reivindicações;
- II Acolher sugestões de como desenvolver uma política pública;
- III Dar prosseguimento a reclamações que ainda não tiverem sido apresentadas à instituição de saúde respon-

sável. A Ouvidoria deverá atuar como uma segunda instância de reclamação, diminuindo o volume e aumentando a relevância dos casos sem os quais a Ouvidoria vai se debruçar; e

- IV Receber reclamações de pessoas que não o interessado diretamente afetado, evitando intermediações que poderiam dar margem a explorações políticas inadequadas;

Natureza da Reclamação

- Não realização de atendimentos, sem que houvesse os devidos esclarecimentos;
- Atendimento realizado de forma irregular ou sem qualidade;
- Decisão, ato ou reclamação que apesar de legal, seja injusto, arbitrário, discriminatório, negligente, abusivo ou opressivo;
- Recusa em dar explicações sobre decisão, ato ou recomendação;
- Decisões, atos ou reclamações contrários à lei;
- Não obediência às leis e aos regulamentos específicos;
- Tomada de decisões insensatas, injustas, inadequadas e pautadas em arbitrariedades ou abusos de poder;
- Promoção do desrespeito aos direitos básicos e às liberdades.

Perfil do Ouvidor

Para o eficaz exercício de suas funções e prerrogativas é fundamental que os Ouvidores, em qualquer nível do sistema, tenham:

- Independência
- Imparcialidade
- Competência
- Paciência no trato com o público
- Empatia
- Desprendimento
- Coragem
- Plena autonomia
- Representatividade social perante os ►

agentes do sistema de saúde

- Competência técnica
- Conhecimento da Administração Pública, da regulamentação legal, da organização e funcionamento do sistema estadual de saúde.

Vantagens para o Gestor

Considera-se que este tipo de função dentro da administração pública, em seus diversos âmbitos e esferas, se bem delinea-

da e trabalhada, poderá trazer vantagens ao administrador, tais como:

- Transparência na administração
- Instrumento de transformações institucionais mediante o conhecimento aportado pelas reclamações, queixas, reivindicações.
- Ampliação da credibilidade junto à opinião pública
- Efetivação do direito dos usuários de se manifestarem suas reivindicações, fazen-

do parcerias sempre em busca da qualidade e eficiência dos serviços prestados.

Faz-se interessante refletir sobre o papel do ouvidor na área da saúde, não somente como mero intermediador de reclamações, críticas, elogios, mas, como um profissional que possa representar o cidadão, visando assessorar, mediar e instrumentalizar o administrador, em busca da melhoria da qualidade dos serviços prestados, sendo este serviço público ou privado. ■

Bibliografia Consultada

- Amaral Filho, M.J.T. O Ombudsman e o Controle da Administração. Dissertação de Mestrado. São Paulo, 1988 (Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo)
- Agência Nacional de Energia Elétrica. ouvidoria – história. www.aneel.gov.br. [Texto retirado da Internet Brasil. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Lei no. 8.078, Brasília, 11 de setembro de 1990.
- Brasil. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei no. 8.080, Diário Oficial da União, Brasília, 19 setembro de 1990.
- Camargo e Gomes ME. Do Instituto do Ombudsman à Construção das Ouvidorias Públicas no Brasil. In: Rubens Pinto Lyra et al., A ouvidoria na esfera pública brasileira. 1ª Edição. Curitiba: Editora Universitária/UFPR; 2000. P. 49-124.
- Citadini, A.R. O controle externo da Administração Pública. São Paulo, Max Limonad, 1995
- GRADO, C.G. Los ombudsmen europeos. Barcelona, Tíbidabo Ediciones, 1986
- Guillen, V.F. el defensor del pueblo – Ombudsman. Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1986. V.2 p. 184-91
- Guimarães MS. Ministério público, ombudsman e ouvidor na fiscalização dos serviços públicos. [online]. [disponível em: <http://www.amperj.org.br/port/marcio01body.html>] [2004 out 6]
- Lara Pinto O. Ombudsman nas instituições bancárias do Brasil – agente de mudanças. Brasília; 1993. [Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Estudos Sociais Aplicados – Departamento de Administração, Universidade de Brasília.
- Ministério da Saúde. Portaria no. 115: disciplina o funcionamento do Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde. Brasília, 17/06/04. Sec. 1, p.1.

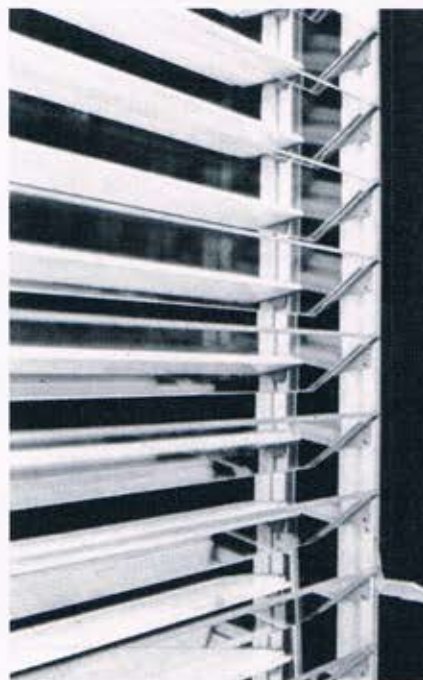
- Ministério da Saúde. Portaria Conjunta no. 1.112: Instituir no Ministério da Saúde, Grupo de Acompanhamento da Responsabilização – GAR decorrente das ações levadas a efeito pelo controle externo e interno da Administração e dos reclamações dos usuários do Sistema Único de Saúde. Brasília, 29/09/2000.
- Ministério da Saúde. Padrões de atendimento ao cidadão: manual técnico para implantação dos padrões de qualidade do atendimento ao cidadão. Brasília, 2002, 1ª Ed.
- Pinski I. A influência do ombudsman na eficácia empresarial. São Paulo; 2003. [Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo]
- São Paulo. Lei no. 10.294, de 20 de abril de 1999. Estabelece a criação do Sistema Estadual de Defesa do Usuário de serviços Públicos – SEDUSP. Diário Oficial do Estado, São Paulo, Seção II, p.1
- São Paulo (Estado). Lei Complementar no. 791, 09 de março de 1995. Projeto de Lei Complementar no. 15/91 do Deputado Roberto Gouveia e outros. Código de saúde de São Paulo. São Paulo, março 1995.
- São Paulo (Município). Decreto no. 40.248, de 12 de janeiro de 2001. Institui junto ao Gabinete da Prefeitura, a Ouvidoria Geral do Município de São Paulo. Diário Oficial do Município, São Paulo, set, 2001.
- Vismona EL. A Ouvidoria no Brasil e seus Princípios. In: A ouvidoria no Brasil. Associação Brasileira de Ouvidores. 1ª edição. São Paulo Câmara Brasileira do Livro; 2001. p. 11-20.
- Vismona EL. A experiência dos ouvidores públicos. Cadernos FUNDAP 2001; 22: 160-168.

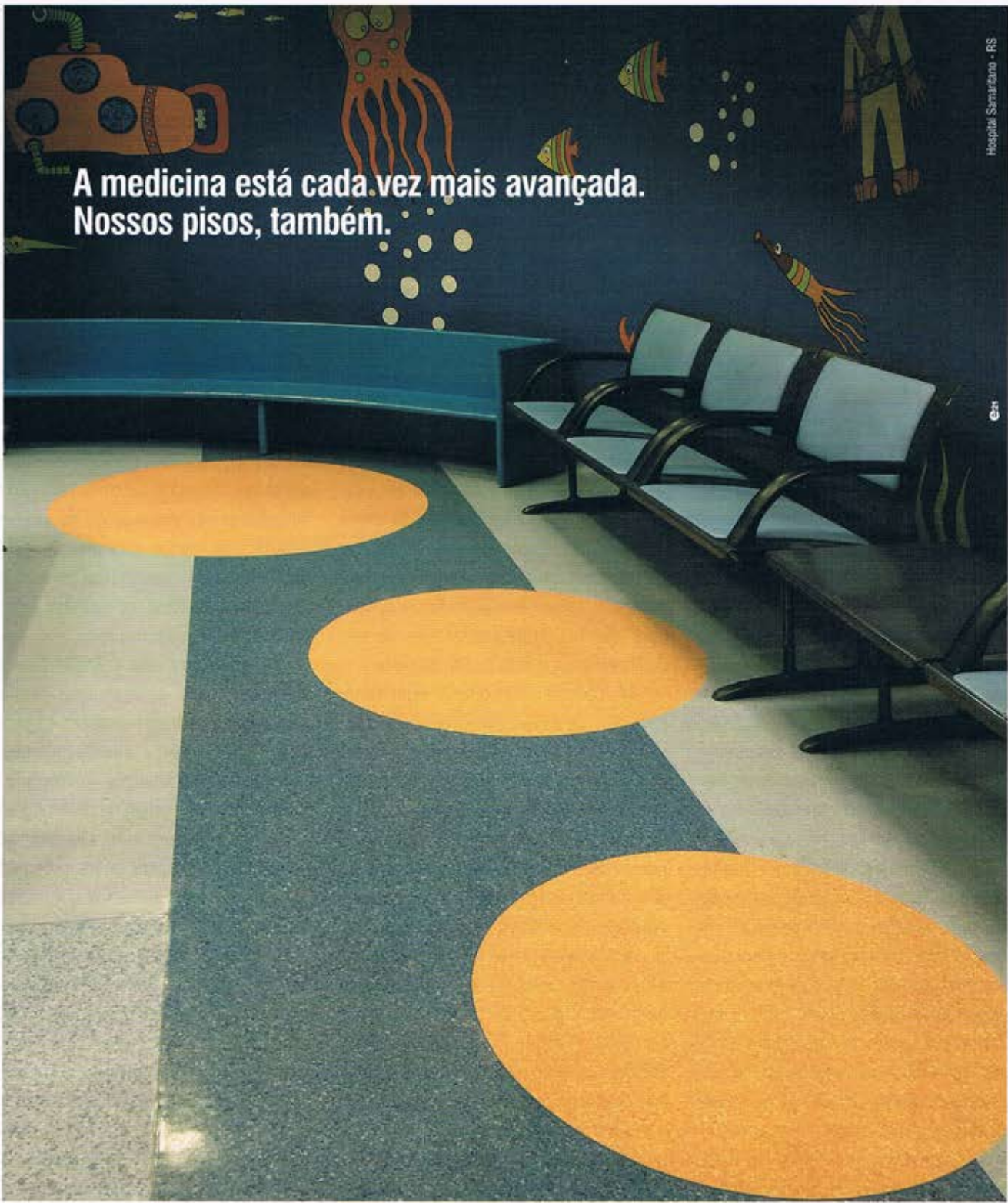


PERSOLLY ESQUADRIAS LTDA.

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





A medicina está cada vez mais avançada.
Nossos pisos, também.

Hospital Samaritano - RS

En

Os pisos vinílicos Fademac garantem segurança, bem-estar e economia em áreas de saúde. Além de impermeáveis, térmicos e macios, o Absolute, o Pavifloor, o Traffic Els e o Paviflex, quando tratados adequadamente, melhoram a luminosidade do ambiente reduzindo o consumo de energia. O Absolute e o Pavifloor, apresentados em mantas, tornam-se monolíticos quando soldados, facilitando a limpeza, evitando a trepidação de macas e carrinhos e reduzindo o risco de infecção hospitalar. A instalação é rápida, liberando o local em curto espaço de tempo. Por tudo isso, ninguém escolhe outro piso para hospitais. Tem que ser Fademac.


Fademac
www.fademac.com.br - 0800.119122

Reflexões e considerações sobre o planejamento hospitalar e arquitetura do sistema de saúde

Elgson Ribeiro Gomes

Prof. Titular da UFPR – Universidade Federal do Paraná desde 1963, Presidente do IPERG – Instituto de Pesquisa e Educação Elgson Ribeiro Gomes

IV PARTE

46. Conheci o Dr. Odair Pacheco Pedroso em 1963 em Curitiba, quando do projeto do Hospital Neuropsiquiátrico Infantil que era um sonho da dona Dalila Lacerda, oportunidade de trabalho que me chamou pelas mãos do grande médico pediatra Dr. Plínio Pessoa na época em que o Dr. Odair cuidava do Hospital de Clínicas, quando o Dr. Flávio Lacerda era o nosso magnífico reitor da UFPR, pois embora eu tivesse morado em São Paulo desde 1946 até 1959, em verdade naquela época não eram muitos os arquitetos que se debruçavam sobre o assunto do Planejamento Hospitalar.

47. O seminário promovido pelo Instituto dos Arquitetos em São Paulo na segunda semana de julho de 1954 despertou aos poucos o interesse pelo tema e particularmente tive a ventura de ter o Dr. Odair como consultor deste projeto, tendo assim começado a iniciação que tanto almejava. O Dr. Odair tendo me visitado em companhia da Dra. Lourdes Carvalho pediu-me que após os primeiros esboços o procurasse em São Paulo para dar prosseguimento à sua orientação, e também na complementação da programação do hospital, já que se tratava de um projeto que não tinha similar até então, como de fato não o tem até hoje.

48. Em São Paulo, logo após a nossa primeira reunião, ele me recomendou que visitasse o Hospital Infantil do Morumbi, uma obra projetada pelo Arquiteto Osvaldo Bratke, um dos nossos grandes profissionais

naquela época.

Foi o meu primeiro passo de uma caminhada que venho empreendendo desde então e o contato com um hospital geral só para crianças me despertou muito a curiosidade, pois todos temos a tendência de imaginar que um hospital geral deva atender adultos e crianças indiscriminadamente.

49. Daquela visita guardo algumas recordações indeléveis, tais como a da antecâmara do Centro Cirúrgico, com um elevador de duas portas pela conveniência de pegar a criança que será operada num dos andares de internação, parar no andar do centro cirúrgico, abrir a porta de trás e a criança sair para dentro de uma sala cheia de brinquedos, bolas, cavalinhos, almofadas, tudo que se possa imaginar, onde começa a se divertir e brincar, não sabendo que, de cada brinquedo exala um pouco de gás anestésico, que faz com que ela vá ficando cada vez mais anestesiada, até o ponto certo de ser conduzida pela porta seguinte para o corredor que a levará à sala de cirurgia ...

50. Outrossim, a percepção de que todos os móveis, cadeiras, mesas, armários, etc são feitos menores do que os dos adultos, que as paredes são decoradas com motivos de desenhos que despertam a imaginação infantil, que os quartos são envidraçados de forma que as enfermeiras possam olhar todas elas através dos diversos quartos, que as janelas tenham proteções adequadas para que elas não subam e se precipitem do an-

dar, que as camas tem grades altas, algumas até sendo completas por cima, para não saírem das camas, dependendo do problema específico da criança, e da preocupação do hospital com acidentes etc, que os refeitórios são desenhados como um ambiente alegre e esportivo e assim por diante ...

51. Que existe uma definição clara das enfermeiras para crianças bem menores, daquelas das crianças já maiores, e também divisão por sexo etc, e considerando que as UTIs são só para crianças, ao contrário de muitos hospitais gerais, onde em grande parte elas eventualmente são internadas no contexto de adultos jovens e de pessoas idosas, numa convivência que marca a mente infantil, além de outras precauções mais quanto a visitas, acompanhantes etc, o que por certo vem alterando a filosofia, na programação em geral dos hospitais, com a construção de alas destinadas somente às crianças nos hospitais gerais.

52. Com uma tendência forte para a construção de "blocos específicos" para a pediatria, porém interligados com o corpo principal do hospital, para conexão com tudo o mais que é comum dos demais serviços, tais como lavanderia, cozinha, centro cirúrgico, etc, etc, a exemplo do KantoSpital de Basileia, o de Herford em Bünde na Alemanha, próximo a Hanover, entre outros, e também a construção de hospitais recentes só para crianças, com é o Children's Hospital de Washington.

53. No projeto do Hospital Neuropsiquiátrico Infantil, o Dr. Odair insistiu que as alas de internação fossem todas ao nível do solo, no andar térreo, no sentido que fossem evitados suicídios - também que fossem divididos em cinco blocos de moradia (internação prevista pelo tempo aproximado de dois a três anos de tratamento) para classificação conforme as idades e também dos sexos quando mais crescidas - crianças que seriam triadas em todo o estado e cujo diagnóstico apontasse que seriam passíveis de uma recuperação mediante um tipo de trabalho de terapia ocupacional, oficinas, salas de aulas, aliado aos tratamentos tradicionais indicados para cada caso, com centro de neurocirurgia, serviços auxiliares de diagnóstico, ambulatório (com cantina onde cada criança que chegasse pudesse ser alimentada e reidratada ...) etc.

54. Existia em Curitiba na década de 1950 um esqueleto de concreto espetado na paisagem, que o governo do estado passou para a Universidade do Paraná recém-federalizada, e que o Dr. Flávio Lacerda houve por bem contratar o Dr. Odair Pedroso como consultor para a programação da transformação e implantação do nosso atual Hospital de Clínicas, que foi construído pela Cesbe, com a presidência do Cláudio Loyola, Iwersen, do Alceu entre outros, quando eu ainda residia em São Paulo, portanto na década daquele importante seminário sobre planejamento hospitalar promovido pela IAB de São Paulo.

55. O Dr. Odair Pedroso concebeu um prédio à parte para a maternidade, otimizou ao máximo os espaços da estrutura existente, e concebeu outrossim anexos para acomodar o complexo programa do Hospital Universitário, com dependências exclusivas para os alunos do curso de medicina e da área da saúde, e dependências para as demais funções tais como lavanderia, cozinha, anatomia patológica, almoxarifados, centro cirúrgico, centro obstétrico, ortopedia então

num anexo com centro cirúrgico específico, pediatria no corpo principal no contexto geral da internação, provocando uma reivindicação de bloco em separado (até de um hospital infantil específico pelo Dr. Kats). O fato é que o HC vem sofrendo reformas e adequações importantes, sendo inclusive pioneiro com o Dr. Pasquini com um departamento complexo para transplante de medula óssea, que não era assunto na década de 1950.

56. Naquela época o problema dos estacionamentos não estava tão agudo, a cidade era pequena, as pessoas moravam em geral muito próximas ao centro da cidade, mas tudo mudou, os terrenos circunvizinhos se tornaram muito valiosos, e quando o professor Theodócio Jorge Atherino era reitor, encomendou ao Lubomir Ficinski um plano diretor para toda a universidade (que era então uma recomendação do MEC que mais tarde se transformou em exigência para todas as Universidades Federais), plano este que o Ficinski desenvolveu com um entusiasmo contagiante, e cujas bases persistem até hoje, e na ocasião ele me solicitou para analisar alguns aspectos do Hospital de Clínicas, ocasião em que pude refletir também a respeito da falta de garagens, elaborando estudos para estacionamento para 700 carros que mantenho até hoje, entre outros aspectos de fluxos em níveis inferiores, etc.

57. Os traços gerais da programação de um Hospital Universitário, versus Centro Hospitalar Universitário, e versus Campos da Saúde, com alguns exemplos internacionais mais recentes, serão objeto de um artigo específico dado a sua extensão, complexidade e relevância, assunto que também teve um embrião naquela semana de estudos do IAB de São Paulo, com a palestra do arquiteto Jorge Machado Moreira, sobre o seu trabalho de programação e projeto do Hospital Universitário de Porto Alegre. (Continua no próximo número). ■

Karman

arquitetura de hospitais

arquitetura
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
hospitaiskarman@karman.com.br
www.karman.com.br

Morte como a realização da vida

Death as accomplishments of the life

Albino Pereira Salgueiro

Mestre em Direito. Docente do IPH

Resumo

O que seria da vida sem a morte? A resposta é imediata: seria uma plástica, um plasmar, um conformismo. Tudo seria inerte, sem perspectiva e sem ideais. A morte é um incentivo para vida, para a produção e para o desenvolvimento. Aquilo que buscamos deve encontrado dentro de um período de tempo. Período esse conhecido como vida. Do aproveitamento desse período, dependem as nossas realizações.

Palavras-chave:

Vida – Morte – Atitude frente à morte – Envelhecimento

Abstract

What would be life without death? The answer is immediate: a plastic, something not apprehended, a conformism. Everything would be inert, with no perspective and ideals.

Death is like that, an incentive for life, for production and for development.

What we look for can be found in a period of time known as life.

Our achievements are consequences of the way we face life.

Key-words:

Life Death – Attitude to Death – Aging

Tudo o que tem importância para nós, de uma maneira ou de outra, procuramos alcançar e colocar em prática. São as nossas realizações. Para aqueles que têm o espírito ambicioso e dinâmico, a busca das realizações é prioritária e imediata. Para os mais metódicos e ponderados, a busca se processa dentro do limite de suas possibilidades. Não importa o ritmo ou as maneiras de alcançarmos nossas realizações, o que importa é que tenhamos concluído as nossas buscas dentro de um período que chamamos de vida. Esse período tem dois limites importantes: nascimento e morte. A distância entre os mesmos, na unidade de tempo, varia de acordo com as diversas circunstâncias que incluem condições de vida, capacidade física, estrutura social etc. Sem cogitar sobre as circunstâncias, o fato é que, havendo busca, as realizações acontecerão, umas dependentes de nossa vontade, outras não. Mesmo que seja infinitesimal a distância entre a vida e a morte, haverá realizações. O nascimento, por exemplo, é primeira grande realização

que acontece na vida, daí por diante outras e outras realizações surgirão. Algumas mais, outras menos importantes. Assim uma cadeia sucederá até a última realização que é a morte.

As duas grandes realizações citadas e que limitam o período da nossa vida não estão sob o nosso controle, são alheias a nossa vontade. Simone de Beauvoir, no seu livro *A Velhice* (1970), diz que “a morte é o limite das minhas possibilidades, e não, minha própria possibilidade”. Esse pensamento pode ser aplicado ao nascimento, visto que o mesmo também não está na possibilidade de quem nasce e sim na possibilidade de outros que conceberam o ser nascente.

Sem levar em conta de quem seja a responsabilidade do nascimento ou da morte, verifica-se que nesses dois extremos está o período de vida. As realizações desse período são por nós absorvidas de modo consciente ou inconsciente, podendo até ser imobilizadas em prático-inertes e, sob essa forma, apreendidas pelo conjunto do mun-

do, que lhe desfigura o sentido, segundo Sartre, citado por Simone de Beauvoir (*A Velhice* – (1970).

O limite da morte conduz para a perspectiva da vida e para todas as realizações da mesma, daí o dever de não distorcemos o sentido da morte ou eliminarmos essa da nossa consciência. Para Heidegger, “a consciência da morte é uma determinante para a compreensão da vida”. Se não houvesse a morte, não haveria significado para nossas realizações; a vida seria plasmada e tudo poderia ficar para depois. Teria-se um futuro ilimitado, com tempo suficiente para evitar as concorrências e as competições. Não haveria vencidos nem vencedores, nem conquistas nem conquistados. O hoje e o amanhã seriam apáticos e indolentes, e o ontem seria insípido.

Projetando todo este raciocínio para a velhice e concluindo que essa é uma das realizações da vida, estabelecida entre o nascimento e a morte, estando tal realização mais próxima do extremo (morte), na maioria das

vezes, criamos dois semiperíodos de vida. Um que vai do nascimento até a velhice e outro que vai da velhice até a morte. O primeiro semiperíodo, que agrupa a juventude e a maturidade, tem como característica as realizações mais ousadas. Qualquer frustração nesse semiperíodo é imediatamente dissipada por um elenco de objetividades que contemplam as iniciativas e sanam as intempéries. Nem sempre se pode dizer o mesmo do segundo semiperíodo: a velhice, visto que alguns percalços geralmente interferem nas realizações mais arrojadas.

Analisando a velhice sob a ótica do pessimismo, concluímos que a mesma está fadada à decrepitude e fortemente ameaçada pela morte que reduz as chances das realizações. Esta análise pode ser imediatamente debatida, lembrando que a morte não ameaça apenas a velhice. Na verdade a morte é uma ameaça constante à vida e não um apanágio da velhice. Às vezes, até se busca na morte uma "solução" para a vida. Se for uma solução, acreditamos ser a menos viável.

Gordon W. Allport ao prefaciar o livro *Em Busca do Sentido*, diz que seu autor, o psiquiatra Viktor E. Frankl costumava perguntar aos seus pacientes que estavam sofrendo de grandes tormentos porque não optavam pelo suicídio. Pela resposta do paciente, o Dr. Frankl traçava as linhas centrais da psicoterapia a ser usada. Com certeza, o psiquiatra via que seus pacientes, mesmo mergulhados em tormentos, ainda buscavam um sentido para a vida. Daí deduzirmos que a morte autoprovocada (degradação solitária do ser humano) não é uma solução, e sim uma ausência da busca de sentido para a vida.

Enfatizando o pensamento de Simone de Beauvoir, deixemos que a morte seja apenas uma realização fora das nossas possibilidades. Infere-se, ainda da autora citada, a seguinte afirmativa: "Não ignoro a morte; levo-a em consideração praticamente em minhas decisões: mas não a vivo...Minha

morte persegue-me no âmago de meus projetos, com inelutável avesso deles: mas não a realizarei jamais; eu não realizo minha condição de mortal."

A providencial inteligência humana, assessorada pelos princípios tecnológicos de prevenção à saúde, tem mudado algumas teorias sobre a velhice, vislumbrando determinadas possibilidades de realizações antes pouco admitidas ou mesmo impossíveis. Oferecendo-se oportunidades e apoio ao idoso imbuído de vontade de desenvolvimento não vinculado à idade específica, esse reformula sua capacidade de vida e de busca de novas realizações. Os programas de apoio à velhice estão propiciando muitas oportunidades, principalmente quando procuram valorizar a integração corpo e mente. Esta conexão (corpo/mente), quando devidamente orientada, influi positivamente na velhice.

Oportunas são as palavras do Dr. Deepak Chopra, citado por Mariúza Peloso Lima (*Gerontologia Educacional*, 2001 – LTr): "Somos as únicas criaturas na face da Terra capazes de mudar nossa biologia pelo que pensamos e sentimos. Possuímos o único sistema nervoso consciente do fenômeno do envelhecimento. Leões e tigres não percebem o que está acontecendo com eles – mas nós sim. E porque somos conscientes, nossos estados mentais influenciam aquilo de que temos consciência. Seria impossível isolar um simples pensamento ou sentimento, uma simples crença ou suposição, que não tenha algum efeito sobre o envelhecimento, direta ou indiretamente. Nossas células estão constantemente bisbilhotando nossos pensamentos e sendo modificadas por eles. Um surto de depressão pode arrasar o sistema imunológico; apaixonar-se, ao contrário, pode fortificá-lo tremendamente. O desespero e a desesperança aumentam o risco dos ataques de coração e do câncer, encurtando a vida. A alegria e a realização nos mantêm saudáveis e prolongam a vida. A recordação de uma situação de estresse libera o mesmo

fluxo de hormônios destrutivos que o estresse propriamente dito. Pelo fato de a mente influenciar cada célula existente no corpo, o envelhecimento humano é um processo fluido e cambiável, podendo ser acelerado, reduzido, parar por algum tempo e até mesmo reverter-se".

Esta visão científica da relação corpo e mente projetada sobre o envelhecimento pode conduzir a uma outra realização da vida para aqueles que atingiram a velhice: a escolaridade. Melhorar, aumentar ou mesmo conseguir uma escolaridade tem sido um patamar de realização para aqueles que durante a juventude ou maturidade não tiveram esta possibilidade.

Aqui cabe algum comentário sobre uma longevidade específica, que é cerebral, fator determinante para a escolaridade, visto que essa implica em aprendizado e esse depende da memória.

Pesquisadores inferem que a memória está diretamente relacionada ao sistema límbico, região do cérebro que atua sobre o funcionamento de vísceras, regulação metabólica e vida emocional. O sistema límbico deve estar sempre ativado, sem sobrecarga, para dispor de uma boa memória. "Se o sistema límbico ficar embutido, a memória sofrerá como também se nele estiver carente de alimentação física". (Mariúza – 2001). A função do sistema límbico se estende sobre outros processos metabólicos do corpo e da mente, não estando, todavia, sozinho nesta tarefa. Integra-se a outros sistemas, como o endócrino, que através de hormônios ativam o corpo e conseqüentemente, o cérebro. Tudo isto, devidamente exercitado cria uma memória capacitada.

Feita esta abordagem sobre a memória, voltemos à realização da escolaridade para a velhice, não esquecendo que em todo este contexto a morte não perde a sua condição de realização. E recordando o raciocínio de Simone de Beauvoir, a morte continua no propósito de ser o limite das possibilidades, ►

não sendo a possibilidade de quem a vive. Mas enquanto a morte não se realiza, espaços se abrem para aqueles que buscam, entre outras realizações, os diversos níveis de escolaridade, e essa busca se torna uma grande realização quando efetuada durante a velhice.

Ir de encontro a um espaço de aprendizado e convivência com o conhecimento, por certo está na mente de muitas pessoas, que por falta de oportunidade chegam à velhice sem realizarem o sonho cultural. Tais pessoas viveram a primeira fase da vida na expectativa, cultivando desilusões, alimentando pensamentos negativos, cercadas de dificuldades e de falta de incentivos. De um momento para outro, e por circunstâncias diversas, podem chegar à realização desejada: o espaço de aprendizado. Aqui cabe uma máxima de Seneca extraída da *Epistulae ad Lucilium*: "ensinando, os homens aprendem", em que o filósofo incita a só ter amizade com pessoas que possibilitem uma relação do intercâmbio aprendizagem/ensino.

O idoso, nesse novo espaço, estará vivendo, entre outras coisas, um estado de inatividade. Integrará a uma nova identidade; forjará um novo direcionamento para a vida; enfrentará uma transferência social e poderá ser visto como expressão de criatividade, de capacidade, de liderança e não como uma vitória biológica, segundo dizeres do sociólogo Gilberto Freire. Irá conduzir e modificar seu conceito de envelhecimento e se olhará de modo diferente. Descobrirá uma nova valorização para a velhice e entenderá que a mesma é uma fase da vida consagrada a todos os seres vivos. Entenderá que o envelhecimento é um processo e, como tal, é um caminho que deverá ser percorrido por todos que nascem. Ao nascer, já se tem instalado o processo de envelhecimento que se propaga a cada instante e em cada parte da estrutura viva, de modo genérico e específico.

Diante do desafio do aprendizado, o idoso terá seu sistema límbico ativado e como

foi dito anteriormente, refletindo positivamente sobre a memória. Por outro lado, a inteligência, anteriormente embotada pela vivência braçal, é estimulada, principalmente a inteligência cristalizada, já que esta é produto de educação e conhecimento.

Consagrando a importância da inteligência nas questões do aprendizado, necessário se faz tecer algumas considerações sobre a mesma, a qual se divide em fluida e cristalizada. A inteligência fluida, sem a influência cultural, está alicerçada nas atitudes fisiológicas e neurológicas; organiza e resolve problemas novos oriundos de situações concretas. É a inteligência que decorre da biologia original do indivíduo. Esta inteligência capacita o indivíduo a raciocinar rapidamente ou a lembrar, em curto espaço de tempo, de uma grande quantidade de informações. A inteligência fluida atinge sua capacidade máxima durante a adolescência, decaindo progressivamente durante toda a vida. Este declínio, contudo, não interfere negativamente na convivência das pessoas, já que estas, em função da própria inteligência fluida, estão com suas funções laboriosas fixadas pela idade.

A inteligência cristalizada tem referência na acumulação de conhecimentos e alicerça o idoso no aprendizado pretendido. As habilidades cristalizadas, ao contrário das fluidas, podem aumentar ao longo da vida adulta, sem que haja um consenso psicológico sobre a idade cronológica que a mesma se estabelece.

A controvérsia imposta à inteligência cristalizada, decorrente do processo de envelhecimento, está na inferência de que em torno dos 60 anos, o cérebro das pessoas, embora saudáveis, sofre mudanças. O cérebro não sendo um órgão estático e fixo, com o amadurecimento, a influência do ambiente e das experiências, altera-se. A alteração conduz a adaptação às necessidades mutáveis ou às lesões e se molda pela influência de nutrientes ou substâncias químicas, segundo Linda L. Davidoff (2001 – MAKRON Books).

O espaço de aprendizado e de convivência com a cultura, geralmente está inserido nos estabelecimentos de ensino particulares ou públicos, além das entidades sociais. São próprios desses espaços fornecer alfabetização, ensino fundamental, médio, superior e profissionalizante. Buscam tais estabelecimentos não apenas fornecer o conhecimento, mas criar uma valorização comunitária, onde o frequentador se sinta ativo, possa integrar e desenvolver a sua inteligência cristalizada. Possa, ainda, mudar o seu comportamento e ter uma imagem diferente de sua idade ou velhice. São os chamados cursos para a Terceira Idade, que são frequentados por pessoas cada vez mais jovens. Tais cursos se integram à vertente da comunidade, termo que Maria Cristina Costa Braga Hotelli Fogaça, no seu livro *Reflexões Sobre o Envelhecimento: Faculdade Aberta para a Terceira Idade* (2000 – LTr.), discute e reflete brilhantemente algumas concepções, incluindo a de autores clássicos, como Max Weber. Diz a pesquisadora citada: "Hoje sabemos que os valores que subjazem ao princípio da comunidade são: cooperação, solidariedade, participação, equidade, transparência e democracia interna. Não dá para fazer isoladamente uma comunidade sem inter-relacionar indivíduo, comunidade e sociedade".

É dentro dessa conceituação de idéias comunitárias que o idoso terá a chance de alcançar a grande realização almejada: a escolaridade, cuja projeção fará com ele se sinta um cidadão integrado aos problemas sociais. Esta realização, fortificada pelas oportunidades que dela decorrem, potencializará o idoso a impor-se no âmbito escolar, familiar e social. Fortalecerá também sua defesa contra as injunções psicológicas e desenvolverá sua autoconfiança.

Todo este processo de raízes axiológicas conduzirá o idoso a sentir a velhice não como um preparo para a morte, mas como uma etapa da vida capaz de exaltá-lo como criador de grandes valores, ou seja, verda-

deiro processo existencialista. E neste linear de concepções, a morte, como última realização da vida, ainda que não fazendo parte da possibilidade do idoso, estará distante das cogitações do mesmo.

A exemplo da escolaridade, outras realizações, que também foram ideais da juventude e da maturidade, poderão ser alcançadas na velhice sem que o limite da morte deixe de existir. Este limite ficará inconscientemente incentivador, conscientemente inevitável, porém devidamente reprimido diante das realizações. Não podemos deixar de aceitar a morte, ela faz parte de nossa existência e, mais uma vez interpretando as palavras de

Simone de Beauvoir, não a ignoramos, devemos levá-la em consideração em todas as nossas decisões.

Primar à velhice com realizações é afastar daquele período de vida os fantasmas da fragilidade e da decadência, verdadeiros atributos da precocidade da morte. Dizer que só resta morrer é culpamos a morte do resultado da nossa inércia. Devemos buscar realizações através da vida, ainda que a mesma seja marcada pela morte. Deduzimos dos ensinamentos de Sócrates que o mais importante são as razões pela quais se vive e não simplesmente viver. Outro pensamento que ilustra o mesmo resultado é o do poe-

ta latino Juvenal: "Et Propter Vitam Vivendi Perdere Causas", que pode ser interpretado como sendo: "pelo amor da vida não se deve perder as razões de viver".

Pretendeu-se nessa exposição manifestar a importância da busca de realizações durante a vida, principalmente no período da velhice, não aceitando que o mesmo seja um estágio preparatório para a morte e que esta pode manter-se à distância convicta de sua realização, sem a ânsia de realizar-se. Oferecerá espaço para outras realizações que não tiveram espaço antes da velhice. Será uma inconsciente incentivadora destronada da maledicência de ser a pior das realizações. ■

Bibliografia Consultada

ARIÈS, Philippe. O Homem Diante da Morte. Rio de Janeiro. Ed. Livraria Francisco Alves, Vol. II, 1990.
BEAUVOIR, Simone. A Velhice. Rio de Janeiro. Ed. Nova Fronteira, 1990.
DAVIDOFF, Linda L. Introdução à Psicologia. São Paulo. Ed. MAKRON Books, 2001.
FRANKL, Victor E. Em Busca do Sentido. São Paulo. Ed. Vozes, Edição, 2002.
ELIAS, Norbert. A Solidão dos Moribundos seguido de "Envelhecer e morrer". Rio de Janeiro. Ed. Jorge Zahar, 2001.
GONÇALVES, Leocádio Celso. Desenvolvimento Um Voo Livre Panorâmico Sobre a Questão do Envelhecer. Ed. LTr, 1999.
FOGAÇA, Maria Cristina Costa Hortelli. Reflexões Sobre o Envelhecimento Faculdade Aberta para Terceira Idade "Costa Braga". São Paulo. Ed. LTr 2001.

HUNNEX, Milton. Filósofos Correntes Filosóficas Em Gráficos e Diagramas. São Paulo. Ed. Vida, 2003.
MINAYO, Maria Cecília de Souza. COIMBRA JR, Carlos. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Fiocruz, 2002.
KOVÁCS, Maria Júlia. Morte e Desenvolvimento Humano. São Paulo. Ed. Casa do Psicólogo, 2002.
MORIN, Edgar. O Homem e a Morte. Ed. Europa-América.
PELLOSO LIMA, Mariúza. Gerontologia Educacional Uma Pedagogia Específica para o Idoso Uma Nova Concepção de Velhice. Ed. LTr, 2001.
ROCHA, Zellerino. A Morte de Sócrates Monólogo Filosófico. São Paulo. Ed. Escuta, 2001.
SCHOPENHAUER, Arthur. Da Morte – Metafísica do Amor – Do Sofrimento. São Paulo. Ed. Martin Claret, 2001.



A Enimed fornece e instala régua de gases medicinais (painéis de cabeceira), montadas em alumínio com sistema de abertura frontal que possibilita maior facilidade de limpeza e manutenção. Com acabamento em epóxi a pó, curado em estufa a 200° C, em várias cores padronizadas, garantindo durabilidade e beleza.

Rede de Fluidos

Especializada também no Projeto e Montagem de Redes de Fluidos Medicinais, Canalização de água quente, Centrais de ar Comprimido e vácuo. Além disso, a Enimed presta serviços especiais de limpeza de tubulação de Ar Comprimido e Vácuo Clínico



Enimed
Engenharia e Instalações Hospitalares Ltda

Rua Senador Flaquer, 190 – B. São José
São Caetano do Sul – S.P.
Fone/Fax (11) 4238-4848
enimed@enimed.com.br
www.enimed.com.br

Avaliação da Satisfação Profissional de Enfermeiros de um Hospital Geral Privado de Grande Porte do Município de São Paulo*

Jane Maria Antonangelo

Leandro Andrade

Maria Niete Couto

Marisa Aquino

Ronaldo Souza Ramos

Graduandos do segundo ano de Administração Hospitalar da Faculdade de Administração IPH.

Fernanda Macedo Assayag

Docente da disciplina de Metodologia Científica da Faculdade de Administração IPH.

* - Trabalho desenvolvido para a disciplina de metodologia científica.

Considerações Iniciais

Este trabalho foi desenvolvido pelos alunos do segundo ano do curso de Administração Hospitalar da Faculdade IPH.

Foi um trabalho acadêmico realizado para a disciplina de Metodologia Científica e não tem a pretensão de discutir de forma aprofundada a temática escolhida. Sua finalidade foi iniciar os alunos no campo da pesquisa científica.

Os setores do hospital, em que os enfermeiros atuam na assistência direta ao paciente internado: clínica médica cirúrgica, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva (UTI) e serviço de apoio ao diagnóstico (SADT).

A casuística foi composta por 39 enfermeiros entrevistados, que atenderam aos seguintes critérios:

Crítérios de Inclusão:

- Ser enfermeiro graduado.
- Exercer o cargo de enfermeiro em assistência direta pelo tempo mínimo de 1 ano.
- Ter disponibilidade e consentir participar da pesquisa.

Crítérios de Exclusão:

- Ainda não ter concluído a graduação.
- Ser enfermeiro graduado, porém exercendo exclusivamente outra atividade que não seja a assistência direta ao paciente.
- Ser enfermeiro que exerça a profissão como trabalho voluntário.
- Estar afastado por licença maternidade ou INSS.

A satisfação no trabalho é considerada complexa, pois cada indivíduo traz seus diferentes valores e necessidades para o ambiente de trabalho. A satisfação profissional é o resultado da interação entre características pessoais, valores, expectativas, serviço, ambiente de trabalho e da organização (CUMBEY e ALEXANDER, 1988).

Um profissional insatisfeito e desmotivado pode afetar de forma marcante o clima organizacional de um setor hospitalar. O profissional de enfermagem poderá apresentar maiores condições e técnicas para melhorar a qualidade de sua assistência, se estiver satisfeito com o seu trabalho (DEL CURA e RODRIGUES, 1999).

Ao estudar a insatisfação de enfermeiros no trabalho, Santos (1999) apontou que a insatisfação deste profissional pode gerar so-

frimento psíquico, absenteísmo e até a evasão destes profissionais. Este autor ainda enfatizou que a insatisfação do enfermeiro influencia negativamente em outros setores da instituição.

Diante do exposto, é fundamental ao administrador hospitalar conhecer e contribuir para a satisfação profissional de seus parceiros de trabalho e conseqüentemente garantir a qualidade necessária à assistência hospitalar.

OBJETIVO:

Verificar a satisfação profissional de enfermeiros de várias especialidades que trabalham em um hospital geral privado de grande porte do município de São Paulo.

MÉTODO:

A coleta de dados foi realizada em diver-

Todos os entrevistados foram informados do objetivo da pesquisa, da garantia de anonimato e liberdade em participar da pesquisa ou não por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com o modelo proposto pelo Comitê e Ética e Pesquisa (CEP) da instituição. O CEP também foi o responsável pela autorização em realizar a pesquisa dentro da instituição.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário com sete questões fechadas e duas questões abertas. As questões fechadas identificavam o setor de atuação, a satisfação com a função exercida, a satisfação com a remuneração salarial, a satisfação com a carga horária de trabalho, o relacionamento com a equipe, a motivação para novos desafios na área e a satisfação com o ambiente físico.

As questões abertas identificavam aspectos positivos e negativos da instituição na visão dos entrevistados.

RESULTADOS:

A primeira questão do questionário identificou o setor de atuação dos enfermeiros, comprovou que para o grupo estudado 50% atuam na clínica médica cirúrgica, 19% no serviço apoio ao diagnóstico, 17% no centro cirúrgico e 14% na unidade de terapia intensiva.



A segunda questão do instrumento de coleta de dados identificou 91% dos enfermeiros satisfeitos com a função que exercem, enquanto 9% não estão satisfeitos.



Com relação à remuneração apenas 52% apresentaram satisfação, enquanto 48% não estavam satisfeitos.



A carga horária de trabalho apresenta satisfação para 74% dos entrevistados.



Outra categoria que apresentou alto índice de satisfação com o relacionamento com a equipe de trabalho, 87% dos entrevistados estão satisfeitos.



A pesquisa do ambiente físico de trabalho apresentou satisfação para 74% dos entrevistados.



Com relação à motivação para novos desafios, 35% não se sentem motivados, enquanto 65% apresentam motivação.



Para as questões abertas do questionário, que identificaram aspectos positivos e negativos da instituição, os dados foram classificados em categorias. As categorias foram estabelecidas pelos pesquisadores por meio de análise do conteúdo, técnica aplicada nas respostas obtidas pelos sujeitos entrevistados (BARDIN, 1977).

As categorias de aspectos positivos da instituição na visão dos enfermeiros pesquisados é demonstrada no gráfico 8:

As categorias de aspectos negativos encontradas nas respostas dos profissionais pesquisados são apresentadas no gráfico 9:

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No questionário aplicado, seis questões eram específicas sobre motivos de satisfação. Em quatro destas questões os sentimentos de satisfação estiveram pre-

Aspectos positivos da instituição na visão dos sujeitos de pesquisa



Aspectos negativos da instituição na visão dos sujeitos de pesquisa



sentes em valores iguais ou superiores a 74% do grupo estudado.

A motivação para novos desafios satisfaz 65% dos enfermeiros. A resposta da questão sobre a satisfação com a remuneração não apresentou diferenças significantes entre o grupo satisfeito e o grupo insatisfeito.

De acordo com estes resultados existe uma predominância de sujeitos que apresentam satisfação profissional.

Ao estudar a estrutura fatorial dos atributos descritivos e valorativos do Trabalho, Borges (1999) identificou os seguintes fatores primários:

- Exigências sociais;
- Justiça no trabalho;
- Esforço corporal e desumanização;
- Realização pessoal e
- Sobrevivência pessoal e familiar.

Ao analisar as categorias encontradas nas respostas dos sujeitos pesquisados, percebe-se semelhanças nos fatores identificados por Borges. Categorias positivas como crescimento pessoal e profissional (43%) e reconhecimento e relacionamento profissional (7%) podem indicar os atributos descritivos e valorativos presentes nos fatores exigências sociais e realização pessoal da pesquisa de Borges (1999).

O fator justiça no trabalho de Borges pode ser detectado na categoria positiva recursos materiais e tecnológicos (27%), pois os atributos valorativos e descritivos deste fator, contemplam a segurança física, higiene, conforto no trabalho e nos instrumentos de trabalhos disponíveis (1999).

Já para o fator sobrevivência pessoal e familiar, foi encontrada a categoria positiva remuneração e benefícios (18%). Os atributos valorativos do autor apresentam conotação econômica e moral, que podem também ser identificados no material coletado neste estudo.

Por fim, apenas o fator esforço corporal e desumanização não foi identificado como categoria positiva para este grupo estudado e sim como uma categoria negativa: stress e cobrança excessiva (30%). Os enfermeiros pesquisados não identificam como positivo o desgaste corporal e o excesso de projetos desenvolvidos.

Na questão aberta sobre aspectos negativos, 25% dos entrevistados deixou em branco esta questão. O período de coleta de dados desta pesquisa coincidiu com a participação da instituição em uma auditoria externa. Neste período foi possível perceber um comportamento diferente entre muitos profissionais. O método de pesquisa utilizado não permite identificar se as respostas ausentes indicam a não percepção de aspectos negativos por parte destes entrevistados.

A categoria negativa mais relevante foi comunicação e relacionamento profissional (34%). Porém, o aspecto relacionamento profissional foi apresentado por alguns dos enfermeiros como um aspecto positivo desta instituição. Não foram encontradas diferenças significantes entre os di-

ferentes setores de atuação que justificassem estes dados levantados.

Recursos materiais e humanos configuraram outra categoria negativa (16%). Cabe lembrar que recursos materiais fazem parte de uma categoria positiva já apresentada.

A falta de autonomia foi encontrada como aspecto negativo da instituição em 12% das respostas obtidas. Bueno (2002) ao avaliar a autonomia profissional no contexto hospitalar, detectou que o profissional de enfermagem ainda confunde autonomia com autoridade. Este aspecto precisa ser estudado de forma específica futuramente, para avaliar os motivos que levaram alguns profissionais a indicá-lo como negativo, levando em consideração o conceito de autonomia dos sujeitos pesquisados.

Por fim, as categorias negativas falta de responsabilidade da equipe médica (5%) e remuneração (3%), caracterizam queixas relevantes e que devem ser estudadas de forma cuidadosa.

CONCLUSÃO

Para o grupo estudado os resultados indicam o predomínio de sujeitos com satisfação profissional nos fatores pesquisados, com exceção da remuneração que apresentou os mesmos índices de satisfação e insatisfação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi desenvolvido para disciplina de metodologia científica e caracteriza a primeira experiência dos pesquisadores em pesquisa de campo. Algumas dificuldades foram encontradas no método utilizado e no questionário desenvolvido. Porém, estas dificuldades contribuíram para o aprendizado da disciplina e ajudaram a construir uma base científica de futuros Bacharéis em Administração Hospitalar. ■

Bibliografia Consultada

- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. 70; 1977.
 Borges LO. A estrutura fatorial dos atributos valorativos e descritivos do trabalho: um estudo empírico de aperfeiçoamento e validação de questionário. Estudos de psicologia, 4, 107158; 1999.
 Cumber DA, Alexander JW. The journal of nursing administration, v 28 (5), p39-46; 2000, may.
 Del Cura MLA, Rodríguez ARF. Satisfação profissional do enfermeiro. Rev Latinoam Enferm 8 out, 1999.
 Santos SR, Filho, JR. Enfermagem: fatores de satisfação. Ver Brás Enferm Brasília, v48 (3), p242-250; 1995.



O único SelfCooking Center® do mundo

- » operação simplificada
- » padronização de pratos
- » garantia da segurança alimentar
- » menos erros, menores desperdícios
- » controle e saída de relatórios HACCP
- » processos automáticos de cocção, sem monitoramento
- » diversificação da produção com maior versatilidade e rapidez

Tempo para o essencial

Inscreva-se para participar do Seminário TeamCooking Live®
e surpreenda-se com a tecnologia SelfCooking Center®

ENGEFOOD

TECNOLOGIA EM COZINHAS PROFissionais

Engefood Equip. Eng. Repres. Ltda
Rua dos Autonomistas, 123 - Centro
São Caetano do Sul - SP - CEP 09520-040
Pabx: (11) 4225-9400 - Fax: (11) 4224-2642
comercial@engefood.com.br
www.engefood.com.br

Angiogênese e sua relação com o câncer

Marisa Regina de Fátima Veiga Gouveia

Farmacêutica – Docente das disciplinas de Fisiologia e Farmacologia - Curso de Farmácia - Faculdades Oswaldo Cruz-
Mestre em Farmacologia – Instituto de Ciências Biomédicas-USP
Docente da Pós-Graduação do IPH-Farmacologia Clínica

Tânia Carmen Peñaranda Govato

Farmacêutica – Docente das disciplinas de Fisiologia e Farmacologia - curso de Farmácia - Faculdades Oswaldo Cruz-
Mestre em Farmacologia – Instituto de Ciências Biomédicas-USP
Docente da Pós-Graduação do IPH-Farmacologia Clínica

O termo angiogênese, ou neovascularização define o processo através do qual, vasos sanguíneos são formados a partir de uma rede vascular pré-existente (Risau, 1997). A formação de novos vasos sanguíneos ocorre em diversos momentos da vida dos organismos animais, como no desenvolvimento embrionário, na recomposição do endométrio uterino no ciclo sexual mensal feminino, nas glândulas mamárias no processo de lactação, assim como no reparo tecidual.

Quando nos referimos à angiogênese no processo de reparo tecidual, estamos falando de um dos requisitos básicos para a restituição das áreas lesadas, pois é necessária a manutenção ou recuperação da perfusão sanguínea da mesma. Portanto se torna claro que a correlação entre angiogênese e inflamação é muito nítida, pois a resposta inflamatória se caracteriza por uma reação da microcirculação, induzida por uma injúria aos tecidos; assim, a formação do novo tecido e o restabelecimento da circulação são então fundamentais para o processo de reparo (Majno, 1988).

A angiogênese, enquanto fenômeno de regeneração, ocorre com alto grau de perfeição. As células constituintes dos novos vasos sanguíneos são formadas por duplicação simples das células preexistentes, que mantêm a capacidade mitótica, mesmo após especialização (Alberts, 1994).

A angiogênese é também um processo

associado a patologias, como retinopatia diabética, psoríase, artrite reumatóide, doenças cardiovasculares e no câncer (Folkman, 1995). Neste último, talvez o estudo seja um dos mais aprofundados, ou pelo menos um dos que mais desperta interesse, desde que, em 1971, Dr. Judah Folkman propôs que para os tumores sólidos crescerem, a formação de novos vasos é fundamental, pois assim promovem a nutrição e oxigenação dessa massa celular. O crescimento dos vasos é, por sua vez, estimulado em grande parte pelo próprio processo neoplásico através de diversos meios, como a secreção de fatores de crescimento (Folkman & Shing, 1992). Também já está bem estabelecida a relação entre a angiogênese e a metástase; sabe-se que tumores com elevada densidade de vasos sanguíneos apresentam uma probabilidade muito maior de metastizarem do que tumores onde esta densidade é menor.

Assim, há um grande interesse no estudo dos processos que estimulem ou inibam o processo angiogênico, pois podem representar novas armas terapêuticas no combate ao câncer. A seguir está descrito uma síntese destes processos para entendimento dos mecanismos das principais drogas antiangiogênicas estudadas.

Para que ocorra a formação de novos vasos sanguíneos, as células endoteliais e os pericitos são elementos celulares fundamentais. Estas células, situadas na membrana basal que as ancora na parede vascular,

parecem expressar todas as informações necessárias para a construção de uma nova rede vascular (Madri & Williams, 1983; Folkman & Shing, 1992).

O início efetivo do processo de angiogênese ocorre quando as células endoteliais invadem e degradam a membrana basal que circunda o vaso mãe (Hanahan & Folkman, 1996). Neste complexo processo celular, um importante grupo de moléculas de adesão, as integrinas e selectinas, participam tanto dos eventos de proliferação como de invasão (Hynes, 1992); o comportamento invasivo depende também da produção de enzimas proteolíticas pelas células endoteliais, onde destacamos as metaloproteinases (MMPs), as quais são classificadas de acordo com seu substrato.

O controle deste processo de neovascularização é altamente complexo, e resulta, direta ou indiretamente de interações entre células (através de fatores de crescimento, citocinas e moléculas de adesão); das células com o meio extracelular (componentes da matriz extracelular, gradientes de concentração de substâncias quimiotáticas e presença dos fatores angiogênicos), incluindo-se em cada uma destas interações, mecanismos de controle de expressão gênica os quais regulam a produção destas moléculas e de seus receptores (Fajardo et al., 1992).

Vários fatores são hoje descritos como compostos que ativam a angiogênese, e são liberados de vários tipos celulares, incluindo

Inibidores angiogênicos em pesquisas clínicas atuais e seus mecanismos de ação

Inibidores de células endoteliais TNF 470 Endostatina Esqualamine Talidomida Angiostatina	Antagonistas do VEGF (fator de crescimento do endotélio vascular) Anticorpo anti-VEGF PTK787ZK22584 SU-5416 SU- 66668
Inibidores das metaloproteinases (MMPs) Marimastat BAY 12-9566 AG3340 Neovastat Col-3 BMS 275291	Citocinas Interferon 2-alfa Interleucina 12
	Agentes Anti-Integrinas EMD 121974 Vitaxina

De acordo com o registro do NCI Cancer Trials . <http://cancertrials.nci.nih.gov>

mastócitos, macrófagos e as próprias células tumorais. Ela pode ser realizada pela ativação das células vasculares, por uma variedade de citocinas angiogênicas, como a interleucina-8, e outros mediadores fisiológicos, como prostaglandina E e endotelina, mas principalmente pelos fatores de crescimento, dentre os quais destacamos: angiotropina, fator de crescimento transformante α (TGF α), fator de crescimento transformante β (TGF β) fator de crescimento epidérmico, fator de crescimento de hepatócitos e os melhor caracterizados, fator de crescimento endotelial derivado de plaquetas (PDGF), fator de crescimento de fibroblastos ácido e básico (a,bFGF), fator de necrose tumoral α (TNF- α) e o fator de crescimento do endotélio vascular (VEGF).

Por outro lado, existem compostos e mecanismos que podem inibir o processo angiogênico. São conhecidos vários inibidores angiogênicos endógenos. Muitos deles são fragmentos proteicos, os quais não são diretamente produzidos pelas células teciduais normais nem pelas células tumorais; ao

invés disto, estes tecidos e células tumorais desencadeiam atividades proteolíticas que convertem proteínas circulantes em inibidores angiogênicos (O'Reilly, 1999).

Dentre estes fragmentos destacamos a angiostatina, endostatina, fragmento 16 Kd de prolactina, fragmento N-terminal do fator plaquetário-4, fragmento 29 Kd de fibrinogênio, a fibronectina e o fragmento de uma metaloproteinase, a MMP-2, chamado PEX.

Assim, dentre os mecanismos mais importantes pelos quais a angiogênese pode ser inibida podemos destacar: inibição das proteases (MMPs), inibição das células endoteliais, seja inibindo sua proliferação e/ou migração ou ainda induzindo estas células ao processo de apoptose; inibição da ação dos fatores de crescimento angiogênicos e inibição de integrinas específicas das células endoteliais.

A tabela acima ilustra de modo geral, as principais drogas antiangiogênicas e sua classificação de acordo com o mecanismo de ação. Muitas delas se encontram em diferentes fases de estudo clínico. ■

Bibliografia Consultada

- ALBERTS, B.; BRAY, D.; LEWIS, J.; et al. Molecular biology of the cell, 3.ed., New York, N.Y: Garland Publishing, 1994, 1362p.
 FOLKMAN, J.; SHING, Y. Angiogenesis. J Biol Chem., v.267, p.10931-10934, 1992.
 FOLKMAN, J. Angiogenesis in cancer, vascular, rheumatoid and other disease. Nature Med., v. 1, p. 27-31, 1995.
 FAJARDO, L. F.; KWAN, H.H.; ALLISO, A.C. Dual role of tumor necrosis- α in angiogenesis. Am J Pathol., v.140, n.3, p. 539-544, 1992.
 HANAHAN, D.; FOLKMAN, J. Patterns and emerging mechanisms of the angiogenic switch during tumorigenesis. Cell, v.86, p. 353-364, 1996.
 HYNES, R. O. Integrins. Versatility, modulation, and signaling in cell adhesion. Cell, v. 69, p.11-25, 1992.
 MADRI, J. A.; WILLIAMS, S. K. Capillary endothelial cell cultures: phenotypic modulation by matrix components. J Cell Biol., v.97, p.153, 1983.
 MAJINO, G. Links with angiogenesis and wound healing. Chronic inflammation. Am J Pathol., v.153, n.4, 1998.
 O'REILLY, M.S.; BOEHM, T.; SHING, Y.; FOLKMAN, J.; et al. Endostatin: an endogenous inhibitor of angiogenesis and tumor growth. Cell, v.88 p. 277-285, 1999.
 RISAU, W. Mechanisms of angiogenesis. Nature, v.386, p.671-674, 1997.

IBRAM

Soluções em Móveis para Laboratórios

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

RS 5.490,00



Veja o descritivo técnico completo em nosso site.

Contamos com uma equipe de profissionais altamente capacitados sempre em busca de tecnologias inovadoras, aliadas à qualidade, praticidade, segurança e design.



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

PABX: (11) 6162-8445

e-mail: ibram@ibram.com.br

www.ibram.com.br

Arquiteto define DNA do edifício hospitalar

Projetar é trabalhar na genética de um edifício.

Arq. Walkiria Erse

A Arquitetura Hospitalar projeta edifícios que abrigam atividades de prevenção e tratamento das enfermidades humanas. O usuário principal deste edifício é o paciente. Ele traz as enfermidades e busca a saúde quando se dirige ao Hospital.

Estão presentes no processo de projetar um Hospital os proprietários, médicos, prestadores de serviços de saúde, fornecedores de equipamentos, administradores e demais usuários, todos objetivando tornar o edifício apto a atender a sua atividade fim: abrigar a prevenção e o tratamento das enfermidades humanas.

Na ausência de um representante do paciente como usuário do edifício, o arquiteto é quem o representa junto à equipe de projeto. Juntos, equipe de arquitetos e demais usuários, procuram o consenso sobre as demandas para o projeto arquitetônico.



O arquiteto trabalha com o modelo do edifício virtualmente acabado em sua mente. Como criador do projeto ele tem dentro de si as ferramentas para melhorá-lo a cada momento durante o processo de criação. Ele

consegue ver antecipadamente o Hospital pronto e define todos os seus detalhes, bem como a viabilidade da execução já no processo imaginário de criação.

São muitos os projetos complementares

O projeto e o edifício real

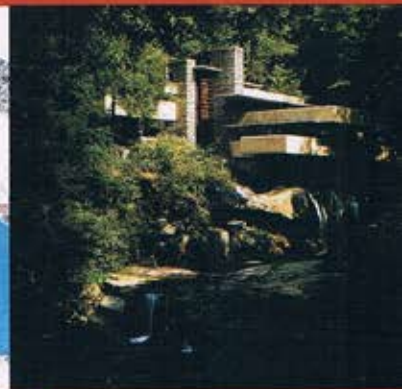
Para dar uma idéia do que uma arquitetura de boa genética pode criar com um conjunto de linhas dispostas em um papel segundo técnicas de desenho arquitetônico - que logo irão se transformar em um abrigo com cenários internos únicos - vamos nos reportar ao projeto Fallingwater do arquiteto americano Frank Lloyd Wright, desenhado em 1936.

O cliente encomendou ao arquiteto uma casa de campo onde pudesse conviver com a natureza e escutar o murmurar de um riacho existente no local. O pedido do cliente foi que o arquiteto colocasse a casa o mais próximo possível do riacho. Frank Lloyd Wright, então com 67 anos de idade, ousou desenhar Fallingwater, uma casa sobre o riacho.

O cliente recebeu em desenhos um projeto que, como todo projeto, é um conjunto de linhas e sinais técnicos e que continham a "genética" de Fallingwater.



Assim, deste desenho...



...resultou este abrigo...

que se entrelaçam com o projeto de arquitetura (instalações, gases medicinais, climatização, cálculo estrutural). Por ter o modelo virtualmente concluído o arquiteto atua como um maestro de orquestra, conduzindo as equipes envolvidas. Compatibiliza projetos dirimindo conflitos entre, por exemplo, dutos de ar condicionado que teimam em circular dentro de vigas. Ou quadros de luz e força mal posicionados que irão requerer cabeamentos desnecessários, onerando o custo da obra.

Ao colocar a idéia no papel em forma de plantas, cortes e fachadas, o arquiteto está decodificando os sistemas que compõem o edifício. Por exemplo, o sistema circulatório : fluxos de pessoas, materiais e serviços que circulam por corredores verticais e horizontais, entradas restritas, elevadores e escadas. Outro exemplo , o sistema respiratório: portas, esquadrias, ventilação cruzada, ventilação mecânica através de dutos para climatização do ar ambiente. E ainda (mantendo o paralelo com o corpo humano, apenas para facilitar o entendimento) ; o sistema digestivo: entrada e saída de águas , abastecimento de gêneros e saídas de esgotos.

Cada linha do desenho contém dados

extremamente interligados uns aos outros e pertinentes aos diversos sistemas citados. Plantas, cortes, elevações trazem em si linhas que virtualmente representam elementos reais tais como paredes, degraus, bancadas e todo o repertório espacial que compõe o projeto.

Decodificado em forma de desenhos o edifício segue para gestação no canteiro de obras. A quantidade de informação contida nos desenhos é enorme. Cada linha de cada planta tem um resultado final pré-determinado. Mudou a linha, mudou o resultado. Como no desenho de uma molécula de DNA.

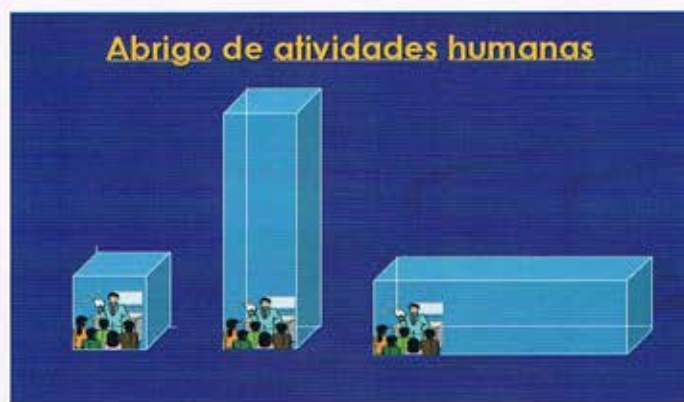
ABRIGO E CENÁRIO.

Existem várias maneiras de abrigar ati-

dades humanas. Todas elas têm como um de seus objetivos prover o edifício de uma "casca" ou concha (shell) que proteja contra as intempéries e que faça a fronteira entre interior e exterior.

Assim, os planos que constituem as fachadas, os telhados e o piso térreo constituem este abrigo isolando do solo e do tempo o interior do edifício .A racionalidade e a harmonia de proporções são importantes. Delas irá resultar uma feição que dará ao Hospital uma identidade no espaço urbano da cidade. Pode lhe dar fisionomia de hotel, resort, shopping de saúde, ou quem sabe, de Hospital mesmo.

Ao sair do papel, transformando-se efe-▶



...com este cenário projetado para a sala de estar.

Note-se no piso da sala, na frente da lareira, a rocha sobre a qual o arquiteto projetou a casa. Todo o cenário deste ambiente se coordena com a natureza externa, trazendo elementos da natureza para a cena, ao abrigo das intempéries.

O fogo da lareira , com a localização precisa determinada no projeto arquitetônico, é também o lugar onde o caldeirão esférico vermelho é fervido para cozer alimentos, sobre as chamas. Após o uso o caldeirão volta a girar e se encaixa no nicho da parede de pedra, desenhado para ele .

Móveis estofados (à esquerda), forro com superfícies lisas e brancas, quadros na parede. Em contraponto, paredes de cantaria em pedra rústica. Tudo isto ao som do murmúrio do riacho que passa por baixo da sala.

Os materiais utilizados pelo arquiteto são comuns. Pedra, alvenaria com pintura, madeira, estofados, etc. O que muda é a qualidade do projeto arquitetônico. Que neste caso específico trabalha em função de trazer seres civilizados para o convívio com a natureza bruta , agregando um cenário de beleza ambiental a um

abrigo, firme e sólido, contra as intempéries.

Graças a excelência do projeto arquitetônico, materiais comuns empregados com certo teor de alquimia trazem a qualidade de Vênus como um brinde do projeto arquitetônico.

Trazar cenários que elevam o espírito para o interior do Hospital só pode facilitar a recuperação de pacientes e de todos os seus usuários. Solicite bons cenários ao seu arquiteto. Ele desenhará gens de bons cenários no projeto.

Confie nele e execute o projeto. Apenas execute, não interprete.

tivamente em Hospital, este edifício irá se constituir não somente em um abrigo de atividades como também trará em seu interior um cenário para as atividades que ali irão se realizar.

Internamente, paredes, pisos e forros constroem cenários para as atividades. Não só limitam o espaço da cena como também ambientam a cena. Não se quer dizer aqui que as funções de climatizar, tratar acusticamente, prover instalações de gases e fluidos medicinais, entre outras, devam ser negligenciadas. A estas qualidades essenciais estamos agregando o conceito de cenário.

Cenário vem do uso que se faz com os revestimentos das superfícies internas e com o quanto de sensação se pode passar através destes revestimentos. O claro, o escuro, o liso, o aberto, o fechado. Pode-se passar alegria, angústia e até medo através dos revestimentos.

No Hospital o cenário pode ser asséptico, para transmitir a idéia do limpo estéril. Ou pode ser aconchegantemente doméstico, para não intimidar o paciente. Pode ser futurista, passando a idéia de que aqui se usam procedimentos de tecnologia de última geração. Ou pode ser tradicional dizendo que o que ali se faz é testado e aprovado. Pode confinar, sendo sem horizonte. Ou libertar, mostrando que há ainda um mundo para ser vivido e explorado na volta para casa. O cinema e o teatro são mestres em provocar sensações com as imagens contidas num cenário.

Se nos reportarmos a Vitruvius, que no séc. I aC escreveu que a boa arquitetura é a que oferece "firmitas, utilitas e venustas", poderemos dizer que cenário deve estar contido no item "venustas" ou qualidade de Vênus: beleza. Assim - usando de palavras simbólicas e extremadas para exemplificar -

se a cena for mais para Biafra do que para Hollywood... - o ambiente será mais árido do que platinado.

Mas no caso dos edifícios para a saúde não se procura só a beleza pela beleza. Procura-se sim o belo que aninha, conforta, traz alívio em meio à aflição. Mas... o que é que traz alívio em meio à aflição? Para pacientes, staff e todos os usuários do edifício?

Seu arquiteto é a pessoa intitulada a responder esta pergunta através do projeto arquitetônico. Confie nele. Ao projetar ele "vê" mentalmente o edifício pronto. Ele trabalha na genética deste edifício e de certa maneira sabe o que o edifício "vai ser quando crescer". Seu desenho, através de linhas e sinais técnicos pertinentes à linguagem de definição espacial, traz o DNA de um ambiente salutogênico para este edifício. Tanto no abrigo como no cenário. ■



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,
Acabamento para Cerâmicas, Pisos e Azulejos
Sistemas de Tapetes Para Entradas.**



Hospital de Câncer de Barretos
Fundação Pio XII

Unidade Móvel de Prevenção de Câncer de Pele, Próstata e Colo Uterino



“Atendimento Humanizado e Tecnologia a Serviço da Saúde”

Uma Extensão do Hospital de Câncer de Barretos para o diagnóstico e tratamento de Câncer no Brasil.



Sala de Exame de
Próstata



Coleta Papanicolaou
e videocolposcopia



Centro Cirúrgico

Atendimentos 2004 - 2005

No período de agosto de 2004 a junho de 2005 foram realizados **17.419 atendimentos** em **59 cidades** nos estados de *São Paulo, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia*.

Para o segundo semestre de 2005 já estão agendados e confirmados mais **4 estados: Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins**, com **33 cidades**, com uma previsão de **3.960 Pacientes** (Colo Uterino, Próstata e Pele).

Pacientes Avaliados	Tipo de Campanha	Tipo de Atendimentos
5.950	Pele	589 Cirurgias
5.425	Colo Uterino	Papanicolaou e Colposcopia
6.044	Próstata	Exame Retal e PSA
Total de Atendimentos 17.419		

Avaliação das vazões de vazamento por frestas de portas

Raul Bolliger Junior

Consultor Técnico de Comitê Científico da Smacna do Brasil

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

O assunto em causa se associa principalmente aos projetos de condicionamento de ar para Indústria Farmacêutica e relativos às instalações hospitalares, especialmente com relação a "Salas Limpas", como segue:

No cálculo do balanceamento das vazões, é de fundamental importância a avaliação correta dos referidos vazamentos para a definição das vazões de ar de insuflamento e retorno dos ambientes, bem como as associadas ao ar externo e purga.

Os vazamentos referidos são, por falta de outra indicação, normalmente baseados em largura e perímetro das frestas, dados por fabricantes de portas ou arbitrados por projetistas, para aplicação inadequada da "fórmula" da "British Standard" (BS 5588: Part 4-1986), via de regra, necessitando de correções, nem sempre viáveis, após as conclusões das instalações, com todas as dificuldades e implicações conseqüentes.

Preliminarmente constata-se que a Norma BS 5588 se refere à pressurização de caixas de escada de segurança contra incêndio, o que explica as seguintes assertivas constantes da mesma:

a) Conforme descrito no item 5.3.2.1, nas portas menores que as "standards" tabeladas, as áreas de vazamento são consideradas iguais às das "standards", o que se entende como segurança no cálculo de suprimento de ar para fins de pressurização dada a finalidade da Norma.

b) O mesmo motivo, leva a concluir sobre a Tabela 3 onde em portas duplas com ou sem rebaixo central, a área de vazamento corresponde à porta de saída do ambiente pressurizado cujo valor obviamente deverá se reduzir para porta de acesso, mormente com rebaixo central.

Para que se tenha idéia da influência da avaliação dos vazamentos através das frestas de portas, os dados e cálculos baseados na aplicação inadequada inicialmente referida, resultaram como segue:

1- Para fins de atender às necessidades termo-higrométricas dos ambientes de sete Salas Limpas de um sistema de condicionamento de ar, dentro de um complexo de outros sistemas com ambientes contíguos aos do sistema em causa, a carga térmica conduziu a uma

necessidade de 1.557 m³/h de vazão volumétrica nas condições do ar padrão.

2- Para fins de atender às necessidades de filtragem, a mesma vazão se elevou para 1.840 m³/h nas mesmas condições.

3- Para manter os diferenciais de pressão entre os ambientes e os sentidos de fluxo especificados, o cálculo de balanceamento das vazões conduziu a uma necessidade de insuflação (padrão) de 4.350 m³/h e a vazão de ar exterior também se elevou do valor da exaustão de 550 m³/h a 1606 m³/h

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS "RESISTÊNCIAS" AO FLUXO ATRAVÉS DAS FRESTAS DE PORTAS.

As resistências ao escoamento do ar através das frestas de portas não são normalmente uniformes, como segue, com relação a portas com rebaixo nos batentes:

Na fresta do piso as resistências localizadas se constituem de contração do ambiente de maior pressão para a área da fresta em série com a de expansão desta para o ambiente de menor pressão enquanto que, nas frestas verticais e horizontal superior, se intercala às de cima, a resistência de mudança de direção a 90° devido ao rebaixo.

Alem disso, as frestas verticais e horizontal superior nas portas comuns correspondem a espessuras variáveis nas situações de acesso ao ambiente de maior pressão ou de saída do mesmo, enquanto a do piso não sofre alteração.

Outros tipos de portas, como de correr, por exemplo, as resistências ao escoamento têm outras características que as diferenciam das anteriores.

Demonstra-se matematicamente a partir da expressão geral das perdas de pressão que:

$$M = \sqrt{2} \cdot \sqrt{\rho} \cdot (S/\sqrt{C}) \cdot \sqrt{\Delta p}$$

Onde:

M = vazão mássica de ar através de uma fresta

S = área da fresta

C = coeficiente global de perda de pressão associado à geometria da fresta.

Δp = diferença de pressão entre os ambientes de um e outro lado da fresta.

ρ = densidade do ar

Adotando o índice 1 para a fresta do piso e o índice 2 para o conjunto das frestas verticais e horizontal superior, tem-se:

$$M_1 = \sqrt{2} \cdot \sqrt{\rho} \cdot (S_1 / \sqrt{C_1}) \cdot \sqrt{\Delta p}$$

$$M_2 = \sqrt{2} \cdot \sqrt{\rho} \cdot (S_2 / \sqrt{C_2}) \cdot \sqrt{\Delta p}$$

Sendo M a vazão mássica total através das frestas da porta, tem-se:

$$M = M_1 + M_2 = \sqrt{2} \cdot \sqrt{\rho} \cdot [(S_1 / \sqrt{C_1}) + (S_2 / \sqrt{C_2})] \cdot \sqrt{\Delta p}$$

$[(S_1 / \sqrt{C_1}) + (S_2 / \sqrt{C_2})] = \text{SEQUIV.}$ que corresponde a área equivalente da fresta total para escoamento da mesma vazão mássica M quando submetida sob o mesmo diferencial de pressão e sob a mesma densidade do ar, que difere da área total da fresta $= (S_1 + S_2)$.

$$\text{Logo } M = \sqrt{2} \cdot \sqrt{\rho} \cdot \text{SEQUIV.} \cdot \sqrt{\Delta p} = \sqrt{2} \cdot \sqrt{\rho} \cdot \text{SEQUIV.} \cdot \sqrt{\Delta p}$$

PARALELO ENTRE A ÁREA DO ORIFÍCIO EQUIVALENTE E A FÓRMULA DA "BRITISH STANDARD"
Suponhamos que a área "A" chamada "área da restrição" na Norma da BS seja considerada como a área de um orifício com as seguintes características:

a) Orifício equivalente com a área obtida pelo produto do comprimento da porta (comprimento da fresta) pela largura da mesma, suposta constante, definindo a "área de vazamento".

b) Que a vazão mássica escoada através do orifício se iguale à da passagem através da fresta da porta quando submetida ao mesmo diferencial de pressão.

Nessas condições fica justificada a assertiva abaixo extraída da Norma:

"No caso de portas maiores a área de vazamento deve ser aumentada em proporção direta com o aumento do comprimento das frestas".

Demonstram-se matematicamente as assertivas adicionais abaixo, extraídas da Norma, a partir dos conceitos de "resistências" e "aberturas" fluidodinâmicas:

Para associação de portas em série:

$$1/(A_{TOTAL})^2 = 1/(A_1)^2 + 1/(A_2)^2 + \dots + 1/(A_N)^2$$

Para associação de portas em paralelo:

$$A_{TOTAL} = A_1 + A_2 + \dots + A_N$$

Supondo que a densidade do ar seja a da condição padrão (1,204 kg/m³), chega-se à expressão abaixo, que consta na Norma BS, para relacionar a vazão do ar na condição padrão com a "área de restrição" (ou de vazamento), abaixo expressa:

$$Q_{PAD} = 0,827 \cdot A \cdot \sqrt{\Delta p}$$

A mesma expressão acima é obtida a partir das considerações abaixo extraídas do manual 1991 ASHRAE Handbook- HVAC Applications-chapter 47: "Smoke Control":

$Q = C \cdot A \cdot \sqrt{2 \cdot \Delta p / \rho}$ com C entre 0,6 e 0,7 A em m² e $\rho = 1,204$ kg/m³, resultando Q em m³/s.

O termo $C \cdot \sqrt{2/\rho}$ resulta igual a 0,827 para C = 0,6417 e substituindo Q por Q_{PAD}, uma vez que a densidade é suposta igual à densidade do ar padrão, obtém-se a mesma expressão da Norma BS.

Dentro das premissas e conclusões estabelecidas chega-se portanto, em resumo, às seguintes conclusões:

1. A área A correspondente à fórmula em causa deve se referir à área de orifício equivalente e não à da soma das áreas reais das frestas.

2. A densidade do ar, na fórmula, deve ter sido admitida como igual à da condição padrão do ar, enquanto na realidade varia com a altitude local, temperatura e umidade específica do ar que escoam pela fresta.

3. As áreas A expressas nas tabelas relativas ao assunto, são características de cada fabricante e só podem ser obtidas através de testes, conforme proposto adiante.

As conclusões acima demonstram a inadequação do procedimento de calcular as áreas totais reais das frestas e aplicar a equação da "British Standard" para o cálculo das vazões de escoamento através das mesmas.

CARACTERIZAÇÃO DAS ÁREAS DE VAZAMENTOS DAS PORTAS

a) Pela área equivalente SEQUIV.

Observe-se, pela expressão de SEQUIV. que a mesma não depende de Δp , M ou ρ sendo característica inerente à porta e permanece constante em qualquer condição de exposição dos ambientes.

$$\text{Logo } M = \sqrt{2} \cdot \sqrt{\rho} \cdot \text{SEQUIV.} \cdot \sqrt{\Delta p}$$

Mas $M = Q \cdot \rho = Q_{PAD} \cdot \rho_{PAD}$ (Pelo Princípio de Conservação da Massa)

$$\text{Logo } Q = [\sqrt{2} \cdot \sqrt{\rho} / \rho] \cdot \text{SEQUIV.} \cdot \sqrt{\Delta p} = (\sqrt{2} / \sqrt{\rho}) \cdot \text{SEQUIV.} \cdot \sqrt{\Delta p}$$

De onde

$$\text{SEQUIV.} = (Q \cdot \sqrt{\rho}) / (\sqrt{2} \cdot \sqrt{\Delta p})$$

Em uma câmara de teste onde são medidas Q , Δp e ρ (através das equações da Psicrometria, na altitude local, aplicadas sobre as medições de temperatura e umidade relativa), fica explicitada SEQUIV que constitui a constante característica da fresta da porta, para qualquer tipo de porta de acesso ou de saída do ambiente pressurizado (porta de abrir, correr e etc).

É óbvio que em cada ensaio SEQUIV, associa-se a cada tamanho de porta, No de folhas, tipo e situação de acesso ou saída do ambiente de maior pressão.

Na equação de M , substituindo M por $(QPAD * \rho PAD)$ obtém-se a vazão volumétrica em termos das condições padrões do ar a partir da diferença de pressão entre os ambientes separados pela porta e da densidade do ar, supostos previamente conhecidos nas aplicações, conforme abaixo:

$$QPAD = [(\sqrt{2} * \sqrt{\rho}) / \rho PAD] * SEQUIV * \sqrt{\Delta p}$$

$$\sqrt{2} / \rho PAD = \sqrt{2} / 1,204 = 1,1746$$

$$\text{Logo } QPAD = 1,1746 * \sqrt{\rho} * SEQUIV * \sqrt{\Delta p}$$

Com $QPAD$ em m^3/s , $SEQUIV$ em m^2 , ρ em kg/m^3 e Δp em Pa

b) Pela abertura fluidodinâmica geométrica do orifício equivalente às frestas da porta-(a).

Aplicando o conceito de "abertura fluidodinâmica geométrica" chega-se matematicamente à expressão abaixo, onde (a) não depende de Q , Δp ou de ρ :

$$Q = a * \sqrt{\Delta p} / \sqrt{\rho}$$

Com Δp em Pa , (a) em m^2 e ρ em kg/m^3 , Q resulta em m^3/s .

$$a = Q * \sqrt{\rho} / \sqrt{\Delta p}$$

Da mesma forma anterior, em uma câmara de teste, a determinação de Δp , Q e ρ explicitam a característica (a) da porta quanto às frestas.

Determinado (a) tem-se:

$$QPAD = (a * \sqrt{\Delta p} * \sqrt{\rho}) / \rho PAD$$

$$QPAD = (1/1,204) * a * \sqrt{\rho} * \sqrt{\Delta p}$$

$$QPAD = [0,8306 * \sqrt{\rho}] * a * \sqrt{\Delta p}$$

Com $QPAD$ em m^3/s , ρ em kg/m^3 e Δp em Pa

A equação acima permite avaliar qual a vazão referida à condição padrão do ar que corresponde ao vazamento por frestas em determinada condição em função do diferencial de pressão, a partir da característica (a) determinada por teste para qualquer tipo de porta de acesso ou saída do espaço de maior pressão.

OBSERVAÇÕES FINAIS

1 Os testes previstos para serem feitos em câmaras estanques com a porta colocada em um dos lados, conduzem à certificação da "área equivalente" ou da "abertura fluidodinâmica geométrica", afim de que os projetos possam se basear em dados confiáveis e conduzirem à operações satisfatórias das instalações.

2 As portas devem ser fabricadas com "soleiras" para evitar que nivelamentos posteriores à colocação da porta resultem em modificação da fresta junto ao piso.

3. Os testes poderiam ser levados a efeito por fabricantes das portas ou, preferencialmente, por uma fundação independente como o "Instituto de Pesquisas Tecnológicas da Universidade de São Paulo" que emitiria os certificados correspondentes a cada tipo de porta, em situação de acesso ou de saída do ambiente pressurizado.

PS: Para dirimir dúvidas que possam existir, dirigir-se à Smacna Brasil tel 221 5366 e e-mail Smacna@Smacna.org.br ou rbj@smacna.org.br. ■



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®EPOXI tintas e massas epóxi monolíticas para pisos e paredes.

DURON®PU tintas poliuretânicas para pisos, móveis e equipamentos.

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

fone 11 41257344

www.tintasancora.com.br

PARABÉNS UBERLÂNDIA - A POPULAÇÃO E OS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE DA CIDADE DE UBERLÂNDIA, EM BREVE, CONTARÃO COM UM COMPLEXO HOSPITALAR DE QUALIDADE

HOSPITAL MADRECOR - UBERLÂNDIA - MG



Ficha Técnica:
Projeto arquitetônico: Arquitetos Jarbas Karman e Domingos Fiorentini.
Projetos complementares: AZ Engenharia e Castroviejo Engenharia
Coordenação da obra: Construtora R Freitas Empreendimentos

No dia 31 de agosto será inaugurado, em Uberlândia, o Hospital e Maternidade MadreCor; um sonho idealizado há alguns anos por profissionais da saúde da cidade. Com uma proposta inovadora, reunir no MadreCor os conceitos mais modernos e eficazes em atendimento hospitalar, consagrados no mundo e credencia, definitivamente, a cidade de Uberlândia como pólo de excelência na área da saúde, em toda a região.

Localização privilegiada e de fácil acesso, o MadreCor conta com cerca de 8 mil metros quadrados de área construída, numa área total de mais de 37 mil metros quadrados, contemplando, desde já, ambicioso plano de expansão futura para atender a aumentos de demanda, progressos e inovações. O projeto arquitetônico é assinado pelo arquiteto Jarbas Karman e pelo médico e arquiteto Domingos Fiorentini, da Arquitetura de Hospitais Karman Ltda, empresa especializada, com 50 anos de atuação no mercado e responsável por mais de 400 hospitais no Brasil e no exterior.

Com tecnologia de ponta e infra-estrutura correspondente, atendendo às normas e especificações do Ministério da Saúde, o MadreCor oferecerá ao público atendimento completo, em todas as especialidades, através dos melhores planos de saúde do Brasil. Em todas as suas unidades – ambulatorial, unidade coronariana, pronto-socorro 24 horas, inclusive odontológico, UTI geral, unidade neonatal com UTI própria, internação, laboratório, unidade de diagnóstico, de imagem e áreas externas – prevalece o conceito de "Qualidade pela Vida", que se diferencia pela humanização dos ambientes, valorização do bem-estar, conforto e segurança de pacientes, usuários e profissionais da saúde.

Chegou
Paviflex Sixty.
A nova dimensão
da beleza.



Chegou uma grande inovação da Fademac para seus projetos: Paviflex Sixty. Com a nova dimensão de 60 por 60 centímetros, as placas Paviflex Sixty dão a projetos e ambientes mais charme, beleza e requinte.

Conheça as modernas opções de cores e padronagens das linhas Classic, Intensity, Dinamic e Thru do Paviflex Sixty e viva a nova dimensão da beleza.

paviflex
SIXTY

- Placas de 60 x 60cm
- Espessura de 2,00mm (tráfego residencial e comercial)

Fademac
0800.119122 - www.fademac.com.br

Aspectos técnicos para subsidiar um padrão brasileiro de farmácia hospitalar

Prof. Dr. Marcelo Polacow Bisson

Professor da Disciplina de Farmácia Hospitalar do Curso de Farmácia da Universidade São Judas Tadeu e do Curso de Farmácia da Faculdade de Medicina do ABC, e Coordenador do Curso de Especialização em Farmacologia Clínica e de Farmácia Hospitalar da Faculdade IPH. (polacow@uol.com.br).

Prof. MSc. Humberto Valvassori

Professor da Disciplina de Farmácia Hospitalar do Curso de Farmácia da Universidade São Judas Tadeu. (vtvalva@attglobal.net).

A farmácia hospitalar vem passando por mudanças significativas nos últimos anos, porém coexistem várias realidades em nosso país, desde farmácias extremamente modernas prestando toda a gama de serviços e no outro extremo hospitais sem farmacêutico.

O aumento na informatização das farmácias hospitalares propiciou melhor controle administrativos dos estoques, e a introdução de novas legislações aumentou a exigência de cumprimento de boas práticas de dispensação e manipulação farmacêutica.

O fortalecimento da SBRAFH, como entidade representativa do segmento farmacêutico hospitalar vem possibilitando o reconhecimento da área. O objetivo da SBRAFH é a qualificação, a capacitação, a normatização e a defesa dos interesses dos farmacêuticos hospitalares, e neste sentido esta entidade pode desenvolver discussões como a que pretende este trabalho.

DESAFIOS PARA A FARMÁCIA HOSPITALAR BRASILEIRA

Ter farmacêuticos em 100% dos hospitais, e que sejam atuantes, melhorando a gestão administrativa (estocagem, armazenamento, planejamento, compras, etc.), melhorando a qualidade técnica (dispensação, manipulação, participação em grupos multiprofissionais e ações de farmácia clínica).

A formação do futuro farmacêutico (perfil generalista) deve garantir a disciplina de farmácia hospitalar nos currículos de graduação, com

o estabelecimento de políticas próprias para o seguimento, podendo se dar através de entidades como Conselho Federal de Farmácia (CFF), sindicatos, Conselhos Regionais de Farmácia (CRFs), sociedades científicas e associações profissionais, visando preservação de direitos e exclusividade nas ações farmacêuticas.

Não podemos esquecer do marketing profissional do farmacêutico, seja divulgando o trabalho, seja demonstrando o benefício que traz para a instituição de saúde quando o mesmo é atuante.

Elaborar e executar programas de educação continuada com a finalidade de capacitação dos farmacêuticos que militam nesta área.

MODELO IDEAL A SER BUSCADO

A elaboração e cumprimento de boas práticas em Farmácia Hospitalar torna-se crucial neste momento para o futuro da farmácia hospitalar brasileira. Como atingir estes objetivos é que é a grande questão. A proposta a ser defendida neste trabalho é adaptar à realidade brasileira, as diretrizes da OMS/OPAS, as Boas Práticas da American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), American Pharmaceutical Association (APA), Canadian Society of Hospital Pharmacists (CSHP),

Association of American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), International Pharmaceutical Federation (FIP), e outras entidades importantes e representativas.

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DA FARMÁCIA HOSPITALAR BRASILEIRA

A falta de dados ampliados dificulta traçar um panorama nacional, em 2001, a publicação de trabalho de pesquisa com 32 hospitais da cidade de São Paulo (Bisson, MP e colaboradores, 2001) mostrou os seguintes resultados abaixo elencados a começar pela figura 1.

Em relação às atividades clínicas, encontrou-se o seguinte resultado (expressos em números de hospitais que desempenham as atividades descritas abaixo):

- No. Hospitais – 32
- Sem atividade Clínica – 9
- Participa da Anamnese contribuindo para o estabelecimento da Hipótese Diagnóstica



Figura 1

(HD) – 4

- Elaboração de Perfil Farmacoterapêutico do Paciente – 4
- Participação no plano terapêutico - 4
- Análise da Prescrição Médica – 15
- Verificação de interações medicamentosas – 13
- Monitoração de Reação Adversa a Medicamentos (RAM) – 8
- Orientação do paciente pós-alta – 11
- Existência de Comissão Farmácia e Terapêutica – 19
- Participação do farmacêutico na CCIH – 22
- Existência de CIM – 2

Em relação às atividades de manipulação e dispensação, encontrou-se os seguintes resultados (expressos na figura 2 e quadro 1, em números de hospitais que desempenham as atividades descritas).

PROPOSTA DE PADRÕES MÍNIMOS PARA FARMÁCIAS HOSPITALARES NO BRASIL

Princípios

Farmacêuticos devem trabalhar próximos com

outros profissionais de saúde para atender às necessidades dos pacientes, sendo que as várias necessidades dos pacientes requerem que as farmácias hospitalares desempenhem uma série de atividades organizadas.

Como agentes de Atenção Farmacêutica, os farmacêuticos são comprometidos com os resultados de seus serviços e não somente com o fornecimento deles.

De acordo com a Sociedade Canadense de Farmacêuticos Hospitalares são utilizadas as seguintes definições que utilizaremos em nossa discussão:

Padrão – Trata-se de um amplo estabelecimento de níveis desejáveis e alcançáveis que são aplicáveis a todos farmacêuticos hospitalares, independentemente da localidade em que se encontram, da especialidade, experiência ou área de atuação, dando suporte para o desenvolvimento de diretrizes específicas para os



Figura 2

Número Unidades	Dose Unitária	Dose Individual	Sistema Coletivo
32	14	17	9

Quadro 1

vários contextos do exercício da farmacêutica hospitalar.

Diretriz – É a descrição detalhada dos componentes de um serviço específico, programa ou outro aspecto ao encargo do farmacêutico hospitalar.

Componente da Prática – É um critério que permite ao farmacêutico realizar uma ►

DESCENTRALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO SANTA CASA DE PRESIDENTE PRUDENTE - SP



Na cidade de Presidente Prudente, em área de terreno de 26.675,06m², a Diretoria da Santa Casa, na gestão do seu Diretor Presidente Dr. Roberto Gurgel de Oliveira, Vice Presidente Dra. Bernadete Bosso Querubim e Provedor Dr. Ernesto Coquemala Sobrinho, está erigindo o seu novo Hospital de Oncologia, com área construída de 7.004,19m², em sua primeira etapa.

As obras, em andamento, foram iniciadas em 2003. Serão acrescidos ao existente, 80 quartos de 1 a 2 leitos, além de: ambulatório, day clinic, quimioterapia e serviço de radioterapia, composto por simulador, H.D.R. e acelerador linear de última geração.



Ficha Técnica:
Projetos arquitetônicos: Arquitetos Jarbas Karman e Domingos Fiorentini, da Arquitetura de Hospitais Karman Ltda.
Projetos complementares: Empresa Desenho Engenharia e Projetos e pela Thermoplan Engenharia Térmica (Ar Condicionado)
Coordenação da obra: Eng. Carlos Alberto Ribeiro Dib. (Eng. Técnico)

autoavaliação do seu desempenho, bem como permite sua avaliação por outras pessoas.

APLICAÇÃO DE PADRÕES NA PRÁTICA FARMACÊUTICA HOSPITALAR

Os padrões são amplos por natureza, contemplando os vários papéis desempenhados pelos farmacêuticos em suas práticas diárias. Os componentes correspondentes da prática ilustram os padrões através da definição dos modos primários pelos quais cada padrão pode ser encontrado.

Os componentes da prática provêm critérios contra os quais um desempenho pessoal de um farmacêutico hospitalar pode ser medido por ele mesmo e por outras pessoas. Os componentes da prática podem ser posteriormente desenvolvidos em contextos específicos da prática e competências requeridas.

Outro método de assessoramento ao desempenho dos farmacêuticos hospitalares incluem descrições de posição, avaliação de desempenho, processos de garantia de qualidade, revisão de processos e comparações com a prática "razoável e prudente" de outros farmacêuticos hospitalares.

OS ELEMENTOS (PADRÕES) PARA SUCESSO DE UMA FARMÁCIA HOSPITALAR

- I Liderança e prática de gerenciamento;
- II Informação sobre medicamentos e educação;
- III Otimização da terapia medicamentosa;
- IV Dispensação de medicamentos e controles;
- V Estrutura, equipamentos e fontes de informação; e
- VI Pesquisa farmacológica clínica

Padrão I

Liderança e prática de gerenciamento

Uma efetiva liderança aliado a um perfil gerencial são necessários para a prestação de serviços farmacêuticos de maneira consistente com as necessidades do hospital e dos pacientes com o objetivo de melhorar continuamente os

resultados dos pacientes.

O gerenciamento de uma farmácia hospitalar deve ser focado na responsabilidade do farmacêutico de fornecer Atenção Farmacêutica e desenvolver uma estrutura organizacional que dê suporte a esta missão.

O diretor de uma farmácia hospitalar deve ser responsável por:

- 1) Estabelecer as metas de curto e longo prazo da farmácia, baseado nas necessidades do paciente e do hospital;
- 2) Desenvolver planos e esquemas para atingir estes objetivos;
- 3) Direcionar as implementação destes planos e as atividades do dia-a-dia associadas a ela;
- 4) Acompanhar o cumprimento das metas; e
- 5) Instituir ações corretivas para o cumprimento das metas quando necessário

Formação e treinamento de um diretor de farmácia hospitalar:

- Competência;
- Experiência;
- Residência farmacêutica reconhecida pela SBRAFH
- Especialização, MBA, Mestrado, Doutorado, e outros;
- Habilitação legal

A farmácia hospitalar deve possuir missão escrita e conhecida de todos os funcionários (refletindo o compromisso com pacientes e responsabilidades operacionais) e compatível com as características e com a missão do hospital.

Deve possuir também pessoal de suporte (técnicos, escriturários, auxiliares, secretárias, etc.) em quantidade e perfil suficiente para implementação da atenção farmacêutica, sendo que os técnicos de farmácia devem ser reconhecidos e registrados no órgão competente como acontece nos Estados Unidos (situação que precisa ser amplamente discutida no Brasil em face dos riscos inerentes a assunção de responsabilidade técnica por estes profissionais devido a legislação em vigor).

O diretor da farmácia hospitalar deve assegurar que as rotinas e procedimentos sejam

seguidos e ajudem a atingir as metas estabelecidas.

Em relação aos programas de treinamento:

a) Todos os funcionários da farmácia hospitalar devem possuir as qualificações necessárias para cumprir suas tarefas; e

b) Programas de educação continuada elaborados para manter e aumentar suas competências

Em relação ao recrutamento e seleção de pessoal, devem ser realizados baseados no desenho do cargo (qualificações e perfil desejado), sendo que deve ser estabelecido uma rotina de acolhimento destes novos funcionários (apresentação das missões, setores da farmácia e do hospital, atividades, cultura do hospital). A descrição dos cargos e funções de todas as categorias de funcionários da farmácia deve ser claramente definida.

A farmácia deve procurar elaborar um Manual Operacional que deve:

- Disciplinar as atividades da farmácia (administrativa, operacional e clínica)
- Objetivos a curto, médio e longo prazo
- Conter todos os procedimentos operacionais padrões (POPs)
- Todos os funcionários devem conhecê-lo
- Mecanismos de fiscalização de cumprimento do manual deve ser estabelecido

Em relação aos custos com medicamentos é necessário estabelecer políticas e procedimentos para gerenciar os gastos com medicamentos, devendo utilizar programas com estudos de utilização de medicamentos (EUM), estudos farmacoeconômicos, e outros pertinentes.

O diretor da farmácia hospitalar deve participar ativamente da gestão financeira do hospital, pois os gastos da farmácia representam um grande aporte dentro do hospital, mantendo controles gerenciais de tratamentos de alto custo no hospital.

O farmacêutico deve ser membro e participar ativamente de comissões de farmácia e terapêutica (CFT), dor, curativos, grupos multiprofissionais de diabetes, hipertensão, gestantes, etc.

O diretor da farmácia hospitalar deve

garantir a implantação de programas de qualidade em todos os processos relacionados ao uso de medicamentos pelo paciente e em relação a logística.

O funcionamento da farmácia com a presença de farmacêutico deve ser ininterrupto sempre que possível, principalmente em hospitais com programas clínicos que exijam farmacoterapia intensiva (transplantes, cirurgia cardíaca, UTI neonatal), sendo que a dispensação de medicamentos em horários que não há farmacêutico deve ser disciplinada pela CFT no que diz respeito aos medicamentos que podem ser dispensados, e o uso de dispensadores eletrônicos devem ser estimulados nestas ocasiões, além de evitar e desencorajar a entrada de não farmacêuticos (ou funcionários da farmácia) nas dependências da farmácia hospitalar.

Os Guias e Protocolos de Trabalho deverão ser formulados baseados nos guias da SBRA-FH, ASHP, Joint Commission on Accreditation

of Healthcare Organizations (JCAHO) ou outras organizações de acreditação vigentes no Brasil. O cumprimento das leis e regulamentos vigentes no Brasil devem ser rigorosos (p.ex. Lei 5.991/73; Portaria 344/98; Resolução CFF 300; e outras).

Padrão II **Informação sobre medicamentos e educação**

O farmacêutico deve fornecer informações específicas sobre medicamentos para os pacientes e detalhada para outros farmacêuticos e outros profissionais de saúde. Informações atualizadas devem estar disponíveis, incluindo periódicos, edições recentes de livro texto da área farmacêutica e médica. Informação eletrônica atualizada também é desejada (bases de dados – drugdex, medline, etc.).

Fontes de informação apropriada deve estar em fácil acesso para o farmacêutico lotado em

áreas de internação de pacientes (em trabalho clínico ou em dispensação em farmácias satélites).

Nenhum medicamento deve ser administrado aos pacientes sem que o pessoal médico e de enfermagem tenha recebido adequada informação e estejam familiarizados com seu uso terapêutico, reações adversas potenciais e dosagem.

Respostas a pedidos de informações gerais ou relacionados a determinado paciente devem ser providenciados rapidamente e com qualidade assegurada das informações prestadas. Monografias de terapias envolvendo medicamentos a serem padronizados ou despadronizados devem estar disponíveis. Estas monografias devem passar por uma revisão crítica científica e analisadas comparativamente com outros tratamentos e do ponto de vista farmacoeconômico.

Os farmacêuticos do hospital devem ajudar e assegurar que o paciente receba todas as informações necessárias sobre seu trata-▶

WWW.AVEC.COM.BR



PROJETOS ESPECIAIS EM VIDRO



NOVA SEDE HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS-SP
ARQ. JARBAS KARMAN



PERSPECTIVA
4000m2 DE REVESTIMENTO
EM VIDRO

CURRÍCULO DE OBRAS - AVEC DESIGN



HOTEL UNIQUE-SP



BANCO REAL-SP



IFASHION-RJ



DRAGÃO DO MAR-CE



HSTERN-RJ



CIA ATLÉTICA-SP

AVEC VERRE DESIGN PRODUTOS ESPECIAIS LTDA

Rua Paschoal Gastaldo, 396 - SBC - SP TEL/FAX: 4121-6682 Site: www.avec.com.br - E-mail: avec@avec.com.br

mento de maneira coordenada com o médico e enfermeiro, e inclusive na hora da alta. Os farmacêuticos devem manter o staff do hospital informado sobre o uso racional de medicamentos (estruturando um CIM, p. ex.), preparando apresentações, fornecendo publicações e fontes de consulta. Informar o staff sobre alertas da Anvisa, FDA, fabricante sobre recalls, mudanças de rótulos, etc.

Padrão III

Otimização da terapia medicamentosa

Um aspecto importante da Atenção Farmacêutica é melhorar os resultados farmacoterapêuticos do paciente, assegurando um uso seguro e eficaz dos medicamentos. O farmacêutico em conjunto com o corpo clínico e enfermagem deve desenvolver políticas e procedimentos que assegurem a qualidade da farmacoterapia.

Documentação no registro médico do paciente:

Todas as ações clínicas e recomendações do farmacêutico devem ser documentadas no prontuário do paciente.

Histórico de uso de medicamentos:

O farmacêutico deve preparar e ter acesso imediato ao perfil farmacoterapêutico do paciente (se necessário realizar uma anamnese farmacêutica para complementar as informações contidas no prontuário)

Prescrições médicas:

Todas as prescrições devem ser revisadas e conferidas pelo farmacêutico (exceto em situações de emergência) antes da primeira dose ser dispensada. Qualquer dúvida deve ser esclarecida com o prescritor na hora, ou anotado a necessidade de discussão no prontuário do paciente ou anotado na cópia da prescrição da farmácia. Necessidades imediatas de alteração de prescrição devem ser resolvidas imediatamente com o prescritor ou plantonista.

Monitoração farmacoterapêutica:

A escolha da terapêutica deve ser apropriada para o paciente, evitando duplicação

terapêutica (mais de um medicamento para a mesma finalidade), estabelecendo via e método de administração mais apropriados para cada caso e nunca esquecer de mensurar o grau de "compliance" do paciente com o regime terapêutico prescrito.

Devem ser elaborados também rotinas para avaliar e diagnosticar Interações droga-droga, droga-alimento, droga-exame laboratorial, droga-doença, e providenciar uma avaliação clínica e de dados laboratoriais farmacocinéticos para avaliar a eficácia da terapia e antecipar toxicidade e RAM. Sinais físicos e sintomas clínicos relevantes e relacionados a terapia medicamentosa do paciente devem ser anotados no prontuário do paciente e discutidos com o médico responsável.

Propósito da terapêutica:

O prescritor deve ser encorajado rotineiramente a comunicar o propósito da terapêutica medicamentosa de todos os pacientes.

Consultas a outros profissionais:

O farmacêutico deve providenciar consultas escritas ou verbais a outros profissionais de saúde envolvidos na terapêutica do paciente sobre o planejamento terapêutico (seleção do regime) e seu gerenciamento (monitoração).

Avaliação de uso de medicamentos:

Um programa de avaliação deve existir para assegurar que os medicamentos sejam usados apropriadamente, seguramente e eficazmente.

Desenvolvimento de uma política de uso de medicamentos:

O farmacêutico deve ser um membro atuante nas diversas comissões, entre elas, CFT, CCIH, atendimento a pacientes, avaliação de uso de medicamentos e outros comitês que tenham envolvimento na farmacoterapia.

Documentação da Atenção Farmacêutica e resultados:

A farmácia deve possuir um processo consistente da documentação (e reportes ao staff médico, administradores, etc.) da atenção farmacêutica e resultados da terapia medicamentosa dos pacientes.

Continuidade do atendimento (care continuity):

Assegurar que o processo de atenção farmacêutica ao paciente tenha continuidade após a alta do paciente (através do atendimento ambulatorial, domiciliar ou farmácia pública).

Iniciativas de redesenho de processos:

O farmacêutico deve estar envolvido em trabalhos que redirecionem continuamente os esforços da farmácia para a atenção focada no paciente, quando ela existir. Estes esforços auxiliam as atividades clínicas do farmacêutico a crescerem e prosperarem.

Planejamento terapêutico:

O farmacêutico deve estar envolvido no desenvolvimento de planos terapêuticos envolvendo medicamentos.

Resistência microbiana:

Políticas e procedimentos direcionados a diminuir a resistência microbiana e o uso racional de antibióticos devem existir. O farmacêutico deve revisar os relatórios do laboratório sobre sensibilidade microbiana e alertar aos prescritores em caso de detectar resistência bacteriana em determinados casos clínicos.

Decisões farmacoterapêuticas:

O farmacêutico tem a prerrogativa de iniciar, monitorar, e modificar a terapia medicamentosa para pacientes individualmente, de acordo com leis, resoluções, políticas do hospital, devendo ser claramente delineados e aprovados pela CFT.

Programas de imunização:

A farmácia deve participar do desenvolvimento de políticas hospitalares e procedimentos que conduzem para programas de imunização preventiva e pós-exposição de pacientes e funcionários do hospital.

Programas de prevenção e assistência em abuso de drogas:

A farmácia pode participar do desenvolvimento e implantação de programas de prevenção e assistência de empregados usuários de drogas de abuso.

Padrão IV

Dispensação de medicamentos e controles

A farmácia deve ser responsável pela aquisição, distribuição e controle de todos os medicamentos (incluindo correlatos e materiais de diagnóstico) usados no hospital para pacientes internados e ambulatoriais.

Prescrição Médica:

A cópia da prescrição ou prescrição eletrônica (método preferencial) deve ser recebido pelo farmacêutico. Toda prescrição deve ser revisada tecnicamente pelo farmacêutico, e devem estar relacionadas no prontuário do paciente.

Padronização:

A farmácia deve disponibilizar a lista de padronização aprovada pela CFT a todo o corpo clínico e zelar pelo seu seguimento.

Prescrição de medicamentos:

Deve ser realizada pelo princípio ativo

(DCB/DCI), ou abreviaturas e códigos desde que aprovados pela CFT, seguidos da dosagem, forma farmacêutica, diluição e diluente (se for o caso), via de administração, intervalo de administração.

P.ex.:

Ceftriaxona 1 g Fr. Amp. i.v.

SG 5% 500 mL

Administração de medicamentos:

Realizado somente por pessoal autorizado pela enfermagem, podendo incluir farmacêuticos e técnicos de farmácia (comum nos EUA).

Manipulação magistral extemporânea:

Formulações, dosagens, formas farmacêuticas e embalagens não disponíveis industrialmente mas que são necessários para o paciente devem ser manipuladas em área adequada e com rotinas e procedimentos que atendam a legislação em vigor.

Produtos estéreis:

Todo produto estéril deve ser preparado

e rotulado em uma central de misturas endovenosas (CME), e preparado por pessoal habilitado e treinado sob supervisão direta do farmacêutico. Procedimentos que garantam integralmente a qualidade da manipulação devem ser mantidos

Dispensação por dose-unitária:

Sempre que possível, os medicamentos devem ser disponibilizados na forma de dose-única por horário e paciente, devidamente rotulados, e prontos para a administração. Embalagens multidoses devem ser evitadas ao máximo.

Estocagem de medicamentos:

Medicamentos devem ser estocados e preparados em condições apropriadas de higiene, temperatura, luz, ventilação, segregação e segurança que assegurem integridade do medicamento e segurança do pessoal envolvido

Reações Adversas a Medicamentos (RAM):

Um programa para monitoração, notifica- ▶



DuPont
CORIAN®
SOLID SURFACES

DuPont Corian®.

Criado pela DuPont.
Recomendado pelos
melhores especialistas.

Corian® é um material indicado para móveis e revestimentos hospitalares porque não tem juntas nem poros, é moldável, resistente e bonito.

0800 171715
www.corian.com.br



The miracles of science

ção e prevenção de RAM deve ser desenvolvido.

Erros de medicação (medication errors):

Farmacêuticos, médicos e enfermeiros devem estabelecer políticas e procedimentos para prevenção e notificação de erros de medicação. Após análise dos ocorridos é necessário propor medidas corretivas para evitar novos episódios

Recolhimento de medicamentos (recalls):

Um procedimento escrito deve existir em casos de alertas sanitários (anvisa) para recolhimento de produtos.

Medicamentos do próprio paciente:

Medicamentos e correlatos trazidos ao hospital pelo próprio paciente devem ser identificados pela farmácia e documentados no prontuário do paciente se eles forem usados durante o período de internação.

Deve ser elaborado um termo de responsabilidade do paciente quanto a origem e eficácia do material trazido

Representantes comerciais:

Políticas escritas para visitas e atuação de representantes comerciais de medicamentos e correlatos no hospital devem existir.

Amostras Grátis:

O uso de amostras grátis de medicamentos e materiais deve ser documentado durante a fase de testes e receber um acompanhamento da CFT ou outra comissão envolvida se necessário. Os dados de uso devem ficar registrados e usados na avaliação de uma possível padronização ou não.

Fabricantes e fornecedores:

Devem ser estabelecidos critérios para selecionar e validar fornecedores para assegurar a máxima qualidade dos medicamentos e correlatos.

Medicamentos citotóxicos e produtos perigosos:

Devem existir políticas e procedimentos para estocagem, manipulação e eliminação de resíduos destes produtos.

Substâncias controladas:

Seguir rigorosamente os procedimentos contidos na Portaria 344/98 ou equivalente que vier a ser editada posteriormente, em especial os controles físicos e livros (ou controles informatizados). Disciplinar e treinar as pessoas autorizadas a fazer tal dispensação.

Substâncias ou materiais em fase de testes (não registradas na ANVISA):

A farmácia deve procurar e obter autorização da diretoria clínica e CFT para utilização de materiais e medicamentos sem registro no MS. Possuir termo de consentimento do paciente ou responsável legal, e anexa-lo no prontuário do paciente

Inspecções na área de estocagem:

Todos os estoques devem ser inspecionados rotineiramente para assegurar validade de produtos, rótulos, avariados. Condições que possam comprometer a segurança do processo de estocagem devem ser revistos e propostos modificações.

Estoques periféricos:

Estoques periféricos devem se limitar ao uso em situações de emergência e itens de segurança (enxaguatório bucal, antissépticos, curativos, etc.). O potencial de acontecer erros de medicação devem ser avaliados em relação a estes itens.

Emergências médicas:

A farmácia pode participar de decisões sobre kits de emergência e papel do farmacêutico nas emergências médicas.

Sistemas de dispensação e máquinas dispensadoras automáticas:

A farmácia deve propor e monitorar a utilização dos sistemas de dispensação (dose-unitária, individualizada, coletiva, satélites, automatizados, etc.) no hospital e avaliar as mudanças necessárias e os riscos de erros associados a cada setor.

Padrão V

Estrutura, equipamentos e fontes de informação

Para assegurar uma performance opera-

cional ótima e qualidade no atendimento ao paciente, espaço adequado, equipamentos, e suprimentos devem estar disponíveis para todos profissionais e funções administrativas relacionadas ao uso de medicamentos.

Estes recursos devem estar localizados em áreas que facilitem a provisão de serviços ao paciente, enfermeiros, prescritores, e outros profissionais de saúde e devem estar integrados com os serviços gerais do hospital (comunicações, transportes, segurança, limpeza, lavanderia, etc.).

Estocagem de medicamentos:

Deve existir uma estrutura para que a estocagem e preparação de medicamentos seja realizada dentro de parâmetros legais e de segurança.

Área de manipulação e estocagem:

O espaço e a estrutura da área de manipulação deve atender as boas práticas de manipulação (rdc 33 e outras) e estocagem (portaria 802 e outras). Na manipulação de estéreis devemos ter os cuidados redobrados, evitando potenciais contaminações de produtos.

Produtos citotóxicos e perigosos:

Precauções especiais, equipamentos e treinamentos para estocagem, manipulação e eliminação de resíduos devem existir para garantir a segurança dos funcionários, pacientes e eventuais visitantes. Podemos incluir neste rol de produtos, os inflamáveis que devem possuir área segregada e rotinas escritas de prevenção de incêndios.

Informação de medicamentos:

Espaço adequado, fontes de consulta, e tecnologia de comunicação deve estar disponível para facilitar a provisão de informações sobre medicamentos.

Consultório farmacêutico:

Para atendimento de pacientes ambulatoriais deve existir um espaço privativo com estrutura adequada para realização do processo de anamnese e orientação farmacêutica com o objetivo de melhorar os resultados farmacoterapêuticos e a qualidade de vida dos pacientes.

Escritórios e sala de reuniões:

Devem estar disponíveis para atividades administrativas, reuniões, atividades educativas e de treinamento.

Automação:

Sistemas mecânicos automatizados ("robôs") e softwares podem ser usados para promover a eficácia e eficiência nos processos de prescrição, dispensação, monitoração clínica, facilitando a intervenção técnica do farmacêutico antes da primeira dose.

Manutenção de registros:

Um espaço adequado deve estar disponível para arquivamento e manutenção de registros (psicotrópicos, inventários, relatórios e documentos administrativos e técnicos) para assegurar o cumprimento da legislação em vigor e órgãos de acreditação.

Sistemas informatizados:

Devem estar disponíveis para auxiliar nas funções administrativas (logísticas), gerenciar

os perfis farmacoterapêuticos dos pacientes, e podem conter módulos interligados com bases de dados de interações medicamentosas e monografias de drogas

Padrão VI

Pesquisa farmacológica clínica

Políticas e procedimentos:

O farmacêutico deve assegurar a segurança e o uso de protocolos apropriados de ensaios clínicos de novas drogas.

Distribuição e controle:

A farmácia deve ser responsável pela distribuição e controle dos fármacos utilizados em pesquisa clínica no hospital. A CFT e a

Comissão de Pesquisa Clínica deve aprovar a pesquisa bem como a Comissão de Ética em Pesquisa (CEP), e manter a documentação de consentimento do paciente arquivada.

Comissão de Pesquisa Clínica:

O farmacêutico deve ser incluído na Comissão de pesquisa clínica

Informação sobre medicamentos:

O farmacêutico deve ter acesso a informações de todos os estudos preliminares sobre o medicamento em pesquisa no hospital, e sobre experimentos similares realizados em outros centros de pesquisa. Deve elaborar informações escritas sobre segurança, interações, RAM, administração do medicamento testado. ■

Bibliografia Consultada

1. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP residency accreditation regulations and standards on definitions of pharmacy residencies and fellowships. Am J Hosp. 1987; 44:1142-4.
2. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP statement on continuing education. Am J Hosp Pharm. 1990; 47:1855.
3. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP technical assistance bulletin on the recruitment, selection, and retention of pharmacy personnel. Am J Hosp Pharm. 1994; 51:1811.
4. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. Am J Hosp Pharm. 1993; 50:305-14.
5. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines: minimum standards for pharmacies in hospitals. Am J Health-Syst Pharm. 1996; 52:2711-7.
6. Canadian Society of Hospital Pharmacists. CSHP: professional standards for hospital pharmacy practice. URL: <http://www.cshp.ca/site/site.html> consultado em 22 de setembro de 2003.

ZONA SUL DE SÃO PAULO TERÁ EM BREVE UM NOVO HOSPITAL - MODELO DE HOSPITAL COMPACTO AMEPLAN - ASSISTÊNCIA MÉDICA PLANEJADA - SP

A Ameplan - Assistência Médica Planejada, com sede na cidade de São Paulo, está construindo, em área de terreno de 773,17m², o seu novo hospital geral com área construída de 5.281,38m², correspondente à etapa inicial do seu Plano Diretor.

Este Complexo Hospitalar Compacto, de propriedade do Dr. Ali Hussein Ibrahim Taha, foi iniciado em 2003 e está previsto para ser concluído em 2005.

Na presente etapa, esta nova instituição compreende 20 quartos com 1 ou 2 leitos de internação, 9 leitos de UTI, centro cirúrgico, com 4 salas e atualizado serviço de diagnóstico e tratamento.

Ficha Técnica:
Projeto arquitetônico:
Arquitetos Jarbas Karman e Domingos Fiorentini.
Projetos complementares:
Eng. Carlos Tadeu dos Santos.
Coordenação das obras:
Eng. Jorge Daud Cury

UNIMED ERIGE HOSPITAL GERAL COM RECURSOS PRÓPRIOS HOSPITAL UNIMED DE TATUÍ - TATUÍ - SÃO PAULO

Em área de terreno de 5.266,69m², a Unimed de Tatuí está erigindo, na cidade de Tatuí, o seu novo hospital geral com área construída de 3.287,60m², na primeira etapa do seu Plano Diretor.

Sob a Presidência do Dr. Eder Balliari e do Vice-Presidente Dr. Tirso Menezes, as obras, em andamento, foram iniciadas em 2004 e estão previstas para serem inauguradas no ano de 2006.

Sua construção dará à cidade, inicialmente, 40 novos leitos, além de excelente Centro Cirúrgico, Humanizado e Eficiente Pronto Socorro e Atualizados Serviços de Diagnóstico e Tratamento, que contribuirão para elevar o padrão de Assistência Médica de Tatuí.

Ficha Técnica:
Projeto arquitetônico:
Arquitetos Jarbas Karman e Domingos Fiorentini, da Arquitetura de Hospitais Karman Ltda.
Projetos complementares:
AMPB - Processamento de Dados
Coordenação da obra:
Eng. José Carlos Modesto de Almeida



Visita a centros de oncologia da Alemanha e Suécia

No período de 27 de Abril a 5 de Maio foram visitados três hospitais na Alemanha, a Secretaria Estadual de Berlim e dois hospitais na Suécia pela equipe responsável pelo Hospital de Câncer de Barretos - Fundação Pio XII, integrada pelos senhores: Henrique Duarte Prata - Vice-Presidente, José Carlos Zapparoli - Diretor Clínico, Gilberto Colli - Diretor Administrativo e Edmundo C. Mauad - Diretor Técnico.

O presente relatório constitui importante contribuição do Hospital Pio XII, pelo que a redação da Revista IPH deixa aqui consignado os seus agradecimentos

A Alemanha não dispõe de hospitais especializados em câncer; os serviços oncológicos estão incluídos dentro de cada departamento. Por exemplo, o Departamento de Mastologia, que trata de doenças benignas, também, faz tratamento de cânceres de mama e realiza cirurgias, quimioterapia e outros. Existem vários hospitais universitários distribuídos pelo país, possibilitando o tratamento oncológico destas ocorrências. As quimioterapias "básicas" são realizadas nas clínicas, as complexas são encaminhadas para os hospitais, como o da Universidade de Berlim, onde 80% dos pacientes, que vão ser submetidos a quimioterapia, estão incluídos em protocolos de pesquisa e os 20% restantes são quimioterapias difíceis de serem realizadas em clínicas fora de hospitais. Os protocolos de tratamentos quimioterápicos são unificados em todo o país.

Não existe departamento de Captação de Recursos Privados para os hospitais atuantes na Alemanha.

São descontados 14%, diretamente do salário dos trabalhadores e destinam-se ao atendimento de convênios, cujo número excede a 100 no país; os convênios captam esses recursos e discutem, anualmente ou bi-anualmente, com os hospitais, o pagamento dos serviços médicos e hospitalares, não existindo diferença de valores entre

convênios.

As instalações de internação comportam um, dois ou mais leitos, dependendo da estrutura do hospital.

O Governo constrói os hospitais e fornece os equipamentos, mas quem controla o pagamento desses procedimentos são estas caixas ou convênios; portanto, o Governo não manipula o dinheiro pago pelos empregadores.

A quase totalidade dos médicos na Alemanha trabalha em um único local.

A Prevenção de Câncer de Mama e Colo Uterino é realizada em clínicas fora de hospitais por ginecologistas, mas, uma lei recentemente aprovada, estabelece que caixas seguradoras são obrigadas a pagar mamografias para as mulheres de 45 a 69 anos de idade, bi-anualmente, em toda Alemanha. A Prevenção do Câncer de Colo Retal continua em discussão.

Os pacientes na Alemanha tendem a ser submetidos a tratamentos nos hospitais de sua região, mas têm o direito de procurar outro hospital se assim o desejarem.

Eles não possuem Sistema Nacional de Acreditação; a certificação é opcional.

A Secretaria de Saúde de Berlim recolhe dados sobre diagnósticos, tratamentos, sobrevida e outros, de 6 estados da Alemanha, desde 1961, e conta com 2 milhões e 800 mil casos de câncer arquivados para estudo.

Visitaram também a Kinder Clinic de Berlim; hospital pediátrico geral, de 240 leitos; o setor de oncologia conta com 25 leitos, sendo 10 leitos para transplantes de medula óssea; a ocorrência gira em torno de 100 casos de câncer pediátrico por ano.

Uma boa parte da receita da Instituição provém de Pesquisas Clínicas; uma construção anexa ao hospital é dedicada especificamente a pesquisas básicas; conta com aproximadamente 800 funcionários, sendo 400 médicos.

Segundo relato de médicos alemães contactados, o tratamento clínico das neoplasias malignas na Alemanha é semelhante à estatística dos Estados Unidos, mas com custo de metade a 1/3 menor; outra diferença é que nos Estados Unidos uma quantidade muito maior de recursos financeiros é alocada a pesquisas, relativamente à da Alemanha.

Foi visitada, também em Berlim, a Clínica Spandau – Vivantes, com 36 leitos, sendo, 8 para Cuidados Paliativos. Devido às características do povo de Berlim, de viver sozinho, a Unidade de Cuidados Paliativos é extremamente confortante e conta com sala de jantar bem decorada, onde pacientes e enfermeiros podem participar de refeições, um ao lado do outro, para incrementar a humanização durante o tempo internação. É liberada área para fumantes, inclusive em



Dr. José Carlos Zapparoli, Prof. Dr. Walfogoug Hinkelbein, Dr. Edmundo Carvalho Mauad, Prof. Dr. Kheilhoff, Sr. Henrique Duarte Prata, Dr. Gilberto Freitas Colli e Dr. Valter Penna.

alguns casos, são admitidos animais de estimação, dentro do quarto do paciente.

A permanência média de internação desses pacientes de Cuidados Paliativos, é de mais ou menos 11 dias, ao custo de aproximadamente R\$ 10.360,00, enquanto que o montante pago pelo SUS, no Brasil, por período equivalente, gira em torno de R\$ 600,00, ou seja, o pagamento na Alemanha pelo mesmo serviço é de 15 a 20 vezes maior.

Em relação à Suécia foram visitadas 2 Universidades: o Instituto Karolinska em Estocolmo e a Universidade de Gotemburgo. Diferentemente da Alemanha, o dinheiro arrecadado dos impostos é repassado para o Governo, que controla o Sistema de Saúde; um exemplo: 53% dos salários dos

médicos destina-se para as taxas públicas de saúde, educação e outros. Na Alemanha poucas são as doações financeiras para fins hospitalares e, também, raros são os hospitais exclusivamente dedicados ao câncer.

O Instituto Karolinska possui 1.300 médicos em tempo integral; conta com prontuários convencionais, eletrônicos e com imagem de exames; não fazem pesquisas clínicas junto com profissionais farmacêuticos. O hospital geral funciona normalmente até as 17:00h, a radioterapia e os aceleradores lineares atendem de 25 a 30 pacientes por dia.

A Universidade de Gotemburgo, conta com 15.000 funcionários, 1.500 leitos, e um orçamento de 350 milhões de Coroa

por ano, sendo 150 milhões para pesquisa. O hospital é bastante informatizado e pretende, em 2006, não usar mais registros convencionais dentro do hospital. O tempo dos médicos é dividido separadamente, por semanas, em: assistência, ensino e pesquisa. Os doentes na Suécia pagam 90 Coroa por consulta, num total máximo de três pagamentos/ano.

Quadro comparativo do Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII, em relação aos hospitais europeus mencionados e mais aos hospitais de câncer da Inglaterra, França, Espanha, Portugal e Itália, visitados ano passado.

1º) Em todos os hospitais visitados os médicos trabalham em tempo integral e dedicação exclusiva-semelhante aos médicos ▶

do Pio XII, exceto que, em geral, o término do trabalho na Europa dá-se em torno das 17:00h e os médicos de Barretos, além desse horário, por receberem percentual do faturamento global e por entenderem claramente os valores desta Instituição, contribuem com dedicação suplementar.

2º) A maioria dos funcionários do HC de Barretos trabalha em tempo integral semelhante aos europeus, mas existe claramente uma participação mais ativa no tocante a valores humanitários e de cidadania deste hospital, que são transmitidos desde a sua criação e são passados por ocasião de cada admissão de funcionário, através de palestras, jantares a cada três meses, café da manhã com o Presidente, duas vezes por semana, e outros.

3º) A Fundação Pio XII conta com um Departamento de Captação de Recursos,

que atua através de leilões de gado, shows de artistas, doações e outros, que lhe permite arrecadar, aproximadamente, em torno de 9 milhões de Reais por ano; o que não acontece com hospitais europeus, exceto o Royal Marsden de Londres, que recentemente lançou procedimento semelhante.

4º) A estrutura arquitetônica do HC de Barretos conta com Planejamento Lógico e Racional, de autoria dos arquitetos Jarbas Karman e Domingos Fiorentini, que facilita o funcionamento, potencializa a eficiência da Instituição e minimiza desperdícios. A internação dá-se em quartos de 2 leitos, diferentemente dos hospitais europeus, onde a internação é feita em quartos de um e dois leitos ou em enfermarias com vários leitos.

5º) Outro ponto positivo do HC de Barretos é a procura da qualidade total através

da Acreditação, o que se verifica em certos países e não em outros.

6º) Uma atividade a ser ampliada no HC de Barretos é o maior investimento em pesquisa, relevante na maioria dos hospitais visitados.

7º) Nota-se, também, nesses países uma melhor distribuição no sistema primário, secundário e terciário de saúde, não ocasionando concentração de pacientes como a que se verifica com relação ao HC de Barretos, ao qual acorrem à procura de tratamento, pacientes provindos de 23 Estados.

8º) Outro fato a destacar é a remuneração paga pelos Serviços Oncológicos na Europa, bastante superior à nossa, o que facilita a compra e a manutenção de equipamentos de primeira linha no tratamento de câncer. ■

Garantia de rentabilidade e satisfação dos seus clientes.



REVES CAP

Unidade móvel de prevenção câncer

Veículos Especiais



A unidade poderá ser montada com:
* Conexão externa ou gerador.



- * Dotado de consultórios.
- * Ginecologia.
- * Urologia.
- * Coleta de sangue.
- * Micro cirurgia.

INFORMAÇÕES
11 6190 0081



CURSOS DE ADMINISTRAÇÃO SEM HABILITAÇÕES ESPECÍFICAS

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
RESOLUÇÃO Nº 4, DE 13 DE JULHO DE 2005

Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Administração, bacharelado, e dá outras providências.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, no uso de suas atribuições legais, com fundamento no art. 9º, § 2º, alínea "c", da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, com a redação dada pela Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, tendo em vista as diretrizes e os princípios fixados pelos Pareceres CNE/CES nºs. 776/97 e 583/2001, bem como, considerando o que consta dos Pareceres CNE/CES nºs 67/2003, 134/2003, 210/2004 e 23/2005, homologados pelo Senhor Ministro de Estado da Educação, respectivamente, em 2/6/2003, 9/9/2003, 24/9/2004 e 3/6/2005, resolve:

Art. 1º - A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Administração, bacharelado, a serem observadas pelas Instituições de Ensino Superior em sua organização curricular.

Art. 2º - A organização do curso de que trata esta Resolução se expressa através do seu projeto pedagógico, abrangendo o perfil do formando, as competências e habilidades, os componentes curriculares, o estágio curricular supervisionado, as atividades complementares, o sistema de avaliação, o projeto de iniciação científica ou o projeto de atividade, como Trabalho de Curso, componente opcional da Instituição, além do regime acadêmico de oferta e de outros aspectos que tornem consistente o referido projeto pedagógico.

§ 1º - O Projeto Pedagógico do curso, além da clara concepção do curso de graduação em Administração, com suas peculiaridades, seu currículo pleno e sua operacionalização, abrangerá, sem prejuízo de outros, os seguintes elementos estruturais:

I - objetivos gerais do curso, contextualizados em relação às suas inserções institucional, políti-

ca, geográfica e social;

II - condições objetivas de oferta e a vocação do curso;

III - cargas horárias das atividades didáticas e da integralização do curso;

IV - formas de realização da interdisciplinaridade;

V - modos de integração entre teoria e prática;

VI - formas de avaliação do ensino e da aprendizagem;

VII - modos de integração entre graduação e pós graduação, quando houver;

VIII - incentivo à pesquisa, como necessário prolongamento da atividade de ensino e como instrumento para a iniciação científica;

IX - concepção e composição das atividades de estágio curricular supervisionado, suas diferentes formas e condições de realização, observando o respectivo regulamento;

X - concepção e composição das atividades complementares; e;

XI - inclusão opcional de trabalho de curso sob as modalidades, monografia, projeto de iniciação científica ou projetos de atividades, centrados em área teórico-prática ou de formação profissional, na forma como estabelecer o regulamento próprio.

§ 2º - Com base no princípio da educação continuada, as IES poderão incluir no Projeto Pedagógico do curso, o oferecimento de cursos de pós-graduação lato sensu, nas respectivas modalidades, de acordo com as efetivas demandas do desempenho profissional.

§ 3º - As Linhas de Formação Específicas nas diversas áreas da Administração não constituem uma extensão ao nome do curso, como também não se caracterizam como uma habilitação, devendo as mesmas constar apenas no Projeto Pedagógico.

Art. 3º - O Curso de Graduação em Administração deve ensinar, como perfil desejado do formando capacitação e aptidão para compreender as questões científicas, técnicas, sociais e econômicas da produção e de seu gerenciamento,

to, observados níveis graduais do processo de tomada de decisão, bem como para desenvolver gerenciamento qualitativo e adequado, revelando a assimilação de novas informações e apresentando flexibilidade intelectual e adaptabilidade contextualizada no trato de situações diversas, presentes ou emergentes, nos vários segmentos do campo de atuação do administrador.

Art. 4º - O Curso de Graduação em Administração deve possibilitar a formação profissional que revele pelo menos as seguintes competências e habilidades:

I - reconhecer e definir problemas, equacionar soluções, pensar estrategicamente, introduzir modificações no processo produtivo, atuar preventivamente, transferir e generalizar conhecimentos e exercer, em diferentes graus de complexidade, o processo da tomada de decisão;

II - desenvolver expressão e comunicação compatíveis com o exercício profissional, inclusive nos processos de negociação e nas comunicações interpessoais ou inter-grupais;

III - refletir e atuar criticamente sobre a esfera da produção, compreendendo sua posição e função na estrutura produtiva sob seu controle e gerenciamento;

IV - desenvolver raciocínio lógico, crítico e analítico para operar com valores e formulações matemáticas presentes nas relações formais causais entre fenômenos produtivos, administrativos e de controle, bem assim expressando-se de modo crítico e criativo diante dos diferentes contextos organizacionais e sociais;

V - ter iniciativa, criatividade, determinação, vontade política e administrativa, vontade de aprender, abertura às mudanças e consciência da qualidade e das implicações éticas do seu exercício profissional;

VI - desenvolver capacidade de transferir conhecimentos da vida e da experiência cotidiana para o ambiente de trabalho e do seu campo de atuação profissional, em diferentes modelos organizacionais, revelando-se profissional adaptável;

VII - desenvolver capacidade para elaborar, implementar e consolidar projetos em organiza-

ções; e

VIII - desenvolver capacidade para realizar consultoria em gestão e administração, pareceres e perícias administrativas, gerenciais, organizacionais, estratégicos e operacionais.

Art. 5º - Os cursos de graduação em Administração deverão contemplar, em seus projetos pedagógicos e em sua organização curricular, conteúdos que revelem inter-relações com a realidade nacional e internacional, segundo uma perspectiva histórica e contextualizada de sua aplicabilidade no âmbito das organizações e do meio através da utilização de tecnologias inovadoras e que atendam aos seguintes campos interligados de formação:

I - Conteúdos de Formação Básica: relacionados com estudos antropológicos, sociológicos, filosóficos, psicológicos, ético-profissionais, políticos, comportamentais, econômicos e contábeis, bem como os relacionados com as tecnologias da comunicação e da informação e das ciências jurídicas;

II - Conteúdos de Formação Profissional: relacionados com as áreas específicas, envolvendo teorias da administração e das organizações e administração de recursos humanos, mercado e marketing, materiais, produção e logística, financeira e orçamentária, sistemas de informações, planejamento estratégico e serviços;

III - Conteúdos de Estudos Quantitativos e sua Tecnologias: abrangendo pesquisa operacional, teoria dos jogos, modelos matemáticos e estatísticos e aplicação de tecnologias que contribuam para a definição e utilização de estratégias e procedimentos inerentes à administração; e

IV - Conteúdos de Formação Complementar: estudos opcionais de caráter transversal e interdisciplinar para o enriquecimento do perfil do formando.

Art. 6º - A organização curricular do curso de graduação em Administração estabelecerá expressamente as condições para a sua efetiva conclusão e integralização curricular, de acordo com os seguintes regimes acadêmicos que as instituições de Ensino Superior adotarem: regime seriado anual, regime seriado semestral, sistema de créditos com matrícula por disciplina ou por módulos acadêmicos, com a adoção de pré-requisitos, atendido o disposto nesta Resolução.

Art. 7º - O estágio Curricular Supervisionado é um componente curricular direcionado à consolidação dos desempenhos profissionais desejados inerentes ao perfil do formando, devendo cada instituição, por seus Colegiados Superiores Acadêmicos, aprovar o correspondente regulamento, com suas diferentes modalidades de operacionalização.

§ 1º - O estágio de que trata este artigo poderá ser realizado na própria instituição de ensino, mediante laboratórios que congreguem as diversas ordens práticas correspondentes aos diferentes pensamentos das Ciências da Administração.

§ 2º - As atividades de estágio poderão ser reprogramadas e reorientadas de acordo com os resultados teórico-práticos, gradualmente reveladas pelo aluno, até que os responsáveis pelo acompanhamento, supervisão e avaliação do estágio curricular possam considerá-lo concluído, resguardando, como padrão de qualidade, os domínios indispensáveis ao exercício da profissão.

§ 3º - Optando a Instituição por incluir no currículo do Curso de Graduação em Administração o Estágio Supervisionado de que trata este artigo deverá emitir regulamentação própria, aprovada pelo seu Conselho Superior Acadêmico, contendo, obrigatoriamente, critérios, procedimentos e mecanismos de avaliação, observado o

disposto no parágrafo precedente.

Art. 8º - As atividades Complementares são componentes curriculares que possibilitam o reconhecimento, por avaliação, de habilidades, conhecimentos e competências do aluno, inclusive adquiridas fora do ambiente escolar, incluindo a prática de estudos e atividades independentes, transversais, opcionais, de interdisciplinaridade, especialmente nas relações com o mundo do trabalho e com as ações de extensão junto à comunidade.

Parágrafo Único - As Atividades Complementares se constituem componentes curriculares enriquecedores e implementadores do próprio perfil do formando, sem que se confundam com o estágio curricular supervisionado.

Art. 9º - O Trabalho de Curso é um componente curricular opcional da Instituição que, se o adotar, poderá ser desenvolvido nas modalidades de monografia, projeto de iniciação científica ou projetos de atividades, centrados em áreas teórico-práticas e de formação profissional relacionadas com o curso, na forma disposta em regulamento próprio.

Parágrafo Único - Optando a Instituição por incluir no currículo do curso de graduação em Administração o Trabalho de Curso, nas modalidades referidas no caput deste artigo, deverá emitir regulamentação própria, aprovada pelo seu conselho superior acadêmico, contendo, obrigatoriamente, critérios, procedimentos e mecanismos de avaliação, além das diretrizes técnicas relacionadas com a sua elaboração.

Art. 10º - A carga horária mínima dos cursos de graduação será estabelecida em Resolução da Câmara de Educação Superior.

Art. 11º - As Diretrizes Curriculares Nacionais desta Resolução deverão ser implantadas pelas Instituições de Educação Superior, obrigatoriamente, no prazo máximo de dois anos, aos alunos ingressantes, a partir da publicação desta.

Parágrafo Único - As IES poderão optar pela aplicação das DCN aos demais alunos do período ou ano subsequente à publicação desta.

Art. 12º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Resolução CFE nº 2, de 4 de outubro de 1993, e a Resolução CNE/CES nº 1, de 2 de fevereiro de 2004, (Publicado no Diário Oficial da União - seção 1 - nº 137 - 19/07/2005) ■

NOVOS CURSOS DE PÓS GRADUAÇÃO

O IPH inaugurará, em breve, em sua sede - Morumbi, novos cursos de Pós-Graduação, em complemento aos seus cursos de Pós-Graduação, ministrados em sua sede Vergueiro.

XXV Seminário Internacional do Grupo de Saúde Pública da UIA

Realizou-se, na cidade de Istambul, na Turquia, o XXV Seminário do Grupo de Saúde Pública da UIA União Internacional de Arquitetos, no período de 3 a 7 de julho de 2005.

Participaram do importante evento os seguintes arquitetos membros da UIA/PHG – Public Health Group e respectivos convidados: Diretor Martin Fiset (Canadá), Coordenadora Berrak Seren (Turquia), Geoff Abbot (África do Sul), Hans-Evert Gatermann e Christoph Gatermann (Alemanha), Astrid M. Debuchy (Argentina), Jarbas Karman, Zaira Karman, Vera Hele-



Reunião pós visita ao Hospital Siyami Ersek Education & Research Hospital



Grupo dos congressistas da UIA-PHG



Hospital Gebze Anadolu Health Central



na N. M. Karman e Wander Agmont (Brasil), Zakia Shafie (Egito), Helina Kotilainen (Finlândia), Fani Vavili, Vangelis Chrysaphides, Sophia Chatzicocoli e Athena Christina Syrakoy (Grécia), Paul Bolui-

jt, Luub Wessels e Marijke Wessels (Holanda), Moshe Zarhy e Vera Zarhy (Israel), Peter Scher, Shirley Scher, Phil Astley, e Rosemary Glanville (Inglaterra), Norwina M. Nawawi (Malásia), Luis Enrique Lopez (México), Karin Imoberdorf, Hans Eggen (Suíça), Ruzica Rozovic (Singapura), Gulderen Tascioglu (Turquia), Philip Patrick, George Mann, Donald Axon e Janice Axon (USA).



Reunião dos membros da UIA/PHG no Marmara Hotel



Vehbi Koç Foundation Italian Hospital



A viagem de estudos incluiu visitas aos Hospitais Dr. Siyami Ersek Education & Research Hospital, Gebze Anadolu Health Central e Vehbi Koç Foundation Italian Hospital.

Em reunião dos membros da UIA/PHG no Marmara Hotel, foi eleita a África do Sul para sediar o XXVI Seminário em 2006, sob a coordenação do Arquiteto Geoff Abbot e a direção do recém empossado Diretor Luub Wessels da Holanda em substituição ao Arq. Martin Fiset. ■



Entre as autoridades que realçaram a importância do evento, também se pronunciou o Presidente da UIA, o arquiteto Jaime Lerner.

NBR 7256 entra em vigor

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) publicou, no dia 30 de março, a nova versão da NBR 7256, que aborda o "Tratamento de Ar em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS)", definindo requisitos para projeto e execução das instalações de sistemas de ar condicionado nestes ambientes. O documento, que passou a vigorar no último dia 29 de abril, substitui a versão anterior, de 1982.

Durante o processo de revisão, a norma foi compatibilizada com as diretrizes gerais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), particularmente a resolução RDC 50, de janeiro de 2002, que trata do Regulamento Técnico para Planejamento e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.

A NBR 7256 estipula parâmetros de projeto para cada ambiente, de acordo com as exigências especiais de temperatura e umidade e o nível e tipo do risco à saúde por exposição ao ar, além de também definir, entre outros aspectos, requisitos técnicos para os componentes e as instalações, fixar medidas de proteção contra incêndio e estabelecer precauções em caso de obras dentro ou na vizinhança de áreas críticas.

Para a revisão da norma, foi formada uma comissão de estudo multidisciplinar, coordenada pelo arquiteto hospitalar Jarbas Karman, consultor especializado Eng. Simon J. Levy e participação técnica especializada de projetistas do ar condicionado, fabricantes de equipamentos, profissionais da área



Engenheiros Sandro Dolghi, Marcos Kahn, Sandra Botrel, Celso Simões Alexandre, Osmar Gomes da Silva, Roberto Montemor, Francisco Kulcsar, Raul Sadir, Raul Bolliger Junior, Jarbas Karman e Simon Jaques Levy.

médica, arquitetos hospitalares e ativa participação de representantes da Anvisa. "Estamos duplamente satisfeitos, tanto pela conclusão do trabalho de revisão desta norma de grande impacto nos estabelecimentos de saúde e, como porque ela é um dos primeiros resultados do trabalho desenvolvido no âmbito do CB55", destaca o engenheiro Simon J. Levy, membro da comissão de revisão da NBR 7256, consultor técnico da Abrava e coordenador do CB55, o comitê brasileiro da ABNT encarregado das normas relativas aos setores de refrigeração, condicionamento de ar, ventilação e aquecimento.

A nova versão da norma pode ser adquirida nos postos da ABNT ou em sua página na internet (www.abnt.org.br). O Centro de Documentação de Informação (Cedoc) da Abrava também mantém um exemplar disponível exclusivamente para consulta.

CEDOC-Abrava (Centro de Documentação e Informação)_Av. Rio Branco, 1492 - 01206-001 - São Paulo - SP_Tel.: (11) 3361-7266 ramal 115

- Fax: (11) 222-4418_cedoc@abrava.com.br - www.abrava.com.br

MEMBROS INTEGRANTES DA COMISSÃO DE ESTUDOS DA NBR7256

Coordenador - Jarbas Karman

Secretário - Simon J. Levy

Carlos Kayano (Thermoplan), Celso Simões Alexandre (Trox Brasil), Domingos Fiorentini (Karman), Eduardo Rein (SBCC), Eliane Bennett (Bennett Consultoria), Flávio Bicalho (Anvisa), Francisco Kulcsar Neto (Fundacentro), Luciane Infanti (Hospital 9 de Julho), Marcos Kahn (KB Engenharia), Mariana Verotti (Anvisa), Mariluz Gomes (PróSaúde), Osmar Gomes da Silva (Smacna), Plínio Trabasso (Unicamp), Raul Bolliger Junior (Smacna), Raul Sadir (Veco), Regina Barcellos (Anvisa), Roberto Montemor (Fundament-Ar), Sandra Botrel (Protherm), Sandro Martins Dolghi (Anvisa) e Serafim Roberto da Silveira (Filtrar). ■

Voluntários do IPH

Visita dos alunos do 1º semestre do Curso de Administração, ao abrigo Anália Franco, sediado em Santo Amaro, na cidade de São Paulo.

Roberto Zanotto - Professor do IPH

No Abrigo Anália Franco moram crianças e adolescentes abandonados, de zero a 17 anos, encaminhados pela Vara da Infância e Adolescência, inaugurado em outubro de 2000, em parceria com a Prefeitura de São Paulo.

Após visitar o abrigo Anália Franco, o grupo elaborou um projeto visando ajudar a resgatar a cidadania e o amor dessas crianças.

"Dignidade", essa foi a expressão que os alunos, do primeiro semestre do Curso de Administração, elegeram para sintetizar as diferenças

sociais dos dias de hoje.

O Abrigo é um lar com pessoas vindas de histórias diferentes, marcadas por dores e sofrimentos, mas com grandes possibilidades de virem a ser felizes e de mudarem a trilha de suas vidas, para um porvir de amor, de alegria e de sucesso.

O grupo, ao mesmo tempo que vai doar energia, tempo e talento, vai enriquecer-se com a oportunidade de contatos humanos, convivência com pessoas especiais, vivência de outras situações, aprendizado de coisas novas e a satisfação do exercício de cidadania ■



Assembléia geral extraordinária do IPH

Realizada em 31 de março último, contou com a presença dos Sócios Titulares para a eleição dos membros da diretoria e do conselho fiscal para o triênio de 2005 a 2008

A DIRETORIA AGRADECE A PRESENÇA DOS SÓCIOS:

Neusa M. G. Roschel, Catia de Almeida, Sandra Paula Fiorentini, Joseli S. Muniz, Lizette P. Fonseca, Terezinha Vendramini, Ewerton Destro, Carlos Eduardo V. Lucchesi, Jorgeny C. Gonçalves, Marcos Rogério Batista, Nilo I. Kiyotani, Rodrigo Germano, Sidney M. Ferreira, Gerson Tuma, Walter Ribeiro, Maria Zilda Castellões Ribeiro, Walter Wagner Ribeiro, Plínio J.B. Couto, Ivan Lascaleia Pinheiro, Dante Ancona Montagnana,

Dorothee V. Arantes, Tamara I. Cianciarullo Vera Pedrosa Caovilha, Sergio Augusto M. Decourt, Eliana dos Santos Skoda, Walkyria Luchiar, Luiz César Luchiar, Jarbas B. Karman, Domingos M. F. Fiorentini, Sandra Fiorentini, Zaira N. M. Karman, Jarbas N.M. Karman, Ricardo N. M. Karman, Roberto N. M. Karman. ■



O Centro Universitário São Camilo realizou de 14 a 17 de junho no Expo Center Norte em São Paulo o Congresso ADH'2005, com o tema central "A equidade no acesso aos serviços de saúde: Novos caminhos e soluções para um Brasil saudável". Foram 13 Congressos, 6 Jornadas, 1 Fórum, 2 Visitas Técnicas e 1 Exposição de projetos de engenharia e arquitetura hospitalar. ■

Visita ao Aeroporto Internacional de Guarulhos

Profa. Vera Lúcia Galvani, titular da cadeira de Comércio Exterior, do 4o ano do Curso de Administração de Empresas do IPH, empreendeu visita técnica, no dia 7 de junho de 2005, liderando um grupo de alunos, às dependências da Infraero, empresa que controla e administra todas as operações dos Armazéns Alfandegários e às dependências da Receita Federal, que supervisiona e fiscaliza a legalidade da operação de Comércio Exterior, para conhecimento de toda a sistemática de funcionamento do setor de Logística de Car-

gas Aéreas, para exportação e importação.

Nos Armazéns Alfandegários, os alunos do IPH ficaram conhecendo todas as nuances de como um produto, pronto para exportar, está sujeito a um ritmo veloz de atendimento informatizado, que o deixa pronto para o embarque em até 4 dias no máximo, sendo que, inúmeros tipos de produtos embarcam no mesmo dia de sua apresentação ao armazém e chegam à mesa do consumidor, em outro continente, no mesmo dia.

O crescimento do setor de Cargas Aéreas tem despertado o interesse da Infraero em ampliar seus armazéns e solicitar um maior número de vôos de empresas aéreas, para o atendimento ao comércio exterior, o que dinamiza a economia e ajuda a criar uma maior renda interna.

No Setor Importador, as visitas se sucederam na mesma linha de aprendizado, observado no Setor Exportador; no setor de importação os alunos tomaram conhecimento dos pas-

sos a que os produtos, ao chegarem do exterior, são submetidos, para que sua efetiva legalidade seja constatada, com a liberação de entrada no país, de acordo com as leis vigentes de Comércio Exterior, sob controle da Receita Federal.

A necessidade dessas visitas foi constatada na efetiva participação dos alunos do IPH, que não mediram esforços para que a visita fosse um sucesso, demonstrando que o setor de Logística de Transporte é um tema que merece um acompanhamento de perto, por estar intimamente ligado ao sucesso do Comércio Exterior, que vem crescendo a cada ano.

Na opinião da Profa. Vera Galvani "O Brasil só se tornará um grande exportador, se ofertar transportes adequados, mas acima de tudo, se continuar a construir um Sistema de Logística Organizado, capaz de dar vazão, a tempo e a hora, aos destinos das mercadorias".

A Diretoria do IPH agradece a todos que, da Infraero e da Receita Federal, se fizeram atuantes, no intuito de oferecer o melhor no atendimento às demandas de conhecimentos dos alunos; assim como ao Prof. Albino Pereira Salgueiro, por disponibilizar esta visita aos alunos, compreendendo sobejamente a utilidade da Logística do Transporte Aéreo no desenvolvimento do Comércio Exterior Brasileiro. ■



FACULDADE IPH CURSOS DE CURTA DURAÇÃO

OBJETIVO:

Proporcionar treinamentos operacionais em gestões de Saúde.

Existe uma considerável demanda em função da carência desses treinamentos, no mercado assistencial.

São cursos que enfocam temas reais e operacionais, e que possibilitam aplicações imediatas no exercício das atividades técnicas e assistenciais, de forma a oferecer e assegurar as melhores condições de restabelecimento de pacientes e, também, melhores condições de trabalho dos colaboradores de Instituições de Saúde.

Através desses cursos busca-se disseminar os conhecimentos de boas práticas, em áreas operacionais e administrativas, de Instituições de Saúde.

TEMAS:

São fruto de pesquisas constantes das necessidades e carências do mercado. Serão diagnosticadas temas estritamente práticos e operacionais, que preencham, da melhor forma, as lacunas existentes.

Muitas normas importantes deixam de ser adotadas por falta de conhecimento e colocam em risco a integridade de pacientes e colaboradores. Da mesma forma, erros primários, com consequências graves, ocorrem com frequência por falta de preparo e treinamento dos colaboradores. Os temas são selecionados e divulgados, via internet, através de bancos de dados de grande número de Hospitais e Instituições de Saúde.

CUSTOS:

Em média, um curso de 8 horas aula ministrados em 2 noites das 19:00hs às 22:00 hs ou aos sábados das 8:00hs às 17:00 hs, custa R\$ 140,00 ao aluno. Cada curso é composto por 15 alunos, no mínimo, e 30 alunos no máximo.

INSTRUTORES:

São profissionais especializados nas diversas áreas operacionais da Saúde. A seleção desses profissionais é efetuada através de seus currículos, experiência e didática.

COORDENAÇÃO: Prof. Eng. Fumio Araki

SECRETARIA: Bárbara Poti Hasseda - Tel: 3209-0629 - R. Apeninos 267 - Paraíso - (Metrô Vergueiro) - cursoscurtaduracao@iph.com.br - www.faculdadeiph.com.br

A Internet a serviço da saúde

Portal Clic Saúde atende às diversas demandas de informação sobre o setor e auxilia engenheiros, estudantes, administradores e arquitetos da área hospitalar

Concentrar informações e direcioná-las de forma objetiva não é uma constante nos sites de informações sobre a saúde. Atentando para esta dificuldade, Mariluz Gomez - que há mais de 20 anos atua na área arquitetura hospitalar e é especialista em arquitetura do sistema de saúde - pensa na melhor forma de compartilhar o conhecimento acumulado durante todo este tempo de estreita relação com o mercado e atuação em diversas áreas que envolvem o setor. Um portal pareceu a forma mais sensata para disponibilizar informações. E o nome, o mais conveniente possível: Clic Saúde, encontrado no endereço www.clicsaude.com.br.

Além de manuais do Ministério da Saúde, teses, monografias, artigos e notícias da Biblioteca, o visitante pode acessar o Hospital Virtual, seção com os ambientes virtuais que compõem as unidades funcionais dos estabelecimentos de saúde. Elaborado para ajuda-lo a conhecer as necessidades específicas de cada um desses ambientes, bem como a relação de móveis e equipamentos necessários ao seu funcionamento.

Mas se o interesse é em montagem de projetos de licitação ou em conhecer materiais e equipamentos

disponíveis, a seção Equipamento médico-hospitalar/Materiais de construção e acabamento traz os diversos equipamentos e materiais oferecidos ao setor de saúde e permite a solicitação de descritivos técnicos (indispensáveis à montagem de projetos e editais de licitação envolvendo recursos públicos) e respectivos orçamentos junto às empresas anunciantes.

Vale lembrar que o acesso é grátis. Em áreas res-

tritas, como certos documentos da Biblioteca ou solicitação de descritivos de equipamentos, é necessária uma senha que é obtida após o preenchimento de um cadastro.

Portal Clic Saúde - Rua Juiz de Fora, 100 - Jd. Sumaré

Londrina / PR - Cep 86062-680 tel: (43) 3328-0218 ■

Clic Saúde na Hospitalar 2005: tendências e necessidades do setor

Uma feira do porte da Hospitalar 2005 é uma oportunidade única de sentir o mercado de equipamento médico-hospitalar e se interar com as diversas realidades dos hospitais do país. Durante os 4 dias da feira, o Clic Saúde fez enriquecedores contatos com profissionais, estudantes e fornecedores da área hospitalar com o intuito de conhecer melhor as dúvidas, analisar tendências, se interar das principais dificuldades e se nutrir de informações que, debatidas e analisadas venham, de fato, contribuir para a melhoria do setor como um todo.



Mariluz Gomez, Margareth Komori e Fabiana Guedes: Clic Saúde na feira

ABDEH tem novo Presidente

A ABDEH - Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar - tem novo Presidente para os próximos 3 anos. A frente da entidade está agora o Arquiteto e Urbanista Flávio Kelner, sócio-diretor da empresa RAF Arquitetura (RJ) e membro da Academia Brasileira de Administração Hospitalar.

Durante a cerimônia de posse que aconteceu no último dia 16 de Junho, na Feira Hospitalar 2005, Kelner apresentou os projetos a serem implantados em sua gestão e as primeiras mudanças.

Entre as mudanças propostas estão a implantação de um Conselho Consultivo para ajudar nas decisões em questões especiais de caráter Técnico e Administrativos; a efetivação da categoria Sócio-Honorário que vai homenagear profissionais de destaque que colaboraram com o desenvolvimento do Edifício Hospitalar; um Selo de filiado à entidade para o Associado inserir em suas propostas e correspondências; além de vários projetos para comunicação e informação aos associados.

Para acompanhar Flávio nesses 3 anos, um time de profissionais renomados foi convidado



Arquiteto Flávio Kelner

para ocupar os Cargos de Vice Presidentes: O Adm. Hospitalar José Cleber do N. Costa assume a vice-presidência de Gestão Administrativa; o Eng. Raul de Santa Helena a de Marketing; a Arquiteta Cláudia Miguez, a vice-presidência Executiva e o Arquiteto Fábio Bitencourt a vice-presidência de Desenvolvimento Técnico-Científico.

O ex-presidente da entidade, o Eng. Salim Lamha Neto, que esteve a frente da associação nos últimos três anos, assume a partir de agora a diretoria da Regional de São Paulo.

"Nosso maior objetivo, continua sendo a contribuição da ABDEH para a contínua evolução no planejamento do Edifício Hospitalar, desde sua concepção, até sua operacionalização. Pretendemos transmitir conhecimento através de cursos e palestras sobre os temas ligados à área da saúde.

Pretendemos estreitar ainda mais as relações com outras instituições envolvidas neste tema, como ABNT, Anvisa, Crea e Associações de Hospitais, assim como Universidades em todo o país, debatendo profundamente as questões dos processos, fluxos e normatizações que envolvem o planejamento do Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Pretendemos transformar a ABDEH em referência para temas que envolvam o planejamento do edifício hospitalar", declara Kelner.

Endereço: Av. Ministro Gabriel de Rezende Passos nº. 500 - CJ 1618 - Moema - São Paulo - SP - CEP: 04521-022 - Fone/Fax: 11-50561434 - abdeh@abdeh.com.br - Visite nosso site: www.abdeh.com.br ■



Assembléia de Posse da ABDEH

ABDEH

Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar

Universidade Federal da Bahia Curso de Especialização de Arquitetura em Sistemas de Saúde



A Faculdade de Arquitetura e Urbanismo e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia implementaram em 1997, 1999, 2001 e 2003 os Cursos de Especialização de Arquitetura em Sistemas de Saúde, em convênio com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), despertando o interesse de diversos setores da comunidade, não só baiana, mas de todo o Brasil.

Os cursos são coordenados pelo Prof. Antônio Pedro Alves de Carvalho; integram o seu corpo docente os Professores Jarbas Karman e Domingos Fiorentini.

Informações www.arqsaude.ufba.br ■

Visita Técnica ao Hospital da Unimed Sorocaba



A Professora Sandra Paula Fiorentini liderou os alunos, do 3º ano de Administração Hospitalar, a uma visita ao Hospital Unimed de Sorocaba com a finalidade de promover o conhecimento prático dos conceitos ministrados em aula. ■

UMA FESTA PARA FICAR NA HISTÓRIA DO IPH: Formatura dos alunos de 2004

Prof Albino Pereira Salgueiro

Coordenador Acadêmico da Faculdade IPH

Profa Fernanda Macedo Assayag

Professora de Metodologia Científica da Faculdade IPH

Dia oito de abril de 2005, vinte e uma horas, a casa de eventos Morumbi Hall, foi inaugurada em grande estilo com a festa de formatura dos alunos de 2004, das Faculdades de Administração de Empresas e Administração Hospitalar do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e Pesquisas Hospitalares – IPH.

A cerimônia, em meio a momentos distintos de júbilo, colação de grau e baile de gala, teve como contexto central: o bacharelado. A colação de grau iniciou-se com o Mestre de Cerimônias do evento convocando os membros para a composição da mesa.

O primeiro nome anunciado foi o do Prof. Jarbas Bela Karman, Presidente do IPH, seguido do Prof. Domingos Marcos Flavio Fiorentini,

Diretor das Faculdades do IPH; da Sra. Sandra Lucia Fiorentini, secretária geral; do Prof Albino Pereira Salgueiro, Patrono dos formandos; do Prof Walter Budacs Junior, Paraninfo dos alunos de Administração de Empresas; Prof Antonio Carlos Crespim, Paraninfo dos alunos de Administração Hospitalar; dos Professores Laert Costa Lima, Fernanda Macedo Assayag, Kone Prieto Furtado, João Francisco Possari, Marlene Tamasauskas, Silvia Bergmann, bem como da Funcionária Maria Helena Pires Serra, todas personalidades especialmente homenageadas.

Na sequência foi entoado o Hino Nacional Brasileiro e cantadas canções de amizade e prestadas homenagens específicas, inclusive homenagem póstuma ao Prof. Mamede Antonio Vieira Campos e ao Sr Pedro Manoel Vincoletto, da lanchonete do IPH, pessoas amigas e estimadas, que tiveram participação ativa no IPH e na vida acadêmica dos formandos.

Após os discursos dos paraninfos e do patrono, dois atos mereceram destaque nesta festa de colação de grau. O Juramento na voz da formanda Claudia Aparecida Ribeiro e repetido por todos os demais formandos e a outorga do título de Bacharel em Administração aos formandos, dado pelo Prof. Domingos Fiorentini.

A comoção foi inevitável e grande a alegria!

Era a consagração da dignidade e do conhecimento, era o vencimento das intempéries, das barreiras e das tormentas.

Seguiu-se a entrega dos diplomas pelos Paraninfos aos Bacharéis. Homenagens aos Pais e Professores. Homenagem à Comissão de Formatura e o propósito de manterem-se sempre amigos. Este propósito foi enaltecido com a música: Amigos para Sempre.

O Patrono das turmas de Administração de Empresas e Administração Hospitalar, Prof Albino Pereira Salgueiro, proferiu o seguinte discurso:

"Todos sabemos que foi na Grécia antiga, que entre jardins e pomares se formou a Academia. De lá para cá, milhares de outras academias se formaram, entre elas a nossa, em 1954, por iniciativa do Dr. Jarbas Karmam, aqui presente: A Academia IPH.

Há quatro anos, no solo fértil dessa academia, sementes selecionadas foram plantadas. Imediatamente germinaram, imediatamente brotaram. Nós, os professores apenas agíamos como facilitadores. Talvez algum adubo; talvez alguns sais colocávamos, nada mais que isso. Os brotos por si já mostravam o que seriam no futuro. No segundo ano, então pequenas árvores, mostravam os galhos do saber e do futuro do conhecimento. No terceiro ano, agora já as árvores frondosas estavam prontas para o florescer do saber. No quarto ano, o florescer se completava. Pessoas já buscavam naquelas árvores, a exemplo das abelhas inquietas, o néctar do conhecimento e pássaros transportavam, para outros jardins e pomares, o pólen do desenvolvimento. Hoje estamos todos vendo essa linda colheita: frutos, como diz a linguagem, tipo exportação!

Senhoras e senhores, peço perdão pelas metáforas, mas com meu débil conhecimento eu não achava as palavras que pudessem enaltecer essa brilhante turma de formandos, senão através da linguagem figu-



PISO PARA ÁREAS ÚMIDAS

É o mais flexível em todos os sentidos: para comprar, instalar, aplicar, manusear e limpar. Feitos em TPE que é um elastômero termoplástico totalmente reciclável, com excelente resistência à temperatura de -30°C à 100°C. Com tratamento antifungo, os módulos antiderrapantes se encaixam perfeitamente, garantindo maior segurança e higiene em qualquer utilização, além de serem facilmente montados e transportados.



maktub fitness equipment - fone: 55 11 5068-2000
www.maktubfitness.com.br - maktub@maktubfitness.com.br

rada, comparando os mesmos com a natureza. Natureza esta, capaz de fazer de uma simples semente uma frondosa árvore.

Quero neste momento parabenizar duas importantes pessoas das vidas desses formandos: seus pais. As mães, cujo ventre foi capaz de gerar essas sementes e os papais, verdadeiros heróis, que muitas vezes, a exemplo do cedro, tiveram de perfumar a lâmina do machado que os golpeavam.

Queridos formandos, espero continuar a minha missão de patro-no, e quiçá um dia, à sombra de um pequeno galho do conhecimento de vocês, poder apreciar-los crescer cada vez mais, assim, como cres-cem as sequóias milenares que desafiam o tempo. Vocês também, haverão de desafiar não só o tempo, mas também, os desertos, os pântanos e os bosques à procura, cada vez mais, do saber. Parabéns e muito obrigado".

O Paraninfo dos formandos em Administração de Empresas, o Prof Wal-ter Budacs Junior, concluiu seu discurso com as emocionadas palavras:

"...é um momento mágico em que os sentimentos, os quais vocês estão vivendo, jamais serão esquecidos; mas saibam que o papel do ad-ministrador começa no lar. É lá que a administração começa a exercer seus primeiros passos.

Um grande líder disse certa vez: "nenhum sucesso na vida compen-sa o fracasso no lar". Que o Pai Celestial os abençoe e os proteja!"

O Paraninfo dos formandos em Administração Hospitalar, o Prof

Antonio Carlos Crespim iniciou seu discurso abordando a: "Gestão do Conhecimento, hoje em ebulição no ambiente empresarial e que valori-za sobremaneira os "ativos intangíveis", ou sejam, as pessoas.

"Que vocês possam, em sua trajetória profissional, fazê-lo, valori-zar as pessoas, para que as instituições sob a sua gestão, possam ter longevidade e perenidade.

E que as empresas, cuja gestão está sob responsabilidade de cada um dos que hoje se formam, possam contar com profissionais que te-nham incorporado, dentre os preceitos de Arie de Geus (Empresa Viva): a reflexão de que vocês não são jogadores e sim guardiões das Em-presas sob a sua direção, de forma que estas possam ter longevidade, e estar aqui quando nós não mais estivermos, saldando a dívida com aqueles que deram parte de suas vidas na sua construção e sobrevivên-cia. Obrigado a todos".

Encerrando a colação de grau, o Presidente do IPH, que também presidiu os trabalhos, Prof. Jarbas Karman, em seu discurso, enfatizou a importância do Administrador no cenário político e econômico atual, assim como seu destaque profissional em relação às demais profissões.

A Comissão de Formatura realizou um belíssimo trabalho. A alegria dos formandos e familiares ficou registrada na memória daqueles que estiverem presentes neste dia especial.

Parabéns a todos os formandos e o desejo de sucesso em sua tra-jetória profissional! ■

SEMANA DO ADMINISTRADOR

Semana do Administrador é um evento que está se tornando uma tra-dição no IPH. Assim é a semana do administrador da Faculdade de Admi-nistração - IPH. Homenagem, que se presta aos administradores, profissão que se fortalece no cenário mundial, consoante a projeção e da evolução das atividades da vida moderna.

A Faculdade de Administração - IPH realizará, diariamente, de 12 a 16 de setembro de 2005, palestras sobre diversos temas consagrados à Administração, tanto na área hospitalar, como na área de empresas. Perso-nagens da vida pública, política e empresarial se farão presentes discutindo assuntos de interesse, dos alunos, dos professores e dos convidados.

Os trabalhos serão abertos pelo Diretor da Faculdade - IPH, Prof. Domingos Marcos Flávio Fiorentini e contarão com a presença do Presidente do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, Prof. Jarbas Karman, do Coordenador Acadêmico, Prof. Albino Pereira Salgueiro e Membros da Co-missão da Semana do Administrador.

Sobre pilares acadêmicos, a Semana do Administrador se desenvolverá no habitual clima amigo e enriquecedor.

Espera-se para este ano o mesmo brilho dos anos anteriores. ■

CAPES - O PORTAL BRASILEIRO DA INFORMAÇÃO CIENTÍFICA

O Governo Brasileiro mantém um portal, denominado CAPES, de aces-so gratuito a diversos periódicos científicos nacionais e internacionais.

Através desse portal, estudantes universitários e profissionais das mais diversas áreas, seja de Economia, Direito, Psicologia, Computação, Engenharia, Odontologia e Medicina, praticamente todos os segmentos, podem fazer pesquisas, objetivando enriquecer suas monografias, mes-trado, doutorado ou qualquer trabalho escolar.

Infelizmente, devido à baixa procura por este site e o alto custo de sua manutenção, este Portal poderá vir a ser desativado brevemente.

O endereço do portal CAPES é: www.periodicos.capes.gov.br ■

VISITE O NOSSO SITE:
www.faculdadeiph.com.br

Comissão de Auto-Avaliação Institucional da Faculdade de Administração IPH

Profa Fernanda Macedo Assayag
Prof Albino Pereira Salgueiro
Prof Rubens Murauskas

(Membros da CPA da Faculdade IPH)

Em abril de 2004, foi instituído pela Lei no 10.861, o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). Este novo sistema de avaliação apresenta como órgão colegiado de supervisão e coordenação a Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior – CONAES.

Esta nova proposta destaca a avaliação institucional como o centro do processo avaliativo das Instituições de Ensino Superior (IES). Esta avaliação institucional apresenta dois processos distintos: uma auto-avaliação institucional e uma avaliação externa.

A auto-avaliação institucional deve ser conduzida por uma Comissão Própria de Auto-avaliação, também chamada de CPA. Já a avaliação externa, é realizada por comissões externas designadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP).

O CONAES distribui para as instituições de ensino superior, um material com as diretrizes do SINAES e um roteiro para a realização da auto-avaliação institucional. Estes materiais constituem o suporte para o desenvolvimento das atividades da CPA.

A primeira etapa do roteiro, contemplava a constituição da CPA, a sensibilização e a elaboração de um projeto de auto-avaliação.

Com o pressuposto de democratizar e ganhar representatividade a CPA da Faculdade IPH foi constituída por membros de diversos segmentos da comunidade acadêmica. Entende-se por comunidade acadêmica todos os segmentos que envolvem a Instituição de Ensino Superior: docentes, discentes, egressos, comunidade civil organizada e corpo técnico-administrativo.

Diante deste pressuposto, a CPA da Faculdade IPH passa a contar com a participação dos seguintes colaboradores:



Prof. Albino Pereira Salgueiro, Prof. Rubens Murauskas e Prof.ª. Fernanda Macedo Assayag

Coordenador: Albino Pereira Salgueiro

Técnico administrativo: Domingos Marcos Flávio Fiorentini

Técnico administrativo: Soraia Azevedo

Docente: Rubens Murauskas

Docente: Fernanda Macedo Assayag

Docente: Alexandrino Lins Soares

Discente: Vanessa Cristina do Nascimento

Discente: Marco Antonio Montoanelli

Egresso: Daniel de Sousa Baptista

Comunidade Civil Organizada: Tamie Tatesumi

Consultora convidada: Tamara Iwanow Cianciarullo

O processo de auto-avaliação institucional desenvolvido pela CPA, deve abranger dez dimensões, como sugerido pelo roteiro de avaliação do CONAES:

1 - Missão e Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI)

2 - Ensino, pesquisa, extensão e pós-graduação

3 - Responsabilidade social

4 - Comunicação com a sociedade

5 - Corpo docente e técnico-administrativo (aperfeiçoamento, política de pessoal, de carreira e condições de trabalho)

6 - Organização e Gestão da Instituição (colegiados, participação da comunidade universitária nos processos decisórios)

7 - Infra-estrutura física

8 - Planejamento e avaliação

9 - Política de atendimento a estudantes e egressos.

10 - Sustentabilidade financeira

Para o desenvolvimento da auto-avaliação da Faculdade IPH, foram mantidos alguns procedimentos de avaliação. Outros procedimentos, tiveram suas formas alteradas para que assumisse características inerentes a concepção do "empreendedorismo pedagógico" adotado pela faculdade.

Além dos conceitos indicados pelo SINAES, a faculdade entende que o comprometimento deve ser o fio condutor deste processo. A escolha do valor comprometimento foi resultado do trabalho de sensibilização, realizado com a comunidade acadêmica.

Portanto, a participação de todos é evidenciada na descrição dos procedimentos de avaliação do projeto da Faculdade IPH, assim como



Soraia Azevedo, auxiliar de secretaria da Faculdade IPH e membro da CPA

nos procedimentos de coleta de dados, realizados pelo campus universitário.

Um relatório parcial desta avaliação deverá ser enviado ao MEC até 31 de agosto de 2005. A CPA da faculdade está satisfeita com as atividades realizadas até o momento e os benefícios deste processo já podem ser percebidos na dinâmica acadêmica da instituição. ■

Faculdade de Administração IPH

1ª FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR DA AMÉRICA LATINA

Reconhecida pelo MEC – Decreto nº 79268 de 14.02.73 – Ministrando Cursos de Pós Graduação há mais de 30 anos

CURSOS REGULARES

Habilitação em:

- Administração de Empresas:** O Profissional de Administração de Empresas 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 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 Fianças:** 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

- Administração Hospitalar
- Administração de Sistemas de Saúde
- Humanização em Saúde
- Gestão em Organizações de Saúde
- Saúde Pública
- Auditoria em Serviços de Saúde
- Farmácia Hospitalar
- Farmacologia Clínica
- Engenharia e Manutenção Hospitalar
- Administração Farmacêutica (Enfoque Diretivo e Gerencial)

Unidade I - Morumbi

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

Unidade II - Vergueiro

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)
- Higienico, 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