

IPH

Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares



Revista IPH

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

ISSN 1519-1451 Ano 4 Número 7 MARÇO 2006

Faculdade de Administração IPH

1ª FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR DA AMÉRICA LATINA

Autorizada pelo MEC - decreto 73264 de 06.12.73 - Reconhecida - Decreto nº 79268 de 14.02.77 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.

PÓS-GRADUAÇÃO: (LATO-SENSU) - ESPECIALIZAÇÃO

- Administração Farmacêutica "Enfoque Diretivo e Gerencial"
- Administração Hospitalar
- Administração Pública
- Administração de Sistema de Saúde
- Auditoria dos Serviços de Saúde
- Engenharia e Manutenção Hospitalar
- Farmácia Hospitalar
- Farmacologia Clínica
- Administração Desportiva
- Administração de Negócios Internacionais e Comércio Exterior
- Gestão Estratégica de Marketing
- Gestão em Organizações de Saúde
- Gestão de Pessoas
- Gestão de Serviços
- Humanização em Saúde
- Saúde Pública
- Biossegurança
- Engenharia Clínica
- Bancos e Finanças
- Fisioterapia em Oncologia

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 – 2º 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 Cavalcanti 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
Jarbas Karman – Vice Diretor
Albino Pereira Salgueiro – Coordenador Acadêmico

EXPEDIENTE IPH – FACULDADE

Walter Ribeiro – Gerente Administrativo
Sandra Lúcia Fiorentini – Secretária Geral
Maria Helena P. Serra
Soraia Azevedo
Luciano Matias da Silva
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

PÓS-GRADUAÇÃO

Maria da Salete Fontenele
Marcelo Polacow Bisson
Fumio Araki
Alan Vitorino Pinheiro
Sheila Ap. Santos
R. Apeninos, 267 – Metrô Vergueiro
Fone (11) 3209-0629 / 3272-0862
e-mail: iphcurso@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

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
Aírton Viriato
Fernanda Assayag
Sebastião Variane
Marilena Pacios Espósito
Vera Helena N. de M. Karman
Mariana Bastos das Mercês
Rubens Murauskas

Assessoria Jurídica

Albino Pereira Salgueiro

Diagramação

Flávio Della Torre

Impressão

Mundial Editora

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, 2006. 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

Abrigo e Cenário

Jarbas Karman
Presidente do IPH

Chama a atenção a abordagem, a pesquisa e a contribuição dada pela Arq. Walkiria Erse ao Planejamento Hospitalar, através do seu excelente trabalho, publicado na Revista IPH numero 6, de 2005, pág. 26. Já o próprio título "Arquiteto Define DNA do Edifício Hospitalar" e a subsequente afirmação de que "projetar é trabalhar na genética do edifício", por si e pela sua propriedade, desperta interesse.

O planejamento de instituições de saúde encontra-se vinculado e na dependência de parâmetros como: as três dimensões espaciais usuais, a dimensão temporal, a econométrica e a valencial. E mais, a dimensão "utilitária" e a dimensão "psicológica".

Na realidade, em vista das pesquisas realizadas pela Arq. Walkiria colhe-se o ensinamento de que a abordagem do tema dimensional não se terá esgotado aqui.

Quando a pesquisa se refere a "abrigo humano" aborda a dimensão "utilitária", equipada com todo o aparato mecanicista demandado (instalações, acústica, conforto e outros). Quando menciona "cenário" reporta-se ao emocional, sensorial, afetivo, estado sentimental, estado de espírito e outros.

É aqui que a Arq. Walkiria dá a sua original contribuição arquitetônica ao agregar o seu conceito de cenário ao planejamento. Cenário na acepção de decodificação do espaço, dando forma, consistência, conteúdo e objetividade à dimensão psicológica, ao ambiente psicológico.

Ao criar a "concepção cenário" revela profunda "percepção de espaço, percepção



Arquiteta Walkiria Erse

de ambiente psicológico e promoção do espaço a ferramenta de cura". Estas expressões, usadas pela Prof. Arq. Ruzica Bozovic-Stamenovic, no trabalho apresentado no XXV Seminário Internacional do Grupo de Saúde Pública da UIA/PHG em 2005, Istambul-Turquia, corroboram e vêm ao encontro do conceito da Arq. Walkiria.

A arquitetura como um todo se valoriza com este novo enfoque.

O artigo é rico em imagens e sínteses. Conceitua "abrigo" como "fronteira entre interno e externo". As paredes "não só limitam o espaço do cenário como também ambientam a cena". "Cenário" vem do uso que se faz das superfícies internas e o quanto de sensação se pode passar através de "revestimentos". Feito semelhante ao alcançado pelos cenários em teatros.

Através do cenário pode-se passar ale-

gria, indiferença e angustia. Bem estar e bem sentir. Sentimentos de limpeza, esterilidade e confiabilidade. Aconchego e proteção. Tecnologia de última geração ou tecnologia tradicional, testada e aprovada.

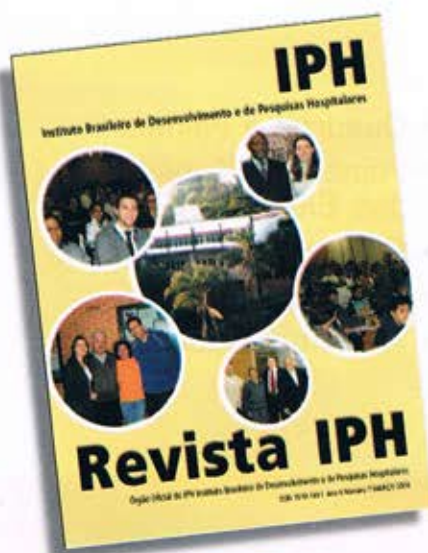
As expressões "abrigo" e "cenário" invocam o físico e o funcional, o utilitário e o psicológico, o morfológico e o metabólico, o corpo e a alma.

Auspiciosos os dias de hoje, em que a arquitetura hospitalar se encontra capacitada, conscientizada e em condições de prodigalizar atmosfera e cenário à altura do atendimento e das carências psicológicas e emocionais do paciente, acompanhante e funcionários.

Auspiciosa a evolução tecnológica, em que imagens morfológicas, que se atém a estruturas anatômicas, como da ressonância nuclear magnética e da tomografia computadorizada, são suplantadas ou complementadas por imagens metabólicas, bioquímicas, ensejadas pelo Pet e Spect, que detectam atividades funcionais, inclusive de funções cognitivas como sensibilidade, linguagem, aprendizagem e outras.

Bem vinda a pesquisa encetada pela Arq. Walkiria Erse em busca do "DNA" e da "Genética" da Arquitetura Hospitalar, indissociável da dinâmica hospitalar.

Chegou a hora de a arquitetura cuidar da alma das instituições responsáveis pela saúde. Para que elas ofereçam, ao invés de um simples apartamento de internação, um "recanto", "o quarto do paciente", um aconchegante útero arquitetônico ■



EDITORIAL

Abrigo e Cenário.....	5
Jarbas Karman	

CARTAS À REDAÇÃO	7
-------------------------------	---

ARTIGOS

Quão Pós-Modernos são os Hospitais Brasileiros?	9
Ana Carolina Potier	

Gestão com Pessoas: Tendências e Perspectivas	14
Antonio Carlos Crespim	

Reflexões e considerações sobre o planejamento hospitalar e arquitetura do sistema de saúde	16
Elgson Ribeiro Gomes	

Taxas de Infecção Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva neonatal e pediátrica	18
Alencar Cordeiro Magalhães e Ailton Viriato	

O papel do administrador na Excelência das Organizações	24
Marcio Ciamponi	

Hospital Novo Atibaia.....	28
Shuhatiro Wada	

Influência da avaliação correta das vazões de vazamento de ar através de frestas de portas em instalações de condicionamento de ar em "salas limpas"	30
Raul Bolliger Junior	

Treinamento em enfermagem: "Desenvolvimento de equipe e potencial criativo"	34
Roberto Kanaane e Ana Virgínia de Almeida Carrasco	

Prevenção pode reduzir casos de deficiência física.....	42
Antônio Carlos Fernandes	

AACD Objetivo, Missão e História	45
--	----

AACD / Teleton - Prestação de Contas	52
--	----

Hospital Santa Júlia	54
Edson Sarkis Gonçalves	

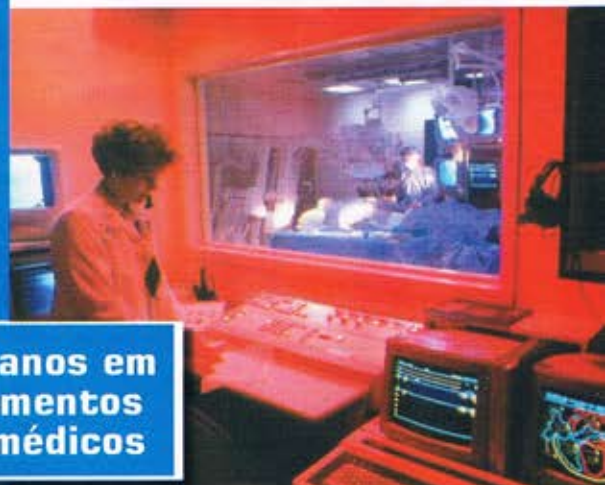
NOTÍCIAS

UIA - União Internacional de Arquitetos.....	56	Semana de defesa de TCC	68
Semana do Administrador.....	58	Jantar de Homenagem	69
Santa Cruz inicia curso de pós-graduação em administração hospitalar	62	Comissão de Estudos NBR 7256.....	69
Jantar de Confraternização IPH.....	66	Capes – O portal brasileiro da informação científica	69
Visita Técnica ao Porto de Santos.....	66	IPH Visita Bovespa.....	70
Adh'2006	66	Irineu Breitman recebe Título de Personalidade do Ano	70
Confraternizações de Fim de Ano.....	68	Curso de Inglês no IPH	70
IPH é nosso.....	68	Festa de Formatura 2005.....	71
		Brasil-Angola	73

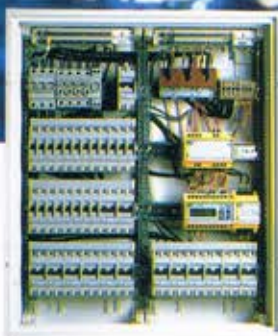
Sistemas de Proteção Contra Choques



- Quadros e Painéis
- Painéis de Supervisão dos Sistemas IT e TN
- Sinalização - Proteção
- Material Elétrico
- Transformadores



Evite danos em equipamentos eletromédicos



RDI Representações e Distribuição Industrial Ltda.

Fone: 11 3079-5200 • Fax: 11 3079-6272

Rua João Cachoeira, 112 - 2º andar - CEP 04535-000 - São Paulo
e-mail: rdibender@rdibender.com.br • www.rdibender.com.br

Cartas à Redação

Ao Dr. Jarbas Karman e Equipe

Parabéns pela publicação da edição n.º 6 – 2005 da Revista IPH. Fico imensamente satisfeito de ver uma revista com outra apresentação em comparação aos números anteriores. Nota-se um grande salto qualitativo na formatação, diagramação e, sobretudo no visual. É uma nova revista, atendendo aos novos padrões de qualidade gráfica. Nós sabemos quanto é difícil transformar em realidade uma publicação desta natureza. Desejamos sucesso total, também nas próximas edições!

José Trindade Celis

Revista Manutenção – ABRAMAN – Ass. Brasileira de Manutenção – Regional V – SP

Agradecemos ao Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas

Hospitalares – IPH, pelo envio do exemplar da Revista IPH n.º 6 – Julho 2005, destacando o trabalho conjunto realizado pela Comissão de Estudos da NBR 7256 na elaboração da nova versão desta importante Norma Técnica. Gostaria de aproveitar a oportunidade para manifestar a especial dedicação do Sr. Presidente e do Sr. Secretário na condução dos trabalhos, bem como nossa grande satisfação em ter participado deste seleto grupo.

Nos colocamos à disposição de V.Sas. para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários. Reiteramos nesta ocasião nossas manifestações de apoio e apreço.

Eng.º Marcos L. Kahn

Diretor KB Engenharia

Agradeço o envio do n.º 6 da Revista do IPH.

No ensejo coloco-me à disposição para enviar, se julgar pertinente, os trabalhos sobre os projetos dos 5 Hospitais Regionais do Governo do Estado do Pará.

Solicito-lhe também informações sobre a possibilidade de associar-me ao IPH, podendo assim contribuir com esta sua importante iniciativa para Arquitetura Hospitalar Brasileira. Abraços.

José Freire. Belém – PA

À Presidência do IPH e à Diretoria da Faculdade

Quero parabenizá-los pela excelência do ensino que nos é proporcionado, através dos professores que são amigos em primeiro lugar; pela Administração, por nossa biblioteca e a informática que nos presta excelente atendimento.

Quero oferecer um brinde às pessoas que a cada dia fazem do meu sonho ... realidade.

Um abraço.

Marluce Gonçalves

3º ano Adm. de Empresas

À Presidência do IPH e à Diretoria da Faculdade

Chegamos aqui tão pequenos e recebemos a estrutura para acolher, os professores para ensinar, a dedicação para crescer e a promessa de honrar o nome IPH, Faculdade de tradição que nos permite além do ensino, a conquista de amizades verdadeiras.

Suas árduas lutas neste caminho, têm transformado nossos sonhos em realidade.

Obrigada pela oportunidade e parabéns pela perseverança!

Um abraço

Vanessa Nascimento

Parabéns ao Dr. Jarbas Karman e sua Equipe pela revista IPH.

É uma publicação preciosa e única no mercado, que não só engrandece os nossos conhecimentos como também, com seu novo visual, alegria nossos sentidos.

Agradecemos o exemplar recebido e estamos atentos à chegada do próximo.

Walkiria Erse e Equipe

São Paulo

O Setor de Periódicos, do Sistema Integrado de Bibliotecas Pe. Inocente Radrizzani do Centro Universitário São Camilo vem através desta comunicar a atualização de nossos cadastros de doação. Gostaríamos de continuar o acordo firmado com sua Instituição, pois sua publicação é de grande importância para o acervo de nossas Bibliotecas.

Lucinete N. Spaggiari

Bibliotecária Resp. I – Centro Universitário São Camilo

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

Quão Pós-Modernos são os Hospitais Brasileiros?

How Post-Modern are Brazilian Hospitals?



ANA CAROLINA POTIER

Arquiteta, graduada pela Universidade Estadual de Londrina, mestranda em Engenharia Civil pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo da Universidade Estadual de Campinas, especialista em Administração de Serviços de Saúde pela Faculdade Estadual de Ciências Econômicas de Apucarana.
anacarolina@prosaude.arq.br

Resumo

O trabalho tem por objetivo traçar um paralelo entre os conceitos pós-modernos e os hospitais brasileiros, de modo a analisar até que ponto os dois temas, aparentemente distintos, podem se correlacionar. O estudo se baseia principalmente sob o ponto de vista arquitetônico, a identificar pontos de convergência e divergência entre os assuntos.

Abstract

This paper aims to draw a parallel between the concepts of Post-Modernism and Brazilian hospitals, in order to analyze how much the two subjects, apparently distinct, can be related. The study is based mostly on the architecture point of view, and tries to identify the convergent and divergent points between the two subjects.

Palavras-chave:

arquitetura, hospitais, Pós-Modernismo.

Key-words:

architecture, hospitals, Post-Modernism.

Com a superação do Modernismo, no final do século passado, configura-se uma nova forma de pensar e de fazer arquitetura, denominada Pós-Modernismo. Dentro do contexto de uma sociedade contemporânea, pluralista e não homogênea, o racionalismo e a standardização modernos tornam-se incapazes de responder às necessidades de então. É através desses novos conceitos que se busca traçar um paralelo entre o Pós-Modernismo e os hospitais brasileiros, com o objetivo de demonstrar até que ponto tais assuntos, aparentemente dissociados, podem se correlacionar.

Em 1990, durante uma palestra intitulada *How Modern is Dutch Architecture?* (Quão Moderna é a Arquitetura Holandesa?), Rem Koolhaas chama a atenção para a diversidade do mundo contemporâneo, onde muito já foi criado, sendo desnecessário 'reinventar a roda'. O importante neste

momento é saber utilizar com inteligência os elementos disponíveis, de forma a gerar produtos úteis para os dias de hoje (KOO-LHAAS, 1990b, p. 159).

Neste sentido, o novo pensar valoriza a renovação e a recuperação do existente, com o objetivo de potencializar ações ao invés de criá-las, como impunha o Movimento Moderno. Reapropriação e reformulação são palavras corriqueiras no vocabulário pós-moderno, transcritas para a arquitetura através de intervenções locais.

Essa abordagem do existente, dentro de uma visão de requalificação, pode ser considerada como um dos principais pontos de relação entre o Pós-Modernismo e os hospitais brasileiros. Em geral, como os últimos são estruturas que já existem a algum ou a bastante tempo e que provavelmente ainda terão um longo período de vida, nada mais necessário do que projetos de recuperação,

reforma e ampliação. Não se constrói um hospital novo sempre que sua estrutura se tornou antiga e obsoleta, mesmo porque ela passa por constantes processos de adaptação, é "uma arquitetura inacabada" (KARMAN, 2002, p. 93).

As instituições de saúde são particularmente suscetíveis e sujeitas aos constantes progressos e inovações, razão pela qual não podem ser dadas como perenes e nem deixam de ser permanentes "canteiros de obra" (...) Quanto mais "atualizável" for o empreendimento de saúde, mais apto e suscetível se encontrará para comportar e atender reformulações e modernizações (KARMAN, 2002, p. 87).

Observa-se aqui outra relação direta entre os hospitais e o Pós-Modernismo que é a questão do 'processo'. O edifício hospitalar não é uma obra finalizada como viam os modernistas mas, ao contrário, é aberto

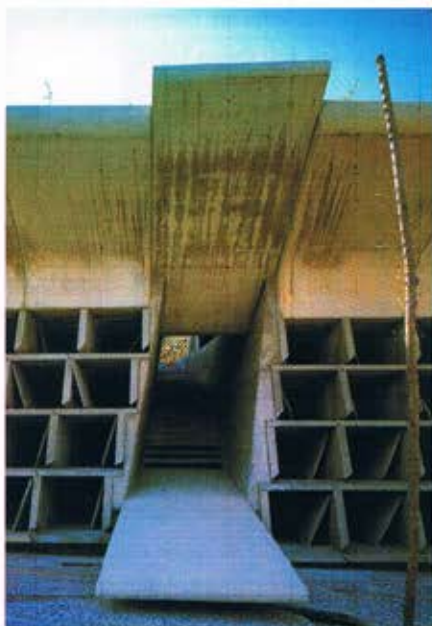


Foto: Leandro Mediano

Figura 01 – Rampa com escada, Cemitério de Igualada, Espanha, Arq. Enric Miralles.

e dinâmico. Neste sentido ele é semelhante a uma obra pós-moderna, na qual o objetivo do arquiteto é demonstrar o processo do projeto como uma construção inacabada. São exemplos os arquitetos Eric Owen Moss e Rem Koolhaas que mantêm em suas obras reminiscências do processo do próprio projeto, através de uma viga aparente que corta o espaço de uma escada ou que termina, inesperadamente, em um pano de vidro.

Da mesma forma Enric Miralles aborda o projeto arquitetônico do Cemitério de Igualada, na Espanha, com a criação, dentre outros elementos, de uma rampa que acaba em escada (Figura 01). Curiosamente, a mesma situação é encontrada em um hospital no interior do Estado do Paraná, onde, por erro de cálculo, a rampa executada não cumpriu seu papel de ligar os dois pavimentos tendo que ser finalizada em degraus (Figura 02).

A situação acima, apesar de semelhante, apresenta um fator divergente fundamental que é a sua finalidade. No caso de Miralles, era seu objetivo provocar tal contradição como meio de concretizar seu



Foto: Ana Carolina Polier

Figura 02 – Rampa com escada em um hospital, Brasil.

conceito, enquanto que no hospital, o resultado foi inesperado e incompatível com o uso a que se presta, ou seja, a circulação de macas, cadeiras de rodas e carrinhos de transporte.

Assim, muitas das instituições hospitalares refletem no seu espaço físico o



Foto: Mariluz Gomez

Figura 03 – Corredor de um hospital brasileiro com diversos tipos de materiais.

processo de suas mudanças, através da grande variedade de materiais e técnicas construtivas nele presentes, aproximando-o de uma construção pós-moderna e distanciando-se do moderno, que prima pela igualdade e equilíbrio do conjunto. Porém, enquanto os diferentes materiais da obra pós-moderna são empregados como forma de dialogar com o caos, a desordem urbana e a heterogeneidade do mundo contemporâneo, no edifício hospitalar alcança-se relativamente o mesmo resultado, ainda que por razões distintas.

Para exemplificar tal fato, tem-se a Figura 03 que mostra a variedade de revestimentos de um ambiente hospitalar. Da mesma forma, a Figura 04 demonstra o centro de conferências e exposições do Grand Palais em Lillie, na França, onde Rem Koolhaas utilizou diversos materiais econômicos, como o plástico ondulado e o linóleo, para valorizar a estrutura e atender às limitações orçamentárias da construção (JODIDIO, 1997, p. 16).

Como pode se observar no caso do Grand Palais, a restrição orçamentária, discussão constante e inerente ao setor ►



Foto: JODIDIO, 1997, p. 17.

Figura 04 – Diversidade de materiais, Grand Palais, França, Arq. Rem Koolhaas, 1994.

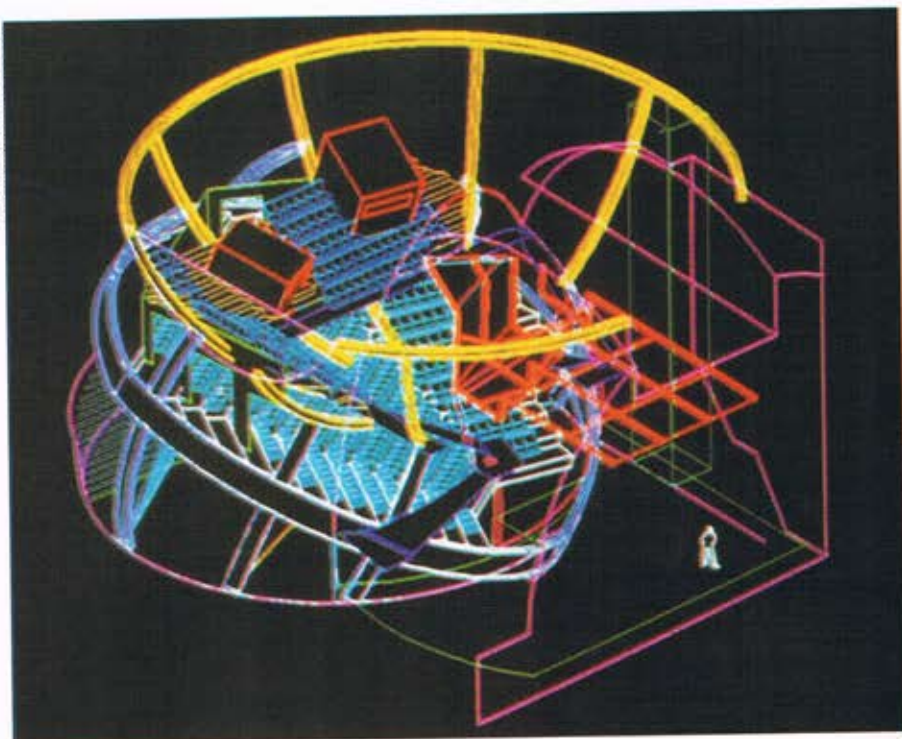


Figura 05 – Desenho em computador, Teatro Ince, EUA, Arq. Eric Owen Moss.

no "ciberspaço (...), servindo-se do computador como um acelerador evolutivo". Formas geradas em computador são cada vez mais exploradas por arquitetos, como a de Eric Owen Moss para o Teatro Ince, na Califórnia (Figura 05), e que reflete a explosão de imagens eletrônicas da era digital.

O mesmo ocorre nos ambientes de saúde, onde as novas tecnologias médico-hospitalares tornam-se fatores determinantes, equipando-os cada vez mais com aparelhagens sofisticadas e alterando a sua configuração arquitetônica. Esses espaços se caracterizam por painéis de monitores, iluminação especial, equipamentos de controle de temperatura e umidade, máquinas que se movem e robôs que fazem cirurgias, a trazer quase à realidade filmes de ficção científica.

Entretanto, devido à grande concorrência no setor de saúde e à própria cultura da imagem da sociedade contemporânea, observa-se, às vezes, um apelo exagera-

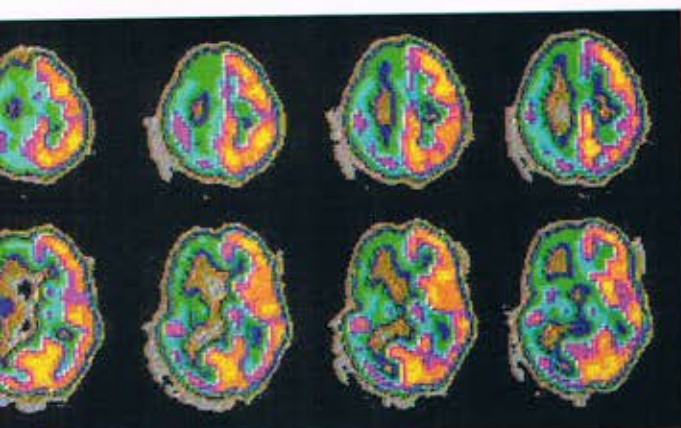


Figura 06 – Imagens do cérebro humano feitas por equipamento de tomografia.

xos da alteração de uma visão mecânica para uma visão eletrônica do mundo.

"(...) nas mudanças paradigmáticas da atu-

de saúde brasileiro, também é assunto frequente na arquitetura pós-moderna, onde custos e benefícios são mais bem examinados do que no passado, exigindo considerações específicas por parte dos arquitetos (JODIDIO, 1997, p. 88).

O mesmo acontece com as estruturas hospitalares que são pressionadas pela industrialização, urbanização, informatização, reengenharia, economia de mercado, entre outros, no sentido de se modernizarem para atender à sociedade contemporânea. Novas necessidades de adaptação surgem em uma velocidade cada vez maior, refle-

alidade, todo o peso material parece desaparecer. Os mecanismos que acionam este mundo de fluxos de informações utilizam impulsos não materiais num campo visual. O projeto assistido por computador, o controle do movimento, a realidade virtual, as imagens de ressonância magnética, a animação por computador, a holografia sintética – para nomear alguns dos meios atuais – estão a desenvolver rapidamente vetores de informação que se caracterizam pelo movimento e pela luz" (JODIDIO, 1997, p. 76).

Segundo John Frazer (apud JODIDIO, 1997, p. 181), a nova arquitetura será criada



do no uso dessas novas tecnologias como marketing. Muitos querem o tomógrafo computadorizado de última geração, a melhor ressonância magnética, sem levar em consideração a demanda para tal serviço. Até mesmo na área da saúde o importante é 'ter' e 'mostrar que tem'. Tudo pela imagem, para ser melhor que o concorrente e atrair clientes.

Essa situação também é reflexo da atual sociedade da cultura televisiva, das telas de computador e telefones celulares, da comunicação em massa, da valorização do efêmero, do apego à superficialidade mais do que às raízes, da sobreposição e da colagem em vez da profundidade, do tempo e do espaço fragmentados em lugar da história linearmente traçada (HARVEY, 1992, p. 63).

Porém, a super valorização da imagem pode ser prejudicial aos hospitais brasileiros pelo fato de grande parte deles terem falta de recursos financeiros e acabarem por aplicar o pouco que têm em obras supérfluas. É o caso de um hospital filantrópico que, ao receber determinada ajuda financeira da comunidade, viu-se pressionado a gastar na recuperação da fachada principal, para

poder 'aparecer' e justificar o investimento, enquanto que a prioridade era reformar e ampliar seu caótico Pronto Socorro.

Este é um exemplo claro do que Karman (2002, p. 89) define como a "idolatria da fachada" ou o "hospital fachada", a plástica pela plástica que ignora todas as demais questões de funcionalidade, biossegurança, bioclima, custos, materiais e outros. É neste sentido que se ressalta a importância do Plano Diretor de Projetos e Obras (PDPO) para hospitais cuja função é guiar, a partir de um diagnóstico, a tomada de decisões e o gerenciamento predial.

A elaboração de um plano pode ser comparada com a descrição feita por Rem Koolhaas (1990a, p. 8) sobre a concepção de seus projetos, onde a identificação é fator importante e o ponto de início é o existente, partindo-se para uma análise profunda que revela muito mais do que a realidade mostra, ou seja, um potencial inutilizado dessa realidade. Assim o PDPO é formulado, na busca de potencializar e aprimorar o hospital existente, não devendo ser considerado como um produto rígido e imutável, pelo contrário, deve ser maleável e sofrer constantes alterações no sentido de acompanhar o desenvolvimento da instituição e da sociedade como um todo. Ou seja, planejar e projetar hospitais susceptíveis a ampliações e reformas, contrariamente ao pensamento moderno de se construir para a eternidade.

Assim, para que sejam alcançados os resultados desejáveis, pode-se dizer que a gestão hospitalar tem se valido do conceito de rizoma, da mesma forma que o Pós-Modernismo. O sistema hierárquico como vinha sendo empregado anteriormente, tanto na administração quanto na arquitetura, foi substituído por uma organização mais horizontal. Na arquitetura pós-moderna, por

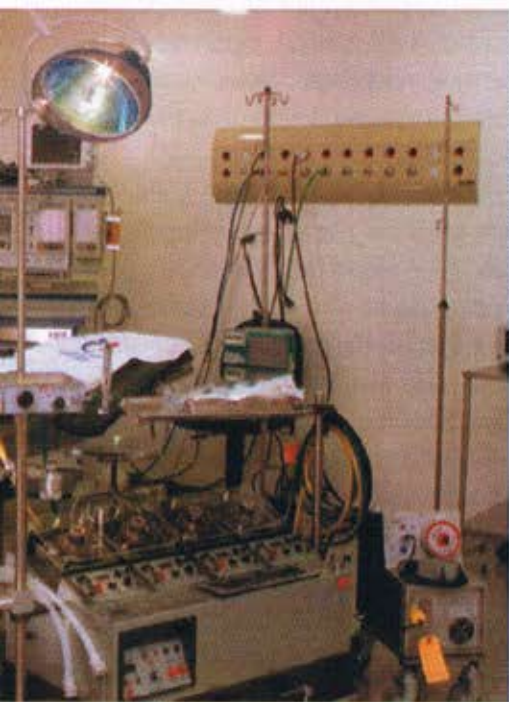
exemplo, observam-se várias atmosferas que interagem simultaneamente, a citar o Cemitério de Igualada, na Espanha, projetado por Enric Miralles.

Já na gestão hospitalar, segundo GOMEZ (2005), há uma grande tendência de trabalho em conjunto, cada vez mais fortalecido pelas comissões, tais como as de controle de infecção, ética profissional, padronização de materiais, etc, que visam alcançar melhores resultados através da parceria, mais do que pela imposição hierárquica.

Desta maneira, o que se busca é diminuir os riscos no ambiente hospitalar, uma vez que os serviços de saúde já lidam com o imprevisível, a emergência e a vida das pessoas. Apesar da previsibilidade ser normalmente almejada nos espaços hospitalares, os arquitetos pós-modernos, ao contrário, buscam refletir a inconstância do cotidiano contemporâneo em suas obras através de recursos como os elementos-surpresa, a eliminar o entendimento euclidiano do observador para que ele crie a sua própria percepção de mundo.

Vale ressaltar que uma das principais buscas dos arquitetos sempre foi o equilíbrio do conjunto, demonstrando seu total controle sobre a arquitetura. Entretanto, no Pós-Modernismo, a pluralidade e a desordem do mundo contemporâneo são aceitas e incorporadas às obras que buscam estimular usos e atividades pelas possibilidades programáticas, contrapondo-se à idéia de um programa rígido.

Sob esse ponto de vista, os hospitais se enquadram parcialmente no cenário pós-moderno uma vez que o programa arquitetônico é determinante para o seu funcionamento. Ao contrário da flexibilidade programática que propõe a adaptação conforme a necessidade, na arquitetura hospitalar deve-se considerar que o programa estará sujeito a constantes alterações, porém limitado por condicionantes de fluxos, assepsia



Fonte: acervo Pro-Saúde Profissionais Associados.

Figura 07 – Sala de Cirurgia.

sia, infecção hospitalar, legislação e outros. Neste sentido, os hospitais assemelham-se mais à Arquitetura Moderna, por não haver autonomia programática e/ou funcional. Na verdade, buscaram-se geometrias, soluções estruturais e arranjos físicos que sejam universais e mais facilmente adaptáveis.

A questão da liberdade projetual depende muito da evolução de conceitos como o de controle de infecção hospitalar (GOMEZ, 2002, p. 147) e, conseqüentemente, da legislação que é fator determinante. A aprovação do projeto pelos diversos órgãos competentes é requisito fundamental para a utilização de qualquer edifício de saúde, bem como a posterior ocupação dos ambientes estará sujeita à constante fiscalização sanitária.

A legislação brasileira tem evoluído paralelamente ao desenvolvimento do controle de infecção hospitalar, da Medicina e das demais ciências. Da simples cópia de plantas-modelo da então Portaria no. 400 de 1977, passou-se a projetar diferentes edifícios hospitalares, considerando-se as necessidades e características próprias de cada lugar, graças à atual RDC no. 50 de 2002. Não é a completa liberdade, mas já representa grande avanço no ato de projetar edifícios de saúde.

Outra divergência com o conceito pós-moderno está na relação público-privado, dentro-fora, que é traduzido em espaços onde o público é privado e o privado é público; o dentro é fora e o fora é dentro, a mostrar a sobreposição da vida contemporânea. Em se falando de edifícios de saúde, tais conceitos não se aplicam totalmente uma vez que seus ambientes devem ser bem definidos por questões de segurança, controle, assepsia, etc. Na verdade, essa interação tem ocorrido mais no

campo visual, com a utilização crescente de visores, sobretudo em áreas de serviços como a Central de Material Esterilizado, a Cozinha e a Lavanderia.

Por outro lado, no Brasil, a administração dos hospitais tem ido muito mais no sentido de controlar e limitar cada vez mais o acesso e a circulação do público, através do uso de crachás, porteiros eletrônicos, etc, dado o nível de violência, vandalismo, roubo e circulação desnecessária registrado em muitos dos estabelecimentos.

Uns dos motivos que leva a essa atitude é a grande diversidade de usuários e funções a que se presta o hospital, por incluir as mais variadas empresas dentro da própria empresa: hotel, comércio, restaurante, lavanderia, farmácia, capela, escola, oficina de manutenção, entre outras (POTIER, 2002, p. 21). Com isso, a característica multifuncionalidade dos edifícios hospitalares vai de encontro com a intenção dos pós-modernistas, sobretudo Rem Koolhaas, de representar a cidade dentro da própria obra e de incluir todo o universo dentro do próprio projeto. Neste sentido, não há como o hospital ser mais pós-moderno, ao refletir significativamente a cidade em sua própria estrutura.

Por essa razão e por todos os outros aspectos anteriormente citados, o hospital apresenta-se como uma das instituições mais complexas da atualidade, assim como o Pós-Modernismo visualiza o mundo contemporâneo, criando-se uma imagem desordenada e caótica. Entretanto, é importante entender que, às vezes, o caos presente nas cidades contemporâneas pode ser uma forma de organização, e que a aparente desorganização pode ser sofisticada (Rheinsberg apud JODIDIO, 1997, p. 175), ou, no caso dos hospitais, 'sofisticadamente complexa'.

CONCLUSÃO

Pode-se dizer que os hospitais brasileiros são pós-modernos sob vários aspectos, conforme apresenta o trabalho, mas, na maioria das vezes, de forma não proposital e pensada. Talvez a real vontade dessas instituições seja parecer ou se enquadrar mais nos conceitos do Movimento Moderno, padronizado e equilibrado. Porém, dadas às características intrínsecas ao hospital, pode-se concluir que, em geral, essa vontade é um tanto utópica.

O hospital deveria ser idealizado um pouco mais sob o ponto de vista pós-moderno, tomando-se como referência o exposto pelo arquiteto Rem Koolhaas de se considerar a percepção do existente, a aceitação de situações caóticas e de desordem no mundo contemporâneo e, principalmente, de que é impossível controlar o todo.

Neste sentido, observa-se que o edifício hospitalar nunca esteve tão bem inserido em um contexto arquitetônico como no Pós-Modernismo. Esta é uma tipologia que foi muitas vezes até marginalizada por alguns profissionais, como fez um arquiteto ao afirmar que "arquitetura hospitalar não é arquitetura" ... Se não é, o que dizer então de toda arquitetura pós-moderna, da valorização do existente, recuperação, requalificação, readaptação, colagem, sobreposição, pluralidade, tecnologia?...

Realmente, é possível que a arquitetura hospitalar não seja para arquitetos; não para arquitetos "modernos", que ainda projetam para o homem cartesiano do mundo mecânico de meados do século passado mas, sim, para os arquitetos "pós-modernos", que projetam para a diversidade do ser humano do mundo digital contemporâneo. ■

Bibliografia Consultada

- GOMEZ, M. Arquitetura hospitalar e modelo gerencial. In: CARVALHO, A. P. A. de. Temas de arquitetura de estabelecimentos assistenciais de saúde. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Arquitetura, 2002.
- A Construção de um Novo Modelo de Gestão nos Hospitais. In: FÓRUM DE GESTÃO DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE DE SERGIPE, 1., 2005. Aracaju HARVEY, D. A. Condição Pós-Moderna. São Paulo: Loyola, 1992.
- JODIDIO, P. Novas Formas na Arquitetura: a arquitetura dos anos 90. Köln: Taschen, 1997.
- KARMAN, J. Atualização hospitalar planejada. In: CARVALHO, A. P. A. de. Temas de arquitetura de estabelecimentos assistenciais de saúde. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Arquitetura, 2002.

KOOLHAAS, R. How Modern is Dutch Architecture? [S.l.: s.n.], [1990?].

Rem Koolhaas: urban projects (1985-1990). Barcelona: Gustavo Gili, 1990.

POTIER, A. C. Planejamento do espaço físico hospitalar: sua importância e seus requisitos. 2002. 611. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Administração de Serviços de Saúde) - Faculdade Estadual de Ciências Econômicas de Apucarana, Londrina, 2002.

SABBATINI, R. M. E. Tomografia PET: uma nova janela para o cérebro. Center for Biomedical Informatics, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <http://www.cerebromente.org.br/n01/pet/pet_port.htm>. Acesso em: 17 jul. 2005.

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 diagnosticados 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: Sheila Ap. Santos - Tel: 3209-0629 - R. Apeninos 267 - Paraíso - (Metró Vergueiro) - cursoscurtaduracao@iph.com.br - www.faculdadeiph.com.br

NOVOS CURSOS DE PÓS GRADUAÇÃO

BIOSSEGURANÇA

A finalidade deste curso é oferecer e desenvolver conhecimentos atualizados de Biossegurança, de elevado nível, relacionados a Laboratórios, Instituições de Saúde, Ensino e Pesquisa, Indústrias Farmacêuticas, de Equipamentos à Saúde e a Áreas de Medicina, Engenharia, Segurança do Trabalho e Direito.

Objetiva, ainda, conscientizar profissionais, que trabalham em ambientes hospitalares, de laboratórios e congêneres, quanto ao vertiginoso progresso e abrangência do atual estágio da Biossegurança, em nível internacional, além de atualizar e estimular a produção científica relacionada à Biossegurança.

A coordenação do curso está a cargo do Prof. Dr. Edison Luiz Durigon, titular do departamento de microbiologia do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo - USP, membro do comitê assessor de biossegurança da OMS (Organização Mundial da Saúde).

GERENCIAMENTO DE ENGENHARIA CLÍNICA

Indo ao encontro das necessidades e procurando dar a sua habitual cooperação às instituições de

saúde, o IPH está empenhado em formar profissionais capacitados em gerenciamento de departamentos de engenharia clínica e engenharia de manutenção de hospitais e clínicas, tanto referente a equipamentos médico-hospitalares, como a estruturas físicas e a instalações hospitalares.

A coordenação do curso está a cargo dos Professores Aron José Pazin de Andrade, engenheiro mecânico, administrador de empresas, mestre e doutor em engenharia biomédica, pesquisador da bioengenharia do Instituto Dante Pazzanese, membro do comitê de ética em pesquisa experimental do IDPC, Fumio Araki, especialista em Administração Hospitalar pela USP, engenheiro de segurança e higiene no trabalho, gerente de manutenção e engenharia hospitalar, superintendente adjunto de engenharia e manutenção do Hospital Santa Cruz e Reinaldo Yukio Akikubo, engenheiro eletrônica, mestrado em engenharia elétrica (automação e engenharia biomédica), engenheiro eletrônico no Instituto Dante Pazzanese, Professor Adjunto pela UNIP e pela Faculdade de Engenharia Industrial ■

IBRAM

Soluções em Móveis para Laboratórios

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



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

Gestão com Pessoas: Tendências e Perspectivas



ANTONIO CARLOS CRESPIM

Mestrando em Administração
Especialista em Gestão com Pessoas
Docente da Faculdade IPH
Sócio Diretor da ACCRESPIM Consultancy and Services

Resumo

A teoria do comportamento humano nas organizações e a análise das relações intra e interpessoais têm provocado profunda inquietação e a busca de instrumentos que permitam ao profissional, à equipe e à liderança, formas adequadas de relacionamento em busca de melhor produtividade e qualidade de vida no trabalho. A reflexão acerca dos dogmas e novos conceitos relacionados às pessoas pretende, nessa ebulição do pensamento científico, contemplar conceitos: alguns sacramentados, outros em sedimentação, e provocar inquietação dos profissionais, de diferentes setores e atividades, frente aos novos desafios e na aplicação de ferramentas adequadas para o alcance de resultado pleno e eficaz.

Palavras-chave:

Análise Transacional - Inteligência Emocional - Empatia via Coração Cérebro - Espiritualidade no Trabalho - Liderança Servidora

As reflexões sobre o comportamento humano e que desafiam o estabelecido e o sacramentado no universo das Instituições (família, religião, exército, dentre outras) e em especial, no mundo das empresas, entidade objeto de estudo por Arie de Geus, ao estabelecer a "Empresa Viva", cujo cerne a análise debruça-se, mostram que durante parte da história a Administração de Recursos Humanos foi norteadora por teorias.

Algumas foram sacramentadas e outras mantidas em ebulição, tais como: a janela Johari, a liderança situacional, a curva de maturidade, em síntese, a análise transacional, trazendo conceitos percorridos por Likier e outros autores focando-se o relacionamento inter e intrapessoal e incluindo a visão de Sigmund Freud, ao se referir à interpretação do inconsciente. (id; ego; superego; regressão à vida intra-uterina e outros).

Surpreendeu, em meados dos anos 90, a

abordagem de Daniel Goleman que, mesmo sendo psicólogo – PHD – pela Universidade de Harvard – considerou como "estreitas" as visões formuladas com base nos conceitos acima citados.

A abordagem de Goleman, denominada Inteligência Emocional, defende que o comportamento humano é resultado da arquitetura cerebral, onde o neocórtex (parte do cérebro que funciona a partir de uma evolução cerebral de 100 milhões de anos) determinando a ação racional, enquanto que as amígdalas cerebrais, controlam as emoções. Logo existem, em sua visão, duas mentes: uma que pensa e outra que sente.

A exemplo do que acontece frequentemente na área de administração, e encaminhando à ebulição constante do pensamento e, muitas vezes, impondo a quebra de paradigmas, apresenta-se Martin R. Portner – Neurologista - trazendo novos conceitos

para a melhor empatia no trabalho.

Portner afirma que o uso do sentido inverso, ou seja, não o cérebro comandando o coração por meio das amígdalas em situações de tensão o que é reconhecido há muito tempo, mas o coração colocado sob controle com amenização dos batimentos cardíacos, pode serenar as amígdalas cerebrais e recolocar o cérebro em funcionamento criativo.

Sintetizando, Portner afirma que um órgão ruidoso posicionado no centro do peito, ligeiramente à esquerda, bombeando sangue para todo o corpo, certamente terá funções mais nobres e influência no comportamento humano.

Portanto, a avaliação do comportamento das pessoas com base na estrutura cerebral é importante, mas deve contemplar outras facetas do homem holístico.

Vale, nesta fermentação de idéias, considerar ainda a visão de que a arquitetura

cerebral, segundo teóricos, evolui de duas dimensões: (hemisférios direito e esquerdo ou hemisfério racional e emocional), para três estratos a ser melhor explorados, a saber, cérebro: mamal, réptil e humano.

Assim, cabe aos profissionais considerarem as evoluções e reflexões que a administração moderna traz para o aprimoramento das relações com as pessoas.

Ao administrar organizações ou atuar profissionalmente, será feito por meio de pessoas que formarão equipes; e se instrumentar para o adequado convívio com estas é fundamental.

Dentre as variadas funções estará a Liderança. É essencial saber que as pessoas da equipe não estarão trabalhando para servir o líder, mas sim que caberá a cada líder servi-los com os conhecimentos que foram apropriados na frequência continuada ao conhecimento. (vide Gestão do Conhecimento – "Learning Company" - Capital Intelectual -Edvinsson & Malone)

Falamos da Liderança Servidora, cujo modelo pode ser apreendido dos conceitos formulados por James C. Hunter, especialmente em seu livro O Monge e o Executivo.

Hunter, ao conceituar liderança, deixa claro que esta está alicerçada na Autoridade e não no Poder, assim definindo-os:

Poder: é a faculdade de fazer com que as pessoas façam, à força, o que deseja que seja feito, contra a vontade delas em fazê-lo;

Autoridade: é a habilidade de fazer com que as pessoas façam, de bom grado, o que precisa ser feito, para o bem de todos, por conta de sua influência pessoal.

O modelo sugerido por James Hunter é inspirado em Jesus Cristo, líder que influenciou 2 bilhões de pessoas no mundo, por meio da autoridade. Cita ainda, exemplos mais re-

"Quem quiser liderar, tem de servir"

O modelo de Liderança Servidora pode ser verificado no diagrama abaixo



centes: Ghandi, Martin Luther King, Madre Tereza de Calcutá e outros.

RECOMENDA:

Vontade: representada pela ação, atitude diante do que deve ser realizado.

Amor: amar aos outros como a si mesmo; mais: amar aos nossos inimigos, por meio do amor ágape, o amor incondicional.

Serviço e Sacrifício: servir ao próximo e fazer sacrifícios por ele, a exemplo do estilo de liderança que observamos em pessoas de nossa convivência, ao longo da vida. Como referência pode-se observar os pais e mães que prestam serviços e se sacrificam pelos filhos.

Autoridade: como Hunter definiu: A habilidade (algo de posse pessoal) de influenciar pessoas a fazer o que precisa ser feito, por conta de influência pessoal.

Liderança: somente se efetivará por meio da autoridade, lembrando que "autoridade é força sem se impor" e reconhecida por meio do conhecimento e da sabedoria.

O modelo remete à reflexão sobre a Espiritualidade dos profissionais das mais diferentes áreas da gestão empresarial. Os médicos aprendem sobre a eficácia da sua intervenção sobre o cliente enfermo e o quanto a fé deste pode contribuir na recuperação da saúde, na cura. Pesquisadores

têm se referido ao aumento das endorfinas em pacientes que exercitam a fé em busca do reestabelecimento da saúde.

A fé em três dimensões no que tange às Instituições de Assistência à Saúde: a fé do cliente enfermo, do profissional acolhedor e das possibilidades do exercício da fé propiciadas dentro das instalações físicas da Instituição.

Theilhard de Chardin afirmou:

"não somos seres humanos tendo experiências espirituais; antes, somos seres espirituais tendo experiências humanas".

O profissional encontrará situações de difícil solução, em diferentes dimensões, no exercício de suas atividades profissionais; dificuldades essas definidas pela Espiritualidade no Trabalho como dimensões do coração e da alma.

A atenção dos novos administradores e profissionais em geral, deve contemplar a diversidade e volatilidade dos conceitos e práticas relacionadas às pessoas e ao ambiente empresarial.

O aprender a aprender continuado passa pela capacidade de desaprender para liberar espaços, de quebrar paradigmas, não rejeitando o velho por ser velho, nem convivendo com o novo, por ser novo, mas rejeitando-os ou aceitando-os à medida da sua validade, parafraseando a Profa. Dra. Neide Keiko Nakamura.

O êxito deverá acompanhar a trajetória profissional e pessoal daqueles que se pre-dispõe à instrumentalização constante, para o aprimoramento das relações com pessoas e do aumento da capacidade empática. Assim, a frequência ao conhecimento pode conduzir a relação com as pessoas no ambiente empresarial sob liderança (outorgada ou natural) de forma espiritualizada, energizada e sobretudo... servidora. ■

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



ELGSON RIBEIRO GOMES

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

V PARTE

58. O Tema "Arquitetura Hospitalar" tem sido pouco estudado entre nós, naturalmente em decorrência da nossa economia ainda modesta, que não possibilitou uma sequência de obras da qual brotasse um aprendizado delas decorrentes, tanto pelos acertos e erros, como da própria competição.

59. A figura do Jarbas Karman assume, neste contexto, uma importância enorme, e a tal ponto que passou a ser apelidado por muitos, entre os quais me incluo de "O Pai de todos", porque além da sua paixão pelo tema, pelo seu pioneirismo, pela sua seriedade e da sua imensa capacidade de indagação e investigação, foi sempre viajando pelo mundo afora, outrossim estimulando tantos nós a fazer o mesmo, para visitar, estudar, refletir e meditar sobre quantos hospitais tivéssemos a possibilidade alcançar, sobretudo as instalações mais novas, os hospitais recém-construídos e de última geração.

60. Estivemos juntos com uma Caravana do "Hospital São Camilo" (também com a Dra. Hildegard Bromberg Richter do Ministério da Saúde, cuja palestra foi para alertar os Hospitais quanto à pressão exercida pelas Indústrias para a aquisição

de equipamentos demasiado complexos e caros), no Congresso da "Federação Internacional de Hospitais" em Tokyo, onde ele buscou, com slides num telão, confrontar as soluções dos Projetos dos Países do primeiro mundo altamente sofisticados, com as soluções dos Países em desenvolvimento de grandes territórios como é o nosso.

61. No auditório do "New Otani Hotel" pudemos assistir a apresentação de Projetos tanto da Suíça, como da Alemanha, da Austrália, do Japão e a palestra de Mr. Alan, dos Estados Unidos, cujas soluções evidentemente são de Edifícios com grande número de elevadores, com ar condicionado centralizado, construídos com velocidade e plenos recursos, enquanto a proposta para os países em desenvolvimento e tropicais, o acesso aos Pavilhões de internação se daria por rampas de 8% (oito por cento), sem elevadores, com a ventilação cruzada (Cross Ventilation), tanto para os quartos como para os banheiros etc., salvo as áreas restritas (do Centro Cirúrgico etc., com ar condicionado filtrado) e construídos por partes no decorrer dos anos (pois mesmo em cidades como São Paulo, onde o Hospital Albert Einstein, numa área de 16.000m²,

foi realizado em três Etapas, a primeira iniciada em 1964, e a última inaugurada há poucos anos), embora com a filosofia dos Projetos dos países desenvolvidos, solução que evidentemente não poderia ser estendida indistintamente para todas as cidades do nosso país, onde a manutenção se torna problemática, e embora o Ministério da Saúde hoje em dia só permita rampas para Projetos de Térreo mais um Piso, quando maiores, as Rampas deverão existir como apoio, segurança de tráfego e saída de emergência de incêndio.

62. Com as informações consolidadas de que um hospital de 50 leitos sempre acaba conturbado em número de leitos praticamente sem limites, dependendo do local ou região em que tiver sido implantado, sem a expansão proporcionalmente correta de todos os demais departamentos, quase sempre edificadas em torno do centro de gravidade do respectivo terreno, espiciando o seu entorno em pequenas partes, uma espécie de anão condenado ao não crescimento, e considerando que o hospital de 150 leitos é o menor Hospital adulto, mas que também logo após a inauguração idênticamente será conturbado até 250 ou 300 leitos com uma facilidade

espantosa e tendo em vista que outros dificilmente são construídos no mesmo período...

63. Em sã consciência se pode até mesmo estabelecer que o número de 150 leitos deveria ser um número de partida, e 300 a 350 leitos um número de chegada, especificamente para um Hospital Regional, que na proporção de 250 habitantes por leito, poderia ter uma órbita de 90 a 100 mil habitantes (na verdade este dado de 250 leitos por 1000 habitante é um número da Organização Mundial da Saúde para países do primeiro mundo, enquanto creio que, na consideração de Municípios em rápida expansão populacional e de grande progresso, trabalhar com 400 leitos por 1000 habitantes não seria em si absurdo, quando se tem tão poucos leitos ainda em determinadas regiões que se aceleram em tudo.

64. Havíamos aprendido outrossim, nos recentes Congressos da Federação Internacional de Hospitais, que um bom Hospital Geral não deveria ter mais do que 400 leitos, quando a sua destinação seria apenas de atendimento à Clínica Médica, Ginecológica e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Pediatria, o resto devendo ser delegado aos Hospitais especializados e (ou) aos Hospitais Universitários, com seus Institutos específicos próprios para o desenvolvimento da Alta Medicina.

65. O KantonSpital de Basileia com 400 leitos, talvez seja o melhor exemplo deste modelo dos que tive a oportunidade de visitar nas minhas andanças na década de 80, mas devo dizer também que houve uma certa reação posterior, no sentido de um número um pouco menor, isto é, de 250 a 350 leitos, e isto tanto por motivos operacionais e também da "auto-susten-

tação", o que aliás é o pivô da questão.

66. Abaixo de 250 leitos tendem a tornarem-se desequilibrados economicamente e muito acima com programação já muito mais complexa passa a exigir uma administração de um nível diferente, tendendo a absorver funções que justifiquem seu grau de complexidade, deixando de ser propriamente "Geral" na definição básica.

67. O Marta Maria de Nuremberg, o Hospital da Torre de Genebra, o Hospital Alemão de Madrid, e o de Nurthingen na Alemanha são interessantes exemplos de Hospitais de 250 leitos realizados na década de oitenta, sendo que os "mastodontes" de fato ficaram fora de moda, embora possam ser ainda esporadicamente construídos, como é o exemplo mais flagrante do * Ramon Y Cajal * da Seguridade Social da Espanha em Madrid, com 1700 leitos. (continua no próximo número) ■



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.**

Taxas de infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica



Alencar Cordeiro Magalhães

Farmacêutico-Bioquímico
Especialista em Administração Hospitalar pelo IPH



Aírton Viriato

Mestre em Promoção de Saúde pela UNIFRAN
Docente da Faculdade e da Pós-Graduação do IPH

Resumo

A ciência evoluiu muito ao longo dos anos, atualmente podemos detectar a origem de algumas doenças, como podem ser adquiridas, seu período de incubação, se são infecciosas, transmissíveis e contagiosas. Neste aspecto, as Infecções Hospitalares tornaram-se um grave problema na área da saúde. No período de junho a dezembro de 2004, foram analisadas as taxas e os sítios de infecções hospitalares na unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica de um Hospital Público situado na zona leste da cidade de São Paulo.

1. INTRODUÇÃO

Virulência e imunidade são coisas correlatas e recíprocas, a imunidade do hospedeiro sendo sua virulência em relação ao micróbio, a virulência do micróbio sendo sua imunidade em face do hospedeiro. Explicar o triunfo de um dos adversários é, também, compreender sua derrota (Bordet, 1920).

Joklik e col. (1984), define doença infecciosa como sendo o resultado de uma relação fracassada entre parasita e hospedeiro.

No entanto, ao mesmo tempo em que se foi descobrindo a cura para certas doenças, procedimentos mal realizados permitiram que alguns vírus se modificassem tornando-se mais resistentes, contribuindo para que algumas doenças ficassem mais difíceis de serem controladas, constatamos esse fato pelo alto

índice ainda apresentado de infecções ocorridas nos hospitais, o que revela a total inadequação dos nossos serviços de saúde. As múltiplas carências que passam as instituições de saúde brasileiras, principalmente as públicas, com a falta de recursos humanos e materiais, tornam extremamente difícil a implantação de medidas eficientes no controle das infecções hospitalares.

Será a infecção hospitalar o sistema mais evidente da inadequação de um sistema de saúde?(Fernandes, 2000).

A infecção hospitalar é toda infecção adquirida durante a internação e geralmente provocada pela própria flora bacteriana humana, que se desequilibra com os mecanismos de defesa antiinfecciosa em decorrência da doença, dos procedimentos invasivos (so-

ros, cateteres e cirurgias) e do contato com a flora hospitalar (Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, 2000).

Infecção Hospitalar também chamada nosocomial ou institucional é qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização. (MS Portaria nº 196 de 24/07/1983)

A conceituação oficial procura elaborar critérios para a identificação da origem de um processo infeccioso, se hospitalar ou comunitário. De início, ela classifica como comunitária uma infecção adquirida em outro hospital. Este conceito leva em consideração que a atuação do controle da infecção hospitalar deve priorizar as infecções adquiridas na sua insti-

tuição, devendo desconsiderar, sob o ponto de vista epidemiológico, os processos adquiridos em outros hospitais.

Outro ponto a se destacar do critério oficial é a subjetividade em alguns conceitos, o que na prática dificulta a uniformidade de sua aplicação.

Enfim, a infecção hospitalar é qualquer processo infeccioso adquirido no ambiente hospitalar.

Histórico da Infecção Hospitalar no Brasil

Os primeiros relatos de infecção hospitalar de que se tem conhecimento, surgiu em 1956 sobre esterilização do material hospitalar e o uso indiscriminado de antibióticos em 1959 por Francisconi, ambos na "Revista Paulista de Hospitais".

No Brasil a primeira Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) foi criada em 1963, no hospital Ernesto Dorneles- RS e somente na década de 70 alguns hospitais universitários criaram sua comissão.

O Ministério da Saúde em 1983 instituiu a portaria nº 196 do MS, que determina que "todos os hospitais do país deverão manter Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) independente da entidade mantenedora".

Já em 1985, o Ministério da saúde publicou o "Manual de Controle de Infecção Hospitalar" iniciando um programa de treinamento para profissionais de nível superior na área da saúde, visando um controle de infecção hospitalar, o qual seria atualizado no decorrer dos anos pelos centros de treinamentos, criados em todo território nacional.

Em 1987, a portaria nº 232 do MS criou o Programa Nacional de Infecção Hospitalar transformada em 1990 em Divisão Nacional de Controle de Infecção Hospitalar.

A portaria nº 196 do MS em 4 de setembro de 1992 foi substituída pela portaria nº 930 do MS, no qual determinou que todos os hospitais tinham que criar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

A lei nº 9431 de 1997, obriga a manutenção de um programa de controle de infecção hospitalar pelos hospitais do país.

Foi aprovado então a portaria nº 2616 de 1998 do MS que estabelece diretrizes e normas para o funcionamento do programa de controle de infecção hospitalar.

Em 2000, foi criado a GGES (Gerência Geral de Tecnologia em Serviço de Saúde) e a UCISA (Unidade de Controle de Infecção Hospitalar) que por meio da Portaria nº

385 de 2003 do MS passou a ser a GIPEA (Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos).

Fatores de risco específico por sítio de Infecção Hospitalar

A infecção hospitalar relaciona-se com vários fatores de risco que determinam a localização das infecções.

Couto e col. (1999) Distribuem as infecções em:

- Oculares:** as infecções oculares têm incidência de 0,24 por 10.000 atlas (NNISS 1986-1991);
- Aparelho Digestivo:** as infecções gastrointestinais incidem em 10,5 por 10.000 atlas (NNISS 1985-1994);
- Aparelho Urinário:** as infecções urinárias constituem um dos mais importantes sítios de infecção hospitalar, sendo responsáveis por até 40% das infecções hospitalares;
- Aparelho Respiratório:** a pneumonia (PNM) é o segundo sítio de infecção hospitalar mais frequente. Representa de 15% a 18% das infecções hospitalares e acomete 1% dos pacientes internados;
- Septicemia:** cerca de 51% das septicemias são nosocomiais e se associam com risco de 50% ou mais de óbito. A prevalência de infecções hospitalares situa-se em torno de 6,3% com a infecção sanguínea representando 1,5% de todas elas.

QUADRO 1 – Prevalência de Infecção Hospitalar por unidade de Internação e distribuição Topográfica em 99 hospitais terciários em capitais (Brasil, 1994)

DISTRIBUIÇÃO							
Unidade	Pneumonia	Cirúrgica	Cutânea	Urinária	Sistêmica	Outras	Taxas de IH
UTI Neonatal	29,0	1,6	11,3	0	21,8	36,3	58,2
UTI Pediátrica	45,0	5,0	2,5	5,0	22,5	20,0	48,8
Queimados	8,7	4,3	82,6	4,3	0	0	41,8
UTI Adulto	5,2	10,7	9,6	12,9	9,6	5,1	38,9
Neonatalogia	22,1	0	24,2	3,2	17,9	32,6	16,2
Cl. Cirúrgica	17,1	44,2	10,0	12,4	5,6	10,6	15,9
Cl. Médica	31,5	2,7	20,0	14,5	9,6	21,7	11,5
Emergência	30,8	0	7,7	23,1	0	38,5	8,9
Obstetrícia	5,3	60,5	2,6	15,8	0	15,8	5,3
Total	29,0	15,7	15,4	11,3	10,1	18,5	15,5

Fonte: Adaptado de Fernandes, e col. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde, vol 1, editora Atheneu, São Paulo-SP, 2000.

Isolamento e precaução

As primeiras normas de isolamento foram publicadas em 1887, nos EUA, os pacientes com doenças possivelmente infecciosas eram isolados em cabanas ou pavilhões. Além da segregação o método permitia a infecção cruzada uma vez que os pacientes não eram isolados por tipo de doença.

O Hospital Emilio Ribas, hoje chamado de Instituto de Infectologia Emilio Ribas, foi fun-

dado em 1880, sendo o primeiro hospital de isolamento para doenças infectocontagiosas no Brasil.

O primeiro manual de isolamento foi criado pelo Center for Diseases Control and Prevention (CDC)- Atlanta, em 1970 e modificado em 1975 apresentando categorias de isolamento.

Em 1985, depois de comprovada a transmissão de patógenos como o vírus da AIDS e hepatite B para profissionais de saúde, foram criadas as Precauções Universais (PU) que acrescentavam uso de luvas sempre que houver possibilidade de contato de sangue ou outros fluidos corpóreos com pele não íntegra ou mucosas, lavar as mãos e qualquer parte do corpo sempre que houver contaminação, prevenção de acidentes com material perfuro-cortante, máscaras e/ou óculos e/ou avental sempre que houver possibilidade de respingos de matéria orgânica.

Um sistema alternativo aos do CDC, chamado Isolamento de Substâncias Corporais (ISC), 1987 propôs o uso de luvas como alternativa a lavagem das mãos.

O isolamento por procedimento orientado foi mais aceito que os anteriores e considerado mais prático. Este método foi usado de 1986 até 1996 quando o CDC e o Comitê para Precauções e Isolamento em Hospitais (Hospital Infection Control Practices Advisory Committee- HICPAC) propuseram um novo guideline que substituiria as PU e as ISC. Este modelo é o utilizado atualmente no Brasil e utiliza precauções baseadas na transmissão das doenças e as Precauções Padrão (PP)

Administração Hospitalar e o Controle da Infecção Hospitalar

Diante da complexidade e diversidade das instituições, sejam elas indústrias ou hospitais, é necessário todo um aparato administrativo (diretores, gerentes, chefes, supervisores, encarregados) para que se consiga uma administração adequada.

QUADRO 2— Principais Componentes de um programa de Controle de Antimicrobianos no Hospital

VIGILÂNCIA

- Avaliar o padrão global de uso de antimicrobianos na instituição de acordo com as características do paciente atendido
- Rever os resultados dos testes de sensibilidade aos antimicrobianos e identificar os microrganismos mais frequentes em infecções hospitalares
- Analisar o custo real dos esquemas de antimicrobianos mais utilizados na instituição
- Avaliar, junto aos diversos profissionais médicos da instituição, a possibilidade de implantar um formulário de justificativa para indicação de antimicrobianos
- Definir critérios para o uso apropriado de antimicrobianos principalmente os profiláticos
- Planejar um programa de informação e educação continuada para o uso adequado de antimicrobianos (cursos, folhetos, entre outros)
- Procurar apoio junto ao laboratório de microbiologia, diretoria clínica e administrativa do hospital.

CONTROLE

- Definir o formulário para antimicrobianos, reavaliar periodicamente conforme mudanças nas necessidades e nos custos
- Instituir a liberação dos resultados dos antibiogramas em duas etapas: 1º- resultado com padrão de sensibilidade aos antimicrobianos de escolha para o agente identificado, 2º - resultado para agentes multirresistentes
- Introduzir normas para prescrição de antimicrobianos (formulário de justificativa)
- Fornecer um serviço de consultoria permanente na orientação dos profissionais fornecendo subsídios: equipe médica através de revistas e programas educativos periódicos de atualização.

Fonte: Adaptado de Veronesi, e Focaccia ; Tratado de Infectologia, editora Atheneu, São Paulo, 1996

Quando falamos em hospitais, onde o objetivo principal é prestar assistência ao paciente com qualidade promovendo a saúde, a administração tem como instrumento basicamente único os recursos humanos utilizados.

A Comissão ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar tem um papel fundamental junto à administração, bem como na qualidade dos serviços prestados ao paciente. Ela serve como apoio à instituição, já que, diminuindo a ocorrência de infecções hospitalares, o tempo de internação do paciente será menor, diminuindo também o ônus hospitalar. Evitando inclusive processos jurídicos. Além disso, sabe-se que o nível de atendimento prestado também é medido pelo índice de infecção hospitalar obtido, o que reflete a imagem do hospital.

Custos de um Programa de Controle de Infecção Hospitalar

Quando se fala de custos em saúde são avaliados os seguintes:

- Custo Benefício**
Benefício neste caso, se refere ao aspecto financeiro ou monetário.
- Custo Efetividade**
Efetividade se refere ao resultado do cuidado e pode ser expressado como o número de casos de doenças prevenidas, o número de vidas salvas ou o aumento do número de anos de vida.
- Custos Diretos**
Custos incorridos com a organização e operacionalização de determinado programa de saúde.
- Custos Indiretos**
Custos associados à perda da produção econômica por doença ou morte.

e) Custos Preventivos

Estes custos referem-se às despesas gastas para evitar, reduzir ou minimizar a ocorrência das infecções hospitalares.

f) Custos Adicionais

Um aspecto fundamental é de, dependendo da instituição, custos como exames laboratoriais, lavanderia, alimentação não são cobertos de forma suficiente para o cálculo das diárias, principalmente em unidades comuns. (Pena e col., 1996)

2. ANTIBIOTICOTERAPIA

Na década de 80 o clínico enfrentou o problema de escolher um antibiótico útil, considerando seu custo, de uma lista crescente de escolhas.

Reese e Sentochnik (1990) definem que após avaliações físicas e clínicas cuidadosas, uma série de 10 perguntas importantes podem e dever ser feitas, com rotina, antes da seleção do antibiótico específico.

- 1) O antibiótico é indicado com base em achados clínicos?
 - 2) Depois da decisão de usar antibióticos, foram obtidas, examinadas e cultivadas amostras clínicas adequadas?
 - 3) Quais antimicrobianos mais prováveis como causadores de infecção?
 - 4) Quando existem vários antibióticos para combater este provável ou conhecido patógeno(s) qual o melhor antibiótico para determinado paciente?
 - 5) É indicada a associação de antibióticos?
 - 6) Existem considerações especiais relacionadas especificamente aos fatores do hospedeiro?
 - 7) Qual a melhor via de administração?
 - 8) Qual é a dose adequada?
 - 9) A terapia inicial necessita de modificação após obtenção dos resultados das culturas?
 - 10) Qual a duração ideal do tratamento e qual a probabilidade de surgir resistência após antibioticoterapia prolongada?
- Os antibióticos estão entre as drogas

mais utilizadas pelos médicos. São responsáveis por 15% das medicações consumidas em farmácias hospitalares, além de representarem 16% a 41% dos gastos destas com medicamentos.

3. MATERIAL E MÉTODO

Foram coletados dados existentes das taxas de infecção hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal e Pediátrica no

período de Julho à Dezembro de 2004 de um Hospital Pediátrico Público Estadual, situado na região leste da cidade de São Paulo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados, foram construídos gráficos para análise e discussão.

4.1. Taxas de Infecção em UTI Neonatal

O período do estudo foi realizado entre julho a novembro de 2004.

FIGURA 1: Taxas de IH na UTI Neonatal de julho a novembro de 2004 de RN com Peso de nascimento menor de 1500g.

A figura 1 mostra que no mês de agosto houve um aumento na taxa global e a taxa ICS/CVS comparado aos outros meses.

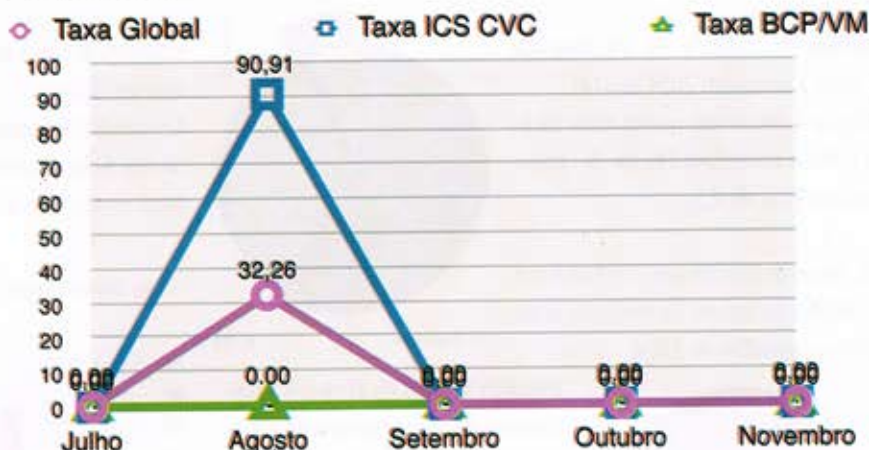


Figura 1

FIGURA 2: Taxas de IH na UTI Neonatal entre julho a novembro de 2004 em RN com peso de nascimento maior de 2.500g

A figura 2 demonstra que nos meses de Julho, Agosto e Novembro, a taxa global e a taxa CS/CVS obtiveram os maiores valores e no mês de setembro apenas a taxa bcp/vm.

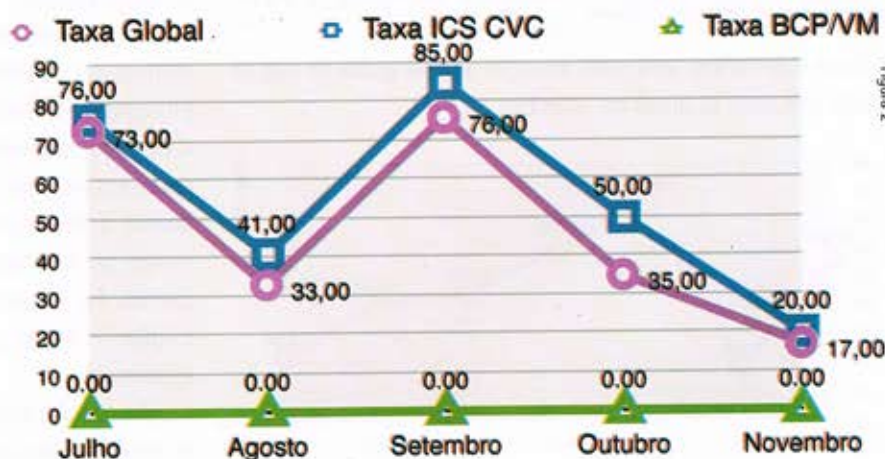


Figura 2

FIGURA 3: Taxas de IH na UTI Neonatal entre julho a novembro de 2004 em RN com peso de nascimento entre 1.500 a 2.500g

A figura 3 demonstra que tanto a taxa global quanto a taxa ICS/CVC não obtiveram uma queda abaixo dos 30 até o mês de outubro, começando a ter queda no mês de novembro.

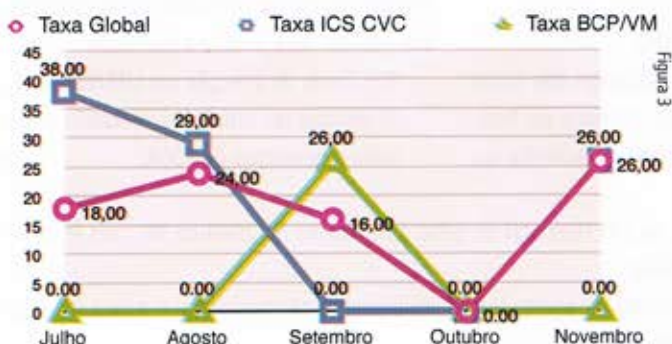
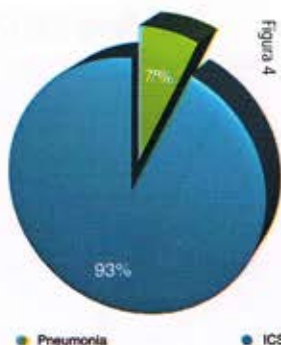


FIGURA 4: Sítios de IH UTI Neonatal – julho a novembro 2004 (n=14)

A figura 4 demonstra que os sítios de IH de julho à novembro 7% foi de pneumonia e 93% de ICS.



4.2. Taxas de Infecção em UTI Pediátrica

O período do estudo foi realizado entre junho a dezembro de 2004.

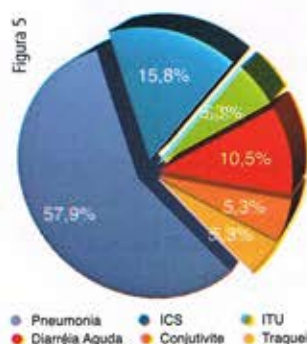


FIGURA 5: Sítios de IH na UTI pediátrica de junho a dezembro de 2004

A figura 5 mostra que dos sítios de infecção hospitalar a pneumonia é a que mais preocupa, por ter uma taxa superior a 50%, ou seja, ocupa mais da metade.

FIGURA 6: Taxa Global na UTI Pediátrica em 2004

A figura 6 demonstra uma maior elevação da taxa global no mês de agosto com início de queda em setembro.

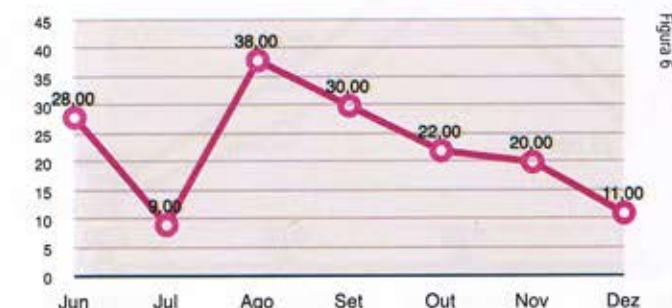


FIGURA 7: Taxas de Pneumonia associada à ventilação Mecânica e de infecção de Corrente Sanguínea associada ao Cateter venoso Central

A figura 7 demonstra que a taxa de ICS/VM obteve sempre com taxa zero com exceção dos meses de setembro e novembro em que teve um aumento expressivo.

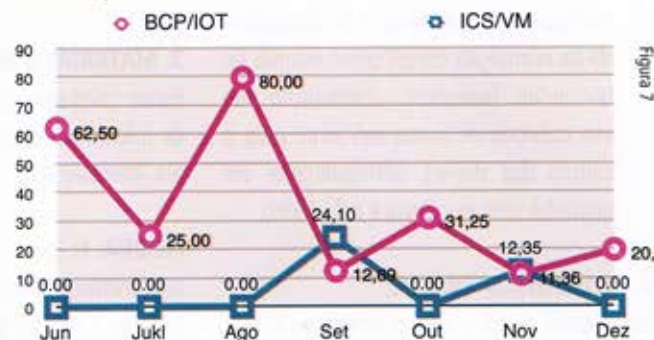
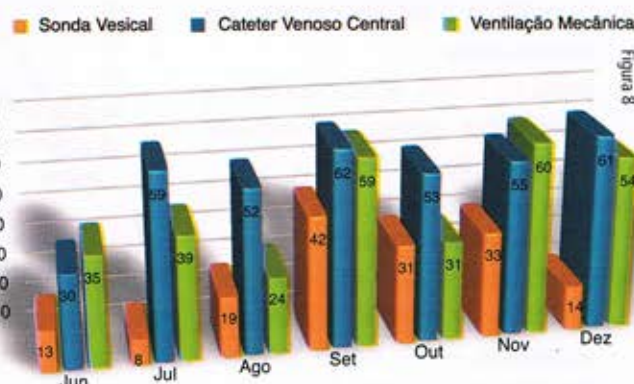


FIGURA 8: Taxas de Utilização de Procedimentos (em %) UTI Pediátrica em 2004

A figura 8 demonstra que as taxas de utilização de procedimentos com cateter venoso central e ventilação mecânica, sempre obtiveram altas taxas comparado a sonda vesical.



5. CONCLUSÃO

Uma das preocupações dos pacientes internados e de seus familiares é a ocorrência de infecção hospitalar. As Infecções Hospitalares (IHs) estão diretamente relacionadas à hospitalização e aos procedimentos invasivos e/ou terapêuticos praticados e representam hoje um grande problema da assistência médica, devido à alta incidência, letalidade significativa, aumento do tempo de internação e do custo total do tratamento dos pacientes. Por esses motivos, o controle da IH além de atender a exigências éticas e legais, tornou-se também uma necessidade econômica.

Uma simples medida – a lavagem adequada das mãos – pode reduzir drasticamente o índice de infecção hospitalar, sobretudo a que se ori-

gina na contaminação secundária, provocada pela manipulação do paciente, de instrumentos e do ambiente pelo profissional de saúde.

"Nada é simples no tocante às molé-

tias infecciosas, sejam elas severas ou moderadas. Grande número de propriedades dos germes invasores e dos hospedeiros leva a um intrigado e mutável intercâmbio.

Nem sempre é possível destacar o papel exercido pelos fatos conhecidos, deixando de lado os que ainda esperam pela descoberta". (Schaechter e col., 1989) ■

Bibliografia Consultada

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BORDET, J. *Traité de l'immunité dans les Maladies Infectieuses*. Masson et cie, Éditeurs, Paris, 1920.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria No. 196, 24 Junho de 1983. Ministério da Saúde.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria No. 930 de Agosto de 1993. Ministério da Saúde.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria No. 385, 04 de Junho de 2003. Ministério da Saúde.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria No. 2616 24 Maio de 1998. Ministério da Saúde.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. LEI No. 9431, 6 Janeiro de 1997. Ministério da Saúde.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência Geral de Serviços de Saúde e Gerência de Controle de Riscos à Saúde. Manual de procedimentos básicos em microbiologia clínica para o controle de infecção hospitalar: Módulo I/Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar. Brasília: ANVISA/Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência Geral de Serviços de Saúde e Gerência de Controle de Riscos à Saúde. Manual de procedimentos básicos em microbiologia clínica para o controle de infecção hospitalar: Módulo II/Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar. Brasília: ANVISA/Ministério da Saúde, 2000.
- COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J. M. Infecções Hospitalares: Epidemiologia e Controle. São Paulo: Editora Medsi, 1999.
- DOUBILET, P.; WEINSTEIN, M.C.; MC, NEIL B. J. Use and misuse of the term "cost-effective" in medicine. *N Engl J Med*. 1986.

- FERNANDES, A. T.; FERNANDES, M. D. V.; RIBEIRO, N. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. São Paulo: Editora Atheneu, vol 1e vol 2, 2000.
- JOKLIK, W. K.; WILLET, H. P.; AMOS, D. B. *Zinsser Microbiology*. Connecticut: editora Appleton Century Crafts, 18ª edição, 1984.
- MANDELL, G.L.; BENNET, J.E.; DOLIN, R. *Principles of Infectious Diseases*. New York 5ª ed., 2000.
- NETTLEMAN, M. Cost effectiveness and cost-benefit analysis in infection control. In: WENZEL R P. *Prevention and control of nosocomial infections*. 3ed. Williams and Wilkins, 1996.
- OPAS- Organização Pan-Americana Da Saúde, OMS- Organização Mundial da Saúde. Infecção Hospitalar. 15/08/2000.
- PENA, C.; PUJOL, M.; PALLARES, R.; CORBELLA, X.; VIDAL, T.; TORTRAS, N.; ARIZA, J.; GUDIOL, F. Estimación del coste atribuible a la infección nosocomial: prolongación de la estancia hospitalaria y cálculo de costes alternativos. *Med Clin (barc)* 1996.
- REESE, R. E.; SENTOCHNIK, D. E. *Manual de Antibióticos*. Rio de Janeiro: editora Medsi, 1990.
- RODRIGUES, E. A. C.; MENDONÇA, J. S.; AMARANTE, J. M. B.; FILHO, M. B. A.; GRINBAUM, R. S.; RICHTMANN, R. *Infecções Hospitalares: Prevenção e Controle*. São Paulo: editora Sarvier, 1997.
- SCHAECHTER, M.; MEDOFF, G.; SCHLESSINGER, D. *Mechanisms of Microbial Disease*. Williams e Wilkins, Baltimore, USA, 1989.
- VERONESI, R.; FOCACIA, R. *Tratado de Infectologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

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

O papel do administrador na excelência das organizações



MARCIO CIAMPONI

Economista, Pós Graduação em Administração e Marketing e Finanças em Saúde, MBA em Gestão em Saúde.
Diretor Administrativo e Financeiro da Clínica de Olhos Dr. Moacir Cunha.

Depois de realizar farta pesquisa em trabalhos de vários autores internacionais sobre as habilidades profissionais exigidas para o Terceiro Milênio, conseguiu-se sintetizá-las em duas habilidades maiores que envolvem todas as demais: Comunicação e Criatividade. Estas duas habilidades, uma vez alcançadas, geram a Qualidade Humana que se torna cada vez mais crucial e indispensável para que as organizações possam atingir a qualidade de performance exigida para o novo ambiente. Sobre estas habilidades, trata-se a seguir:

A importância da Comunicação como habilidade organizacional para o Terceiro Milênio

Uma organização de qualquer espécie só é possível através da comunicação. É exatamente a comunicação entre os elementos que a faz uma organização e não elementos à parte, isolados e desorganizados (Berlo, 1989). A administração é uma atividade que se exerce através da comunicação. Administrar é Comunicar. É impossível imaginar uma empresa, de qualquer tipo ou porte, em que não haja nenhum tipo de relação entre as pessoas situadas nos ambientes tanto interno quanto externo. Criar, manter e otimizar os fluxos de comunicação internos e externos é a grande tarefa do administrador (Arantes, 1998). A realização, coordenação e integração das atividades empresariais essenciais dependem da

comunicação. Ela é o insumo básico para formular planos, implementá-los, e avaliar os resultados de sua execução. É através da comunicação que o know-how das organizações é adquirido e disseminado. É ainda através da comunicação que se realizam as atividades de planejamento, organização, coordenação e controle do trabalho das pessoas, de modo a integrar, desenvolver e motivar o funcionário na empresa, estimulando-o a aumentar sua produtividade, contribuindo para o alcance dos objetivos organizacionais (Gil, 1994). Captar informações do ambiente e distribuí-las dentro da empresa para as pessoas certas assume, cada vez mais, o status de grande diferencial competitivo para as empresas. Esta operação depende da comunicação.

"Somente com a ajuda da comunicação é possível que as tarefas distribuídas entre várias pessoas que integram a empresa sejam realizadas corretamente e estejam dirigidas aos mesmos objetivos" Arantes (1998, p.260).

Mas na prática, o subsistema de comunicação é ainda muito mal compreendido nas empresas. Às vezes é confundido com equipamentos de telecomunicações (telefone, fax, telex); outras vezes com a marca, logotipo, layout dos papéis de carta, envelopes; outras com as atividades relacionadas a "fixar a imagem" da empresa; ou mesmo como algo que "é lá dos departamentos de propaganda, de comunica-

ções e de relações públicas" (Arantes, 1998). É cada vez mais crescente a preocupação administrativa com relação à comunicação organizacional, sobretudo com a componente interna da comunicação organizacional que é a responsável pela disseminação das informações necessárias ao bom funcionamento das equipes de trabalho, sua motivação, envolvimento e mobilização. A comunicação organizacional interna vai ao encontro, na administração de empresas, da função de comunicar metas e objetivos às pessoas do corpo funcional, para que possam conhecer, compreender, assimilar, interpretar e dar significado adequadamente ao conteúdo das mensagens que recebem, agindo com interesse, motivação e criatividade. (Gibson, 1988).

A importância da Criatividade como habilidade organizacional para o Terceiro Milênio

"A imaginação é mais importante do que o conhecimento." Albert Einstein

A criatividade é o motor das empresas bem sucedidas. Num cenário marcado por rápidas mudanças, riscos e incertezas, a habilidade de "criar" torna-se imprescindível. A demanda por criatividade na empresa vem-se acentuando, dada a atual característica do mundo dos negócios, que recompensa as posturas inovadoras e praticamente penaliza as atitudes conservadoras. Na corrida

competitiva, a maleabilidade e a criatividade dos profissionais para o desenvolvimento de produtos, para a adaptação da estrutura organizacional a novas situações, para o estabelecimento de estratégias de marketing eficazes, entre outros aspectos, despontam como um dos principais recursos que os executivos podem e devem lançar mão na busca de uma posição superior. A qualidade de produtos em si não é mais uma vantagem, é um dado; a tecnologia auxilia no melhoramento dos processos e na redução de custos, mas é facilmente copiável. A única maneira de chegar e manter-se à frente é a contínua criação de novos produtos e serviços e de novas formas de fazer as coisas. Do executivo e gerente modernos exige-se um novo leque de competências, sendo que a criatividade é apontada como a habilidade de sobrevivência para o próximo milênio. Ela deve ser vista como uma ferramenta de inovação, tanto na solução de problemas como na descoberta de oportunidades.

Says Wes Anderson, diretor executivo do National Center for Creativity, em Indianópolis, afirma:

" Eu vejo o movimento pela criatividade como parte de uma tendência que reconhece os colaboradores não somente como um par de mãos, mas como pessoas que possuem cérebros e idéias."

Fórmulas prontas ou receitas infalíveis sobre como ser criativo no mundo profissional não existem. Existem caminhos para ativar a porção criativa que habita todo o ser humano, maneiras de fomentar o pensamento criativo, de incitar o potencial criador de cada um. A condição fundamental para o sucesso desse processo de auto-desenvolvimento é a não percepção da criatividade com algo mítico, privilégio de poucas pessoas. O pensamento criativo pode ser praticado e utilizado por todos, como um importante elo entre as habilidades de pensamento existentes e a capacidade de geração de novas idéias.

A importância de se atingir uma maior Qualidade Humana para os profissionais

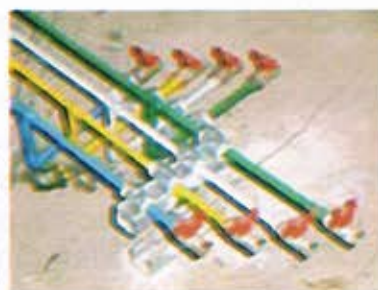
Há muitas dificuldades organizacionais a serem superadas para atingir a performance exigida pelas contingências do Terceiro Milênio. Aprendemos muito com a Revolução Industrial, mas alguns problemas que ela criou, e que ainda não tiveram solução aceitável, configuraram o estado de extrema dificuldade em que se encontram as organizações para atuarem socialmente de forma equilibrada e saudável. O sistema de produção artesanal, apesar de pouco produtivo, apresentava alguns pontos fortemente positivos para a integração do indivíduo em seu trabalho. O artesão tinha amplo domínio de todos os processos de sua produção, podendo agir, em relação a cada um deles de forma criativa e inteligente. Trabalhava muitas vezes em sua própria casa, acompanhado e amparado por sua família, sendo responsável pela configuração de seu



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

ambiente de trabalho. Ele estava sempre no "seu negócio". A motivação para ser criativo e inovador na aprendizagem e no aperfeiçoamento de sua profissão era muito grande, pois sua condição de profissional se fundia com sua função de pai ou mãe, que repassava à sua prole o domínio de um fazer específico, que era patrimônio familiar. Neste contexto, todas as dimensões humanas estavam contempladas, no envolvimento com o trabalho. O trabalhador estava presente física, mental, emocional e espiritualmente, compreendendo muito bem a inserção de sua produção na sociedade em que ele atuava, constituída de vizinhos tão próximos e conhecidos, em sua pequena aldeia. A Revolução Industrial chega, então, trazendo grandes vantagens na produtividade, mas fragmentando a relação dos indivíduos com seu trabalho, de várias formas. Privilegiou a dimensão física e mental, na relação com o trabalho, em detrimento das dimensões emocional e

espiritual, além de desinformar o indivíduo da contribuição de seu trabalho no contexto social. Desligou as relações de trabalho das relações sociais e afetivas, restringindo os indivíduos à especialização, levando-os à perda do significado maior de seu fazer diário. Criou castas hierárquicas dentro das organizações que fomentam a competição negativa mais do que a cooperação na construção em equipe. Estas circunstâncias criaram trabalhadores desinteressados, medrosos, desmotivados e sem responsabilidade nem carinho por seus fazeres. Inibiram a manifestação criativa no trabalho, fazendo com que se perca, a todo momento, o potencial criativo, inovador e solucionador de problemas de milhares de seres humanos. As modificações introduzidas pela Revolução Industrial criaram toda uma mentalidade empresarial e de administração dos recursos humanos que visa privilegiar e manter esta fragmentação. Os administradores se encontram, então, num

impasse de difícil solução. Ao mesmo tempo que reconhecem os efeitos nefastos que esta fragmentação trouxe e a necessidade de superação destes problemas, para poder enfrentar as dificuldades que a configuração atual dos mercados traz, temem abandonar a mentalidade fragmentadora, por não vislumbrarem outras alternativas. Uma série de mitos, de preconceitos e de resistências à reintegração dos indivíduos foi criada e fortemente sedimentada, entre os administradores. A substituição de uma mentalidade fortemente arraigada por uma nova é sempre difícil, e precisa ser conduzida com sabedoria, por facilitadores que sabem o que fazer e para onde se dirigem. Em todas as partes do mundo, pesquisadores do mais alto calibre se empenham em desenvolver um conjunto de conhecimentos que permita conduzir os profissionais a um salto quântico de qualidade que, para chegar a se manifestar na atuação profissional, não pode mais se furtar de passar pela abordagem pessoal. ■



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 4126-7377

www.tintasancora.com.br



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

HOSPITAL NOVO ATIBAIA



O Hospital Novo Atibaia, inaugurado em junho de 1971, com arquitetura moderna e arrojada, projetada por Jarbas Karman e com Corpo Clínico composto de profissionais oriundos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, logo tornou-se uma referência na Região Bragantina. A população de Atibaia e redondezas carinhosamente batizou-o de Hospital Novo, nome que posteriormente veio substituir o originário Hospital Atibaia.

Assim, com este nome Hospital Novo Atibaia (HNA), ele tornou-se conhecido por ser *sempre novo* e se manter à frente, absorvendo continuamente a evolução médica e tecnológica ao longo das últimas décadas, dotando a população de Atibaia e cidades vizinhas com uma medicina de alto padrão, equiparada à existente nos hospitais de renome do país.



Hoje, o Hospital Novo Atibaia é um dos primeiros a contar com um Departamento de Promoção à Saúde, que planeja e coordena Programas de Medicina Preventiva, visando uma mudança do paradigma curativo para um cuidado integral à saúde do ser humano.

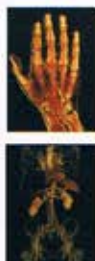
O pioneirismo sempre foi a marca registrada do Hospital Novo. A implantação do Programa de Prevenção de Câncer Gástrico, já em 1976, em pacientes *nikkei* (japoneses e seus

descendentes) em uma mesma população num período de 5 anos, excetuando o Japão, é um fato inédito em todo o mundo. A Cirurgia Vídeo-Laparoscópica, por exemplo, foi introduzida em 1990, tendo sido o 4º grupo no país a adquirir equipamentos para esse procedimento. Nessa mesma ocasião, em que a população se encontrava ao redor de 80 mil habitantes, adquire um Tomógrafo L-300 da Toshiba com objetivo de manter o padrão de qualidade da instituição. O Centro de Pesquisa Experimental Laparoscópica e Endoscópica em animais, certamente não têm paralelo em hospitais privados. Vários trabalhos realizados no HNA, experimentais e clínicos, são aceitos e apresentados em congressos nacionais e internacionais, recebendo menções honrosas e uma Medalha de Ouro no Congresso Mundial de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva realizado em Viena, Áustria, em 1998. Além dos exames diagnósticos e tratamentos que hoje já se tornaram rotineiros em grande parte dos hospitais, o HNA conta com um Corpo Clínico que atua em todos os setores de alta complexidade como Neurocirurgia, Cirurgia Cardíaca, Microcirurgia, e que se acham respaldados por Hemodiálise, UTI adulto e infantil.



Vale salientar que o Hospital acaba de instalar o Tomógrafo Helicoidal Multi-Slice Asteion

Toshiba, o 1º no Brasil.



Para abrigar toda essa tecnologia, médica e administrativa, o HNA tem, ao longo dos anos, investido vigorosamente na ampliação de sua estrutura física, seguindo seu Plano Diretor elaborado pelos arquitetos Jarbas Karman e Domingos Fiorentini. Dentro desse Plano está um acréscimo de 8 mil metros quadrados, estando previsto iniciar ainda neste ano uma 1ª etapa com 5 mil metros quadrados. Aguardem!



Ficha Técnica:
Projeto Arquitetônico - Jarbas Karman e Domingos Fiorentini
Engenheiro Responsável - Engº Eiichi Kuguimiya
Coordenação de Obra - Arqº Wilson Matuoka
Estrutura Metálica - Engº Aron Haroldo Feldman

Filosofia do Hospital Novo Atibaia

Abraçamos pessoas, não causas.
Perseguimos verdades inteiras,
E jamais nos acomodamos nas certezas.
A dúvida busca caminhos,
A arrogância algema meias-verdades.
Acreditamos em Conhecimento, jamais nos esquecemos de aprender.
Buscamos calados a saúde alheia
E silenciemos nosso cansaço na felicidade do próximo.
Fazemos da boa vontade nosso lema,
E da fé, nosso instrumento.
A humildade é nosso guia,
E nossa força, a harmonia.
Acreditamos no trabalho,
Sabemos de cada singular e inconfesso esforço.
A dedicação sem temor nos dá paz,
E lutamos para oferecer ao outro paciente e colega sempre o melhor.
Cada um de nós é responsável pelo próximo,
Porque só a partilha gera e perpetua a Vida.

Missão do Hospital Novo Atibaia

Nossa missão é cuidar de nossos pacientes com generosidade e dedicação, buscando incansavelmente o aperfeiçoamento profissional, e perseverando em nossos sagrados valores - humildade, coragem e determinação.

HOSPITAL NOVO ATIBAIA

Um hospital exige arquitetura própria e planejada para abrigar tecnologia, otimização, apoio aos profissionais e resultar em satisfação de clientes internos e externos.
O Hospital Novo Atibaia foi projetado de forma que o futuro está sempre no nosso presente.

(11) 4414-6000
www.hospitalnovo.com.br



ANS Nº 32952-5



Hospital de Câncer de Barretos

Fundação Pio XII

Departamento Prevenção

"Atendimento Humanizado e Tecnologia a Serviço da Prevenção do Câncer"

VISTA INTERNA



VISTA INTERNA



"A maioria dos cânceres diagnosticados no Brasil é avançado"

Departamento de Prevenção - 2005

Pacientes Atendidos	Tipo de Campanha	Tipo de Atendimentos
17.601	Colo Uterino	Papanicolaou e Colposcopia
4.704	Próstata	Exame Retal e PSA
4.464	Pele	Cirurgia ou Encaminhamento HC
3.776	Mama	Mamografia
Total de Pacientes Atendidos		30.545

A Unidade Móvel permite o atendimento da população carente da zona urbana e rural, que reside longe dos grandes centros, possibilitando o acesso fácil a **PREVENÇÃO** do câncer de **PRÓSTATA, MAMA, PELE E COLO UTERINO**, por profissionais de saúde (Médicos e Enfermeira) especialistas na área de prevenção de câncer propiciando **DIAGNÓSTICOS PRECOZES**.

No ano de 2005 as Unidades Móveis do Hospital de Câncer de Barretos - Fundação Pio XII, rodaram pelo Brasil **98.366 KM**. Visitando **178** cidades em **7** estados.

Influência da avaliação correta das vazões de vazamento de ar através de frestas de portas em instalações de condicionamento de ar em "salas limpas"



RAUL BOLLIGER JUNIOR

Consultor Técnico do Comitê Científico da Smacna Brasil

O artigo em causa reproduz os dados e as considerações sobre as especificidades de operação de uma instalação industrial, em virtude não apenas das necessidades de condicionamento renovação e filtragem, mas conseqüentes do estudo de balanceamento de vazões para atender o sentido de percurso especificado dos vazamentos e promover a classe de concentração de partículas em cada sala que possui fronteiras com ambientes contíguos do próprio sistema, com outros sistemas alimentados pela mesma central frigorígena e com o exterior.

1. Dados associados ao projeto da instalação:

Os dados gerais constantes da planilha anexada no final do texto, foram supostos fornecidos pelo cliente e os demais foram resultantes de cálculos prévios aplicados sobre informações igualmente supostas obtidas pelo cliente e resultantes das avaliações das cargas térmicas incidentes sobre os locais e da correspondente análise psicrométrica complementar e são explicitados nos sub-itens 1.1 e 1.2 da planilha.

Conforme se nota na planilha, os dados relativos às frestas das portas foram admitidos como resultados de testes que permitiram explicitar as "áreas equivalentes" características das portas em termos de frestas, que as relacionam com as vazões de vazamento relativas às condições do "ar padrão", em determinados valores de diferenciais de pressão estática e densidades, através da expressão abaixo:

$$Q_{pad}(m^3/h) = 3600 * [(v_2 * \sqrt{p}) / 1,204] * \text{Sequiv} * \sqrt{\Delta p}$$

Onde:

Q_{pad} = vazão volumétrica de vazamento referida à condição do ar padrão em m^3/h .

p = densidade real do ar em kg/m^3 , constituída pelo inverso de v_A determinado no item b do sub-item 1.2 da planilha.

Δp = diferencial de pressão entre os locais comunicados pela porta (suposta fechada).

OBS: As convenções de Acesso ou Saída se referem às portas de entrada ou saída de pessoas aos (ou dos) locais contíguos pressurizados, para caracterização do sentido do vazamento e resistências ao mesmo.

No item 2.1 da planilha foram determinadas as vazões de vazamento através das portas, relativas aos ambientes, adotando-se, por convenção, valores positivos para vazões de entrada nos locais e negativos para as de saída dos mesmos.

No item 2.2 da planilha foi determinado o valor da vazão mássica psicrométrica (M_p), por iteração matemática, onde o próprio valor de M_p constituiu a "variável da iteração", sendo a temperatura de saída da serpentina de resfriamento e desumidificação (t_s), a função iterada por aproximações sucessivas, impondo ao fabricante da serpentina, a constância da umidade relativa de saída de 95%.

Nesse item também foi determinada a constante da carga térmica

ca de reaquecimento da circulação do ar (HVreaq/M) para possibilitar o rateio da mesma aos ambientes de que se compõe o sistema.

No item 2.3 da planilha foi estudado o "balanceamento das vazões" em cada ambiente pertencente ao sistema, rateando as vazões psicrométricas na proporção das "cargas sensíveis" através da aplicação sobre cada valor da carga sensível a constante (QTpsicro/HST) sendo QTpsicro a vazão volumétrica padrão correspondente à massa M_p determinada no item 2.2 e HST a soma das cargas sensíveis provenientes de todas as fontes incidentes sobre os ambientes e das reaquecedoras de circulação do ar rateadas no item anterior.

Conforme se observa, a vazão total psicrométrica calculada foi de 3.817 m³/h enquanto que, para fins de filtragem, a fim de conservar a concentração limite de partículas correspondentes à "Classe de Limpeza" de cada ambiente, a vazão de insuflação total se elevou para 4.130 m³/h.

Observa-se também na planilha que a consideração dos fatores acima aliados aos valores e sentidos dos vazamentos através das frestas das portas, determinam uma necessidade de vazão total de insuflação de 5.254 m³/h, ou seja superando ambas as necessidades totais psicrométricas e de filtragem, consideradas isoladamente.

Observe-se que, em outras aplicações semelhantes, a superação acima referida pode tornar-se muito mais significativa em termos de acréscimo de vazão do que a explicitada no exemplo, dependendo das condições de operação.

No caso, a vazão-limite de renovação de 162 m³/h é praticamente confirmada, neste caso, pela de vazamento direto para o exterior de 167 m³/h, confirmação esta não obrigatória, sendo normalmente ultrapassada significativamente pelos vazamentos de frestas de comunicação com o exterior e com ambientes contíguos de outros sistemas de condicionamento, como se pôde constatar em outras aplicações.

O item 2.4 da planilha traz a informação da carga devido ao ar exterior (que não incide diretamente no ambiente), através do produto da vazão mássica do ar exterior pelo diferencial entálpico externo-interno, uma vez que o ar exterior adentra o sistema na entalpia externa e o deixa na entalpia ambiente.

No item 2.5 da planilha são determinadas as eventuais necessidades de reaquecimento e reumidificação, no Verão, devido às prevalências das vazões tratadas em relação às psicrometricamente necessárias.

No item 2.6 são determinadas as necessidades de aquecimento e umidificação no Inverno, sendo as de aquecimento apreciadas nas ocorrências de incidências de cargas de fontes internas de 0%, 50% e 100% das calculadas.

A necessidade de umidificação de cada ambiente é determinada, na planilha, através da apreciação do rateio das vazões mássicas de ar exterior obtidas por meio da explicitação da constante ($mAE_r / Mins_r$), conforme abaixo:

$$\text{Humid.} = mAE_r * (\omega_A - \omega_{AEinv}) * L - HLI$$

Onde ω = umidade específica

mAE_r = vazão mássica de ar exterior rateada por cada ambiente

L = calor latente de vaporização da água = 2501 kJ/kg

HLI = carga latente associada a cada ambiente

Mas $mAE_r = (mAE_r / Mins_r) * M_i$ com M_i = vazão mássica de cada ambiente.

Portanto

$\text{Humid} = (mAE_r / Mins_r) * M_i * (\omega_A - \omega_{AEinv}) * L - HLI$, com $(\omega_A - \omega_{AEinv})$ sendo constante.

A constante $(mAE_r / Mins_r)$ ocupa uma célula separada, M_i uma coluna, $mAE * L = [(mAE_r / Mins_r) * M_i] * L$ outra coluna, HLI a penúltima coluna e $H = mAE * L * (\omega_A - \omega_{AEinv}) - HLI$ a última coluna que explicita a umidificação para cada local.

Planilha:

1ª Parte: Dados associados ao Projeto da Instalação

2ª Parte: Cálculos, compreendendo os seguintes itens:

2.1 Cálculos de Balanceamento de Vazões

2.2 Determinação da vazão mássica psicrométrica total (M_p)

3ª Parte: Cálculos compreendendo os seguintes itens:

2.3 Determinação das Vazões dos sistemas referidas ao ar padrão

2.4 Cálculo da Carga Térmica associada ao ar de renovação

2.5 Determinação das necessidades de reaquecimento e reumidificação sob carga máxima e determinação da Capacidade Frigorígena da Instalação

2.6 Determinação das necessidades calorígenas e de umidificação no Inverno

1ª Parte da Planilha:

OBS: Nesta parte Δp significa Δp = diferencial de pressão, na planilha original.

1. DADOS ASSOCIADOS AO PROJETO DA INSTALAÇÃO							
1.1 DADOS GERAIS ÁREAS E VOLUMES EXTRAÍDOS DO PROJETO ARQUITETÔNICO							
Condições internas:	TBS(oC):	22	Condições Externas:	Verão:	TBS(oC):	31	
	UR(%):	50		Inverno:	TBU(oC):	24	
Altitude local(m):	731				TBS(oC):	10	
Pressão Total(kPa):	92,845				UR(%):	70	
Locais a serem condicionados	Pressões relativas ao exterior	No de "Trocas"	Áreas	Volumes para 3,0 m de altura dos forros	No de pessoas		
No	Nome	Pa	m2	m3			
1	Autoclave	15	20	7,19	21,57	2	
2	Preparação	15	20	23,90	71,70	2	
3	Ante-câmara 1	30	40	1,09	3,28		
4	Ante-câmara 2	0	20	1,30	3,90		
5	Sala de Testes	45	40	14,79	44,37	2	
6	Vestibário	15	20	4,68	14,04		
Projeto arquitetônico indicando sentidos de vazamento entre os locais e materiais limítrofes.							
1.2 DADOS DETERMINADOS POR CÁLCULOS PRÉVIOS:							
a) Ganhos e Perdas Totais Térmicas das fontes diretamente incidentes sobre os ambientes							
Local	HS f.Ext	HS f.int	HSi	HLi	HTi	Hperdas	Qpad(AE)-Portaria
No	W	W	W	W	W	W	m3/h
1	526	1909	2435	260	2695	543	54
2	776	5657	6433	260	6693	654	54
3	109	22	131	0	131	136	
4	24	26	50	0	50	36	
5	766	1968	2734	260	2994	1088	54
6	85	94	179	0	179	128	
		SOMAS:	11962	780			162
b) Premissas adicionais							
				P(kPa):	92,8450		TBSae(oC): 31
Dp G3(Pa):	200	DpF3(Pa):	250				TBUae(oC): 24
Dp(S-I) (Pa):	200	Dp(A-R)(Pa):	200	Dpserp(Pa):	200		wAE(kg/kg): 0,0176940
DpA3(Pa):	600						hAE(kJ/kg): 76,3915
Dp(AE-AE) (Pa):	200						vAE(m3/kg): 0,9666
Dp(préaq(Pa):		URsaída:	95%				TBSA(oC): 22
DpTotal (kPa):	1,65						URA(%): 50
EFF do Ventilador(%):	70						wA(kg/kg): 8,99E-03
EFF do motor(%):	90						vA(m3/kg): 0,9252
							hA(kJ/kg): 44,94
c) Determinação das vazões padrões de vazamentos através de frestas de portas							
S(equivalentes) de frestas de portas supostas determinadas através de ensaios em câmaras de testes:							
Tamanho da Porta	Acesso/Saída	S(equivalente)					
		m2					
0,70*2,10	Acesso	9,46E-03					
	Saída	1,33E-02					
0,80*2,10	Acesso	9,81E-03					
	Saída	1,37E-02					
Qpad(m3/h) = 3600 * (1/2 * p) ^{0,5} / 1,204 * Sequiv * Dp ^{0,5}				ρ = vA ⁻¹ =		1,0808 kg/m3	
Vazamentos entre locais	S/D e dimensões	Acesso/Saída	S(equivalentes)	Dp	Qpad		
			m2	Pa	m3/h		
2 e exterior	S/ 0,8 * 2,10	Acesso	9,81E-03	15	167		
1 e 3	S/ 0,7 * 2,10	Saída	1,33E-02	15	226		
3 e 5	S/ 0,7 * 2,10	Acesso	9,46E-03	15	161		
3 e 6	S/ 0,7 * 2,10	Saída	1,33E-02	15	226		
6 e 4	S/ 0,7 * 2,10	Acesso	9,46E-03	15	161		

2ª Parte da Planilha:

2.CALCULOS									
2.1 Cálculos de balanceamento de vazões referidas ao ar padrão:									
Convenção: Vazão de entrada positiva e de saída negativa									
	LOCAL	Local	Qint.	Qp/ext.	Qpad(m3/h)				
	No	adjacente	m3/h	m3/h	através de frestas				
Autoclave	1	3	226		226				
Preparação	2	ext.		-167	-167				
Antecâmara 1	3	1	-226						
		5	161						
		6	-226						
		3			-291				
Antecâmara 2	4	6	161		161				
		4							
Sala de testes	5	3	-161						
		5			-161				
Vestibário	6	3	226						
		4	-161						
		6			55				
TOTAIS			0	-167	-167	Logo Q(AE) = 167 m3/h			
2.2 Determinação de Mpsico por iteração(Mp):									
Mp (var. da iteração)	M(AE)	Mr	HVpreaq[r]	HVpreaq(AE)	hAE	hR	hM	wM	tM
kg/s	kg/s	kg/s	kW	kW	kJ/kg	kJ/kg	kJ/kg	kg/kg	oC
1,2765	0,05587	1,22063	0,2259	0,0108	76,58	45,12	46,50	9,3684E-03	22,58
vM	HVpreaq(M)	HVpreaq	wS	Pv(wS)	Pv(tS)	tS*	vS	HVT	HVreaq
m3/kg	kW	kW	kg/kg	kPa	kPa	oC	m3/kg	kW	kW
0,9287	0,7706	1,007	0,00874	1,2870	1,3547	11,3134	0,8914	2,98	1,973
hS	tS**	tS*-tS**	Qpad (psic)	hE	HT	HVreaq/M			
kJ/kg	oC	oC	m3/h	kJ/kg	kW	kJ/kg			
33,41	11,3133	0,0001	3817	47,1054	17,48	1,5455			

3ª Parte da Planilha:

2.3 Determinação das vazões no sistema referidas ao ar padrão												
LOCAL	Qpsico = (HSI/HS1) * Q1psico	HSI	Qpsico	Qret = Qins + (Qfrestas)	Se Qret >= 0, Qinscorr = Qins e Qretcorr = Qret	Se Qret < 0, Qret corr=0 e Qinscorr= Qins +ABS(Qret)	Qfrestas	Qret corr.	Qins corr.	Qret corr.	Qar ext.	
No	W	W	m3/h	Volumes m3	N.trocas h^-1	Qfrestas m3/h	Qinsufl. m3/h	Qret m3/h	m3/h	m3/h	m3/h	
1	Autoclave	2435	777	21,573	20	431	777	226	1003	777	1003	
2	Preparação	8433	2053	71,899	20	1434	2053	-167	1886	2053	1886	
3	Antecâmara1	131	42	3,276	40	131	131	-291	-160	291	0	
4	Antecâmara2	50	16	3,900	20	78	78	161	239	78	239	
5	Sala de Testes	2734	872	44,370	40	1775	1775	-161	1614	1775	1614	
6	Vestibário	179	57	14,040	20	281	281	65	346	281	346	
TOTAIS	11982	3817				4130	5094	-167	4927	5254	5087	
Q1psico/HS1:	0,3191								0		167	
2.4 Cálculo da carga térmica associada ao ar de renovação												
wae:	1,77E-02 kg/kg					hAE:	76,3915 kJ/kgO°C		P:	92,8450 kPa		
wA:	8,99E-03 kg/kg					hA:	44,9398 kJ/kgO°C					
QAE(pad)	mAE	Hae										
m3/h	kg/s	kW										
167	0,0559	1,76										
2.5 Determinação sobre as necessidades de resaquecimento e reumidificação sob carga máxima e capacidade frigorígena												
M(kg/s): 1,76	HT:	24,00 kW	hA(kJ/kg):	44,94	hS(kJ/kg):	33,41	Capacidade Frigorígena	HVreaq				
HVT:	4,10 kg/s	IS:	11,31 oC	IA:	22 oC		HT(kW):	24,00	HT(°C):	6,84	2,7158	
wA:	8,99E-03 kg/kg	wS:	8,99E-03 kg/kg									
LOCAL	Qins corr.	mins corr.	Cap.resfr.	HVreaq	HSI	Hreaq	Cap.Umidif.	HLI	Hreumidif.			
	m3/h	kg/s	kW	kW	kW	kW	kW	kW	kW			
Autoclave	777	0,2598	3,00	0,4016	2,44	0,1587	0,0001	0,26	-0,26			
Preparação	2053	0,8885	7,91	1,0810	8,43	0,4193	0,0002	0,26	-0,26			
Antecâmara1	291	0,0973	1,12	0,1504	0,13	0,0405	0,0000	0,00	0,00			
Antecâmara2	78	0,0261	0,30	0,0403	0,05	0,2104	0,0000	0,00	0,00			
Sala de Testes	1775	0,5936	6,84	0,9174	2,73	3,1909	0,0001	0,26	-0,26			
Vestibário	281	0,0939	1,08	0,1451	0,18	0,7584	0,0000	0,00	0,00			
TOTAIS	5254	1,7572	20,26	2,7158	11,96	8,5782	0,0004	0,78	-0,78			
2.6 Determinação das necessidades calorígenas de aquecimento e umidificação no inverno												
Condições de Inverno:		TBSae:	10 oC	Qrae:	70 %							
mAE(totai):	0,056 kg/s	wAE(Inv.):	5,81E-03 kg/kg	wA:	8,99E-03 kg/kg				mAE(t/min):	1,36E-02		
HVreaq:	2,72 kW											
LOCAL	Cap.resfr.	Hperdas	Hfontes internas de calor(kW)	HVreaq	Haquecimento (kW) c/ HSIint. a	mins	mAE*L	mAE*Fw/L				
	kW	kW	0%	50%	100%	kg/s	kJ/s	kW				
Autoclave	2,9953	0,54	0,00	0,95	1,91	0,40	3,14	0,2598	8,85	0,028		
Preparação	7,9133	0,85	0,00	2,83	5,66	1,06	7,51	0,8885	23,38	0,074		
Antecâmara1	1,1219	0,14	0,00	0,01	0,02	0,15	1,11	0,0973	3,31	0,011		
Antecâmara2	0,3007	0,04	0,00	0,01	0,03	0,04	0,30	0,0261	0,89	0,003		
Sala de Testes	6,8423	1,09	0,00	0,98	1,97	0,92	7,01	0,5936	20,22	0,064		
Vestibário	1,0825	0,13	0,00	0,05	0,09	0,15	1,07	0,0939	3,20	0,010		
TOTAIS	20,2580	2,59	0,0000	4,8380	9,8760	2,7158	20,1252	15,2872	10,4492	1,7572		

Conclusão: Depreende-se portanto, através do exemplo acima, da importância que a estimativa correta dos vazamentos através das portas têm na definição das condições de operação de um sistema de condicionamento de ar aplicado a "Salas Limpas".

PS: Para dirimir dúvidas que possam existir, dirigir-se à Smacna Brasil tel 3221 5366 e e-mail Smacna@Smacna.org.br ou rbj@smacna.org.br.

Treinamento em enfermagem: "desenvolvimento de equipe e potencial criativo"



Roberto Kanaane

Psicólogo, Pedagogo, Mestre e Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Coordenador de Cursos de Pós-Graduação no Instituto de Pesquisa Hospitalar (IPH). Membro da Academia Paulista de Psicologia, ocupando a cadeira 21. Autor dos livros: "Comportamento Humano nas Organizações: o homem rumo ao século XXI", "Manual de Treinamento e Desenvolvimento do Potencial Humano" e "Marketing e Desenvolvimento de Competências" publicados pelas editoras Atlas e Nobel. Sócio-Diretor da ROKA Consultoria em Recursos Humanos.



Ana Virgínia de Almeida Carrasco

Enfermeira formada pela Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), Especialista em Educação pelo Centro Universitário Lusíadas (UNILUS), Mestre em Administração pelo Centro Universitário Monte Serrat (UNIMONTE). Docente na Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), Enfermeira Assistente do Serviço de Desenvolvimento de Pessoal da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS) e Consultora da ROKA Consultoria em Recursos Humanos.

Resumo

O artigo relata pesquisa desenvolvida com os profissionais de enfermagem de uma instituição hospitalar filantrópica (Baixada Santista). Teve como proposta: investigar e identificar a percepção dos profissionais de enfermagem frente aos Programas de Treinamento em Criatividade e Desenvolvimento de Equipe na Enfermagem. Adotou-se como objetivos: caracterizar o perfil do profissional de enfermagem recém-formado; identificar as contribuições dos Programas de Treinamento Pré-admissional à estimulação do Potencial Criativo na equipe de enfermagem; verificar os impactos dos treinamentos no desenvolvimento dos conhecimentos técnico-científicos, administrativos e comportamentais à assistência de enfermagem aos pacientes, familiares e organização. A pesquisa caracterizou-se como sendo: exploratória, descritiva, quantitativa e qualitativa. Os temas abordados referiram-se: ao Treinamento em Enfermagem, ao Contexto e o Desenvolvimento de Equipe e ao Potencial Criativo em Enfermagem.

Descritores - Treinamento em enfermagem: desenvolvimento de equipe e potencial criativo.

1. INTRODUÇÃO

A era da pós-globalização, vem sinalizando transformações que estão ocorrendo em grande velocidade, ocasionando a necessidade das pessoas em acompanharem os avanços tecnológicos no cotidiano pessoal e profissional. A busca contínua dos conhecimentos técnico-científicos, administrativos, comportamentais, sociais e culturais, correspondem à promoção para novas oportunidades de aprendizagens.

Neste sentido, todas as organizações e, em específicas, aquelas voltadas à gestão de saúde, requerem realinhar suas políticas e práticas à qualidade e especialização de seus recursos humanos, concebidos presentemente sob o enfoque da gestão de pessoas.

A observação empírica tem possibilitado a constatação de que os profissionais estão ingressando na carreira profissional muito jovens, oriundos do ensino médio, técnico-profissionalizante e universitário. Percebe-se às vezes, que a profissão de enfermagem é escolhida

pelos profissionais, devido à influência de familiares; outros estão em busca de conhecimento por nunca terem trabalhado na área da saúde e também por esta ser uma profissão científica de caráter humanístico. Ao mesmo tempo, a enfermagem possibilita uma visão abrangente do ser humano, cujo ato de cuidar é reflexivo e criativo, buscando uma identidade que qualifique a assistência de enfermagem à sociedade, segundo avanços tecnológicos com competência, responsabilidade e compromisso.

Este processo de aquisição de competências constitui-se como um dos pilares do "aprender a ser profissional de enfermagem". Como consequência, considera-se a aprendizagem, um dos mecanismos facilitadores para o desenvolvimento do potencial criativo, pois promove a aquisição de conhecimentos e habilidades, despertando experiências.

Aprender no cotidiano revela uma transformação do "cérebro-mente", levando o ser-humano a captar e transmitir mensagens

para si próprio e ao próximo, participando das relações interpessoais no contexto social, de forma ampla e complexa. Quando a aprendizagem é contemporânea, ativa, desperta o poder da criatividade, porque busca o aperfeiçoamento diversificado da espécie humana, frente à realidade do mundo.

Neste sentido, o presente estudo buscou conceituar a enfermagem como uma ciência embasada na filosofia científica, na medida em que acumula um conjunto de conhecimentos e técnicas empíricas, desenvolvendo teorias relacionadas entre si, procurando explicá-la à luz do universo natural.

Tem-se, então, que o objetivo essencial da enfermagem é assistir ao ser humano no atendimento das Necessidades Humanas Básicas, segundo critérios científicos. Paralelamente, concebe-se que o planejamento da assistência de enfermagem dá-se pela determinação das ações de enfermagem e pela utilização de um método de trabalho, a fim de atender as necessidades do paciente, compreendido por determinadas amplitudes.

O artigo tem como foco relatar uma pesquisa desenvolvida junto aos profissionais de enfermagem de uma instituição hospitalar filantrópica extra-porte, situada na Baixada Santista, tendo como finalidade, investigar e identificar a percepção dos envolvidos, frente aos Programas de Treinamento em Criatividade e Desenvolvimento de Equipes na Enfermagem.

Entre os objetivos da pesquisa, destacam-se:

- Caracterizar o perfil do profissional de enfermagem recém-formado;
- Identificar as contribuições que os Programas de Treinamento Pré-admissional promovem quanto à estimulação do potencial criativo da equipe de enfermagem;
- Verificar os impactos dos treinamentos na aquisição de conhecimentos técnico-científicos, administrativos e comportamentais, frente à assistência de enfermagem aos pacientes, familiares, comunidade e organização.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Com o propósito de embasar teoricamente a pesquisa realizada, adotou-se como referencial teórico, as concepções sobre: o Treinamento em Enfermagem, o Contexto e o Desenvolvimento de Equipe na Enfermagem, os Programas de Treinamento e Educação Continuada em Enfermagem e o Potencial Criativo em Enfermagem.

2.1. TREINAMENTO EM ENFERMAGEM

A aprendizagem organizacional e humana constitui-se como alicerce potencial para o desenvolvimento organizacional e das pessoas, através de experiências de ensino baseadas em abordagens administrativas e comportamentais, fundamentadas na interação: homem – estímulo - resposta e ou homem – estímulo – ambiente FREIRE

(1997), BOOG (1999), KANAANE (1999), CARVALHO (2001), SOTO (2002), RINALDI - JUNIOR; JAQUERY (2002) e SELLI (2003).

Estabelecer estratégias para o processo de ensino-aprendizagem centralizou-se por muito tempo na figura do instrutor com poucas interações do treinando. Atualmente observam-se comportamentos diferenciados, no âmbito da aprendizagem, tornando o processo mais dinâmico, reflexivo e participativo.

A era da informação priorizou o conhecimento como estratégia importante junto aos profissionais de saúde que fazem parte de uma organização, em específico; salienta-se a qualificação da assistência de enfermagem, tendo como parâmetros a tecnologia de informação, o desenvolvimento de técnicas e recursos científicos, bem como, a necessidade profícua de humanização da relação-profissionais de enfermagem e pacientes.

O ensino-aprendizagem estrutura-se em um processo de: investigar (identifica fontes e absorve informações ao tema tratado), raciocinar (expansão de conceitos, idéias e criatividade), relacionar (descobertas com o contexto em evidência) e registrar ou aplicar o conhecimento adquirido (obtenção de resultados eficazes) RINALDI - JUNIOR; JAQUERY (2002).

Tem-se retratado que o estilo de aprendizado individual é fundamental para potencializar o conhecimento que o ser humano consegue absorver e comunicar, caracterizando o aprendizado coletivo. Neste cenário contextualiza-se a gestão do conhecimento, enquanto estratégia facilitadora para a disseminação e incorporação de teorias e práticas relacionadas com a postura, na conduta e no comportamento dos profissionais de enfermagem. A sistematização dos conhecimentos sejam eles, científicos, administrativos ou comportamentais, atua como mecanismo regulador da aprendizagem humana e social, oportunizando condições para o despertar de habilidades e competências no ambiente da enfermagem. Neste contexto, o Treinamento em Enfermagem constituiu-se como um aliado importante na formação e qualificação profissional, possibilitando desenvolver atributos e habilidades sócio-comportamentais.

2.2. O CONTEXTO E O DESENVOLVIMENTO DE EQUIPE NA ENFERMAGEM

A enfermagem está inserida no contexto teórico dos conhecimentos evidenciados por princípios científicos e empíricos. Considera-se uma profissão de ajuda ao próximo e acima de tudo, uma canalização de esforços pessoais e coletivos, visando o gerenciamento da assistência de enfermagem e de pessoas (pacientes, familiares, acompanhantes e equipe multiprofissional), frente às normas e às rotinas institucionais e do serviço de enfermagem, favorecendo a condução de equipes, com foco na eficiência e eficácia do comportamento, na postura e nas atribuições dos envolvidos. ►

A enfermagem destaca-se por reunir profissionais que se engajam natural e deliberadamente em equipes, necessitando, contudo, de conhecimentos atualizados contínuos, competências, ética centrada nos valores e crenças pessoais e coletivas.

A profissão de enfermagem requer um trabalho em equipe, pois os atos são disseminados através de responsabilidade coletiva, descoberta da potencialidade humana, envolvendo o conhecimento técnico-científico, o pensamento, a criatividade, o planejamento e a ação, associados às relações interpessoais: profissionais de enfermagem, pacientes e familiares. Neste sentido, o desenvolvimento de equipes na enfermagem implica no constante exercício da participação e do envolvimento dos profissionais na busca contínua da interação interpessoal. Ao mesmo tempo, a importância da inteligência emocional, como recurso facilitador para o aflorar da empatia, sociabilidade, intercâmbio entre os membros da equipe, tendo como fortes aliados, o estímulo à comunicação, trocas de informações e feedback contínuo.

Tem-se também, as posições de Ribeiro; Furegato (2003), assinalando que o trabalho em equipe na enfermagem, necessita de pessoas com metodologia sistemática para enfrentar o cotidiano, favorecendo um trabalho sistêmico e integrado com todos os participantes; acrescentam também a diversificação das experiências e dos conhecimentos entre os mesmos. Valorizam o respeito interpessoal capacitando o cuidar ao próximo, através de um conjunto de atitudes afetivas e técnicas, ocasionando a sustentabilidade das ações da enfermagem.

O cenário contemporâneo no qual os profissionais de enfermagem se inserem, implica em constantes mudanças que vêm exigindo novos modelos de Programas de "Treinamento" e "Desenvolvimento", devendo estes serem mais adequados para a "Era do Conhecimento"; enfatizando mais a aprendizagem, o pensar, a ação, o planejamento e a inovação. Os programas devem partir da experiência pessoal (Andragogia); serem sistemáticos, contínuos e condizentes com os princípios de cada equipe. Reconhece-se a importância da participação de todos os profissionais envolvidos no planejamento, execução e avaliação dos mesmos BOOG (1999); KANAANE (2001).

Ao mesmo tempo, tais programas tendem a evidenciar a responsabilidade e a compreensão dos profissionais de enfermagem em dimensionarem os processos grupais, tendo como base, a contribuição oferecida pela Dinâmica de Grupos, Jogos e Simulações, incrementando o potencial humano, tornando as pessoas mais criativas e motivadas, para atuarem na organização de forma eficiente e eficaz, fortalecendo a sociabilidade, o autoconhecimento e a empatia, elementos tão necessários para atuação da equipe de enfermagem.

2.3. PROGRAMAS DE TREINAMENTO E EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM

Os Programas de Treinamento na área de saúde são analisados, com base em uma experiência vivenciada, alertando para a importância de sua avaliação quanto aos processos e resultados alcançados. Estes podem ser realizados pela mensuração da aprendizagem de novos conhecimentos, habilidades e mudanças de comportamento no local de trabalho. Com estes dados, é possível retro-alimentar novos Programas de Treinamento que devem ser direcionados às reais necessidades dos serviços, podendo-se investir no capital humano MELO; FAGUNDES (1999).

O Serviço de Educação Continuada atuante e comprometido com os funcionários, pacientes, organização, comunidade e mercado de trabalho gera a ampliação dos conhecimentos gerais e específicos, caracterizando os impactos abrangentes e diversificados na prática profissional.

Constata-se que a partir do processo de Educação Continuada, pode-se obter:

- Postura e perfil adequados para atingir as metas pessoais, profissionais e organizacionais;
- Valorização do potencial humano criativo dos profissionais de enfermagem;
- Elaboração de programas de avaliação de potencial e de desempenho individual e grupal, com ênfase na avaliação de 360°;
- Apoio na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- O compromisso e o envolvimento diante do gerenciamento de conflitos e mudanças;
- Ênfase na comunicação interpessoal coerente entre a equipe de profissionais de enfermagem e demais categorias atuantes na área da saúde.

Corroborando as citações mencionadas, têm-se as posições de Neves (1999), que sinalizam o processo de avaliação de resultados, o qual reforça o aprendizado (corporativo, empírico e essencial à organização); o multiconhecimento (amplitude de conhecimento em várias áreas, rompendo a barreira do pessoal e do profissional); o processo e a integração (conhecimento produzindo resultados e ações claras, atendendo aos objetivos da organização e das pessoas); o espaço e o tempo (delimitação, planejamento e controle); as pessoas (ação, visão, criatividade e inovação) e a liderança (criação de líderes com comportamentos transparentes, íntegros, sensíveis a si próprio, ao próximo e autênticos).

O processo de Educação Continuada em enfermagem refere-se também, à qualificação do gestor de treinamento. Entende-se que este deva estar envolvido com os objetivos, as metas e as realizações pessoais e profissionais do mesmo, do treinando, da equipe e da organi-

zação. É importante que seja conhecedor do assunto para enriquecer os conhecimentos gerais e específicos de todos os envolvidos e manter a organização em destaque no mercado de trabalho atual em âmbito nacional e internacional. É responsabilidade do mesmo, favorecer um ambiente de participação, criatividade e visão pró-ativa ao processo ensino-aprendizagem, tornando os treinandos mais reflexivos, críticos e confiantes em seus potenciais, com conhecimentos e ações significativas às situações e às experiências vivenciadas na vida pessoal e profissional. Estimular a pesquisa para ampliar os conhecimentos técnicos, científicos, administrativos, comportamentais, sociais e culturais, com intuito de qualificar a assistência de enfermagem, através da descoberta e multiplicação das potencialidades humanas; é também um fator importante no processo de Educação Continuada.

O desenvolvimento contínuo na enfermagem origina-se pela implementação de eventos marcantes e de decisões estratégicas (baseadas em conhecimento e emoção alinhados com sabedoria), caracterizando determinados caminhos, diversas consequências, experiências, relacionamentos, formação, índole e limites (potenciais) dentro da área da saúde.

O estudo e a formação profissional são partes da própria vida, devendo levar ao desenvolvimento de atitudes e interesses que conduzam ao enriquecimento da própria experiência e prática. Destacam-se algumas competências dos profissionais de enfermagem decorrentes da Educação Continuada:

- Continuidade de entusiasmo pelo estudo;
- Aperfeiçoamento da tarefa de construir o próprio trajeto profissional;
- Interesse pelos temas específicos da profissão;
- Ampliação e sustentabilidade de uma atitude pesquisadora.

Quando se relaciona teoria com a prática, competências mais complexas são exigidas, tais como, análise, síntese, estabelecimento de correlações, postura criativa na busca de soluções e postura crítica diante dos fatos e acontecimentos. Salientam-se as seguintes competências:

- Estabelecer relações interpessoais;
- Analisar, criticar e recriar os fatos / acontecimentos à luz das teorias de enfermagem;
- Identificar as causas dos problemas;
- Propor alternativas de solução embasadas no referencial teórico;
- Inovar conceitos com base em dados empíricos.

Considera-se oportuno na enfermagem sinalizar que o aflorar, o despertar e o desenvolvimento de competências é estimulado de maneira ininterrupta, na medida em que, visualiza-se a necessidade do aprendizado contínuo em função das constantes demandas e necessidades.

2.4. O POTENCIAL CRIATIVO EM ENFERMAGEM

Kassoy (1999) refere-se à criatividade do ponto de vista das pessoas, como uma habilidade. Pode ser estimulada, aprendida, praticada, resgatada ou "tolhida". A organização torna-se o ambiente para a constatação de resultados mais visíveis, onde as idéias e a criatividade contribuem para o aperfeiçoamento dos profissionais e processos, melhorando o atendimento e garantindo a qualidade.

Segundo Oech (1988), existem bloqueios mentais que atuam de forma a impedir o pensamento criativo. Desta forma, o estímulo à criatividade tem como propósito facilitar a remoção destes bloqueios, fazendo surgir o novo, o inédito, mesmo quando se tem como propósito rever o antigo, pois o "novo olhar" sobre as ações até então adotadas, já sinalizam o aflorar do potencial criativo.

Portanto, é oportuno sinalizar que os profissionais de enfermagem sejam inovadores e criativos, na medida em que o cotidiano destes profissionais é repleto de situações inusitadas, que na maioria das vezes, clamam por atitudes e posturas inovadoras com vista à solução de problemas e situações emergenciais. Por outro lado, é necessário que os profissionais tenham apoio dos dirigentes e gestores, quanto ao investimento de suas potencialidades humanas, com foco nos resultados almejados.

O pensamento criativo deve ser estimulado para que novos desafios sejam superados, favorecendo o desenvolvimento das novas formas de pensamento, comportamento e hábitos capazes de facilitar o aperfeiçoamento dos processos de aprendizagem, através da motivação para o contínuo "aprender a aprender".

Os profissionais de enfermagem fazem parte e interagem com um universo dinâmico e, portanto, emitem e recebem energia durante todo o tempo. São agentes de mudanças, tornando-se seres visionários e flexíveis às situações.

Os profissionais de enfermagem devem desenvolver estratégias pessoais e profissionais, tais como: objetivos nítidos a serem atingidos, inspirarem as pessoas para a realização e as perspectivas pessoais e profissionais, possuírem caráter adequado, manterem equilíbrio emocional, terem senso de tomada de decisão justa e participativa, crerem no potencial criativo dos indivíduos e das equipes. Características essas, associadas à personalidade humana, tornam o profissional de enfermagem, predisposto a realizar atividades no contexto do trabalho, tanto individual quanto coletivo.

A inspiração ocorre quando o indivíduo é despertado interiormente, impressionado por alguém ou por uma situação, ocasionando alteração de comportamento do mesmo, estimulando-o a ser mais criativo e a realizar inovações. O desenvolvimento pessoal acontece no nível do comportamento por meio de feedback (retro-alimentação) construtivo, positivo e mensurável, em um ambiente que preveja a confiabilidade e interesse autêntico pelo sucesso de todos. ►

As prioridades devem ser avaliadas e associadas às potencialidades e aos objetivos pessoais, para que haja o crescimento individual e grupal RINALDI - JÚNIOR; JAQUERY (2002).

Entende-se que as atribuições dos profissionais de enfermagem estejam embasadas, por um lado, de aspectos científicos e formas da profissão, por outro, às perspectivas de criar e recriar alternativas de ação em função das demandas dos pacientes e instituições a que pertencem. O potencial criativo advém da capacidade destes profissionais em "olhar para o paciente e para a situação existente", sob a perspectiva de avaliar continuamente os recursos disponíveis, as condições presentes desde o atendimento a pacientes semicríticos até críticos, reabilitação e promoção a saúde, tendo como ponto de partida, o bom senso, a intuição, a autonomia, sem contudo, desviar-se dos determinantes formais, científicos e lógica que embasaram sua formação. Neste aspecto, a criatividade emerge como balizadora das competências técnicas, estando associada às competências interpessoais, sociais e interculturais presentes no ambiente, no qual os profissionais de enfermagem atuam.

3) METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa realizou-se em um hospital, considerado como o mais antigo do Brasil. É o maior centro de referência no atendimento na área da saúde no âmbito geral e específico (Nefrologia, Traumatologia, Neurocirurgia, Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria e Terapia Intensiva), possui aproximadamente capacidade para 800 leitos; localizado na região metropolitana da Baixada Santista, atendendo desde o litoral norte até o sul, envolvendo inclusive cidades do interior de São Paulo.

Possui recursos humanos especializados e tecnológicos avançados; dispõem de todos os serviços pertinentes a um organismo de atendimento, incluindo Unidades Básicas e Específicas de Internação, Prontos Atendimentos de Urgências e Emergências, Centros Cirúrgicos e Ambulatórios de especialidades. Obteve a Certificação de Qualidade ISO 9002, o reconhecimento dos Serviços de Laboratório Central, Hematologia/ Hematoterapia e Nefrologia. Também obteve pelos Ministérios da Saúde e da Educação, o título de Hospital Auxiliar de Ensino e busca, atualmente, o título de Hospital de Ensino.

A pesquisa foi exploratória e descritiva com abordagem quantitativa e qualitativa, avaliando as respostas referentes às questões formuladas, interpretando os dados, sob o enfoque do estudo de caso. Enquanto bibliográfico, o estudo foi sistematizado e desenvolvido a partir da fundamentação teórica acerca dos temas: Treinamento em Enfermagem, o Contexto e o Desenvolvimento de Equipe na Enfermagem, Programas de Treinamento e Educação Continuada em Enfermagem e o Potencial Criativo em Enfermagem.

Adotou-se como instrumento, um questionário contendo

do 25 questões de múltipla escolha, sendo 21 questões fechadas e 04 questões abertas.

O universo da pesquisa referiu-se aos profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) que atuam no referido hospital. Utilizou-se a amostragem não probabilística selecionada por acessibilidade dos pesquisadores LAKATOS & MARCONI (1992); VERGARA (1998), a partir da população alvo.

Os sujeitos da pesquisa corresponderam a 50 profissionais de enfermagem recém-admitidos. Os mesmos foram informados previamente sobre o objetivo da pesquisa e da aplicação do questionário, após o preenchimento do "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido".

Após a aplicação do questionário, adotou-se a tabulação, recorrendo a elementos da estatística descritiva. As interpretações das respostas foram analisadas, relacionando-as aos objetivos da pesquisa.

4) RESULTADOS E DISCUSSÕES

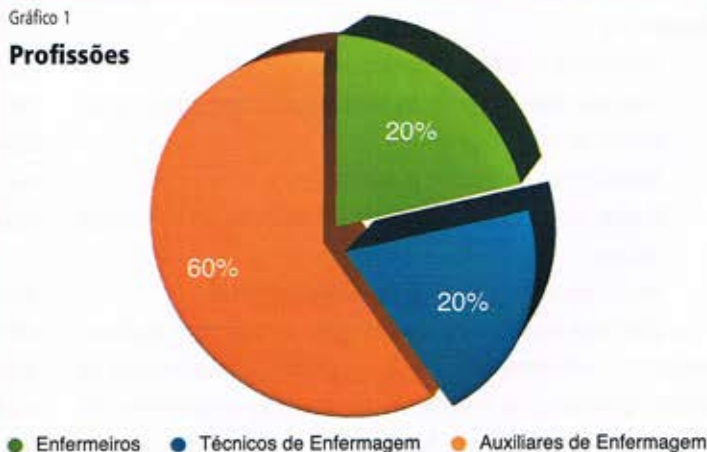
Os dados obtidos servem de indicadores para a compreensão da amostra pesquisada, sendo referência para o mapeamento do perfil dos profissionais de enfermagem que atuam no hospital em estudo, considerando inclusive as percepções dos respondentes as expectativas frente ao trabalho que realizam. Segue em linhas gerais, as posições dos respondentes.

Quanto às idades dos sujeitos, têm-se o intervalo entre 19 e 40 anos, prevalecendo uma população jovem entre 19 e 25 anos, do sexo feminino, cujo tempo de formação refere-se ao período de 01 a 05 anos.

A amostra constitui-se de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. O gráfico nº 01 sinaliza o percentual representativo.

Os sujeitos da pesquisa corresponderam a: dez enfermeiros (20%), dez técnicos de enfermagem (20%) e trinta auxiliares de enfermagem (60%).

Gráfico 1
Profissões



A escolha da profissão enfermagem referiu-se aos seguintes fatores:

- Ao respeito pelo próximo (ser humano), quanto à satisfação de suas necessidades (intelectual, social, emocional e espiritual);
- Assistência aos familiares dos pacientes;
- Necessidade em conhecer e vivenciar a profissão de enfermagem.

O perfil do profissional de enfermagem frente à qualificação da assistência de enfermagem referiu-se à prevalência da responsabilidade, do dinamismo, dos conhecimentos técnico-científicos, administrativos e comportamentais adequados, envolvendo a liderança, o empreendedorismo e a competência para o exercício profissional.

das ações e a interação dos profissionais. O relacionamento interpessoal sócio-profissional emergiu do ambiente organizacional, contribuindo, segundo os respondentes, para a auto-realização profissional e pessoal.

Houve também a referência quanto aos impactos no ambiente organizacional, decorrente da eficácia nos relacionamentos interpessoais e trabalho em equipe.

Para Salomão (1999) a equipe é caracterizada pelos resultados comuns obtidos por interatividade. A interação de cada equipe é importante e as mudanças de percepção, feedback é comportamentais, devem ocorrer na direção da melhoria do desempenho coletivo.

Ciamponi; Peduzzi (2000) argumentam que atuar em grupo implica em "aprender a aprender", valendo-se também para aprendizagem do que é constituir uma equipe de trabalho.

O trabalho em equipe no contexto da enfermagem constitui-se em uma prática dinâmica, na qual a comunicação entre os profissionais faz parte do exercício cotidiano do trabalho e os agentes consideram a articulação das intervenções técnicas, por meio da mediação simbólica da linguagem. Logo, surgem duas dimensões inerentes ao trabalho em equipe: a articulação das ações e a interação dos profissionais.

Algumas estratégias, como o diálogo, a compreensão, o compartilhamento de idéias e de soluções e as oportunidades presentes no trabalho de equipe são importantes, para que os objetivos sejam concretizados e os desafios superados, provenientes da sensibilidade, da

cooperação e da flexibilidade das pessoas.

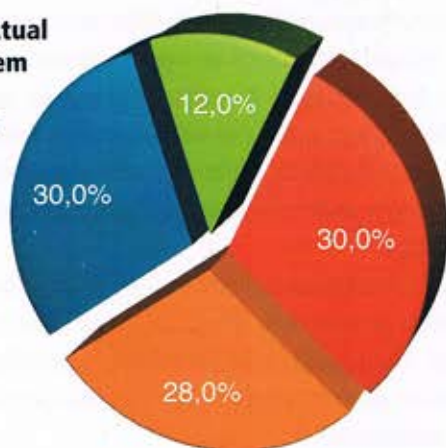
As equipes necessitam trabalhar juntas para assegurar assistência adequada para o bem-estar do paciente, em todas as dimensões (biológica, psicológica, social e espiritual) e integradas cooperativamente com diretorias, gerências, departamentos, serviços e ou setores de uma organização.

Quanto aos Programas de Treinamento, o gráfico nº 03 representa a posição dos respondentes, quanto ao Programa de Treinamento Pré-admissional.

Do exposto no gráfico nº 03 tem-se que 22% dos respondentes consideram que o treinamento pré-admissional possibilita o desenvolvimento de habilidades em enfermagem; por outro lado, 10% dos respondentes consideram que o treinamento pré-admissional tem como propósito, a transmissão de conhecimentos específicos ao trabalho de enfermagem. 46% associam o treinamento pré-admissional

Gráfico 2

Significado Atual do trabalho em equipe na enfermagem



- O relacionamento interpessoal sócio-profissional refletidos no ambiente organizacional
- Atos repercutidos em responsabilidade, descoberta da potencialidade humana e criatividade
- Autorealização profissional e pessoal favorecendo organizacional
- A articulação das ações e a interação dos profissionais

Com relação ao trabalho em equipe, os dados acentuam a percepção dos sujeitos da pesquisa conforme o gráfico nº 02.

Apreende-se do gráfico nº 02, que 28% associam o significado do trabalho em equipe ao incremento do relacionamento interpessoal e sócio-profissional expressos no ambiente organizacional; 30% dos respondentes atribuem o significado do trabalho em equipe direcionados à possibilidade a atos repercutidos em responsabilidade, descoberta da potencialidade humana e criatividade; 12% no aflorar do autorealização profissional e pessoal, favorecendo o desenvolvimento organizacional. Tem-se ainda, 30% dos respondentes que consideram o significado do trabalho em equipe direcionado à articulação das ações e a interação dos profissionais.

O trabalho em equipe foi também considerado como essencial, quando os atos são revestidos de responsabilidade, descoberta da potencialidade humana e criatividade, estimulando a articulação

à perspectiva de adaptação do profissional de enfermagem à função; 22% percebem que o treinamento pré-admissional atua como estímulo à valorização do processo ensino-aprendizagem.

Gráfico 3

Programas de Treinamento



Portanto, observou-se que a posição dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, quanto ao treinamento pré-admissional, retrata a facilidade em adaptação à função do trabalho, o desenvolvimento de habilidades, a valorização do processo ensino-aprendizagem e a transmissão dos conhecimentos específicos ao seu trabalho. Os Programas de Treinamento devem ser adequados à realidade do mercado de trabalho, sistemáticos, dinâmicos e inovadores, quanto à qualificação da assistência aos pacientes e dos profissionais de enfermagem.

Os Programas de Treinamento e Desenvolvimento têm como finalidade preparar os profissionais de enfermagem para a realização imediata às diversas tarefas do cargo, proporcionando oportunidades quanto ao desenvolvimento contínuo, descoberto das potencialidades criativas e estímulos para o trabalho em equipe entre os mesmos.

Neste sentido, os dados sinalizaram a importância da criatividade no desenvolvimento profissional e, em específico, quanto ao autodesenvolvimento. O gráfico nº 04 explicita os resultados obtidos.

Apreende-se do gráfico nº 04 que 46% dos respondentes associam o processo de criatividade à busca de novos conhecimentos científicos; 2% dos respondentes consideram que a criatividade possibilita o desenvolvi-

mento do senso crítico; 14% consideram que a criatividade tende a ser um estímulo para a promoção de equipes na enfermagem; por outro lado, 38% associam criatividade ao processo de pensar e agir no ambiente de trabalho.

A criatividade destacou-se sob a ótica dos sujeitos pesquisados, como sendo um elemento necessário, sobretudo ao profissional, facilitando o aprendizado e o processo educacional em enfermagem. Desta forma, cada programa ou evento científico é um novo desafio e será necessário escolher uma metodologia compatível para facilitar o processo ensino-aprendizagem, motivando e incentivando a equipe. A criatividade conseqüentemente pode ser adotada, para desenvolver recursos que facilitem o aflorar de habilidades e potencialidades, tornando o ensino agradável e dinâmico, favorecendo idealização e a criação de métodos e técnicas que possibilitem a execução de programas de desenvolvimento, minimizando as dificuldades encontradas no serviço.

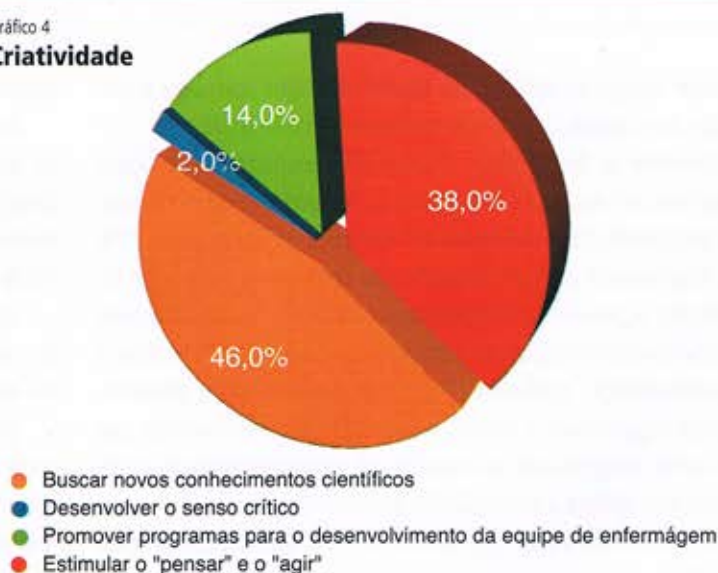
O clima organizacional no ambiente da saúde e, específico no contexto hospitalar, torna-se adequado quando há satisfação pessoal e profissional pelo trabalho executado, iniciativa, facilitador de experiências e reconhecimento profissional, valor e ética interpessoal frente à organização, união e respeito com base na comunicação interpessoal satisfatória.

As expectativas dos profissionais de enfermagem decorrentes do clima da instituição relacionam-se ao desenvolvimento da profissão, à segurança, ao domínio técnico-científico e a atualização contínua: administrativa e comportamental (auto-realização pessoal e profissional).

As evidências (comunicação e liderança) interpessoais e organizacionais, são vistas pelos sujeitos pesquisados, como medidas pró-ativas

Gráfico 4

Criatividade



em responsabilidade, solidariedade, percepção e inspiração ao clima organizacional eficaz.

Um outro aspecto abordado na pesquisa referiu-se à motivação da potencialidade criativa originada pela estimulação à ação e ao pensamento criativo, investimento do conhecimento científico e o desenvolvimento da equipe de enfermagem.

Quando a equipe de enfermagem está disposta a "aprender a aprender", têm-se a maturidade pessoal e profissional, beneficiando o desenvolvimento da mesma.

A ênfase ao comportamento humano no contexto da enfermagem é importante, quando há estimulação do autoconhecimento (senso crítico), reconhecimento da potencialidade humana e criativa.

Paradoxalmente, constatou-se que a maioria dos participantes da pesquisa não ressaltaram os aspectos relacionados à competência interpessoal na enfermagem, bem como o fator humanitário que acompanha a profissão. Estes dados levaram os pesquisadores a considerar em que os sujeitos envolvidos na pesquisa, associam em linhas gerais, a criatividade e o Programa de Treinamento, prioritariamente, voltado ao desenvolvimento da competência técnica.

5) CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados do estudo amparou-se nos conceitos e fundamentação abordados, levando-se em consideração, o conhecimento dos pesquisadores, principalmente os relacionados à importância do treinamento pré-admissional como estratégia para o despertar do potencial criativo e o desenvolvimento do profissional de enfermagem.

Buscou-se também, identificar a perspectiva dos profissionais de enfermagem em apreender a importância do trabalho em equipe. Neste sentido, verificou-se as contribuições da Educação Continuada como base para o desenvolvimento do potencial profissional dos atuantes de enfermagem, os quais visualizam possibilidades pró-ativas a partir do estímulo proporcionado pelos Programas de Treinamento.

A enfermagem caminha para as próximas décadas com o desafio de contribuir para a prevenção, a manutenção, a reabilitação, o ensino e a pesquisa à saúde, pelo comprometimento dos profissionais, ado-

tando posturas pró-ativas, preocupados com o bem-estar dos pacientes, comunidade e equipe multiprofissional. A adoção de competências técnicas, administrativas e comportamentais, possibilitará o afloramento de indicadores de eficiência e eficácia profissional, visando a excelência no contexto da profissão. Acredita-se que os profissionais de enfermagem desenvolvam maiores conhecimentos e capacidade de "aprender a aprender" para atuarem na organização com eficiência.

Entretanto, destaca-se a necessidade presente de que seja despertado o potencial emocional da enfermagem, tendo como base os princípios sinalizados por Goleman (2001) quanto à inteligência emocional.

Segundo Rinaldi-Júnior; Jaquary (2002), existem oito competências para eficácia individual e profissional em um ambiente considerado harmonioso e colaborativo ao desenvolvimento da "Gestão por Competências" no mundo contemporâneo: Comunicação, Observação, Potencial, Mudança, Planejamento, Liderança, Ética, Times e Otimismo. Evidentemente, considera-se que tais competências possam ser incorporadas pelos profissionais de enfermagem, contribuindo para a eficiência e a eficácia do desempenho profissional e postura pessoal.

Tal pesquisa na Baixada Santista não se esgota, enquanto abordagem temática, sugerindo inclusive, estudos posteriores que possam sinalizar a importância da Educação Continuada no contexto da saúde, com destaque aos profissionais de enfermagem, visando a valorização, o reconhecimento da profissão, beneficiando a qualidade de vida de todos os envolvidos (pacientes, familiares, comunidade e a organização hospitalar) e o resgate da cidadania e profissionalismo da categoria profissional. Ao mesmo tempo, sinaliza a necessidade de que sejam implantadas pelas organizações hospitalares, programas de integração e ambientação dos profissionais de saúde, salientando inclusive a importância em estimular o potencial criativo e de equipe, entre os profissionais de enfermagem, pois como evidenciou-se no estudo realizado, estes atribuem significativo valor a tais programas, facilitando-lhes a adaptação e integração ao trabalho junto aos pacientes e equipes, bem como o desenvolvimento de estudos e pesquisas nas organizações hospitalares. ■

Bibliografia Consultada

- BOOG, Gustavo G. Manual de Treinamento e Desenvolvimento. 3.ed. São Paulo: Makron Books, 1999.
- BOOG, Gustavo G. Desenvolvimento de Recursos Humanos: Investindo com retorno? São Paulo: Mc Graw - Hill, p.41, 1980.
- CARVALHO, Antonio Vieira de. Treinamento: Princípios, Métodos e Técnicas. São Paulo: Pioneira, 2001.
- CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. Trabalho em Equipe e Trabalho em Grupo no Programa de saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.53, n.especial, dezembro, p.143-47, 2000.
- FREIRE, P. Educação e Mudança. 21.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.
- GOLEMAN, Daniel. INTELIGÊNCIA EMOCIONAL: A Teoria Revolucionária Que Define O Que É Ser INTELIGENTE. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- <http://www.giselakassoy.com.br> em 10/09/2003 às 18:00 horas.
- <http://www.soms.com.br> em 12/10/2003 às 20:00 horas.
- KANAANE, Roberto. Comportamento Humano nas Organizações: o homem rumo ao século XXI. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- KANAANE, Roberto; ORTIGOSO, Sandra A. F. Manual de Treinamento e Desenvolvimento do Potencial Humano. São Paulo: Atlas, 2001.
- KASSOY, Gisela. Estimulo, Desenvolvimento e Resgate da Criatividade na Empresa. In: BOOG, G. (Coord). Manual de Treinamento e Desenvolvimento. 3.ed. São Paulo: MAKRON Books, Cap.16, p.309-39, 1999.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Metodologia do Trabalho Científico. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1992.
- MELO, C.; FAGUNDES, N. Discutindo a avaliação de um programa de capacitação para enfermeiros. Revista Brasileira de Enfermagem, v.52, n. 01, janeiro, p.37-42, 1999.
- NEVES, C. "Tendências 2.0". In: T & D. São Paulo: Ano V II, 79. ed., julho, p.28-33, 1999.
- OECH, Roger Von. Um "TOC" na cozinha. São Paulo: Livraria Cultura Editora, 1988.
- RIBEIRO, Mª Inês Lemos Coelho; FUREGATO, Antonia Regina F. Reflexões sobre a importância do relacionamento interpessoal na formação de profissionais de enfermagem. Nursing. São Paulo, ano 06, n.66, novembro, p.19-24, 2003.
- RINALDI - JÚNIOR, Roberto; JAQUERY, Vinicius. Cabine de Comando do Seu Desenvolvimento Pessoal. São Paulo: Érica, 2002.
- SALOMÃO, Marco Antonio. Desenvolvimento de Equipes. In: BOOG, G. (Coord.). Manual de Treinamento e Desenvolvimento. 3.ed. São Paulo: Makron Books, Cap.25, p.507-32, 1999.
- SELLI, Lucilda. O Atendimento Profissional Humanizado. In: MEZZOMO, Pe. Augusto A. et al. (Coord.). Fundamentos da Humanização Hospitalar. Uma visão multiprofissional. São Paulo: Editora, Cap.49, p.395-405, 2003.
- SOTO, Eduardo. Comportamento Organizacional: o impacto das emoções. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- VERGARA, Sylvia. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1998.

Prevenção pode reduzir casos de deficiência física

A prevenção adequada pode evitar que milhares de pessoas tornem-se portadoras de deficiência física. Analisada sob este aspecto, a questão deveria merecer mais atenção por parte de todos os setores de nossa sociedade. Estudos e estatísticas da AACD (Associação de Assistência à Criança Deficiente) são conclusivos quanto à necessidade de se ampliar e aperfeiçoar no Brasil as medidas de caráter preventivo.

A AACD, fundada em 1950 pelo médico Renato da Costa Bomfim, mantém amplo serviço de assistência médica, terapêutica, pedagógica e social. Em 2005, realizou cerca 1,1 milhão de atendimentos (mais de cinco mil por dia), fabricou aproximadamente 55 mil aparelhos ortopédicos, realizou quase seis mil cirurgias e 120 mil consultas. Foi mais um ano de intenso trabalho dedicado à reabilitação e reintegração social de pessoas, em sua maioria crianças e adolescentes. Hoje, 96% dos pacientes nada pagam pelos tratamentos em suas sete unidades: Central (Vila Clementino), Móoca e Osasco, em São Paulo; Pernambuco; Minas Gerais; Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro.

Os pacientes recebem assistência de médicos de várias especialidades, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, pedagogos, arte-terapeutas, musicoterapeutas, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos em órteses, etc. Merecem destaque as classes escolares da entidade, com turmas do ensino fundamental, de primeira à quarta série, cujo objetivo é preparar as crianças para o ingresso no ensino inclusivo. Destaque humanitário deve ser conferido ao seu corpo de voluntários, cujo trabalho é muito importante em todo este contexto.



Antônio Carlos Fernandes - Médico Ortopedista, Diretor Clínico da AACD

A despeito de toda essa estrutura e do imenso esforço para captar recursos suficientes e prover o atendimento, a entidade ainda tem filas, numa evidência de que o País não vem conseguindo avançar adequadamente no campo da prevenção. E esta é uma das principais bandeiras da AACD. As medidas necessárias, como será possível observar neste artigo, são perfeitamente factíveis.

A paralisia cerebral é a doença mais frequente na AACD, correspondendo a cerca de 45% de nossos pacientes. Corresponde a uma lesão cerebral ocorrida previamente, que promove seqüelas motoras, visuais, cognitivas ou outras, dependendo do local cerebral acometido. Muitos pacientes têm um acometimento de vários órgãos e sistemas do organismo, tornando o tratamento bastante complexo, necessitando de uma equipe multidisciplinar competente. Numa

amostra de 6.007 pacientes da AACD, cerca de 2.100 (35%) são paraparéticos e 1.700 (28%) tetraparéticos. Há, ainda os hemiparéticos, portadores de retardo psicomotor, atetóides (pessoas que não controlam certos movimentos) e atáxicos (aqueles que não têm coordenação dos movimentos musculares voluntários).

A prevenção da paralisia cerebral deve começar antes do nascimento da criança, através do pré-natal bem conduzido e iniciado precocemente. É importante a observância de nutrição adequada por parte da gestante, a verificação da compatibilidade sanguínea (fator Rh)), o diagnóstico precoce de alterações uterinas e exames para diagnosticar e tratar doenças como diabetes e hipertensão arterial. Também é fundamental a abstinência de álcool e drogas. Os cuidados devem continuar no momento do nasci-

mento, com o estímulo para parto normal, boas condições hospitalares e a presença de um médico pediatra no momento do parto, para oferecer os cuidados necessários ao recém-nascido. Esta, aliás, foi uma bandeira levantada pela AACD em 1988, durante o X Congresso Brasileiro de Paralisia Cerebral. Esta medida foi acolhida pela Sociedade Brasileira de Pediatria e encampada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A prevenção de problemas deve prosseguir após o nascimento, através de cuidados adequados aos recém-nascidos de baixo peso, para diminuição dos riscos de asfixia e distúrbios metabólicos, causas de convulsões e outras complicações. Recém-nascidos que apresentam convulsões têm chances três vezes maior de desenvolver paralisia cerebral. A paralisia cerebral manifesta-se em cerca de 10,1% das crianças que apresentaram convulsões. Os cuidados preventivos devem ser ainda maiores nos bebês prematuros. Para todos os bebês é muito importante o aleitamento materno, puericultura adequada, vacinações e o combate às infecções, lembrando que 33% dos casos de paralisia cerebral ocorrem após o nascimento.

A lesão medular é outra causa grave de deficiência física, sendo responsável por 12% dos pacientes em tratamento na AACD. Quando ocorre um dano na medula espinhal desenvolve-se um quadro paralítico, que acomete vários órgãos do organismo. Num levantamento realizado pelos doutores Marcelo Ares, Adriana Cristante e Maria Eugênia Casalis, com 358 pacientes da AACD, verificou-se que a idade média dos pacientes ao iniciar o tratamento foi de 33,4 anos, sendo 83,2% do sexo masculino. A paraplegia é a lesão mais freqüente, com 65,8% dos casos. Este trabalho evidenciou que as armas de fogo, num reflexo da violência e da criminalidade no Brasil, são as maiores vilãs desta estatística, representando 40,5% dos casos de lesão medular. Os acidentes de trânsito vêm em segundo lugar, com 34,2%. São na

maioria adultos jovens em plena capacidade de trabalho, a maioria chefes de família que têm a sua vida grandemente modificada pela lesão medular, necessitando de tratamentos prolongados de reabilitação e muitas adaptações para a reintegração social.

Em ambos os segmentos, são necessárias políticas públicas mais adequadas, a começar pela educação, inclusão social e combate mais eficaz ao problema agudo. No primeiro caso, exige-se ação eficiente de combate à pobreza, segurança pública adequada e melhoria das condições sociais da nossa população. No tocante ao trânsito, é preciso prover socorro mais ágil e profissional aos acidentados, estimular o uso do cinto de segurança inclusive no banco traseiro, combater com veemência o consumo de álcool e drogas pelos motoristas e agregar equipamentos de segurança à frota nacional. É o caso da presença, em todos os veículos novos do air bag e de freios de alta performance, que poderiam ser viabilizados com a isenção total ou parcial de impostos para estes opcionais, que passariam a ser itens de série.

A lesão encefálica adquirida infantil também é causa grave e recorrente de deficiência física. No estudo conduzido pela Dra. Gláucia Alonso com 232 pacientes da AACD, verificou-se que 60% das lesões ocorrem na faixa etária de zero até seis anos, mostrando que crianças de baixa idade são as mais propensas aos acidentes e merecem proteção e cuidados mais eficazes. Cerca de 45% dos casos são provocados por traumatismo crânio-encefálico. Aqui, os acidentes automobilísticos aparecem outra vez de maneira muito preocupante: respondem por 35,8% dos traumatismos crânio-encefálicos. Este índice poderia ser significativamente reduzido por providências simples, como o transporte adequado das crianças. Lembramos que elas devem sentar-se no centro do banco traseiro. As maiores de oito anos devem utilizar cinto de segurança. Entre cinco e oito anos, deve ser utilizado o booster e para os bebês, as

cadeirinhas certificadas pela ABNT.

Os atropelamentos são causadores de 31,7% dos casos de traumatismo crânio-encefálico infantil. Nestes casos, a prevenção inclui medidas educativas, mais atenção de motoristas, orientação específica para crianças em idade escolar e uma melhor adequação tecnológica dos veículos. Um dado preocupante: em 30% dos atropelamentos ocorre o óbito. Outros 22,5% dos casos são provocados por quedas de altura. Na periferia das grandes cidades, muitas crianças brincam sobre as lajes de moradias, empinando pipas ou jogando bola, tornando-se muito susceptíveis à quedas com conseqüente traumatismo. Além do traumatismo crânio-encefálico, outra causa recorrente de lesão encefálica adquirida infantil é a anóxia (falta de oxigênio no cérebro). Dentre estes casos, 34,7% são provocados por afogamento em praias, piscinas ou locais inadequados para natação.

A mielomeningocele é outra causa de deficiência física, responsável por 7% dos nossos atendimentos. É uma malformação congênita do sistema nervoso, que acomete uma a cada mil crianças nascidas e que provoca paralisia nos membros inferiores, bexiga e intestino. Cerca de 90% destas crianças também são acometidas de hidrocefalia, tornando o tratamento ainda mais complexo. No campo da prevenção, deve ser citada a luta vitoriosa da AACD pela adição de ácido fólico (vitamina B9) às farinhas de milho e trigo, essencial à prevenção. A medida, defendida no plano científico e em intensa mobilização cívica, é hoje uma realidade em nosso país, após publicação da Resolução 344/2002 pela ANVISA. A prevenção a esta grave doença paralítica, contudo, também inclui os cuidados adequados com a condição materna. É particularmente importante acompanhar atentamente mulheres em idade fértil portadoras de crises convulsivas, diarreias e infecções crônicas.

As amputações também são freqüentes na AACD, correspondendo a 10% dos aten-

dimentos. Num estudo conduzido pelas Dras. Isabel Salles e Alice Ramos em 247 pacientes, observou-se que a idade média no início do tratamento foi de 48 anos, sendo 68% do sexo masculino. São também adultos em plena capacidade laboriosa e chefes de família. A causa mais comum da amputação foi a diabetes mellitus (34,01%). Outras causas de amputação observadas foram os acidentes (31,17%), as doenças circulatórias (25,10%), além de tumores (6,07%) e infecções (3,64%). Nos Estados Unidos há 18,2 milhões de habitantes diabéticos, ocasionando 200 mil mortes por ano. Do total, 5,2 milhões de portadores ainda não têm conhecimento sobre o diagnóstico. Os norte-americanos gastam US\$ 132 bilhões por ano no tratamento da doença. No Brasil, estudo realizado entre 1986 e 1989, pelo Ministério da Saúde e o CnPq, mostrou que a doença ocorre em 7,6% da população entre 30 e 69 anos. Um

dado importante foi de que 50% das pessoas não conheciam o diagnóstico. Ou seja, a prevenção passa, necessariamente, pelo controle periódico, que pode ser feito com simples exame de sangue e/ou testes na urina.

Deve-se ressaltar ainda que o fumo representa parcela expressiva como causa de vários problemas que podem levar à amputação. Nos Estados Unidos ocorrem cerca de 440.000 mortes por ano relacionadas às doenças causadas pelo tabaco, com custos anuais de US\$ 75 bilhões aplicados em saúde para o tratamento. O Brasil, maior exportador mundial de tabaco, movimenta anualmente R\$ 17 bilhões através da indústria do cigarro, com o recolhimento de R\$ 6,5 bilhões anuais em impostos. Entretanto, não há estimativa do custo do tratamento das doenças causadas pelo hábito de fumar. Combatê-lo é providência essencial em termos de saúde pública.

Analisando todas as causas das deficiên-

cias físicas, conclui-se que não podemos mais nos resignar diante da prevenção incipiente em nosso país. Políticas públicas articuladas, com a participação da sociedade, entidades de classe e organizações não governamentais, são imprescindíveis para reduzir a incidência do problema. Devemos trabalhar muito pela saúde, harmonia e inclusão social, redução da violência e de outros fatores, da negligência à miséria, que atentam contra a sanidade física e psicológica das pessoas. Tratar custa muito mais do que prevenir.

Bibliografia Consultada

- DIXON ET AL. *Pediatrics*, 109(1):2002
 LARROQUE J *Gynecol Obstet Biol Reprod* 30:2001
 BAUD. *Arch Disease Child - Fetal Neonat Ed* 89:2004
 MENT ET AL. *Pediatrics* 93(4):
 ROMARO & ARRUDA, *Rev ABRAMET* (45); 2005
 SZYMANSKI, *Rev ABRAMET* (45); 2005
 CDC. *Morb Mortal Wkly Rep* 53(36); 2004
 ANVISA. Resolução RDC nº 344/dez/2002
 FELKNER et al. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 67 (7); 2003
 HERNANDEZ-DIAZ et al. *Am J Epidemiol* 153 (10) 2001
 CDC. Web page; jul 2005
 BOECHAT. *Econ Neg Foco* 25(2):2005
 FERNANDES, A.C. In: Hebert S, Xavier R, Pardini JR, Barros Filho TEP
 - Ortopedia e Traumatologia Princípios e Prática, 3ª ed. Porto Alegre. Artmed
 Editora, 2003.

Garantia de rentabilidade e satisfação dos seus clientes.

REVES CAP

Veículos Especiais Projetos e Construção

Unidade móvel de prevenção câncer



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

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



INFORMAÇÕES

11 6624-0081

www.revescap.com.br



AACD Associação de assistência à criança deficiente

OBJETIVO

A AACD – Associação de Assistência à Criança Deficiente – é uma instituição filantrópica especializada no tratamento de pessoas portadoras de deficiência física.

Mantém um amplo serviço de assistência médica, pedagógica e social voltado, principalmente, às crianças e adolescentes, promovendo a reabilitação e reintegração social dessas pessoas. Hoje, 96% dos pacientes não pagam nada por consultas e terapias realizadas.

Atualmente, a AACD realiza cerca de cinco mil atendimentos por dia em suas unidades: AACD – Vila Clementino (sede), AACD – Mooca, AACD – Pernambuco, AACD – Minas Gerais, AACD – Rio Grande do Sul, AACD – Osasco e AACD Rio de Janeiro.

MISSÃO

“Tratar, reabilitar e reintegrar à sociedade crianças, adolescentes e adultos portadores de deficiência física”.

HISTÓRIA

A AACD - Associação de Assistência à Criança Deficiente foi fundada em 1950, pelo médico Renato da Costa Bomfim, com o objetivo de tratar e reabilitar vítimas de Paralisia Infantil, doença que vitimava grande parcela da população na década de 50. Com o tempo, a AACD se especializou no tratamento de deficiências físicas que comprometem o aparelho locomotor. No ano 2000, quando completou meio século de vida, a AACD mudou de nome graças a um plebiscito feito entre seus pacientes, que consideraram o nome original – Associação de Assistência à Criança Deficiente – inadequado. Dessa forma, a entidade passou a chamar Associação de Assistência à Criança Deficiente.

PATOLOGIAS ATENDIDAS:

Seqüela de acidente vascular cerebral; Traumatismo crânio encefálico; Amputações; Doenças neuromusculares; Malformações congênitas; Mielomeningocele; Lesão Medular-Paraplegia/Tetraplegia; Paralisia cerebral; Síndromes genéticas, que comprometam o aparelho locomotor; Paralisia infantil.

TERAPIAS REALIZADAS NOS CENTROS DE REABILITAÇÃO:

Fisioterapia; Fonoaudiologia; Natação Terapêutica e Hidroterapia; Pedagogia; Psicologia; Terapia Ocupacional; Arte Terapia; Musico Reabilitação; Programa Trabalho Eficiente.

UNIDADES DA AACD

1. Sede – AACD São Paulo

A sede é construída em uma área de 25.109 m² e tem capacidade para 2.430 atendimentos por dia. A sede é dividida nas seguintes áreas:

1.1 Centro Diagnóstico

Desde o início das atividades em 1996, o Centro de Diagnóstico da AACD atende pessoas portadoras ou não de deficiências físicas que necessitem realizar os seguintes exames: Eletroencefalografia; Urodinâmica; Cardiologia (Eletrocardiograma/ Ergometria/ Ergoespirometria); Raio X Digital Telecomandado; Ultra-sonografia; Tomografia Computadorizada modelo Helicoidal; Nasofibroscopia; Videodeglutograma; e BERA

1.2 - Centro de Reabilitação

No Centro de Reabilitação da AACD, certificado pelo ISO 9001, o paciente encontra uma equipe multidisciplinar especializada, explorando toda sua capacidade. Isso faz

com que o deficiente físico desenvolva habilidades que superem suas próprias limitações, sejam elas físicas, sociais ou emocionais.

1.3 - Laboratório de Marcha

Aparelhado para atender crianças e adultos, o Laboratório de Marcha da AACD recebe deficientes físicos ou pessoas com alterações da marcha, que necessitem de um diagnóstico seguro e preciso. Por meio de gráficos computadorizados e da análise de dados de Eletromiografia Dinâmica, o médico especialista emite um relatório que poderá ser interpretado por especialistas em ortopedia, fisioterapia e neurologia. O preciso diagnóstico fornecido pelo Laboratório de Marcha permite que o médico intervenha, clinicamente ou cirurgicamente, com a segurança de estar agindo diretamente sobre a musculatura ou articulação afetada.

1.4 - Laboratório de Bioengenharia

O Laboratório de Bioengenharia desenvolve projetos para promover o bem estar e o conforto dos portadores de deficiência física. Dessa forma, os profissionais do laboratório se empenham em pesquisas no sentido de criar novos aparelhos e acessórios de reabilitação, baseados nas idéias do seu corpo clínico e nas publicações científicas internacionais. Além disso, o Laboratório de Bioengenharia da AACD trabalha para melhorar a qualidade dos produtos atuais e dos processos de manufatura interna dos componentes das próteses e órteses desenvolvidos.

1.5 - Ortopedia

A Ortopedia da AACD acopla uma moderna filosofia de trabalho com técnicas e equipamentos da mais alta tecnologia, fazendo com que seja uma das maiores da América



Hospital - São Paulo

Projetos Arquitetônicos - Karman/Florentini/Bross

Projetos Complementares - Hunter Pelton / Consultrix / Sermon Engenharia / CEC Engenharia

Construção - BLM Construções / Construtora Jacutinga / Flexicon Construtora / Shoueri & Coutinho Engenharia / Fercon Engenharia

Coordenação de obra - Eng. Raul Berger / Engª Cristina Viana

AACD Moóca

Projetos Arquitetônicos - Arquitetos Jarbas Karman e Domingos Fiorentini

Obra - Engª Cristina Viana



crianças de 0 a 14 anos portadoras de deficiência física, em uma área de 1.460 m². As patologias atendidas são: Paralisia cerebral; Doenças Neuromusculares; Malformações congênitas; e Mielomeningocele.

3. AACD Pernambuco

Inaugurada no dia 14 de maio de 1999, graças ao I Teleton, a AACD Pernambuco tem capacidade para realizar 613 atendimentos diários. A unidade é construída em uma área de 3.175 m², na capital, Recife, e também conta com Oficina Ortopédica. As patologias atendidas são: seqüelas de acidente vascular cerebral; traumatismo crânio encefálico; amputações; doenças neuromusculares; Malformações congênitas; Mielomeningocele; e Paralisia Cerebral.

4. AACD Rio Grande do Sul

Inaugurada no dia 10 de agosto de 2000, graças ao II Teleton, a AACD Rio Grande do Sul, instalada em uma área de 2.678 m², em Porto Alegre, tem capacidade para realizar 643 atendimentos diários, exclusivamente para crianças de 0 a 14 anos portadoras de deficiência física. As patologias atendidas são: Acidente Vascular Cerebral /Traumatismo Crânio Encefálico; amputações; doenças neuromusculares; malformações congênitas; Mielomeningocele; e Paralisia Cerebral.

5. AACD Minas Gerais

Inaugurada em 31 de agosto de 2001, graças ao III Teleton, a AACD - Minas Gerais,

em Uberlândia, está instalada em um terreno de 5.000 m² e possui 1.334 metros de área construída, com capacidade para realizar 590 atendimentos diários, exclusivamente para crianças de 0 a 16 anos portadoras de deficiência física.

As patologias atendidas são: Acidente Vascular Cerebral /Traumatismo Crânio Encefálico; amputações; doenças neuromusculares; malformações congênitas; Mielomeningocele; e Paralisia Cerebral.

6. AACD Osasco

Inaugurada em 27 de junho de 2003, graças ao V Teleton, a AACD - Osasco, na Grande São Paulo, está instalada em um terreno de 14.408 m² e possui 5.350 m² de área construída, com capacidade para realizar até 1.200 atendimentos diários.

As patologias atendidas são: Acidente Vascular Cerebral /Traumatismo Crânio Encefálico; amputações; doenças neuromusculares; malformações congênitas; Mielomeningocele; e Paralisia Cerebral.

7. AACD Rio de Janeiro

Inaugurada em 28 de setembro, com os recursos do VII Teleton, a unidade da Baixada Fluminense da AACD está instalada em um terreno de com 7 mil metros quadrados cedido pela prefeitura de Nova Iguaçu. O prédio da unidade ocupa 1.661,30 metros quadrados. Quando atingir sua capacidade plena, a AACD - Rio de Janeiro estará apta para 650 atendimentos/dia.

As patologias atendidas são: Paralisia

Latina, sen-

do considerada um centro internacional de referência para a formação de técnicos em órteses e próteses. Desde sua criação, a oficina da AACD já promoveu 25 cursos, formando mais de 870 técnicos vindos de 72 países. Em uma área de 1.673 m² trabalham 86 técnicos na fabricação de vários modelos de órteses e próteses para membros superiores e inferiores, coletes para tratamento de deformidades ou qualquer outro tipo de acessório para reabilitação. Recentemente, iniciou-se a produção de almofadas da Clínica de Adequação Postural e também a produção do Estimulador Eletrônico Dorsi-Flex (Palmita Eletrônica). No primeiro semestre deste ano foram produzidos 40.518 aparelhos ortopédicos.

2. AACD São Paulo Mooca

Fundada 17 de fevereiro de 1972, a Unidade Mooca operava apenas como sede das salas de aula do setor escolar da AACD. Com a realização do I Teleton foi possível viabilizar a sua reestruturação, criando o Centro de Reabilitação da Mooca para atender os moradores da região leste da cidade de São Paulo. Sua reinauguração aconteceu no dia 19 de abril de 1999.

O Centro de Reabilitação AACD São Paulo Mooca tem capacidade para realizar 603 atendimentos diários, exclusivamente para

Cerebral, Doenças Neuromusculares, Malformações Congênitas, Mielomeningocele, Amputações, Lesão Encefálica Adquirida, Lesão Medular, Seqüelas de Poliomielite. Para isso, conta com atendimentos diários nas áreas: Fisioterapia; Terapia Ocupacional; Hidroterapia; Psicologia; fonoaudiologia; pedagogia; fisioterapia; ortopedia; urologia; neuropediatria; neurocirurgia e pediatria.

A AACD Rio de Janeiro também comporta uma unidade da Ortopedia, fabricando vários modelos de órteses e próteses para membros superiores e inferiores, coletes para tratamento de deformidades, almofadas da Clínica de Adequação Postural, o Estimulador Eletrônico Dorsi-Flex (Palmilha Eletrônica), indicada para seqüela de Acidente Vascular Cerebral e outros tipos de acessórios para reabilitação.

8. AACD Santa Catarina

A oitava unidade da AACD (a quinta fora do Estado de São Paulo), a ser construída na cidade catarinense de Joinville, tem início das obras previsto para maio de 2006. A construção será viabilizada graças aos recursos arrecadados no último Teleton, nos dias 28 e 29 outubro de 2005. O bairro Ademar Garcia, em Joinville, terá como vizinha a mais nova unidade da AACD (Associação de Assistência à Criança Deficiente), entidade que existe há 55 anos em São Paulo e tem por missão tratar e reabilitar pessoas portadoras de deficiência física. A escolha do Estado e da cidade seguiram um rigoroso critério, que passa por estudo de fluxo migratório, para se ter uma idéia de onde partem as pessoas que buscam atendimentos nas unidades da AACD. Segundo esta análise, a região de Joinville é uma das mais carentes por este tipo de tratamento, no Estado.

A instituição, sem fins lucrativos, visa dar mais qualidade de vida às pessoas portadoras de deficiência. Poderão ser tratadas na AACD – Santa Catarina pacientes com: paralisia cerebral, doenças neuromusculares, malformações congênitas, mielomeningocele,

le, amputações, lesão encefálica adquirida, lesão medular, seqüelas de poliomielite. Para isso, contará com atendimentos diários nas áreas: fisioterapia; terapia ocupacional; hidroterapia; psicologia; fonoaudiologia; pedagogia; fisioterapia; ortopedia; urologia; neuropediatria; neurocirurgia e pediatria.

RECURSOS HUMANOS

Funcionários Efetivos

A AACD conta com 1.635 profissionais especializados atuando em diversas áreas das cinco unidades da entidade.

Voluntariado

Atualmente a AACD conta com os serviços de 1.700 voluntários – homens e mulheres, distribuídos entre todas as unidades (Victor Oliva e Santana) e nos centros de reabilitação (São Paulo Mooca, Pernambuco, Rio

primeiro mundo e a pessoa que se dispõe a integrar esse grupo, deve ser maior de 25 anos e não estar movida por um apelo emocional momentâneo e sim por uma decisão madura e bem pensada.

TRATAMENTOS DESENVOLVIDOS NOS CENTROS DE REABILITAÇÃO

Psicologia

O setor de Psicologia da AACD tem como preocupação central a reabilitação de seus pacientes, visando uma maior integração paciente x família x sociedade. Nos departamentos de Psicologia é realizado um trabalho com pacientes e seus familiares. O objetivo desse procedimento é trabalhar o indivíduo como um todo, seus desejos e suas ações. Para isso é importante a participação da família no processo. No departamento de Psicologia Infantil as atividades desenvolvidas envolvem psicodiagnóstico, orientação familiar, preparação psicológica para cirurgia, atendimento hospita-



TELETON RECIFE

Projetos Arquitetônicos - Arquitetos Jarbas Karman e Domingos Fiorentini

Projetos complementares - Hunter Pelton Engenharia SC Ltda / Construtora Kitover

Construção - Construtora Kitover

Coordenação de obra - Engº Raul Berger/Cristina Viana

Grande do Sul e Minas Gerais). Todos dedicam parte de seu tempo (um dia na semana, durante quatro horas – das 8h às 12h ou das 13h às 17h) apoiando e dando retaguarda aos profissionais da instituição.

O Voluntariado da AACD contribui também para as arrecadações. O bazar da instituição, aberto diariamente, fica a cargo do corpo de voluntários. Ele vende os produtos doados sempre com custo abaixo do mercado, beneficiando, simultaneamente, os pacientes e suas famílias.

O trabalho do Voluntariado na AACD segue os padrões de exigências dos países de

lar, atendimento escolar, grupos de psicoballet, grupos de adolescentes, entre outros. Já no departamento de Psicologia Adulto os pacientes também são orientados para o mercado de trabalho, para solução de problemas comportamentais e sexuais.

Reeducação Psicopedagógica

No setor de Reeducação Psicopedagógica as crianças são atendidas a partir de 1 ano e meio, com a participação da mãe ou responsável. Os profissionais que atuam nesse setor têm a preocupação de orientar paciente e família sobre as dificuldades e possibilidades do deficiente físico que vai ingressar na escola.

Fisioterapia

A Fisioterapia é uma ciência que se utiliza de métodos e técnicas apropriadas, a fim de restaurar, desenvolver ou manter a capacidade funcional do indivíduo.

A Fisioterapia tem importante papel para facilitar a aquisição do desenvolvimento motor, diminuindo ao máximo a interferência de reflexos, bloqueios, contraturas e deformidades. É trabalhado o desenvolvimento das habilidades da criança estimulando suas funções e gerando sua

das mudanças ocorridas.

A utilização de um ou de outro método está diretamente relacionada ao seu propósito. Os métodos discriminativos são usados para definir normalidade ou disfunção, sendo assim ideais para diagnosticar, investigar e/ou estabelecer a elegibilidade de um paciente para programas de reabilitação, não sendo portanto sensíveis às mudanças na evolução do paciente. Os Métodos Avaliativos utilizam como base a presença ou ausência de domínio sobre determinadas funções, sendo assim adequados para planejar as modificações de conduta ao longo de um

verificação da aquisição de novas possibilidades motoras.

A AACD se utiliza do Método Avaliativo GMFM (Mensuração da Função Motora Grossa) sendo esse de caráter quantitativo, ou seja, mede o quanto uma criança pode realizar, ao invés de medir a qualidade de desempenho da atividade.

Oftalmologia

O setor de Oftalmologia realiza consultas oftalmológicas especializadas, com equipamentos completos e adaptados para os exames de refração. O objetivo é avaliar a necessidade de óculos, mapeando a retina para um estudo minucioso.

Além do atendimento oferecido no ambulatório, o corpo clínico do setor faz as interconsultas no Hospital da AACD sempre que necessário, participando também das avaliações globais realizadas em outros setores, colaborando para um bom encaminhamento de todos os pacientes. O setor de Oftalmologia realiza semanalmente uma reunião científica conjunta com o departamento de Estrabismo da Unifesp - Escola Paulista de Medicina, mantendo o corpo clínico em constante atualização e onde todos os casos de difícil resolução são discutidos por uma equipe altamente especializada.

Setor Escolar

O setor Escolar oferece estudos para crianças portadoras de deficiência física nas séries de Educação Infantil (Jardim ao Pré-Escolar) e até a 4ª série do Ensino Fundamental. O curso é reconhecido pelo MEC e segue currículo oficial, preparando os alunos para ingressarem nas escolas de padrão convencional a partir da 5ª série do Ensino Fundamental.

A proposta pedagógica visa o aprendizado por meio de vivências, desenvolvimento de projetos e dramatizações de uma forma contextualizada. Os profissionais contratados pela AACD têm nível superior e formação especializada para educação de



TELETON UBERLÂNDIA

Projetos Arquitetônicos - Arquitetos Jarbas Karman e Domingos Fiorentini

Projetos complementares - Carlos Kaufman Cálculo Estrutural / Eng. Leonel Roma / RS engenharia e Projetos

Construção - Eldorado Construtora

Coordenação de obra - Engª Cristina Viana

independência. É importante ressaltar que, quanto mais precoce se iniciar o trabalho, maiores serão as chances de sucesso nos tratamentos, devido a plasticidade neural ser mais eficiente durante os primeiros anos de vida.

É de senso comum que pacientes com distúrbios motores, se beneficiam de tratamentos fisioterapêuticos. Para tanto, é necessário compreender a operação dos sistemas motores num sistema nervoso comprometido, identificar suas necessidades e planejar um tratamento que estimule seu potencial.

Para que essas etapas do programa de tratamento sejam cumpridas com eficiência, é necessário a existência de métodos adequados de avaliação. De maneira geral esses métodos podem ser classificados em dois grupos: Medidas Discriminativas, que buscam definir ou não a presença de determinadas características ou funções; e Medidas Avaliativas, as quais medem a magnitude

tratamento e avaliar seus efeitos.

Para a AACD, o método de avaliação ideal consiste de medidas Discriminativas e Avaliativas, sendo as primeiras importantes num primeiro momento, no qual se busca a compreensão dos sistemas motores operantes, e as segundas importantes na



TELETON PORTO ALEGRE

Projetos Arquitetônicos - Arquitetos Jarbas Karman e Domingos Fiorentini

Projetos complementares - Hunter Pelton / BSF Engenharia

Construção - BSF Engenharia

Coordenação de obra - Engª Cristina Viana

portadores de deficiência física.

Na sede da AACD, à av. Professor Ascendino Reis, há sete salas de aula com capacidade para 128 alunos. E por meio de convênios com a Secretaria Municipal e Secretaria Estadual de Educação, o setor Escolar conta com as unidades externas:

- Centro de Reabilitação da Mooca – 81 alunos
- Escola Estadual Prof. Victor Oliva - Vila Madalena 47 alunos
- Escola Estadual Bueno Aires – Santana 71 alunos

Os pacientes matriculados na Escola de Educação Especial da AACD são portadores de diversas patologias, sendo mais freqüente a Paralisia Cerebral sem comprometimento mental.

A Informática Educacional faz parte da rotina de sala de aula, atuando como mais um importante recurso pedagógico. Todas as classes estão equipadas com computadores ligados à Internet.

Alunos e professores navegam pela rede mundial de acordo com as necessidades dos trabalhos desenvolvidos em classe. O recurso permite também a comunicação interna e externa entre os usuários, por meio do correio eletrônico: aacd.escola@aacd.org.br.

Como atividades extra-curriculares, além de informática, os alunos têm Educação Física e Educação Musical, conforme conteúdo programático exigido pelas Diretrizes Básicas do Curso Fundamental.

Arte-Reabilitação

O trabalho da Arte-Reabilitação na AACD tem como principal característica a construção da interface que se estabelece entre o universo da ciência e da arte.

O fundamento dessa terapia é promover a reabilitação do deficiente utilizando técnicas artísticas como pintar, desenhar, colar, construir, esculpir, dramatizar, cortar e criar.

A Arte-Reabilitação amplia o conhecimento e vivência do paciente e aplica-se

ao tratamento de diversas patologias como mielomeningocele, malformação congênita, traumatismo crânio encefálico, acidente vascular cerebral, lesão medular, distrofia muscular, amputações e outras.

Não há limitação de idade para tratamento no setor de Arte-Reabilitação da AACD. Há atividades para crianças, adolescentes e adultos com diferentes diagnósticos, sendo que a maioria das crianças é portadora de paralisia cerebral.

Anualmente, a AACD organiza uma Exposição de Arte em local adequado, para a apresentação da produção artística dos pacientes do setor.

Musico-reabilitação

Desenvolve um trabalho de reabilitação fundamentado na abordagem musical. Essa atividade, além de contribuir para o desenvolvimento do paciente, auxilia no processo de integração social. Complementando o trabalho do setor, são realizadas algumas apresentações de recitais e canto corais em eventos internos e externos.

O atendimento pode ser individual ou em grupo, com pacientes a partir de seis anos. Essa terapia tem como objetivo principal o estímulo lúdico, através de programas especialmente desenvolvidos com temas de interesse do grupo. A música participa como ponto de apoio para a atividade que está sendo executada pelo terapeuta e o grupo utiliza instrumentos de percussão.

Ao final do atendimento as crianças elaboram um registro da atividade através de desenho próprio, ou atividade que reforce o tema desenvolvido.

Odontologia

A AACD possui clínicas especiais de odontologia para o atendimento infantil e adulto:

Clínica de Bebês: atende crianças entre 0 e 3 anos de idade, orienta pais e responsáveis cuidados com a saúde bucal, promove palestras para grupos de pais e outros setores da

associação. Os procedimentos executados visam a promoção de saúde para crianças na fase inicial da dentição decidua.

Clínica do 1.º Molar: objetiva a prevenção de problemas bucais em crianças na faixa etária entre 6 e 8 anos de idade. Nesse período dá-se o início da dentição mista e irrompem os primeiros molares permanentes assim como os incisivos, dentes fundamentais para função e estética dos pacientes em fase de reabilitação.

Clínica de Rotina: atende crianças e adolescentes a partir de 6 anos.

Clínica de Adultos: atendimento para adultos portadores de deficiência física em geral, especializada no atendimento a portadores de lesão medular e traumatismo crânio-encefálico.

Fonoaudiologia

A Fonoaudiologia é a ciência que lida com os distúrbios da comunicação e com as dificuldades na alimentação.

A maioria dos pacientes adultos e crianças que freqüentam o Centro de Reabilitação tem problemas de origem neurológica e, desta forma, apresentarão deficiências na esfera fonoaudiológica.

Os fonoaudiólogos da AACD são especializados em diferentes áreas e atividades como:

- Treino de alimentação em crianças com paralisia cerebral;
- Terapia de fala e linguagem;
- Trabalho de comunicação alternativa, método P.C.S. para crianças impossibilitadas de falar ou com muita dificuldade para tal – individual ou em grupos;
- Terapia de crianças com paralisia cerebral e deficiência auditiva associada;
- Terapia de crianças e adultos com doenças neuromusculares;
- Avaliação de adultos e crianças;
- Terapia de adultos – afasias, estimula-

ção cognitiva, paralisias faciais e alterações de fala;

- Terapia de fala com o auxílio do computador – Programa Speech Viewer – IBM;
- Programa Hanen, para pais de crianças portadores de retardo de linguagem.
- Atendem preferencialmente pacientes com patologias dentro de sua especialização.

Hidroterapia

A Hidroterapia contribui de maneira significativa para a integração dos pacientes no processo de reabilitação. Proporciona socialização, independência e prazer pela terapia em meio líquido.

O setor atua nas áreas de reabilitação infantil e adulto, portadores das patologias: Encefalopatia Crônica não Progressiva (PC); Doenças Neuromusculares; Lesões Encefálicas Infantil Adquirida (LEIA); Acidente Vascular Cerebral (AVC); Traumatismo Crânio Encefálico (TCE); Lesão Medular; Mal Formação Congênita; Amputados; Doenças Reumatológicas.

O atendimento é feito de forma individual ou em grupo, em piscina aquecida com temperatura variando entre 31 e 32 graus. A Hidroterapia desenvolve dois tipos de atendimento: a Natação Terapêutica e a Terapia Esportiva.

A Natação Terapêutica atua na reabilitação do deficiente e o trabalho é realizado individualmente ou em duplas, com programas estruturados a partir do diagnóstico de cada paciente.

O trabalho de Terapia Esportiva é constituído de atividades que visam preparar os pacientes de melhor desempenho para a participação em competições.

Outra atividade do setor é a natação para bebês, desenvolvida pelo GRUNAB (Grupo de Natação para Bebês portadores de deficiência), que conta com a participa-

ção das mães, durante a terapia.

O setor de Natação, também é responsável pelo treinamento e supervisão de uma equipe de competição de Tênis de Mesa (treinado na AACD) e Tênis de Campo (treinado na Academia de Tênis de Campo Seven Set Tênis)

Terapia Ocupacional

A Terapia Ocupacional (TO) objetiva restaurar, fortalecer e melhorar o desempenho do paciente, facilitando o aprendizado de funções essenciais, ao mesmo tempo em que colabora para manter a saúde.

A intervenção dessa terapia se concentra nas áreas de desempenho funcional, como atividades da vida diária, trabalho, atividades produtivas, entretenimento e lazer.

Na AACD existem dois setores de TO que oferecem atendimento diferenciado para pacientes de 0 a 15 anos e a partir de 15 anos, adequando espaço físico, abordagens e dinâmica de atendimento às especificidades da faixa etária.

O setor TO Infantil atende em média 780 pacientes por semana em modalidades que incluem: atendimento individual, grupal, orientações de órteses para MMSS (membros superiores), AVD's (Atividades da Vida Diária), Adequação Postural (indicação de cadeira de rodas e adaptações) entre outras.

O setor presta atendimento a crianças e adolescentes portadores de Paralisia Cerebral, Mielomeningocele, Malformação Congênita, Lesões Encefálicas Infantis Adquiridas, Doenças Neuromusculares e atraso no desenvolvimento neuro-psicomotor.

O setor de TO Adulto conta com seis profissionais, atendendo portadores de Lesão Medular, TCE (Trauma Crânio Encefálico), AVC (Acidente Vascular Cerebral), Amputações de MMSS, Malformações Congênitas e Pré e Pós Operatório de cirurgias de MMSS envolvendo diversas patologias.

São atendidos em média 320 pacientes por semana, nas modalidades de aten-

dimento individual, orientação, confecção de órteses (MMSS) e adaptações, adequação postural, sistema de mapeamento de pressão-X sensor, prescrição de cadeira de rodas e avaliação de FES e Biofeedback para MMSS.

Anualmente o setor de TO oferece quatro vagas para residência com duração de 1 ano letivo, sendo um semestre no setor de TO adulto e outro setor de TO infantil, cujo processo seletivo é realizado em janeiro.



TELETON OSASCO

Projetos Arquitetônicos - Arquitetos Jarbas Karman e Domingos Fiorentini

Projetos complementares - Hunter Pelton engenharia / Sermon Engenharia / Aluisio A. M. D'ávila & Associados / Damasco Penna Engenheiros Associados

Construção - Pacto Engenharia

Coordenação de obra - Eng^a Cristina Viana

PROGRAMA TRABALHO EFICIENTE

O Programa Trabalho Eficiente desenvolve atividades para restaurar e preservar a capacidade profissional do paciente em reabilitação. A orientação profissional é fundamental no desenvolvimento global do indivíduo, sendo parte integrante e vital do processo de reabilitação.

A inclusão do adulto portador de deficiência física no mercado de trabalho, como etapa final do processo de reabilitação, eleva a auto estima do indivíduo.

Os métodos utilizados são entrevistas individuais ou em grupo, orientação educacional, com aplicação de testes específicos, se necessário; contatos com instituições e

firmas prestadoras de serviços, pesquisando vagas existentes no mercado de trabalho; encaminhamento; reavaliação dos indivíduos após o encaminhamento, para uma efetiva reintegração e contatos com os empregadores para avaliação de cada caso.

Para contratar um profissional cadastrado no programa o telefone é (11) 5576-0627 fax.: (11) 5576-0871.

RECURSOS FINANCEIROS

Para conseguir atender gratuitamente pacientes carentes e manter-se em funcionamento, a AACD desenvolve algumas atividades produtivas e realiza campanhas de arrecadação de donativos. São elas:

- * Hospital AACD de cada duas ou três cirurgias realizadas, subsidia uma cirurgia gratuita.
- * A Oficina Ortopédica oferece produtos fabricados e comercializados no Brasil e em outros países a preços acessíveis. O resultado retorna para a instituição ajudando a manter o centro de reabilitação.
- * O Centro Diagnóstico realiza exames para convênios e particulares, portadores ou não de deficiência física, possibilitando custear tratamento de pacientes carentes.
- * Cartão de Natal e Brindes: a Associação vende cartões de Natal e brindes comerciais, como agendas, chaveiros, canetas e outros, que são personalizados com o nome do cliente. A campanha existe há mais de dez anos. Os cartões são famosos pelas gravuras, escolhidas através de um concurso que reúne artistas plásticos de todo o Brasil.
- * Campanha do Cofrinho: são cofres com o logotipo da AACD que ficam expostos ao público em mais de 8.625 estabelecimentos cadastrados no Brasil.

Contamos também com a ajuda de Só-

cios Mantenedores que contribuem periodicamente com valores espontâneos, através de boleto bancários ou em faturas de cartões de créditos enviado às suas residências. Atualmente contamos com cerca de 39.899 mantenedores.

Há outros tipos de fontes de recursos, como: a lanchonete, bazar dos voluntários e do Hospital, parcerias com empresas, doações diversas vendidas nestes estabelecimentos ou utilizadas na própria instituição, entre outros.

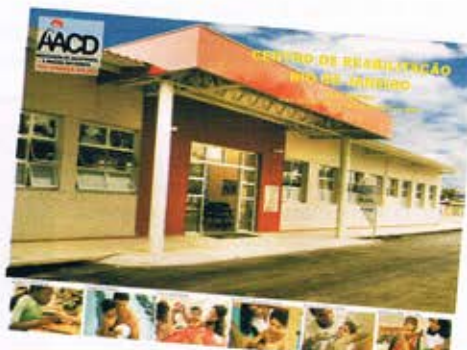
PROJETO TELETON

Outra fonte de recursos da AACD é o Teleton, uma maratona televisiva que visa arrecadar recursos para a causa dos deficientes físicos. Desde 1998, a AACD – que tem os direitos no Brasil sobre a marca Teleton há 23 anos – realiza uma parceria mais efetiva com o SBT para a produção e veiculação da programação do Teleton. Graças a este projeto, foi possível viabilizar a construção de cinco unidades da AACD.

O Teleton foi criado há 40 anos nos Estados Unidos pelo ator Jerry Lewis, que tem um filho deficiente físico. Mais de 20 países da Europa, América do Norte e América do Sul também possuem os direitos do projeto e realizam suas maratonas televisivas anualmente. A América Latina já possui uma organização dos 11 países que realizam o Teleton, a Oritel (Organização Internacional dos Teletons).

No Brasil, a primeira edição do Teleton, arrecadou R\$ 14.855.000, que foram utilizados para construir e equipar o centro de reabilitação da AACD Pernambuco, hoje em franco funcionamento. O Teleton de 1999 recebeu R\$ 10.147.000 que foram aplicados na construção do centro da AACD – Rio Grande do Sul, inaugurado em agosto de 2000. Já a maratona de 2000 conseguiu arrecadar R\$ 10.226.000 e, graças a esses recursos, foi construída a AACD - Minas Gerais. Em 2001 o Teleton rendeu R\$ 11.847.000, que foram utilizados para a manutenção

dos centros já existentes, bem como para a ampliação do número de atendimentos na AACD –sede, em São Paulo, que ganhou mais 11 mil metros quadrados. Em 2002 o Teleton foi responsável pela arrecadação de R\$ 16.015.454,00. Parte destes recursos foram utilizados para a construção da AACD - Osasco. Em 2003, o Teleton alcançou a marca dos R\$ 15 milhões sendo o Rio de Janeiro o estado escolhido para sediar o sétimo centro de reabilitação. No ano passado, o projeto teve receita de R\$ 16.616.032,00 a ser aplicada na manutenção dos sete centros já existentes. Além disso, parte do dinheiro arrecadado está sendo aplicado na ampliação, em 1.250m², do Hospital Abreu Sodré, em São Paulo, onde serão construídos 18 apartamentos, em cinco pavimentos. As obras iniciaram-se dia 02 de maio último e seu término está previsto para outubro próximo. Além disto, outra parte do valor foi aplicada na ampliação, em 40%, dos quartos da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) do mesmo hospital.



TELETON RIO DE JANEIRO

Projetos Arquitetônicos - Arquitetos Jarbas Karman e Domingos Fiorentini

Projetos complementares - TGI Arquitetura e Urbanismo Ltda / Sermon Engenharia

Construção - TGI Engenharia e Arquitetura

Coordenação de obra - Eng^a Cristina Viana

HOSPITAL ABREU SODRÉ

Considerado um dos mais modernos e bem equipados hospitais do Brasil, realizou quase seis mil cirurgias em 2004. Além de apresentar um dos mais baixos índices de infecção

hospitalar do País e receber do ministério da saúde uma das melhores avaliações do setor, é um hospital acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (OAN). O Abreu Sodré é um dos mais importantes centros de astroscoopia, cirurgia artroplástica e cirurgia da coluna vertebral.

Pertencente ao complexo central da AACD, o Hospital Abreu Sodré não se restringe ao atendimento de portadores de deficiência física. Aberto, também, a pacientes não deficientes, está habilitado para a realização de várias cirurgias eletivas. Os recursos gerados por esses tratamentos são destinados ao atendimento gratuito de pacientes carentes.

Anualmente, o Grupo Ativo do Hospital Abreu Sodré, que se dedica ao estudo de técnicas aplicadas à cirurgia ortopédica, promove o Simpósio Internacional de Técnicas

Minimamente Invasivas Aplicadas à Ortopedia e Coluna Vertebral, evento que reúne especialistas do Brasil e do mundo.

Seu corpo clínico é aberto para médicos credenciados e conta com mais de 500 especialistas. A equipe multiprofissional é composta por médicos de várias especialidades, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros.

Considerado um dos melhores hospitais na área de ortopedia, possui modernas instalações, oito salas de cirurgia; cinco leitos individualizados da Unidade e Terapia Intensiva (UTI) e 85 leitos somados os setores de enfermagem e de apartamentos.

O alto grau de excelência do Abreu Sodré torna confortável a estadia do paciente, em leitos com amplo espaço e decoração agradável. Além disso, acompanhantes e visitas podem contar com o estacionamento

local, loja de conveniência, restaurante e lanchonete.

O centro de diagnóstico da AACD oferece, entre outros exames, eletroneuromiografia, urodinâmica, eletrocardiograma, ergometria, ergoespirometria, radiografia, ultra-sonografia, tomografia computadorizada, nasofibrolaringoscopia e videodeglutograma.

RESUMO DAS FONTES DE RECEITA

Oficina Ortopédica; Hospital Abreu Sodré; Contribuição de associados; Donativos em espécie; Centro de Reabilitação (pacientes pagantes/convênios); Cofrinhos; Centro de Diagnósticos (pacientes pagantes/convênios); Ações do voluntariado; Lanchonete; Estacionamento; Teleten; Cartões e brindes de Natal; Produtos com a marca AACD comercializados em quiosques de shopping-centers

AACD/TELETON - PRESTAÇÃO DE CONTAS

AACD - RIO DE JANEIRO COMPLETA UM ANO E CHEGA A 173 ATENDIMENTOS DIÁRIOS

Inaugurada em 28 de setembro de 2004, a unidade fluminense da AACD (Associação de Assistência à Criança Deficiente) conta com os serviços prestados por 60 funcionários e 40 voluntários. São faxineiros, administradores, auxiliares de escritório, profissionais de diversas áreas da saúde e diferentes especialidades médicas, dentre outros, que ajudam a manter vivo este centro de reabilitação.

Atualmente, a AACD - Rio de Janeiro, localizada em Nova Iguaçu (rua Maranhão, 125, Jardim da Viga), realiza 173 atendimentos diários. Com a ajuda do empresariado local, adesão à campanha do cofrinho, ao Teleten 2005 e outras iniciativas voltadas à arrecadação de donativos da entidade, poderá atingir 650 atendimentos/dia, sua capacidade plena. Isto deverá reduzir as filas de espera, melhorando a qualidade de vida dos portadores de deficiência física.

A escolha do Estado e da cidade seguiram um rigoroso critério sobre estudo de fluxo migratório, para se ter idéia de onde partem as pessoas que buscam atendimentos nas unidades já existentes da AACD. Segundo esta análise, a região da Baixada Fluminense era uma das carentes para este tipo de tratamento. O sétimo centro de reabilitação da entidade, ocupa 1.661,30 metros quadrados de um terreno de 7 mil metros quadrados de área, doado pela prefeitura de Nova Iguaçu.

Ali, são tratados pacientes portadores de paralisia cerebral, doenças neuromusculares, malformações congênitas, mielomeningocele, amputações, lesão encefálica ad-

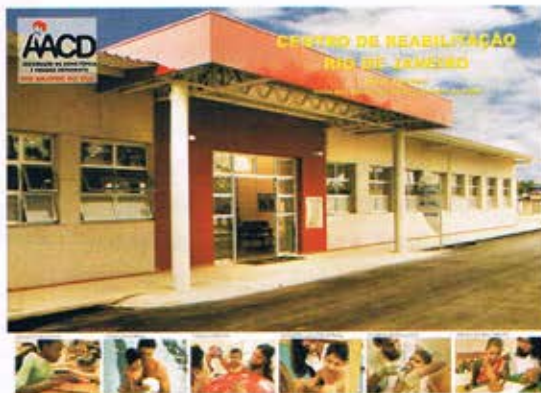
quirida, lesão medular e seqüelas de poliomielite. Para isso, conta com atendimentos diários nas áreas: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia no meio líquido, pedagogia, fonoaudiologia, psicologia, musicoterapia e especialidades médicas.

Além disso, a unidade possui um Centro de Ortopedia, responsável pela fabricação vários modelos de órteses e próteses para membros superiores e inferiores, coletes para tratamento de deformidades e outros tipos de acessórios para reabilitação e almofadas da Clínica de Adequação Postural e pelo desenvolvimento de novas tecnologias, como o Estimulador Eletrônico Dorsi-Flex (Palmilha Eletrônica), indicado para seqüela de Acidente Vascular Cerebral. Considerada centro internacional de referência para a formação de técnicos em órteses e próteses, a Ortopedia AACD é uma das maiores produtoras de artigos para tratamento e reabilitação física da América Latina. Os produtos, com exceção do Estimulador Eletrônico Dorsi-Flex, estão disponíveis tanto aos pacientes da instituição como a pessoas portadoras de deficiência física que não são tratadas na AACD. A venda destes produtos respondem por cerca de 8% da receita da instituição e subsidiam tratamentos, consultas e cirurgias.

AACD

Instituição filantrópica especializada no tratamento de pessoas portadoras de deficiência física, mantém amplo serviço de assistência médica, pedagógica e social voltado, principalmente, às crianças e adolescentes, promovendo a reabilitação e reintegração social dessas pessoas. Hoje, 96% dos pacientes nada pagam pelo tratamento.

Atualmente, a AACD realiza cerca de cinco mil atendimentos por dia em suas unidades: AACD - Vila Clementino (sede), AACD - Mooca, AACD - Pernambuco, AACD - Minas Gerais, AACD - Rio Grande do Sul, AACD - Osasco e AACD - Rio de Janeiro.



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

HOSPITAL SANTA JÚLIA

Com uma história de 25 anos de bons serviços prestados à comunidade Amazonense, e com um dos centros cirúrgicos mais bem equipado da Região Norte, o Santa Júlia tem grandes projetos para este ano. Começando em Março pela inauguração de um suntuoso prédio ambulatorial com 1.500 m², composto de 33 modernos consultórios, atendendo a 35 especialidades, com potencial de 300 consultas dia, marcadas por sistema de Telemarketing. O ambulatório contará com sistema informatizado, com prontuário eletrônico, oferecendo segurança e sigilo profissional em ambiente amplo, confortável e totalmente climatizado, projetado para oferecer o que existe de melhor em humanização do atendimento ao cliente. Tendo anexo o Laboratório de Análises Clínicas, com 322 m² de área construída, oferecendo exames de hematologia, sorologia, bioquímica, parasitologia e microbiologia.

A evolução estava sendo necessária, pelo significativo aumento da demanda nos últimos anos, pela conquista da excelência em serviços, do pioneirismo em procedimentos de alta complexidade. A realização do 1º Transplante



Edson Sarkis Gonçalves

Diretor Presidente do Hospital Santa Júlia, médico urologista, coordenador de transplante renal. diretortec@hospitalsantajulia.com.br

Renal, ocorrido em junho de 1995, levou o Hospital Santa Júlia a tornar-se o 1º Centro de Referência em Transplante renal da Região Norte. O investimento feito em tecnologia, na área de saúde, fez com que a Instituição conquistasse vários prêmios nacionais de qualidade, nos últimos anos em 2003, o Prêmio "Top Hospitalar", concedido pela It Midia S.A e Revista Fornecedores Hospitalares, em 2004 o "Hospital Best", como o melhor Hospital

Regional do Estado do Amazonas, oferecido pela ABMS (Associação Brasileira de Marketing em Saúde), em 2005, "Top Of Mind", pela INBRAP (Instituto Brasileiro de Pesquisa de Opinião Pública), "Top of Quality" e o "Prêmio Dr. Ulysses Guimarães" pela Ordem dos Parlamentares do Brasil, pela Excelência em Assistência Médico-hospitalar.

O projeto faz parte de um "plano diretor de expansão", preparando o hospital para o futuro, tão necessário na prestação de serviços de qualidade, com segurança aos nossos parceiros e usuários, além de oferecer aos profissionais que aqui militam, tecnologia e excelentes condições de trabalho.

O Hospital Santa Júlia está entre os melhores do Estado do Amazonas, sendo referência na Região Norte. Dispõe de um Corpo Clínico de reconhecida excelência e realiza freqüentes investimentos na aquisição de equipamentos, com tecnologia de última geração, para atender às diversas especialidades médicas e à assistência personalizada, de máxima qualidade, aos pacientes. As modernas instalações permitem ao paciente realizar seu tratamento, no mesmo hospital, sem a necessidade de deslocamento para outros centros médicos.

São ações pioneiras, que destacam o hospital; ações essas programadas a terem continuidade, visando diferenciar a instituição e disponibilizar o melhor para a coletividade. ■

FICHA TÉCNICA:

Projetos Arquitetônicos – Jarbas Karman e Domingos Fiorentini
Projetos Complementares – Disegno Engenharia e Projetos Ltda
Coordenação de Obra - Engº Jimmy Christiaan Steenmeijer



Santa Júlia
HOSPITAL



Congresso Nacional ABDEH

A Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar - ABDEH está promovendo, na Cidade do Rio de Janeiro, a realização do II Congresso Nacional da ABDEH nos dias 21, 22 e 23 de agosto de 2006.

Com o propósito de estabelecer a organização de um evento de caráter nacional e que permita a integração dos associados em sua expressiva interdisciplinaridade, este Congresso aproveita também para divulgar as experiências, pesquisas e trabalhos técnicos e científicos de maior expressão, referentes ao planejamento, construção e gestão dos ambientes de saúde.

A partir da diversidade dos profissionais e da própria complexidade que envolve a temática pertinente à ABDEH, a Comissão Organizadora, responsável pela realização do Congresso, reconheceu três importantes aspectos que funcionam como referências e incentivo para o desenvolvimento e a busca da qualidade dos ambientes de saúde e que estão expressas através do tema do evento:

HOSPITAL E UTOPIAS: TECNOLOGIAS, HUMANIZAÇÃO E SUSTENTABILIDADE.

Mais informações estarão disponíveis através do site www.abdeh.org.br, inclusive a chamada para envio de trabalhos. ■



Associação
Brasileira para o
Desenvolvimento do
Edifício
Hospitalar



O novo layout do portal Clic Saúde (www.clicsaude.com.br) já está no ar. De sua formação até o estágio atual, o site foi aprimorado para melhor atender aos profissionais que atuam no setor da saúde, desde arquitetos e engenheiros hospitalares até administradores e técnicos.

Uma novidade interessante é o novo formato do Hospital Virtual, seção que agora, além das unidades dos hospitais, seus ambientes e respectivos equipamentos neces-

sários a cada um deles, traz também a definição da unidade, legislações relacionadas a elas, notícias e livros. Tudo isso pensado para facilitar a navegação e disponibilizar num local único diversas informações sobre a unidade escolhida. Lembrando também que é possível fazer o pedido de descritivo e orçamento de equipamentos e materiais médico-hospitalares, sem custo algum.

Acesse e Confira: www.clicsaude.com.br.

Sugestões e Críticas podem ser enviadas no e-mail clicsaude@clicsaude.com.br ou no

seguinte endereço:

Rua Juiz de Fora, 100 Jd. Sumaré – Cep 86020-680 Londrina PR.

Telefone: (43) 33280218

Nossa Missão: Ser um canal de comunicação entre legisladores, fabricantes e prestadores de serviços através da interpretação e antecipação de tendências tecnológicas e conceituais, traduzidas pelas normas, necessidades e produtos do setor da saúde, contribuindo para a melhoria da assistência prestada à sociedade. ■



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

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

UIA – UNIÃO INTERNACIONAL DE ARQUITETOS

Arquiteto Peter Scher, membro do Grupo de Saúde Pública da UIA, consultor hospitalar de arquitetura e jornalista da Revista HD Hospital Development, na cobertura abaixo "Turkish Delights", do XXV Seminário da UIA/PHG, realizado em Istambul, no período de 3 a 7 de julho de 2005, comenta os trabalhos apresentados: "Rethinking Research in Healthcare Design" da Arq. Ruzica Bozovic-Stamenovic, "Core Hospital" do Arq. Luub Wessels e "Surge Hospital Facilities in Catastrophic Events" do Arq. George Mann.

Realça, também, as belezas arquitetônicas da cidade de Istambul e fez interessante apanhado dos hospitais visitados: do lado Asiático do Bosphorus Hospital Torácico e Centro de Pesquisa e de Cirurgia Cardiovascular Dr. Siyami Ersek, Anadolu Health Centre, e na parte central de Istambul o pequeno Italian Hospital.

Estiveram presentes ao Seminário os seguintes arquitetos, membros da UIA e convidados: Diretor Martin Fiset (Canadá), Coordenadora Berrak Seren (Turquia), Geoff Abbot (África do Sul), Hans-Evert Gattermann e Christoph Gattermann (Alemanha), Astrid M. Debuchy (Argentina), Jarbas Karman, Zaira Karman, Vera Helena 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 Boluijt, 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 e



Regula Eggen (Suíça), Ruzica Rozovic (Singapura), Gulderen Tascioglu (Turquia), Philip Patrick, George Mann, Donald Axon e Janice Axon (USA).

TURKISH DELIGHTS

Peter Scher found some excellent architecture at the recent UIA-WHO seminar held in Istanbul.

THIS YEAR'S SEMINAR of the UIA-WHO Public Health Group took place within the UIA (International Union of Architects) Congress in Istanbul. The Congress is a triennial fiesta attracting many thousands of architects and students from all countries of the world. Over six days, hundreds of presentations, special events and exhibitions are staged all over the city, ranging from the official opening banquet and prime ministerial speech to the trade and fringe exhibitions and student demonstrations.

This wealth of unmissable but ever-

clashing opportunities was poured into the architectural and urban richness of Istanbul.

"Congress Valley" was the venue for the main professional gatherings, a campus of modern halls and landscaping overlooking the Bosphorus, just north of the city centre. The PHG Seminar was in the one old building in the valley. Designed at the beginning of the 20th century as an army barracks by the British architect W. James Smith, it is now the Istanbul Technical University. Berrak Seren, the longstanding Turkish member of the PHG, was the excellent co-ordinator of the stimulating seminar and visits to hospitals.

We saw three very different hospitals, two on the Asian side of the Bosphorus and one in Istanbul. We first visited the Dr. Siyami Ersek Thoracic and Cardiovascular Surgery Training and Research Hospital. It is a large suburban hospital

— one of the largest in Turkey — such as one may find in any developed country. The main ward block is 40 years old but the complex is extending and has some recent modernising refurbishments. By contrast the Anadolu Health Centre, opened earlier this year. Is a state-of-the-art 209 bed general acute care hospital. It is also a research and teaching hospital in strategic partnership with the world-famous Johns Hopkins Medical Centre in Baltimore and is a model demonstration of the very latest US thinking in health care delivery and design. It is an independent health facility, designed to attract patients for its world-class services from beyond its own region and country. No expense has been spared in the physical fabric, which is also enriched throughout by a wealth of contemporary art works. This striking modern hospital is sited in more-or-less open land overlooking the Sea of Marmara with a view of the distant mountains behind it. The building and its setting could easily be in Southern California.

On a small very steep hillside site in the heart of Istanbul is the small Italian Hospital. Built in 1876 for Italians resident there it soon came to serve the local population as well.

With funding from Fiat the 19th century hospital at the top of the site has recently undergone modernisation and refurbishment and accommodates 38 beds for inpatients. The hospital now specialises in oncology and rehabilitation. Some new extensions cleverly lodged in the rocky hillside below are connected to it by glazed link corridors and elevator; these include the clinics, physio-and-hydro-therapy and a radio-therapy department, built into the rock. It struck me as a perfect example of a living organisation — an historic, highly-valued, inner city health service in urban

architecture of excellent quality. In the UK of course our NHS has abandoned many such facilities in the name of 'rationalisation', to the detriment of the service and of our cities.

This visit to the Italian Hospital made an apt prelude to our seminar. The UIA Congress had adopted the overall theme of "Cities: Grand Bazaar of Architectures". The significance of city-centre hospitals appears to be unrecognised in current mainstream architectural and urban planning. Hospitals and health care architecture only featured in two or three of the 284 research-and project-based papers given at the Congress. However the theme did inform about half of the 22 papers delivered at our seminar and these showed that historically and throughout the world this was not always so.

Having seen some bad decisions resulting from this current blind spot in the UK I was much impressed by the presentation of the "Core Hospital". Luub Wessels of the Netherlands National Board for Health Facilities recounted the results of three design competitions for hospitals held by the Organisation of Dutch Architects in Health Care that have had a substantial impact there.

Designed for a site in Rotterdam, the scheme (winner of the latest competition in October 2004), was designed by Itten and Brechbühl of Bern with Venhoeven CS Architecten of Amsterdam. Karen Imberdof described this creative and imaginative solution to current needs for urban hospital facilities.

Dr. Ruzica Bosovic-Stamenovic presented a penetrating analysis in "Rethinking Research in Healthcare Design". She exposed the many damaging influences on the research agenda which negate its independence. (This is certainly evident in the UK.) Ruzica, cur-

rently at the Department of Architecture of the National University of Singapore, drew attention to the rapid development of Asian countries now joining the club of developed ones. She said that the "concentration of the majority of health care problems (undeveloped world) and the majority of research (developed world) do not coincide, and investing in research leading to groundbreaking "new ways" for healthcare spaces in developing economies is not financially sustainable. "Some of the work at her department illustrates well the contextual and cultural differences that make western visionary "research" irrelevant to other communities.

George Mann, Professor of Health Facilities Design at Texas A&M University, and recent recipient of a Special Award from the AIA Academy of Architecture for this teaching, research and development work, gave a brilliant exposition of his ideas for "Surge Hospital Facilities in Catastrophic Events". That was on the second day of four Istanbul Seminar, 5th July, and two days later we heard that hospitals in London experienced, and were very effectively caring for, just such a surge of casualties.

XXVI INTERNATIONAL PUBLIC HEALTH SEMINAR — UIA/PHG

Terá lugar na cidade de Pretoria, África do Sul, no período de 13 a 19 de Agosto de 2006.

Contatos: - Arch. Luub Wessels, Diretor: l.wessels@bouwcollege.nl - Tel.: 0031.30.298.3100 - Fax 0031 30 29832999 - Arch. Geoff Abbott - gabbott@csir.co.za - Tel.: + 27.12.841.3504 ■

SEMANA DO ADMINISTRADOR

A Semana do Administrador tem-se tornado um evento de grande projeção no cenário acadêmico da Faculdade de Administração IPH. Além da motivação, da dinâmica, da satisfação e entusiasmo despertados pela Semana do Administrador, nos diversos setores da faculdade; um destes setores respondeu com maior efusão e grande interesse: o setor estudantil.

A seguir algumas declarações de alunos relativas às palestras; muitas das quais traduzem a assimilação, o aproveitamento e a análise didática expressas por alguns dos muitos participantes da Semana do Administrador; são alunos do 2º ano dos cursos de Administração de Empresas e Administração Hospitalar.



Professores Albino, Domingos Fiorentini, Jarbas Karman, Sr. Álvaro Melo (Representante da CRA – Conselho Regional de Administração) e Professora Fernanda Assayag

ADMINISTRADOR EMPREENDEDOR: PROFISSÃO VIÁVEL PARA UM MUNDO SEM EMPREGO.

* Este tema foi apresentado pelo Prof. Álvaro Melo, do Conselho Regional de Administração, e mostrou que o empreendedorismo constitui-se em oportunidade e ensino em um mundo sem empregos.

O empreendedorismo está na pessoa capaz de detectar e transformar uma situação em um negócio. Para o palestrante, o Brasil apresenta um mercado promissor, com grande potencial para aqueles que sabem captar

e transformar dados em conhecimentos.

O administrador tem o papel fundamental de transformar o “calor de uma ação” em algo concreto e inteligente, para tanto precisa tomar decisões certas, negociar, comunicar, assumir riscos e trabalhar em equipe.

Flávia Dias de Miranda Restine Caíres

A IMPORTÂNCIA DA SEMANA DO ADMINISTRADOR

* A Semana do Administrador constituiu ótima oportunidade para adquirirmos conhecimentos, bem como compartilharmos experiências profissionais com pessoas que, há muito tempo, estão no mercado de trabalho.

Com certeza, levamos conosco um pouco do muito que nos foi passado, pois esses conhecimentos agregam valor à nossa carreira profissional e ao nosso desenvolvimento pessoal.

Chegamos à conclusão que foi uma semana muito importante para todos nós, afinal, todos os assuntos abordados trouxeram-nos grandes conhecimentos. Em todas as palestras foi possível perceber a satisfação dos palestrantes em poder partilhar suas experiências conosco, graduandos, e nos alertar quanto a problemas futuros, que poderão ocorrer em nossa prática profissional.

A Faculdade de Administração IPH ofereceu aos alunos a oportunidade de agregar conhecimentos, conhecer pessoas e assuntos novos, ensinando aos alunos aprender sempre mais.

Ana Eliza Helfstein Garcia

O PAPEL DA LIDERANÇA EM PROCESSO DE MUDANÇA

* A palestra, ministrada pela Profª Miriam do Carmo Branco da Cunha, enfatizou a importância de um líder perseguir os objetivos de: prosperar, perpetuar-se e de assegurar longevidade à empresa. As organizações, com

maiores chances de sucesso, são aquelas preocupadas em montar times vencedores e oferecer, aos seus colaboradores, qualificação profissional.

A prevalência de sentimento coletivo é fundamental, pois, por meio da interação, integração e sinergia, privilegia-se a inteligência coletiva, também, o objetivo do grupo deve prevalecer sobre objetivos individuais.

Fausto da Silva Barbosa



Professora Miriam do Carmo Branco da Cunha

AS MUDANÇAS, OS DESAFIOS... O ADMINISTRADOR

* A apresentação do Prof. Humberto Pandolpho Junior realçou a necessidade do administrador estar preparado para mudanças e desafios e ter habilidade para compreender suas causas, seus efeitos e suas consequências.

Os desafios: aceitar que mudanças aconteçam, que visões do futuro sejam transformadas em vantagens competitivas e que a organização conte com pessoas com talento, para entender o passado e preparar o futuro.

Viviane Santana



Professor Walter Budacs Junior, Palestrante Humberto Pandolpho Junior e Daniel de Oliveira Mendoça, aluno da Faculdade.

A IMPORTÂNCIA DO AGRONEGÓCIO PARA O BRASIL

* Esta palestra foi apresentada na quinta-feira, pelo Prof. . Mario Sergio Assayag Junior. Ao conceituar o agronegócio, o palestrante nos mostrou os diversos segmentos que constituem este mercado, a necessidade de mais apoio por parte do governo brasileiro e a urgência em melhorar as condições de transporte e armazenamento de produtos.

Apresentou, também, a possibilidade de geração de empregos neste setor e o déficit de profissionais especializados em São Paulo, o que gera a vinda de profissionais de outros estados brasileiros.

O agronegócio é responsável pelo equilíbrio da balança econômica, por meio das exportações que realiza, porém, a atenção do governo brasileiro para o setor não é suficiente.

Adilson Conceição de Oliveira



Professor Mario Sérgio Assayag Junior

O PAPEL DO ADMINISTRADOR NA BUSCA DE EXCELÊNCIA NAS ORGANIZAÇÕES

* Pela palestra ministrada pelo Prof. Márcio Ciamponi, foi possível compreender que a valorização do trabalhador, em organizações, é o fator principal para o desenvolvimento de uma cultura organizacional.

Para alcançar excelência no atendimento, o administrador precisa acreditar na missão da empresa, trabalhar por ela e expor sua visão junto a organização. Esta visão deve ser geral, capaz de analisar e verificar o todo, ou seja, deve ser uma visão holística, apreciando o homem como um ser multidimensional, evolutivo.

Por fim, o palestrante apresentou seis

requisitos que permitem a busca pela excelência: realidade, percepção, energia, consciência, necessidades e evolução

Juliana Ferreira de Almeida



Professores Alex Lins Soares, Jorge Escobar, Marcio Ciamponi, Albino P. Salgueiro e Hermann Gonçalves Marx

HOSPEDARIA DE CUIDADOS ESPECIAIS HSPM-SP

A Dra Dalva Yukie Matsumoto apresentou o programa desenvolvido pelo Hospital do Servidor Público Municipal, que visa a dignidade durante o tratamento da doença e na morte. A qualidade de vida em todos os momentos dos pacientes e de suas famílias.

Existem muitas pessoas despreparadas, que não sabem que, até na hora da morte, é possível haver qualidade na assistência. O grupo, envolvido no projeto, está preparado para dar atendimento de forma diferenciada; familiariza-se com os paciente e muitas vezes leva-os para casa de repouso e transforma-a em seu novo lar.

Os profissionais, do grupo, acreditam que as pessoas podem falecer da maneira que desejam, sem sofrimentos, sem rancores e sem deixar seus últimos desejos pendentes.

Milena de Souza Colhado



Professora Dalva Yukie Matsumoto

CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS

A enfermeira Tatiana Hereny Formigoni dos Santos apresentou o quadro da deficiência, importância e necessidade da captação de órgãos no sistema de saúde.

No Brasil, a lei que autorizava o doador manifestar sua decisão de doar órgãos, ainda em vida, foi vetada, deixando esta responsabilidade para os familiares. Devido à falta de informação, as doações ainda são consideradas um tabu e os familiares, dos possíveis doadores, passam a ser abordados no momento trágico da perda.

A abordagem é realizada por profissionais altamente qualificados e, quando é bem sucedida, deparam-se com a morosidade dos trâmites legais, para a liberação da doação e da retirada dos órgãos. A burocracia constitui o fator que mais dificulta essa tarefa salvadora de vidas.

A palestrante concluiu sua apresentação defendendo que a conscientização da importância da doação de órgãos evitaria que essa tarefa fosse tão árdua e os resultados poderiam beneficiar muito mais pessoas do que atualmente.

Célia Garcia Assis



Professores Antonio Carlos Crespim e Tatiana Hereny Formigoni dos Santos

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA ATENÇÃO BÁSICA

* A Dra. Maria da Glória Zenha Wieliczka iniciou sua apresentação com o histórico e a evolução da saúde pública no Brasil. Informou que a saúde é um produto social; que foram desenvolvidos vários programas de gestão de saúde e descreveu alguns dos



Professora Fiorella d'Acquarica, Dra Maria da Glória Zenha Wieliczka e Professor Luiz Antonio Reis

processos desta nova gestão de sucesso.

A descrição detalhada de como administrativamente intervir no processo saúde-doença foi de grande importância para fortalecermos a idéia de planejamento, prevenção e principalmente a importância do conhecimento dos clientes.

Foi constatado, na palestra, que a saúde pública no país cresceu significati-

vamente, mas, comparando com outros países, estamos apenas engatinhando. O importante é melhorarmos sempre, mesmo que a passos vagarosos, pois, é melhor caminhar do que parar.

Aliny de Oliveira Figueiredo

PROGRAMA CQH – FMUSP

* A semana do Administrador foi encerrada com a palestra sobre o Programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH), proferida pelo Dr Haino Burmester. O mesmo descreveu os critérios de avaliação da qualidade, baseados nos fundamentos que refletem valores corporativos e direcionam as ações e práticas de gestão das organizações.

São considerados referências de excelência os seguintes fundamentos: liderança e constância de propósitos; visão do futuro; foco no cliente e mercado; responsabilidade

social e ética; decisão baseada em fatos e a valorização das pessoas.

Ao final da palestra, foi exposta, para reflexão, a seguinte frase: "A excelência é uma habilidade conquistada através de treinamento e prática, somos aquilo que fazemos repetidamente. Excelência então, não é um ato, mas um hábito" (Aristóteles).

Claudia Aparecida Pereira



Professora Silvia Carvalho Bergman e Dr Haino Burmester

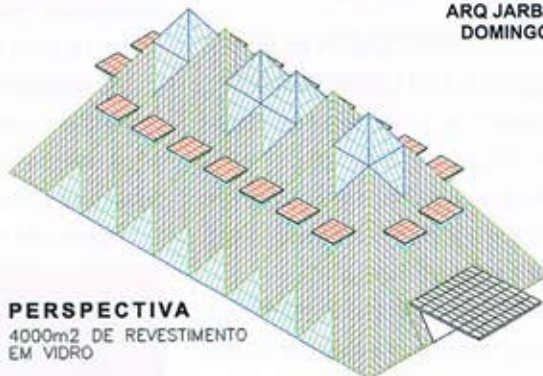
WWW.AVEC.COM.BR



PROJETOS ESPECIAIS EM VIDRO



NOVA SEDE HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS-SP
ARQ JARBAS KARMAN E DOMINGOS FIORENTINI



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

Líder nos EUA, agora no Brasil.

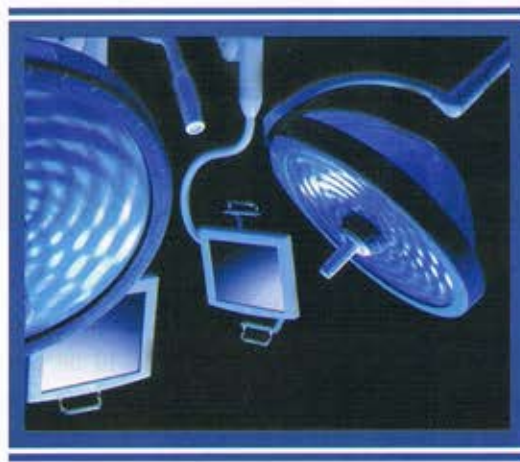


A STERIS é parceira de arquitetos e administradores hospitalares e possui experiência de 7.000 projetos realizados nos últimos 30 anos.

- Desenhos e layout em CAD
- Análise de fluxo e espaço
- Análise de produtividade e eficiência
- Programas em realidade virtual



Mesa Cirúrgica AMSCO®



Sistema de Iluminação e visualização cirúrgica Harmony™ LA

As melhores soluções para a Central de Esterilização e Centro Cirúrgico



STERIS América Latina
Av. Ibirapuera, 2970 - cj 1401
04029-200 - São Paulo - SP
tel: 55 11 5053-9823
www.steris.com

STERIS®

Santa Cruz inicia curso de pós-graduação em administração hospitalar



Foto: Rogério Itakazu - (Reprodução do Jornal Vozes - nº 139 - Pág. 5, 20/01 a 02/02/2006 - Ano 6)

O curso de pós-graduação em Administração Hospitalar do Hospital Santa Cruz começou no dia 10 de janeiro. A aula inaugural foi precedida de uma cerimônia oficial, com as presenças de representantes do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento de Pesquisas Hospitalares (IPH) e de Paulo Yokota, presidente da Diretoria da Sociedade Brasileira e Japonesa de Beneficência Santa Cruz, mantenedora do Hospital Santa Cruz.

A abertura foi feita pelo superintendente-adjunto de Engenharia e Apoio, Fumio Araki, que coordena o curso com o superintendente-geral, doutor Milton Osaki. Ele lembrou a importância do IPH, parceira do Santa Cruz neste projeto. "O IPH é a mais antiga faculdade de Administração Hospitalar da América Latina. Com este curso, pretendemos oferecer conhecimentos complementares imprescindíveis para uma boa administração hospitalar", destacou.

O economista Paulo Yokota espera que a parceria traga benefícios mútuos para as duas instituições. Ex-professor da Universidade de São Paulo (USP), ele transformou seu discurso em uma aula para os 25 alunos do curso e convidados. Para Yokota, a associação do conhecimento acadêmico com o exercício diário da profissão é uma combinação que possibilita a reciclagem e a criação de um espírito crítico de quem já atua na área.

O presidente do Santa Cruz lembrou que cada organização tem suas peculiaridades e que, por este motivo, os administradores têm de estar atentos às demandas de mercado. "As demandas, e não os modismos, é que ditam para onde os administradores devem seguir. É preciso estar atento e ser dinâmico para antecipar

as mudanças e descobrir nichos do mercado que vão consumir o serviço oferecido. E mais que isso, é necessária uma ampla divulgação do que a organização oferece, para que o público-alvo tenha conhecimento", ensinou. Yokota lembrou, também, que o administrador está sujeito a limitações, o que o leva ao desafio de oferecer eficiência a custo acessível.

O diretor do IPH Domingos Fiorentini destacou que a parceria com o Hospital Santa Cruz possibilitou o primeiro curso in-company da instituição. "É importante porque oferece comodidade aos alunos e reduz os custos operacionais", garantiu. Ele adiantou que o IPH vai montar dois novos cursos de pós-graduação. O primeiro será o de Engenharia Clínica. Em seguida será implantado o curso lato sensu de Biossegurança (Biológica, Química, Radiológica e Geneticamente Modificados). "Nossa proposta é sempre oferecer um ensino de qualidade, com padrão internacional, para que o profissional possa dispor de atualizações constantes em sua área de atuação", afirmou.

PALESTRA PROFERIDA PELO DR. PAULO YOKOTA - PRESIDENTE DO HOSPITAL SANTA CRUZ,

dia 15 de Fevereiro de 2006, na apresentação do projeto HSC

Senhoras e senhores,

1. Agradecemos profundamente a todos que compareceram a esta reunião, que ainda é preparatória. Com os presentes nesta plateia poderíamos formar, estou certo, até um ministério, mas não desejamos competir com o Governo. Esperamos viabilizar, humildemente, um projeto que atenda, pensamos, parte das necessidades agudas do Brasil na área da saúde.

2. Não vou poder citar a todos, mas o Hospital Santa Cruz sente-se muito estimulado com a presença da dinâmica empresária Chieko Aoki, presidente do Blue Tree nesta reunião. Como da diretora Ângela Hirata, da Alpargatas, ela que exporta para mais de 120 países. Da Profa. Mineko Tominaga, Livre Docente de Bioquímica da USP, atualmente na Escola Paulista de Medicina. Da Suzana Batels, presidente do Jornal Nippo-Brasil do grupo IPC, que também mantém 3 canais de televisão por satélite no Japão, além do jornal de maior circulação em português naquele país. Da incansável Etsuko Uejima, vice-presidente da Assistência Social Dom José Gaspar. Da Tokiko Kanazawa, observadora do Consulado Geral do Japão, que

muito nos tem ajudado. Bem como de muitas outras senhoras que ajudam o Hospital Santa Cruz. O mundo é das mulheres, cada vez mais, e só espero que continuem nos aceitando como parceiros.

3. Dos homens, estamos hoje com Alex Periscinoto, o mais respeitado profissional da comunicação social, meu guru no assunto. Com o Dr. Antonio Junqueira, único brasileiro que ocupou a presidência da entidade mundial de combate ao câncer. Com o Prof. Dalton Chamone, Titular da Medicina USP, presidente da Fundação do Sangue e do Instituto Central do Hospital das Clínicas. Com o meu colega Luiz Paulo Rosenberg, Assessor Econômico do Presidente José Sarney, Presidente Honorário desta casa, e filho de David Rosenberg, consagrado professor, assistente de Benedito Montenegro, primeiro superintendente do Hospital Santa Cruz. Com o Milton Dallari, reconhecido especialista em preços e abastecimento. Esperamos que nos ajude a melhorar a nossa tabela de preços. Com a equipe da Camargo Correa, com os diretores da Philips, Siemens e GE, nossos fornecedores. Com os representantes do Banco do Brasil, do Sudameris e do Bradesco, dos quais esperamos muita ajuda.

4. Da comunidade nikkei estamos com representantes de diversas entidades beneficentes, com os quais atuamos em conjunto. Com o Raul Takaki, presidente do Jornal Nikkey. Dele dependemos para manter a nossa imagem. Com o representante de Milton Kakumoto da FAST onde todos estão comprando produtos eletrônicos e domésticos. Com o Renato Nakaya, da Sakura – que está implantando novas fábricas para atender ao boom mundial de comida japonesa. Com o Koichi Gytoku, da Gytoku – cujos azulejos são conhecidos de todos. Com o Oswaldo Takata, da Takata, pioneiro no comércio de material de construção. Com os veteranos colaboradores do Santa Cruz, como Tsutomu Nakamura, conselheiro do Banco Sumitomo Mitsui, de onde esperamos muito. Com o Shinomata, que além de seguros vem canalizando as doações do Rotary do Japão para o Hospital. Com o Eiji Denda, diretor do Bunkyo, atuando na assistência social desde o seu primeiro emprego. E muitos dos nossos brilhantes médicos que honram esta casa, encabeçado por José Marcos Mélega, nossa ligação com a Universidade de Cagliari na Itália. Ele voltou ainda esta semana de lá, onde atua alguns meses do ano. Com os representantes da Associação das Vítimas da Bomba Atômica, a quem pedimos aplausos pela merecida vitória no tribunal superior de Hiroshima, mais uma etapa importante no seu trabalho. Peço escusas aos que não pude citar, mas que consideramos tão ou mais importantes que os mencionados.

5. Como é do conhecimento de todos, entre os atuais desafios da humanidade está o custeio das atividades médico-hospitalares. O problema é grave no mundo industrializado, com as modificações demográficas e avanços da tecnologia médica. Nos países como o nosso, ele é mais dramático. Imitamos uma avestruz, imaginando que

o SUS vai resolver as nossas necessidades. Os hospitais beneficentes, como o nosso, precisam suprir parte das deficiências públicas.

6. É difícil acreditar, mas em São Paulo, um dos centros mais avançados de tecnologia hospitalar, não se dispõe de um hospital geriátrico. Outro centro, como Porto Alegre, conta com uma unidade apoiada pela JICA. Entre o bairro da Liberdade até o Jabaquara, onde há a maior concentração de população nikkei, e onde se situa o Santa Cruz, não se conta sequer com uma casa de repouso de idosos administrada pelas entidades desta comunidade. Uma pesquisa efetuada pela Beneficência Nipo-Brasileira com financiamento do JICA, consultou mais de 4.950 idosos, e eles revelaram que gostariam de continuar vivendo próximo dos seus familiares, de preferência em local de fácil acesso ao metrô.

7. Num recente artigo publicado no Japão, o professor Kaneko, Chairman da Sociedade Japonesa de Tomografia, fala de uma estatística alarmante do Instituto do Câncer daquele país. Informa que 46% dos homens terão algum tipo desta doença durante a sua vida, e 35% entre as mulheres. A boa notícia é que, detectada precocemente num Check Up, mais de 90% delas são perfeitamente curáveis.

8. O Hospital Santa Cruz dispõe-se a enfrentar desafios deste tipo, com custos compatíveis, mas isto só será viável com a colaboração de pessoas dedicadas como vocês. Temos tudo para



isto, utilizando melhor o que dispomos. Esta entidade foi criada em 1926, com o nome de DOJINKAI – Beneficência Japonesa. Adquiriu este terreno onde estamos, hoje com valor estimado em cerca de US\$ 10 milhões, do qual utilizamos somente 1/3 do potencial construtivo. Temos uma longa história de colaboração da comunidade com os melhores médicos brasileiros, e com os que vieram do Japão. Informamos os imigrantes sobre as doenças tropicais. Hoje fazemos o mesmo para os brasileiros residentes no Japão sobre os costumes ►

médicos naquele país.

9. Contamos com nomes consagrados da medicina brasileira, que atuaram no Santa Cruz. Citamos Alípio Correia Neto, Henrique Mélega, Jesus Zerbini, Antonio Prudente e muitos outros. Vejam uma pequena parte do nosso acervo histórico, hoje exposto ali no hall deste auditório.

10. Desde a criação do Dojinkai, atuando com clínicas, organizamos a campanha para arrecadar os recursos para construir o hospital. Até os modestos colonos nas fazendas de café doaram, no mínimo, um tijolo para a construção deste hospital. Formamos enfermeiras, tivemos duas escolas. O MITA KAI, o poderoso lobby de 300.000 formados pela Universidade de Keio, que comemorará 150 anos em 2008, o mesmo do Centenário da Imigração, sempre nos ajudou. Desde antes da nossa construção. Continuamos recebendo, até hoje, a visita anual de pro-fessores e formandos da Faculdade de Medicina daquela Universidade.

11. O Hospital do Câncer nasceu no Santa Cruz, com Carmen e Antonio Prudente. Fomos pioneiros no atendimento privado da previdência social. Um período difícil foi quando os recursos dos IAPs foram desviados para a construção de Brasília, deixando os hospitais desamparados.

12. É mito que o Santa Cruz foi tomado dos japoneses, pois mesmo durante a Guerra e depois dela continuamos contando com dirigentes japoneses, como o Dr. Takeda e outros. Foram feitas várias tentativas para uma volta da cooperação mais ativa da comunidade nikkei.

13. Um acordo, em 1990, permitiu a execução de um Plano de Modernização do Santa Cruz, quando foram investidos mais de US\$ 25 milhões. 70% foram com recursos locais, inclusive oficiais, mais de 60% foram gerados no próprio Hospital. Vejam, por favor, os detalhes no relatório que receberão hoje. As empresas também ajudaram com importantes doações, bem como o governo japonês com doações de equipamentos do JICA. O Consulado Geral do Japão vem nos apoiando.

14. Hoje temos diversos convênios internacionais, nos Estados Unidos, na Europa, no Japão e no Peru. Tentamos acompanhar o que acontece no mundo. Realizamos muitos procedimentos de alta complexidade, atuamos com "day hospital" e "home care". Usamos muitas técnicas lapa-rosópicas. Atendemos o que a população demanda hoje e tentamos ver o futuro mais longínquo. Temos o orgulho de ser o maior hospital oftalmológico da América Latina.

15. Existem problemas, é claro. Nossos recebíveis crescem com o faturamento, exigindo a utilização de custosos financiamentos bancários. O nosso Plano de Saúde subsidia muitos segurados antigos. Não temos espaços construídos para a ampliação dos serviços, estamos alugando cerca de 10 imóveis nesta redondeza.

A Constituição nos protege contra a fúria tributária, temos vários mandatos de segurança, e um certificado de filantropia anterior à atual lei de 1972. Temos um direito adquirido consagrado até no Supremo. Mas as fiscalizações e os burocratas nos incomodam, como a outras instituições filantrópicas.

16. Temos uma forte demanda de serviços para as pessoas de idade avançada, e temos pessoal para atendê-los, mas nem



todos os pacientes podem arcar com os custos da atual medicina. Poderemos fazer mais e melhor, absorvendo a tecnologia avançada. A medicina preventiva é mais barata que a curativa. Já atendemos o pessoal do Consulado, da JICA, as vítimas da Bomba Atômica, bem como de muitas empresas japonesas e brasileiras no Check Up. Desejamos ampliar o nosso atendimento, incorporando tecnologias decorrentes de pesquisas que nos permitam efetuá-lo de forma mais econômica.

17. Neste ano, estamos executando um programa de transição, com aperfeiçoamentos de processos, melhorando o nosso custo / benefício. Na procura por maior eficiência, efetuamos cirurgias noturnas, bem como nos fins de semana. Estamos ampliando o nosso atendimento empresarial, consolidando a rede de hospitais que conta com mais de 50 instituições que atuam em conjunto conosco, para facilitar o leasing de equipamentos, e aproveitarmos as economias de escala.

18. Estamos ampliando a rede de suporte do Hospital, onde vocês são muito importantes. Estamos negociando com os parceiros comerciais, com as equipes médicas, aprofundando os entendimentos com os fornecedores de equipamentos, com as construtoras e incorporadores. Estamos nos entendendo com os financiadores, estamos finalizando um acurado estudo de viabilidade econômica e financeira. Exploramos todas as possibilidades de programas de

pesquisas e assistência técnica, que permitam reduzir os custos financeiros do projeto, pois podem incorporar algumas doações de equipamentos. Estamos nos entendendo com as autoridades brasileiras e estrangeiras, explorando várias possibilidades.

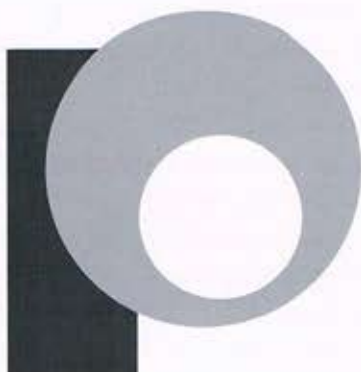
19. Mantemos contatos constantes no Japão, nosso vice-presidente Masato Ninomiya lá está, e em outros países, fortalecendo o nosso intercâmbio, visando parcerias onde partes dos investimentos possam ser absorvidas. A JICA nos visitou para examinar a possibilidade de preparo de pessoal de saúde para países do terceiro mundo, que pretendemos atender através de convênios com instituições de ensino.

20. Estamos organizando conselhos empresariais para melhorar a nossa eficiência. As senhoras sempre foram importantes nas entidades beneficentes no Brasil e estamos ampliando a sua participação, tanto como voluntárias, como dirigentes. Precisamos dos jovens, destes talentos competentes e criativos, pois os hospitais utilizam muito das atuais tecnologias eletrônicas. De profissionais para absorver o que já se faz de melhor, no Brasil e no mundo em matéria hospitalar. Ao mesmo

tempo que preservamos a nossa humanidade, nossa história e nossa cultura, provocamos uma maior solidariedade comunitária. Temos muito trabalho para todos quanto desejarem colaborar. O desafio é muito grande, as condições difíceis, mas as necessidades nos induzem a uma maior criatividade. A solidariedade humana é gratificante para nós do Santa Cruz.

21. Temos um ótimo terreno, uma longa história, um corpo clínico invejável, colaboradores que nos honram, uma cultura de trabalho, atendimento com cortesia e solidariedade. Estamos certos que deste trabalho coletivo podemos conseguir muito mais, em cooperação com outras entidades da comunidade. Vamos nos preparar para lançar brevemente uma campanha pública para a captação de recursos segregados, voltados para as comemorações do Centenário da Imigração, bem como Ano do Intercâmbio Brasil Japão, com a ajuda de todos.

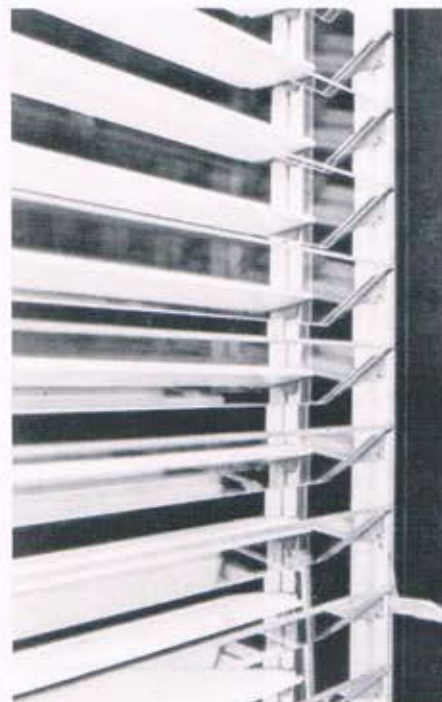
22. Estamos hoje, como sempre, à inteira disposição de todos para esclarecimentos adicionais em sessões específicas. Estamos abertos às críticas e sugestões de todos vocês. Muito obrigado pela atenção. ■



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



Jantar de Confraternização IPH 19 de outubro

(Sociedade Harmonia de Tênis)

Professores, Coordenadores, Funcionários e Diretores do IPH reuniram-se em um jantar de confraternização e de trabalho.



Presentes: Prof. Ailton Viriato de Freitas, Sra. Maria da Salete Carvalho Fontenele, Profa. Fernanda Helena de Macedo Assayag, Prof. Rubens Murauskas, Profa. Fiorela D' Acuarica, Prof. Walter Budacs Junior, Prof. Antonio Carlos Crespim, Prof. Fumio Araki, Dr. Domingos Fiorentini, Profa. Ana Lucia Ruiz Guilhermoni, Prof. Jarbas Karman, Prof. Albino Pereira Salgueiro e Sr. Walter Ribeiro



Professores: Antônio Carlos Crespim, Fumio Araki e Domingos Fiorentini



Professores: Fernanda Macedo Assayag, Rubens Murauskas, Fiorela D' Acuarica e Walter Budacs ■

Adh'2006 – SÃO CAMILO – AGENDA

- **Adh'2006** Congresso Nacional de Administração Hospitalar
- **ENFQUALI'2006** – VII Congresso Brasileiro de Qualidade em Enfermagem
- **CQH'2006** – X Congresso de Qualidade Hospitalar
- **CONNUT'2006** – VI Congresso Nacional de Nutrição e Tecnologia
- **FONOHOSP'2006** – IV Congresso Nacional de Fonoaudiologia Hospitalar
- XVI Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar e VII Congresso Internacional de Engenharia e Arquitetura Hospitalar
- VIII Exposição de Projetos de Engenharia e Arquitetura Hospitalar
- XI Congresso Brasileiro de Gestão Financeira e Custos Hospitalares e
- VII Congresso Internacional de Gestão Financeira e Custos Hospitalares
- VIII Congresso Brasileiro de Hotelaria Hospitalar
- VI Congresso Brasileiro de Auditoria Médico-Hospitalar
- II Congresso Brasileiro de Tecnologia da Informação em Saúde

- Congresso Brasileiro de Reabilitação
- I Congresso Internacional de Marketing em Saúde
- IV Jornada Brasileira de Gestão de Pessoas (RH) em Saúde
- IV Jornada Brasileira de Diretores Clínicos e Gerentes Médicos
- IV Jornada Brasileira de Ciências Farmacêuticas na Área Hospitalar
- II Jornada Brasileira de Gerenciamento de Riscos
- II Jornada Brasileira de Saúde Ambiental
- I Jornada Nacional de Administração Hospitalar

Período: 20 a 23 de junho de 2006

Local: Expo Center Norte – São Paulo

V Visita Técnica Nacional de Engenharia e Arquitetura Hospitalar

Data: 05 a 08 de abril de 2006

Local: São Paulo – SP

Contatos: 0800-17-8585
eventos@scamilo.edu.br
www.scamilo.edu.br

Visita técnica

A Professora Vera Lúcia Galvani, titular da cadeira de Comércio Exterior, empreendeu visita técnica, no dia 22 de outubro de 2005, liderando um grupo de alunos do 4º ano de Administração de Empresas, às instalações do Porto de Santos para conhecimento de suas operações.

Programa de Trabalho Realizado

O grupo iniciou seus trabalhos visitando o Terminal da Libra – T37, o maior terminal de movimentação de contêineres da América Latina, que iniciou suas operações em 1995, quando venceu a primeira licitação pública de um terminal de contêineres, realizadas pela Cia. Docas do Estado de São Paulo - CODESP, marcando o início da privatização das Operações Portuárias no Brasil.

No Terminal T-37, os alunos ficaram conhecendo, através de um video-documentário, todas as atividades operacionais do Porto de Santos, envolvendo: carga, descarga, deslocamento de carga, armazenamento, organização portuária, segurança e outras atividades secundárias.

Como complemento à visita ao Terminal, foi realizada pelo Sr. Marco Antonio Lopes, do Depto. de Atendimento ao Cliente, uma importante palestra enfocando a operacionalidade do Porto de Santos, destacando o Terminal da Libra no contexto geral do Porto.

Na oportunidade, o palestrante considerou de grande importância a Lei Federal n.º 8.630/93 que trata da modernização dos Portos no Brasil. Em atendimento a essa lei, está se realizando obras de investimentos na reestruturação e modernização do Porto.

Em vista disso, está cada dia mais visível a eficiência do Porto, que se agiganta em novos recordes de operação, garantindo o sucesso de embarque e desembarque, contados em milhões de toneladas de produtos.

Aos alunos foi ainda destacado, que as

Visita ao Porto de Santos



Palestrante mostrando reportagem do Porto de Santos na Edição da Revista IPH nº 5

obras de melhoria do Porto, estão concentradas presentemente em várias frentes:

1 Instalação de medidas de segurança relacionadas com a atividade geral do porto, incluindo o deslocamento de navios, operação de carga e descarga, deslocamento de mercadoria interna dentro das instalações portuárias, armazenamento, gerenciamento das operações portuárias e outras.

2 Dragagem de aprofundamento do canal de acesso ao porto para 15 metros e posteriormente para 16 e 17 metros, objetivando a recepção de navios de maior porte, de aproximadamente 110 mil toneladas.

3 Implantação de um farol referência, de longo alcance, para orientação e segurança dos navios, com raio de alcance de 34 km.

A longo prazo está projetado: 1 - Execução do projeto Barnabé/Bagres, que visa duplicar a capacidade de movimentação de cargas no Porto, com destaque para o projeto de instalação de 50 berços de atracação de navios, com aproximadamente 220m de comprimento cada

um; 2 - Construção do Túnel, sob o Estuário de Santos, com extensão de 700 metros, visando a travessia obrigatória de cargas de Santos a Guarujá. Serão economizados 75 quilômetros de percurso com a construção do novo túnel. Ambos os projetos destinam caracterizar o Porto de Santos como "O Porto do Futuro".

Numa outra fase da visita, o grupo teve a oportunidade de percorrer, de barco, o Estuário do Porto, onde estão concentrados

os Terminais de Cargas e Descargas para vários tipos de Terminais especializados. Nas duas margens do canal, o grupo se concentrou em observar as atividades de operação de cargas dos navios atracados.



Conclusão da Visita

A visita ao Porto de Santos é um grande instrumento de ajuda aos alunos de Comércio Exterior, por se tratar de uma organização que sintetiza grande parte da performance da economia brasileira, na medida que representa, em embarque e desembarque de mercadorias, um volume de valor de quase 30% de todo o Comércio Exterior

Brasileiro.

Com a promulgação da Lei n.º 8630/93 – Lei de Modernização dos Portos no Brasil, o Porto de Santos vem se adiantando aos demais e tem recebido grandes investimentos, que o faz estar continuamente em processo de modernização e ampliação de suas instalações. Fato é que, para um futuro próximo, está programada a execução do Projeto Barnabé/Bagres, responsável pela duplicação da movimentação de cargas no Porto.

A Diretoria do IPH agradece ao Sr. Marco Antonio Lopes, da empresa Libra, pela prestação do atendimento dos interesses do grupo; assim como ao Coordenador da Faculdade IPH Prof.



Grupo de alunos do 4º ano de Administração de Empresas

Albino Pereira Salgueiro pelo reconhecimento da importância da visita, como complemento prático aos conhecimentos teóricos ministradas em aula; às Profs. Marlene Tamasauskas e Fiorella D'Acquarica da área de Administração Hospitalar, que participaram gentilmente da visita, enriquecendo os trabalhos junto ao grupo, com importantes observações de aprendizagem em relação ao evento. ■

Confraternizações de fim de ano



As áreas de lazer da Faculdade de Administração IPH têm sido palco para muitos eventos promovidos por alunos para confraternizar com colegas, professores e familiares.

Durante todo o ano de 2005 ocorreram inúmeras festas, churrascos e outras modalidades de eventos que consolidaram as amizades e alegraram o cotidiano acadêmico.

A Faculdade acredita que estas manifestações são fruto de um relacionamento sadio entre alunos, professores e funcionários, que não se importam em permanecer além do horário de aulas para participar dos eventos. ■

Semana de Defesa dos Trabalhos de Conclusão de Curso

Legalmente constituída, segundo o regimento da Faculdade de Administração IPH, a semana de defesa dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) é um evento que mobiliza toda a comunidade acadêmica.

As defesas aconteceram entre os dias

01 e 09 de dezembro, nas dependências da Faculdade. Os temas de pesquisas desenvolvidos contemplaram todos os segmentos da Administração e a maior parte dos trabalhos defendidos utilizou a pesquisa de campo para o desenvolvimento de conhecimentos científicos e técnicos. ■

IPH É NOSSO!

A Faculdade de Administração IPH, está localizada no bairro do Real Parque, próximo ao Pão de Açúcar, a loja Decathlon, a Academia Reebok e do Projeto Casulo, do qual fazemos parte, prestando serviços à comunidade local. Temos condução próxima, com acesso ao Shopping Morumbi, Terminal Bandeira, Praça da Sé e Av. Santo Amaro. A faculdade possui estacionamento próprio, com manobrista e preço acessível.

A faculdade dispõe de laboratório de informática, com acesso a Internet e os principais programas do Office. O Laboratório conta com um técnico de informática que está à disposição dos alunos, para qualquer auxílio necessário.

Temos biblioteca com variedade de livros, revistas e outras fontes para consulta. Além disso, nossa bibliotecária organiza uma hemeroteca para auxiliar nossas pesquisas e atualização sobre os principais assuntos em discussão.

O auditório da faculdade tem capacidade para mais de 250 pessoas, equipado com ar-condicionado, data-show, som, microfone etc. É neste espaço que acontece anualmente a "Semana do Administrador" com palestras sobre temas diversos na área de administração de empresas e administração hospitalar. Além do auditório, as salas de aula também são equipadas com ar-condicionado e ventiladores.

Localizada no piso térreo, a lanchonete é ponto de encontro para um bom café entre amigos e momentos de descontração com os professores.

Nosso corpo docente é formado por uma equipe multidisciplinar, com profissionais oriundos de diversas áreas de conhecimento, entre mestres e doutores que garantem a qualidade e excelência de ensino da nossa faculdade.

Venham fazer parte desta equipe de sucesso, que possui administração até no nome. ■

Marluce Gonçalves de Souza*
Vanessa Cristina do Nascimento*
Vivian Rodrigues Macedo de Andrade *

* Alunas do 4º Ano de Administração de Empresas

Jantar de Homenagem



O jantar oferecido pela Faculdade de Administração IPH na Sociedade Harmonia de Tênis (SP), dia 14 de Dezembro de 2005, aos professores, coordenadores e respectivas esposas, responsáveis pelos Cursos de Pós-Graduação do IPH: Prof. Albino Pereira Salgueiro, Coordenador Acadêmico, Prof. Antônio Carlos Crespim, Gestor de Relacionamento, Prof. Sebastião Variante, Coordenador dos Cursos do Banco do Brasil que foram homenageados pelo Prof. Domingos Fiorentini, Diretor Geral da Faculdade e Prof. Jarbas Karman, Presidente do IPH, pelo muito que contribuíram para o incremento dos Cursos oferecidos pelo IPH no ano.

Comissão de estudos NBR 7256

Os membros integrantes da Comissão de Estudos da Norma de Tratamento de Ar em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, NBR 7256, festejaram, dia 09 de Dezembro de 2005 na Sociedade Harmonia de Tênis (SP), a conclusão da Norma, que demandou três anos de trabalho; a satisfação manifestada deveu-se à conclusão dos trabalhos e à sólida amizade que se estabeleceu entre os vinte e dois membros integrantes da Comissão, a ponto de pretenderem elaborar nova Norma, para não dispersar o grupo.

COMPONENTES DA COMISSÃO DE ESTUDOS DA NBR 7256:

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 09 de Julho), Marcos Kahn (KB Engenharia), Mariana Verotti (ANVISA), Mariluz Gomes (PróSaúde), Osmar Gomes da Silva (Smacna), Plínio Trabasso (Unicamp), Raul Bolliger Júnior (Smacna),



Francisco Kulcsar, Marcos Kahn, Simon J. Levy, Raul Sadir, Osmar G. Silva, Raul Bolliger Jr. e Jarbas Karman

Raul Sadir (Veco), Regina Barcelos (ANVISA), Roberto Montemor (Fundament-Ar), Sandra Botrel (Protherm), Sandro Martins Dolghi (ANVISA), Serafim Roberto da Silveira (Filtrar), Simon J. Levy (ABRAVA) e Jarbas Karman (Karman).

CEDOC-Abrava (Centro de Documentação e Informação)_Av. Rio Branco, 1492 - 01206-001 - São Paulo - SP_ Tel.: (11) 3361-7266 ramal 11, Fax: (11) 222-4418, cedoc@abrava.com.br, www.abrava.com.br ■

CAPES – O portal brasileiro da informação científica

O Governo Brasileiro mantém um portal, denominado CAPES, de acesso 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, mestrado, 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 ■



Irineu Breitman recebe título de Personalidade do Ano na Adh'2005



Em 14 de junho, o arquiteto Irineu Breitman foi homenageado com o título "Personalidade do Ano na Área da Engenharia e Arquitetura Hospitalar", durante o Adh'2005 – São Camilo – Hospitalar, em São Paulo. A homenagem aconteceu no XV

Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar, que foi realizado simultaneamente à VII Exposição de Projetos de Engenharia e Arquitetura Hospitalar, onde o arquiteto foi convidado a expor seus melhores projetos.

IPH visita a Bovespa



No dia 03.09.05, os alunos do 4º ano de Administração de Empresas, orientados pelo Prof. Walter Budacs Junior, estiveram visitando as instalações do prédio da Bovespa, localizado no centro velho da cidade de São Paulo.

Os alunos puderam conhecer na prática como o mercado financeiro funciona, suas operações e as ferramentas usadas

nos diversos tipos de negociações existentes no mercado de capitais. Os monitores deram as explicações sobre o painel de negócios, onde são transacionadas as compras e vendas de ações, e por fim, foram convidados a visitar o Museu da Bovespa, propiciando conhecimento maior sobre a história financeira de São Paulo. ■

Curso de inglês no IPH *English is good for you! Do you know why?*

O IPH, engajado no processo de ampliação de sua responsabilidade social, disponibiliza um Curso de Língua Inglesa, não apenas para seu corpo discente, mas também para a comunidade. O curso busca de maneira prática, suprir lacunas, acrescentar conhecimento e enriquecer o aprendizado geral; fundamentando, assim, a competência lingüística necessária para o pleno desenvolvimento das atividades humanas em variadas áreas de atuação, além da profissional, por acreditar que:

1. A importância de formar cidadãos aptos para interagir social, política e economicamente passa pela competência lingüística, instrumentalizada por procedimentos metodológicos

que possibilitem a leitura dialética do homem, ser social.

2. A abordagem de temas transversais no cotidiano de cada cidadão, as informações sobre eventos patrocinados por organismos internacionais como UNESCO e Conselho Britânico entre outros, e as diversas transformações ocorridas na sociedade em virtude do avanço tecnológico, geram abertura de mercados e o acesso aos meios de comunicação, para participação nesses mercados, dá-se principalmente em língua inglesa.

3. A capacitação do Recurso Humano disponível, em cada área de atuação, faz-se também através da habilidade em demonstrar

competência na arte de utilizar os conhecimentos; o saber dizer, o saber fazer, o saber relacionar-se e compartilhar esses conhecimentos não somente em português, mas também em Inglês.

4. Através da língua inglesa, abre-se uma janela para um mundo maior de oportunidades, uma "wider window to the world!" (...// www...!)

That's a good reason to study English, isn't it?

Profª. Ana Elizia de Freitas Oni

Profª. Aparecida Helena D. A. Crespim

Informações sobre o curso acesse: www.faculdadeiph.com.br ■

FESTA DE FORMATURA 2005

Albino Pereira Salgueiro

A Brilhante Festa de Formatura 2005 dos Alunos da Faculdade - IPH

O IPH É NOSSO. O IPH é de TODOS NÓS. Essas são as freqüentes frases que escutamos do Prof. Jarbas Karman, presidente e fundador do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares - IPH, entidade mantenedora da Faculdade de Administração - IPH. E, ao escutarmos as referidas frases, ditas com simplicidade e carinho, sentimo-nos imbuídos do mesmo espírito de quem as pronunciam. Esta é uma das fortes razões pela qual professores, funcionários e alunos se sentem orgulhosos de suas atividades no IPH.

O registro desse orgulho foi demonstrado na Festa de Formatura dos Alunos da Faculdade de Administração - Turma 2005, dia 21 de janeiro de 2006, no Club Hom's na Avenida Paulista, São Paulo - Capital. Uma das mais belas formaturas da Faculdade - IPH dos últimos anos. Tudo aconteceu de forma métrica; desde a Colação de Grau ao Baile de Gala e Jantar de confraternização.

A mesa de cerimônia de colação de grau foi composta pelo Vice Diretor da Faculdade e pelos Professores Albino Pereira Salgueiro (Paraninfo dos Cursos de Administração de Empresas, Comércio Exterior e Marketing), Antônio Carlos Crespim (Paraninfo do Curso de Administração Hospitalar), João Francisco Possari (Prof. Homenageado), Sérgio Melo (Paraninfo dos Cursos de Administração, Comércio Exterior e Marketing), Luiz Antônio Reis (Prof. Homenageado) e Profa. Marlene Tamasauskas (Paraninfo do Curso de Administração Hospitalar). O Prof. Albino Pereira Salgueiro informou aos presentes que o Prof. Domingos Fiorentini, Digníssimo Diretor da Faculdade - IPH, não pode estar presente à cerimônia, por motivos imperiosos. Entretanto, deixou carinhosamente um fraterno abraço aos formandos e aos familiares.

Na sequência, o Hino Nacional Brasileiro foi entoado; seguiram-se: o discurso do orador da turma de formandos, homenagens aos pais e professores e juramento solene. O clima da solenidade foi a Colação de Grau de Bacharel aos Formandos 2005.

O último ato da cerimônia de Colação de Grau foram os discursos dos paraninfos e professores, abaixo transcritos:

Jarbas Karman

Bem Vindos à Era do Administrador

Parabéns pelo privilégio que a Vocês, queri-

dos alunos e formandos, é dado de iniciarem as suas atividades profissionais de Administradores Diplomados, justamente e coincidentemente nos primórdios da Era dos Administradores Brasileiros.

Auspicioso ingresso!

E não é outro, senão Stephen Kanitz, renomado escritor e administrador formado pela Universidade de Harvard, que nos anuncia o início da tão bem vinda e aguardada Era do Administrador.

Era do Administrador que chega após decorridos longos 500 anos de espera.

Precioso tempo perdido, que agora a Vocês cabe pugnar por recuperar.

Enquanto países avançados, como os EUA, há tempos descobriram o significado e a extrema importância de uma boa administração, uma administração segura, inteligente, eficiente orientada por profissionais administradores, o Brasil contentava-se em confiar e entregar o gerenciamento de seus órgãos públicos e de empresas privadas a amadores, a administradores improvisados, a profissionais de outras áreas.

O aprendizado, a custa de erros, tentativas e improvisações, revelou-se altamente oneroso, gerador de elevado custo social.

Felizmente, podemos dar essa fase como ultrapassada.

Os resultados aí estão. Jamais o Brasil foi administrado à altura de seu potencial.

A isso acresce-se que a muitos o que interessa é a desordem, a demagogia e a desorganização, e a esse quadro acresce-se, ainda, que, quando não é a negação gerencial, é o domínio do corporativismo.

O mundo de antigamente era simples; a gerência das empresas era desprovida de maiores complicações, e a sua administração não exigia o enfrentamento da crescente complexidade científica e tecnológica atual.

A demanda por administradores era baixa; 10 anos atrás o número de administradores formados, também era reduzido, não passava de 200.000 administradores disponíveis à época; menos de 10% das empresas os solicitavam.

É o que explica o grande número de encerramento de atividades, da ordem de 50% das empresas, nos dois primeiros anos de operação. Estavam-se gerando falências, em vez de empregos.

A formação de administradores pelas Universidades e Faculdades, também, evoluiu a passos lentos; 12 anos atrás contávamos com menos de 400 Cursos. Todavia, o Brasil passou a reagir; pre-

sentemente, esse número saltou para quase 2.500 Cursos de Administração e Pós Graduação de nível superior; elevando-se a procura para perto de 20%, quase alcançando o potencial de diplomados pelas Escolas Americanas.

As nossas Escolas Superiores, por sua vez, passaram por significativas mudanças de procura; as tradicionais profissões: Medicina, Direito e Engenharia cederam lugar à Medicina, Administração e Direito: é significativo que a carreira de Administração passou a superar as de Engenharia e Economia; com isso, também, a Era dos Advogados, deu, a partir de 1964, lugar à Era dos Economistas e, presentemente, estes estão, finalmente, cedendo lugar à Era dos Administradores. O que não ocorre sem tempo, pois, Administradores têm outra visão do mundo; os EUA que o digam!

Certamente é muito auspiciosa a previsão de o número dos Administradores alcançar em 2010, isto é, daqui a 4 anos, a casa dos 2 milhões.

Número consistente, capaz de se impor no cenário nacional e na esfera dirigente do País.

É com grande alegria, satisfação e orgulho que o IPH, há 50 anos contribuindo para a elevação dos padrões administrativos nacionais, vem disponibilizar, ao País, mais um seleto grupo de cidadãos, Bacharéis em Administração, altamente qualificados, padrão IPH!

Queridos formandos, enfrentem a Era dos Administradores com segurança e galhardia, que para tanto vocês estão altamente gabaritados; que o Brasil muito precisa de Vocês!

O IPH deseja a Vocês, queridos colegas, uma carreira profícuca de muito sucesso.

Antonio Carlos Crespim

Queridos Formandos,

(...) "Honrado pela indicação como professor paraninfo e convidado das turmas de formandos da Faculdade IPH em 2005, bacharéis em administração hospitalar e de empresas e, sobretudo, por ser lembrado, dentre o corpo docente tão seleto e de extrema competência, peço licença para algumas reflexões, acerca de administração e de pessoas, cujos conteúdos resultam de dogmas e conceitos vivenciados e pertinentes à Gestão do Conhecimento:

Nos dois anos de nossa convivência em sala de aula, debatemos o relacionamento das pessoas no ambiente empresarial, particularmente enfiado na cadeira de Administração de Recursos Humanos, melhor denominada como Gestão com ►

Pessoas, onde se destacam considerações sobre as quais os novos Bacharéis devem se debruçar.

Vimos o comportamento humano sendo contemplado pela análise transacional, teorias neurolinguísticas e outras, cujo valor reconhecemos e que foram importantes para estabelecer, em um primeiro momento, a valorização das pessoas, no ambiente empresarial. Ocasão em que destacamos as contribuições de Liker; Johari e outros autores, cujo conteúdo permeou a análise do inconsciente por Sigmund Freud.

Surpreendeu-nos, em meados dos anos 90, a abordagem de Daniel Goleman que, mesmo sendo psicólogo – PHD – pela Universidade de Harvard – considerou como “estreitas” as visões formuladas com base nos conceitos acima citados. Sobretudo por Goleman valorizar um novo tipo de inteligência emocional (QE), em detrimento do quociente de inteligência (QI) tão valorizado desde os tempos da 2ª guerra mundial.

A frequência a Martin R. Portner – Neurologista – trazendo novos conceitos para a melhor empatia no trabalho, remete-nos a valorização do nosso coração nas relações pessoais.

Assim, cabe aos formandos, hoje Administradores Profissionais, considerar as evoluções e reflexões que a administração moderna traz para o aprimoramento das relações com as pessoas.

Ao administrar, vocês terão pessoas em suas equipes e vocês carecerão de se instrumentar para o adequado convívio com as mesmas.

Portanto, não se furtem de observar a Liderança Servidora, cujo modelo pode ser apreendido dos conceitos formulados por James C. Hunter, especialmente em seu livro *O Monge e o Executivo*.

Atentem, também, para os valores do coração e da alma e não se afastem de sua Espiritualidade. O exercício da fé permitirá a sua atuação profissional plena e o completo atendimento às expectativas dos seus clientes, sejam estes internos ou externos.

A atenção, dos novos administradores e profissionais, deve contemplar a diversidade e a volatilidade dos conceitos e práticas relacionadas às pessoas e ao ambiente empresarial. As empresas voltadas ao conhecimento (learning company), mantêm em seus quadros, profissionais imbuídos da máxima da valorização do capital intelectual ou dos ativos intangíveis: “conhecimento é o único bem que multiplica-se ao dividir-se”.

A todos, êxito! E que a instrumentalização recebida em sua formação acadêmica se tangibilize, cristalinamente, em seu atuar profissional.

Marlene Tamasauskas

Caros Colegas

Caros formandos e meus colegas de trabalho, pois há 24 anos eu me formava nesta mesma entidade.

Agradeço a DEUS, à vida a oportunidade de poder ter convivido com vocês. E a graça de poder deixar uma mensagem com muita emoção no dia de hoje.

Que ao longo da vida profissional de cada um de vocês, nos momentos de turbulência, que com certeza existirão, mas, também, nos de serenidade e calma, saibam expressar com palavras, gestos e ações, A ÉTICA e a RESPONSABILIDADE; bem como com relação às pessoas à volta de vocês e cultivem os treinamentos pessoais e coletivos, tão necessários em nosso trabalho, e a motivação profissional em cada dia de trabalho.

Não se esqueçam da importância do desenvolvimento contínuo da qualidade; pois como diz CORA CORALINA: “feliz daquele que transfere o que sabe, mas aprende o que ensina”. Isto gerará reconhecimento e controle; e sempre busquem uma avaliação eficiente.

Lembrem-se: “O único lugar onde o SUCESSO vem antes do trabalho é no DICIONÁRIO” - Albert Einstein

Uma grande caminhada começa com o primeiro passo.

Só existe o gosto da vitória quem lutou no limite de suas forças.

Benção de DEUS, hoje e sempre. Felicidades. Sucesso!!!!!!

João Francisco Possari

Homenagem aos formandos

Como professor homenageado pelos formandos de 2005 do Curso de Administração Hospitalar, quero inicialmente elogiar a Comissão Organizadora pelo trabalho desenvolvido durante a graduação e o sucesso obtido na Colação de Grau. O evento estava brilhante... Fiquei emocionado com os discursos proferidos pelos paraninfos, pelos formandos, com a homenagem destes aos pais, a “festa de carnaval”, os aperitivos e os salgadinhos e saborosos.

Desejo a todos os formandos sucesso nessa nova fase da vida. Parabéns formandos de 2005.

Sérgio Mello

Parabéns – Senhoras e Senhores Bacharéis

Boa Noite a todos, aos Formandos e a suas Famílias e Convidados, à Diretoria, Coordenação e Professores do IPH.

É uma grande honra e um grande prazer participar deste momento tão especial na vida de todos.

Muitos sacrifícios foram feitos para alcançar este objetivo e chegar aqui, com orgulho e sentimento de que mais uma fronteira, em nossas vidas, foi ultrapassada.

Finais de semana fazendo trabalhos, pesquisas, estudando e preparando-se para as avaliações.

Posso me recordar de diversos momentos, em sala de aula, onde muito aprendi com as experiên-

cias de vida de cada um de meus alunos.

Houve sempre uma grande troca de conhecimentos e experiências, através da qual, todos, professor e alunos, puderam desenvolver suas habilidades e ampliar suas competências.

É fato, que vivemos em uma sociedade em que maiores oportunidades se oferecem àqueles que detêm conhecimentos e informações.

Aqui, então, nova fase se inicia na vida de todos, na qual as ações e decisões tomadas irão refletir-se diretamente na sociedade, podendo torná-la mais justa e digna de se viver. Recomendo: dêem o melhor de si, busquem a virtude e a excelência, onde quer que elas se encontrem..

Meu desejo sincero, do fundo de meu coração, é que com o conhecimento e as experiências adquiridas vocês melhorem as suas vidas e a vida de suas famílias. Obrigado e sucesso a todos.

Albino Pereira Salgueiro - Paraninfo

Boa Noite.

Senhores e Senhores. Dileta Mesa!

Queridos Formandos.

Mesmo sendo um veterano nesses eventos, me sinto como um calouro. As mãos soam e estão trêmulas.

Sinto a emoção me dominar.

Senhores e senhores, esse linear psicológico começou desde o momento em que recebi o convite para compor a mesa. E mais especificamente, dessa vez, na condição de Paraninfo: Padrinho.

Como Padrinho pesa sobre meus ombros a responsabilidade da orientação. A responsabilidade do conselho, a responsabilidade de acompanhar a vida profissional e acadêmica de cada afilhado.

Assim, com a autoridade de Padrinho que se assemelha a de um Pai, exijo de vocês, queridos formandos, que sigam a vida profissional dentro dos princípios filosóficos constituídos sobre os pilares da Epistemologia, desenvolvendo o conhecimento científico; da Lógica, desenvolvendo o racional e o métrico; da Estética, desenvolvendo o belo profissional; da Metafísica desenvolvendo o sutil e o espiritual, e sobretudo da Ética, a qual se traduz na moral e nos valores. O Administrador em qualquer circunstância, antes de administrar bens materiais, administra vidas. E quando se fala em vidas, temos que ser éticos e qualificados para a sociedade.

Além da formação ética que todos receberam dos vossos pais, queridos formandos, também receberam dos seus mestres. Tiveram especificamente a cadeira de Ética Empresarial e Hospitalar com nossos queridos docentes da Faculdade - IPH

Queridos formandos, com o controle máximo da minha emoção, já detendo as lágrimas, resta-me ainda alguma força para dar a vocês um abraço de Mestre, um abraço de Paraninfo e um beijo de amigo.

Muito Obrigado. ■

BRASIL – ANGOLA

Dentro da Parceria de Intercâmbio Científico e Cultural, celebrado entre o IPH – Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares e a FESA – Fundação Eduardo dos Santos, presidida pelo Embaixador Dr. Ismael Diogo da Silva, apesar de relativamente recente, já vem produzindo, de parte a parte, vários frutos gratificantes:

- Estreitamento de relações com autoridades ilustres do País Irmão, têm sido uma constante para o IPH nestes últimos tempos: Embaixador Dr. Ismael Diogo da Silva – Cônsul de Angola no Rio de Janeiro; Dr. Serafim Maria do Prado – Governador da Província Kuanza Sul; Dr. Adelberth Adam – Diretor Executivo Brasil América Latina; Dr. Adão Castelo – Diretor Provincial de Saúde; Dr. Basílio Cassoma – Assistente Especial da Fundação Eduardo dos Santos; Engo Rodrigo de Souza A. dos Santos – Diretor Técnico da EDURB – Empresa de Desenvolvimento Urbano.
- Jovens de Luanda estão cursando a Faculdade de Administração Hospitalar do IPH, e sendo preparados para ocupar importantes cargos dentro do amplo programa de formação de quadros de pessoal especializado, para o gerenciamento dos novos hospitais, em via de construção.
- Arquitetos brasileiros, especializados em planejamento de instituições de saúde, foram convidados e visitaram o País, com o objetivo de estudar a implantação de atualizado Plano Diretor Sanitário.
- Projetos de hospitais brasileiros, de elevada tecnologia, estão sendo contratados visando a



Ismael Diogo da Silva, presidente da FESA

modernização da rede hospitalar de Luanda.

- Entidades de ensino são convidadas para ministrar cursos de educação sanitária e de gerenciamento de estabelecimentos de saúde.
- Oferecimento da magnífica obra "Angola em Paz-Novos Desafios", rica, esmerada e lindamente ilus-

trada, exibindo os valores culturais, literários e artísticos; a pujança econômica, acontecimentos históricos e outros fatos e menções relevantes.

- A "Revista Angola Hoje" tem sido disponibilizada, revelando o acelerado progresso, a determinação da reconstrução e da revitalização de suas estruturas, realizações essas documentadas em sucessivas, esmeradas e primorosas edições.

- Divulgação do seu belo, melodioso e rico folclore musical, através do CD "Músicas de Angola"; suas lindas canções, de alta qualidade e refinamento, permitem identificar a origem dos ritmos caribenhos, rumba, mambo e do sembo, origem do nosso samba, e outras valiosas heranças mais.

- O Boletim Informativo "Notícias de Angola" divulga a evolução e o progresso diuturno e diário dessa operosa e determinada Gente Angolana.

A Revista IPH não poderia deixar de aqui consignar a sua satisfação e a importância do Intercâmbio que tão estreitamente nos liga à Angola. ■



CURSOS IPH / PÓS-GRAD

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

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

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

III - Gestão administrativa no enfoque da Humanização

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

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

V - Pesquisa em Humanização

- Metodologia Qualitativa de Pesquisa
- Metodologia Quantitativa de Pesquisa
- Acomp. 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

I - Saúde e Sociedade

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

II - Administração

- Adm. Geral e Pública
- Adm. em Saúde
- Planejamento em Saúde Pública
- Avaliação e Qualidade em Saúde

III - Epidemiologia

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

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

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

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

UAÇÃO LATO SENSU EM:

- 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 DOS 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

GESTÃO DE PESSOAS

- Gerenciando equipes com sucesso
- Desenvolvendo Habilidades de Negociação
- Análise de Problemas e Tomada de Decisões
- Gerenciamento Social
- Liderança para Resultados
- Estratégias de Comunicação Eficaz
- Administração do Tempo e Qualidade de Vida
- Relacionamento Interpessoal e Administração de Conflitos
- Gerenciamento a Educação Corporativa: Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal
- Gestão de Pessoas e Líderes de Vanguarda

Duração: 14 meses

GESTÃO ESTRATÉGICA DE MARKETING

- Fundamentos de Marketing
- Marketing Estratégico
- Planejamento e Análise de Marketing
- Administração de Vendas
- Comportamento do Consumidor
- Marketing de Serviços
- Marketing Internacional
- Metodologia da pesquisa em Marketing
- Didática Aplicada ao Ensino de Marketing

Duração: 14 meses

GESTÃO DE SERVIÇOS

- Gestão de Serviços
- Planejamento Estratégico em Serviços
- Marketing de Serviços
- Gestão Contábil e Financeira em Serviços (Foco na Formação de preço)
- Desenvolvimento das Organizações de Serviços
- Qualidade Total em Serviços
- Gestão de Pessoas em Serviços
- Didática Aplicada ao Ensino Superior
- Metodologia da Pesquisa

Duração: 14 meses

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

- Introdução à Administração Pública
- Economia do Setor Público
- Finanças Públicas
- Administração de Recursos Humanos no Setor Público
- Orçamento Público

- Contabilidade Pública
- Planejamento no Setor Público
- Direito Aplicado
- Qualidade no Setor Público
- Políticas Públicas

Duração: 14 meses

BIOSEGURANÇA

- Nivelamento em Riscos Biológicos, Químicos, Radiológicos e OGM
- Biossegurança Geral
- Biossegurança em Laboratórios de Contenção
- Planejamento e Adequação Física de Áreas de Risco I
- Planejamento e Adequação Física de Áreas de Risco II
- Planejamento e Adequação Física de Áreas de Risco III
- Agentes Bioativos de Biossegurança
- Bioproteção e Bioterrorismo
- Bioética, Legislação e Propriedade Intelectual
- Biossegurança no uso de Radioisótopos
- Biossegurança em Biotérios
- Biossegurança Hospitalar
- Biossegurança em Biotecnologia Industrial
- Biossegurança em Organismos Geneticamente Modificados
- Metodologia do Trabalho Científico

Duração: 18 meses

GERENCIAMENTO DE ENGENHARIA CLÍNICA

- Planejamento e Gerenciamento da Tecnologia em Saúde
- Anatomia e Fisiologia Humana
- Educação e Treinamento
- Pesquisa e Desenvolvimento
- Aplicação de Tecnologia em Saúde
- Leis, Regulamentações e Normas
- Manutenção de Equipamentos Médicos
- Manutenção de Instalações Hospitalares
- Tecnologia da Informação
- Transdutores de Grandezas Biomédicas
- Equipamentos Médico de Assistência e Apoio
- Equipamentos Médico de Diagnóstico
- Equipamentos Médicos de Terapia
- Segurança Hospitalar
- Metodologia de Pesquisa

Duração: 14 meses

ADMINISTRAÇÃO DE NEGÓCIOS INTERNACIONAIS E COMÉRCIO EXTERIOR

ADMINISTRAÇÃO DESPORTIVA

BANCOS E FINANÇAS

FISIOTERAPIA EM ONCOLOGIA

Trabalho final - elaboração de monografia com orientação

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)
- Higiênico, 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