

REVISTA | MAGAZINE

IPH

INSTITUTO DE
PESQUISAS
HOSPITALARES
ARQUITETO
JARBAS KARMAN

PUBLICAÇÃO IPH + FBAH

FEDERAÇÃO
BRASILEIRA DE
ADMINISTRADORES
HOSPITALARES



45 ANOS
1971
2016



Gestão em Saúde

**Eficiência,
Inovação e
Sustentabilidade**

Anais do
39º Congresso
Brasileiro de Administração
Hospitalar e
Gestão em Saúde
e do
IX Congresso Latino Americano
de Administradores
de Saúde

Revista IPH

Edição Nº13

Primeiro Semestre de 2016

Conselho Editorial

Fabio Bitencourt

Jorgeny Catarina Gonçalves

Marilena Pacios

Ricardo Karman *diretoria@iph.org.br*

Editor

Ana Beatriz Bueno Ferraz Costa *revista@iph.org.br*

Expediente IPH

Rita Moraes *secretaria@iph.org.br*

Paulo Mauro Mayer de Aquino *paulomauro@iph.org.br*

Erick Vicente *info@iph.org.br*

Revisão e Versão

Marina Aun

Design gráfico da identidade visual do congresso

Formo Arquitetura e Design - Designer Carla Vendramini

ISSN 2358-3630 *digital*

ISSN 1519-14-51 *impresso*

Endereço para correspondência

IPH - Instituto de Pesquisas Hospitalares Arquiteto Jarbas Karman

Rua Ministro Gastão Mesquita, 354 – Perdizes

CEP.: 05012-010

São Paulo, SP

Tel. (11) 3868-4830

E-mail: *revista@iph.org.br*

Endereço eletrônico: *www.iph.org.br/revista*

Editorial	3
Gestão em Saúde: Eficiência, Inovação e Sustentabilidade	4
Congresso de Gestão Financeira e Custos	8
Congresso de Engenharia, Arquitetura e Logística	19
Congresso de Gestão de Pessoas & Liderança	22
Congresso de Gestão em Saúde	29
Congresso de Qualidade e Segurança do Paciente	35
Congresso de Hotelaria Hospitalar	45

A edição de número 13 da *Revista IPH* traz uma visão panorâmica dos quatro dias de reflexão do 39º Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar e Gestão em Saúde e do IX Congresso Latino-americano de Administradores de Saúde, realizado pela Federação Brasileira de Administradores Hospitalares – FBAH – e pela Federación Latinoamericana de Administradores de la Salud – FLAS.

Com o tema *Gestão em Saúde: Eficiência, Inovação e Sustentabilidade*, as discussões apresentaram experiências nacionais e internacionais que apontam alternativas criativas para a superação dos impasses financeiros e da melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Esta revista contém os *Anais de Resumos do Congresso*, que abarca resumos ou artigos das palestras e painéis realizados no Expo Center Norte, São Paulo, SP, Brasil, entre os dias 17 e 20 de maio de 2016. São vinte e nove textos que percorrem os seis temas dos Congressos: gestão financeira e custos; engenharia, arquitetura e logística; gestão de pessoas e liderança; gestão em saúde; qualidade e segurança do paciente e hotelaria hospitalar. Sob o nome dos Congressos, o leitor encontrará a ficha técnica de cada um deles e, na sequência, os respectivos artigos.

Agradecemos à designer Carla Vendramini da Formo Arquitetura e Design, que gentilmente cedeu a arte para a capa de nossa edição, e à Federação Brasileira de Administradores Hospitalares – FBAH – pela parceria de sempre.

Com esta nova edição da Revista IPH, o Instituto reitera seu compromisso em divulgar e alimentar as discussões na área de gestão de hospitais, acreditando sempre que o conhecimento é uma ferramenta poderosa para superar os momentos de crise. Boa leitura!





Congresso de Gestão em Saúde Eficiência, Inovação, e Sustentabilidade

Gestão em Saúde com foco na Eficiência, na Inovação e na Sustentabilidade!

Gestão em Saúde com foco na **Eficiência, na Inovação e na Sustentabilidade!** É com esse tema central que a **FBAH** e a Federación Latinoamericana de Administradores de La Salud - **FLAS**, em cooperação com a Hospitalar Feira + Fórum, realizaram o **39º Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar e Gestão em Saúde / IX Congresso Latino Americano de Administradores da Saúde**.

Um tema desafiador a partir do qual a **FBAH**, aos 45 anos de existência, se empenhou para levar renomados palestrantes que pudessem atender às expectativas dos congressistas, nos quatro dias de interação, em momento singular, com pessoas de vários pontos do Brasil e de países vizinhos, com visão e realidades diversas às nossas, mas experientes em entidades focadas na saúde pública, privada e em organizações mistas.

Os palestrantes expuseram seus conhecimentos, debateram opiniões e apresentaram casos reais fundamentados em suas áreas de atuação e com visão na inovação esperada, com a eficiência necessária e de maneira sustentável!

Os congressistas, multiprofissionais da área da saúde engajados nesse tripé, que foi o Tema Central 2016, têm a grande Missão de disseminar esses ideais e permitir que outros profissionais possam absorver e enriquecer nossos conhecimentos!

A **FBAH** orgulha-se de propiciar essa interação entre seus pares e agregar para que tenhamos um Sistema de Saúde justo!

Nossos sinceros agradecimentos aos Promotores, Patrocinadores, Apoiadores, Palestrantes, Comitê Executivo, Comissão Científica, Congressistas e Comissões de Operações pelo carinho com que, juntos, realizamos mais esse grandioso evento.

Neste contexto, nosso agradecimento especial aos Palestrantes, que autorizaram a divulgação de seus trabalhos, e ao **IPH**, que gentilmente condensou todos eles nesta rica publicação, o *Anais do Congresso FBAH 2016!*



Congresso Gestão em Saúde: Eficiência, Inovação e Sustentabilidade

PRESIDENTE DO CONGRESSO

Paulo Roberto Segatelli Camara

VICE-PRESIDENTE DO CONGRESSO

Oscar Ressia González

COMITÊ EXECUTIVO

Antônio José Rodrigues Pereira

HCFMUSP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Danilo Oliveira da Silva

Pró-Saúde - Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar

Eliete Di Spirito

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Jairo Ferreira Campos

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Liliana Chiodo Cherfen

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Márcia Cristina Mariani

INDSH - Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano

Maria Alice Rocha

Hospital Beneficência Portuguesa

Oscar Ressia González

FLAS - Federación Latinoamericana de Administradores de la Salud

Paulo Roberto Segatelli Camara

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Salim Lamha Neto

MHA Engenharia

Sérgio Fernando Rodrigues Zanetta

Hospital Sírio-Libanês

Solange Amora Aliandro

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Valdesir Galvan

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Waldomiro Monforte Pazin

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Waleska Santos

Presidente da Hospitalar - Feira + Fórum

PROMOTORES

Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

Hospital das Clínicas/Fundação Faculdade de Medicina

Sociedade Beneficente de Senhoras - Hospital Sírio Libanês

MHA Engenharia

INDSH - Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano

Pró Saúde - Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar



Congresso de Gestão Financeira e Custos

Congresso de Gestão Financeira e Custos

Coordenação científica

Marcus Henrique Wächter

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Pró-Saúde - Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar

Vice Coordenador

Walter Cintra Ferreira Júnior

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

FGV - Fundação Getúlio Vargas

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Membros

Adilson Bretherick

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Antônio Sérgio Vulpe Fausto

SINDAESP - Sindicato das Empresas de Administração no Estado de São Paulo

Carlos Alberto Marsal

Hospital Sírio-Libanês

Carlos Herculano Bressiani

Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

Joan Castillejo

Gesaworld do Brasil

Jorge Elias Aoni

SINDAESP - Sindicato das Empresas de Administração no Estado de São Paulo

Sérgio Lopez Bento

Planisa - Planejamento e Organização de Instituições de Saúde

Congresso de Gestão Financeira e Custos

Hospitales, redes y sostenibilidad

Osvaldo Artaza

Organización Panamericana de la Salud del México

Los sistemas de salud se encuentran actualmente tensionados por una serie de factores relacionados con los cambios del entorno acaecidos en las últimas décadas, y es sabido que gran parte de los ingresos y altos costos hospitalarios son debidos a un fracaso previo del sistema sanitario y social. Estas consideraciones implican un profundo cambio en el quehacer de las organizaciones sanitarias que deben transitar un largo trecho entre ser organizaciones dedicadas a curar-rehabilitar el daño, a organizaciones capaces de contribuir a mantener a la población sana. La OPS está empeñada en contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la Atención Primaria de la Salud -APS- y que desde allí se estructuren sistemas modelados en Redes Integradas -RISS-, con el objeto de proveer servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

Los hospitales hoy	Los hospitales en red
Trabajan aisladamente, de modo desintegrado al interior del establecimiento (procesos estancos) y con el contexto ambulatorio.	Son componentes de redes integradas de servicios de salud que apoyan la capacidad resolutive del primer nivel de atención.
Privilegian las actividades relacionadas con la internación.	Privilegian realizar actividades y procedimientos de modo ambulatorio, evitando así hospitalizaciones innecesarias.
Organizan sus procesos en torno a la comodidad de sus funcionarios, particularmente de los especialistas quienes ejercen el poder.	Organizan sus actividades -procesos- teniendo como eje medular a las personas.
Presentan altos índices de eventos adversos y de accidentabilidad de sus trabajadores.	Son seguros para sus usuarios y sus trabajadores, y son amigables con el medio ambiente.
Los trabajadores hospitalarios tienen elevados problemas de salud física y mental. El contexto es de tensión y de sobrecarga y hay insuficientes factores protectores.	Se preocupan de la salud, el bienestar y el desarrollo de competencias de sus trabajadores, ya que ellos son su principal recurso.
Se tiene a incluir tecnologías por presión de la industria y sin evaluaciones de costo-efectividad previa.	Utilizan sólo tecnología costo-efectiva y se basan en la medicina basada en evidencia científica para modificar y perfeccionar sus prácticas.
Importantes pérdidas por no calidad y desperdicios por uso ineficiente y redundante de los recursos.	Son eficientes en el uso de sus recursos y contienen costos para contribuir a la equidad.
Gestión opaca de los recursos y falta de evaluación de los resultados e impactos.	Incorporan a la evaluación y a la rendición de cuentas como parte de un ciclo de mejora continua.

Redes integradas no serán posibles sin que el hospital comprenda que los procesos asistenciales se inician y terminan fuera de sus muros. Esto implica que protocolos y guías clínicas deben ser co-construcciones participativas entre distintos actores de la red. Para ello hay que conformar equipos profesionales transversales compuestos

por especialistas, médicos de familia, entre otros, para el manejo de cada proceso asistencial integrado, pero no perteneciente a niveles distintos sino a un sólo modelo organizativo compartiendo al paciente con una hoja de ruta única con base a las guías de práctica clínica compartidas.

En cualquier caso ello implica la potenciación de mecanismos de coordinación entre niveles (idealmente al interior de equipos multidisciplinarios transversales e integrados). Tanto a nivel de resultados buscados como de estandarización y normalización de forma de trabajar (guías, normas, metodologías de trabajo, mecanismos de evaluación, control de gestión y aprendizaje). Se requerirá ir gradualmente de los indicadores de proceso (los más apreciados en los hospitales) a los indicadores de resultados (variación positiva del estándar epidemiológico de la población). Ello implica desde el gobierno de la red y del hospital la visión clara de población y territorio, el trabajo a partir del plan de salud sobre esta población y territorio y entre otras el cambio del principio ético tradicional de hacer el bien con eficacia (hacer todo lo posible por los enfermos) propio de los hospitales por el de equidad (mucho más incorporado en el ámbito de la APS). Hacer todo lo posible por el enfermo en mirada individual, puede ser fuente de inequidad para otros muchos.

Junto a la integración desde los procesos asistenciales, se requieren definiciones explícitas con relación a normas de derivación y contra derivación; sistemas de información, control de gestión y cuenta pública de resultados.

Las políticas de asignación e incentivos deben favorecer el trabajo en red. Por ejemplo, los recursos económicos para la compra de productos intermedios tales como imágenes y exámenes bioquímicos, así como para comprar la primera consulta en la derivación hacia especialistas podrían estar en los presupuestos de la APS con el propósito de estimular en ésta la capacidad de resolución e inculcar en el hospital la idea de la APS como cliente. En esta misma línea de pensamiento, los incentivos que se establezcan por cumplimiento de metas deben ser compartidos por uno y otro nivel ya que para acceder a ellos se precisa de la acción cooperativa de unos y otros. Por esto último, será relevante el establecimiento de incentivos hacia la planificación integrada para la provisión de servicios en red. Esto último porque en la actualidad, un aspecto central que dificulta la integración de los servicios de salud se relaciona a que las metas sanitarias de los distintos nodos de la red no son compartidas. Así, la organización de los hospitales integrados en redes debe considerar instancias formales de planificación y metas en común con los otros nodos de la red que permitan evaluar su desempeño y eficiencia de acuerdo a la coordinación y cooperación con otros niveles de la red.

Será difícil hablar de red sin que el gestor de red reciba una asignación capítativa corregida en función de las características de la población y del territorio, para que éste a su vez haga los contratos o convenios de distribución entre los dispositivos de la red en base a la definición que la propia red haga del tipo de actividades asistenciales de cada establecimiento. La red a través de la institucionalidad de gobierno que se debe tener -independiente de la "propiedad" de los distintos establecimientos - la capacidad de poder modelar a los distintos nodos vía la definición de las carteras de servicios, las decisiones en red de inversiones, de capacidades para movilizar recursos humanos y tecnológicos de uno a otro nivel para dar una atención integrada y costo-efectiva. Sin esta capacidad de generar una flexible capacidad de adaptación a la demanda es difícil imaginar una gestión efectiva de la red.

Es clave que los contratos de la red con los establecimientos que la componen sean construidos de "abajo-arriba" con el objeto de comprometer a los equipos clínicos en su cumplimiento y que existan mecanismos para controlar su cumplimiento y generar retroalimentación. Los contratos deben ser promesas que se cumplan impecablemente para así reforzar la confianza entre los actores de una red. El presupuesto debe estar fuertemente alineado con la estrategia de la red y generar fuertes incentivos al cambio de modelo.

El objetivo de un financiamiento alineado con una estrategia de integración, es terminar con límites y fronteras entre APS y atención hospitalaria pues dichas fronteras suelen ser pretexto para reforzar compartimentos estancos y obstaculizar la continuidad asistencial.

Elemento clave para lo anterior son las Tics, que han venido en ayuda con la facilidad de la comunicación en tiempo real entre los hospitales y los distintos nodos de la red.

El modelo de integración debe constituir una "unidad de negocio" a los equipos transversales que se responsabilizan del proceso integrado (APS-hospitales-Centros Ambulatorios de alta tecnología, etc.), los que deben estar conectados y complementados con dispositivos de larga estadía, servicios socio sanitarios, entre otros, todos los cuales no deben quedar fuera de la red.

Es la APS -las necesidades de las personas- quien debe modular -a través del gobierno de la red- el perfil de cada nodo de manera que la diferenciación entre hospitalización aguda y de larga estadía o la hospitalización domiciliaria no sean mecanismos para “que el hospital se saque de encima los pacientes problema”, sino una manera lógica, costo-efectiva, cooperativa y humana de gestionar los cuidados, de manera que las personas usuarias de la red estén siempre en el lugar y momento adecuado según sus necesidades y el modelamiento racional que hace la red de sus recursos.

El objetivo de contar con hospitales organizados y gestionados en red debe hacerse efectivo por distintos mecanismos. El gobierno corporativo debe estar radicado en la red y no solamente en sus nodos (y por tanto capacidad de planificar, coordinar, evaluar y retroalimentar), la gestión de los procesos clínicos debe estar unificado por lo que las unidades clínicas del hospital deben dar gradualmente paso a equipos transversales, los productos intermedios deben ser de la red y no de un nodo en particular (deberían ser unidades de negocio de la red). Asimismo, los servicios de soporte, logística, mantenimiento, entre otros, deberían tender a integrarse en unidades de negocio compartidos con el objeto de generar economías de escala y potenciar la identidad de trabajo colaborativo. Teniendo como centro a las personas usuarias, dispositivos que dan apoyo y soporte diagnóstico, terapéutico o logístico, tienen como clientes a los nodos que dan atención abierta o cerrada, dando cuenta al gestor de la red, quien tiene competencias y capacidades para modelar la red y generar asignaciones e incentivos alineados con esta nueva arquitectura organizacional.

Todo lo anterior será posible en LAC siempre que tengamos la capacidad para grandes consensos nacionales en el ámbito de la salud; flexibilidad para articular establecimientos de distinta propiedad y dependencia; comprensión de que se requiere fortalecer las instituciones de salud particularmente en la capacidad de diseñar, implementar y regular políticas públicas persistentes; liderazgo y competencias para sostener procesos de cambio complejos; alineamiento entre objetivos, financiación y herramientas de implementación y, finalmente, capacidad para aprender de lo que funciona y generosidad para compartir yerros y buenas prácticas.

Redução de Custos através da Revisão de Processos

José Geraldo B. Chaves Filho

Lure Consultoria

O momento econômico que o Brasil atravessa atualmente, com inflação e juros altos, além de aumento do custo operacional, tem feito com que muitas empresas repensem seus processos a fim de reduzir custos e manter sua competitividade (BENTO, S.L.; 2016). Esse é justamente o tema debatido neste estudo.

Perdas e desperdícios podem afetar de forma decisiva o desempenho de sua instituição de saúde. Acreditamos que é possível fazer mais com o mesmo, por isso, utilizamos ferramentas e conhecimento que permitem a análise dos processos e a eliminação sistemática e sustentável dos desperdícios, sejam eles de tempo, capacidade, qualidade ou custo (CHAVES FILHO, 2010).

Apresentamos as informações para gestão e redução de custos hospitalares; o uso de ferramentas de gestão de processos na redução eficaz de custos: eliminação de retrabalhos, otimização de fluxos, redução de estoques, dentre outros; e as ferramentas de gestão de processos e o envolvimento das equipes na solução e otimização de processos.

Recomendamos a padronização dos processos assistenciais, de apoio e administrativos, investindo na revisão, automatização e otimização dos mesmos, eliminando tudo o que não agregar valor ao paciente; a gestão total de custos e resultados, procurando aumentar a competitividade da organização, por meio da geração e análise adequada de informação estratégica e gerencial do negócio e da assistência.

Direcionando a solução na gestão de processos usando a metodologia LURE, de Lucro + Rentabilidade, para Lean Healthcare, Business Process Management, indicadores de resultado e eventos Kaizen, apresentamos um case para demonstrar os resultados que podem ser obtidos.

São abordados tópicos sobre: como foi revertido o resultado de um hospital para um superávit primário médio de mais de 1 MM/mês em 2015; como foi a redução de 6% nos custos mensais; como foi reduzido em 53% (R\$ 653 mil) o valor em estoque de medicamento de alto custo no almoxarifado (~24% do estoque total); como aumentou-se a ocupação mensal das salas do Centro Cirúrgico em 12%; como foi reduzida a fila para Quimioterapia EV AMB de 12 para zero dias, mantendo a ocupação de 63%; como o paciente agendará consultas para uma data até 40% mais próxima; como ganhou-se 30% no espaço e 95% na agilidade para arquivamento/procura de fichas; como foi a redução de 11 para 6 dias no tempo médio geral de entrega de exames anatomopatológicos (RELATÓRIO ANUAL ACCG 2015).

No caso detalhado, foram sugeridas três macro soluções para a melhoria do hospital: programação do atendimento (PCP de consultas eletivas e aplicação de QT); redefinição de movimentação e transporte (layout e pessoal de assistência); e organização e gestão de recursos (formulários, equipamentos e estoques).

Ao fim do processo, houve distribuição uniforme dos pacientes ao longo do dia, programação do atendimento, organização e gestão de recursos, ampliação da capacidade de atendimento, menor tempo de espera para atender ao paciente e maior acerto nas prescrições.

José Geraldo B. Chaves Filho é Mestre em Ciências na área de Engenharia de Produção pela USP e Engenheiro de Produção - Materiais pela UFSCar. Pesquisador e professor visitante pela Faculdade de Tecnologia GAP (UNIGAP), pelo Instituto Dotis/IBEMEC e pelo Instituto Francisco Ludovico (IFL) da Federação dos Hospitais, Laboratórios, Clínicas de Imagem e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Goiás (FEHOESG). Consultor e Sócio Diretor da LURE Consultoria Corporativa, participou da transformação lean em empresas de diversos setores, sendo responsável por projetos avançados e de amplo escopo em hospitais, clínicas, laboratórios, fábricas e escritórios nos estados de São Paulo, do Rio de Janeiro, de Minas Gerais, do Amazonas, de Goiás e no Distrito Federal. Atualmente é o responsável direto pelo projeto de Reestruturação de Processos e Implantação de Programas de Melhoria Contínua (Lean Healthcare) na Associação de Combate ao Câncer em Goiás (ACCG), entidade mantenedora do Hospital Araújo Jorge e da Unidade Oncológica de Anápolis. Participa também do projeto de qualidade e melhoria do fluxo de atendimento ao paciente no Hospital Santa Helena em Goiânia. Estuda as melhores práticas para garantia de sustentabilidade de melhorias obtidas através de Eventos Kaizen e os impactos das práticas de produção enxuta na padronização dos métodos de trabalho. Tem experiência na área de Engenharia de Produção, com ênfase em Planejamento, Projeto e Controle de Sistemas de Produção, atuando principalmente nos seguintes temas: gestão por processos, produção enxuta, lean healthcare, business process management (BPM), engenharia de processo de negócio, indicadores de resultado e evento kaizen. Fez formações nas áreas de Políticas Públicas, Liderança, Avaliação de Perfis de Comportamento, Competências Interpessoais, Estruturação de RH para atração de talentos, Inclusão Digital de Jovens e Adultos e Desenvolvimento Tecnológico de Cooperativas Locais. É membro do comitê organizador das iniciativas TEDx na cidade de Goiânia, membro do Conselho de Desenvolvimento Econômico, Sustentável e Estratégico de Goiânia (Codese) e diretor na Associação Comercial, Industrial e de Serviços do Estado de Goiás (Acieg).

Como Integrar a Gestão do Negócio à Gestão da Assistência

Lilian Quintal Hoffmann

Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

O alto custo da saúde, a necessidade de tratamentos individualizados e a premissa de tornar a experiência do paciente mais rápida e agradável possível, torna o ambiente hospitalar ainda mais complexo no que se refere a dados. O desafio de integrar a gestão do negócio à gestão da assistência pode ser vencido por meio da mudança de postura dos departamentos de tecnologia, aproximando-se efetivamente do negócio e trazendo soluções que agreguem à gestão do hospital e ao atendimento dos pacientes. Incorporar à equipe de TI profissionais da assistência (médicos, enfermeiros, farmacêuticos), promover a análise e o levantamento adequado dos dados, com profissionais especializados e dedicados a essa tarefa e utilizar de benchmark para efetivamente conhecer os concorrentes e balizar metas são caminhos possíveis que corroboram para vencer o desafio proposto.

Experiência Internacional sobre os Modelos de Remuneração

Joan Castillejo Peña

Gesaworld do Brasil

Há diversos modelos de remuneração existentes a nível internacional, porém, nos diferentes modelos de remuneração existentes, destacam-se como finalidades principais promover a produção eficiente de serviços por parte dos prestadores, minimizando os custos administrativos por parte dos financiadores/compradores dos serviços.

Antes de definir qual o melhor modelo a ser utilizado, é necessário refletir sobre alguns pontos importantes nos modelos de remuneração e sobre como utilizá-los.

A busca pela produção eficiente de serviços por parte dos prestadores e a minimização dos custos administrativos é o ponto de partida para reflexão sobre os modelos de remuneração, em seguida devemos estar seguros de que os prestadores de serviços tenham condições econômicas, financeiras e administrativas para gerir os custos do hospital, provendo atendimento de qualidade aos usuários.

Por meio de sistemas de informação adaptados à realidade do hospital, são obtidas e registradas todas as informações que permitirão ao financiador/comprador realizar a previsão orçamentária do prestador de serviços na alocação dos recursos financeiros. O financiador não pode utilizar um sistema de informação onde o modelo de remuneração não possa ser controlado. Esse sistema de informação deve apoiar-se na previsão do orçamento e em um planejamento estratégico, onde se possa estabelecer o que se espera para o ano, tanto em termos de orçamento, quanto em termos de produtividade hospitalar. O planejamento do orçamento e produtividade é importante tanto para o prestador de serviços, quanto para o financiador que comprará os serviços.

Podemos definir os produtos/unidade de compra de serviços por meio de estrutura, processos (produtos intermediários) e resultados, onde os temas relacionados a estrutura estão diretamente relacionados aos processos de certificação e acreditação, podemos citar, por exemplo, os recursos humanos, recursos materiais, recursos econômicos e o sistema de informação. Os produtos intermediários se referem aos processos internos de trabalho e podem estar relacionados a sistemas de remuneração por processos, tais como a quantidade de consultas e exames realizados, média de permanência, intervenções cirúrgicas, entre outros. Os resultados estão relacionados

ao cumprimento de objetivos de saúde finais, como por exemplo, a redução da incidência de casos de determinada patologia, índice de satisfação dos usuários, anos de vida ajustados por qualidade de vida (Quality-adjusted life-year), patologias diagnosticadas (através de DRG, PMC, ACG).

O custo real do hospital deve ser analisado para que o financiador/comprador obtenha subsídios para definir o modelo de remuneração mais adequado e o valor a ser remunerado ao prestador de serviço. Em uma breve análise dos custos, podemos dizer que, quando os preços remunerados estão mais altos do que o custo real, há uma tendência à indução de serviços desnecessários e à debilidade da viabilidade do Sistema de Saúde. E quando os preços remunerados estão mais baixos do que o custo real, há uma tendência à indução de subprestações, desincentivo da oferta de prestadores e incentivo à superatividade desnecessária.

O mais adequado é que a remuneração paga ao prestador seja ajustada o mais próximo possível aos custos reais do hospital. Cada modelo de remuneração possui diferentes incentivos e riscos específicos, vejamos a seguir alguns exemplos dos diferentes modelos de remuneração existentes no mundo:

- Modelo de remuneração por histórico de atendimentos
- Modelo de remuneração per capita
- Modelo de remuneração per capita ajustada
- Modelo de remuneração por atividade agregada
- Modelo de remuneração por atividade discriminada/processos
- Modelo de remuneração por permanência
- Modelo de remuneração por produtos intermediários

Financeiramente, os modelos de remuneração estão relacionados aos níveis de agregação do orçamento, portanto, em uma breve análise, podemos dizer que uma premissa importante a ser considerada, em relação aos riscos, é que quanto mais agregado o modelo de remuneração do orçamento, maior é o risco para o prestador e quanto menos agregado, maior é o risco para o financiador/comprador.

Portanto, não existe uma unidade de pagamento válida para todo tempo, lugar e tipo de serviço, a escolha do modelo de remuneração depende, entre outras coisas, dos objetivos do financiador e também do desenvolvimento de sistemas de informação adequados.

Há algumas características desejáveis nos modelos de remuneração que devem ser consideradas, tais como: equilíbrio entre prestação e retribuição, facilidade de compreensão do sistema de pagamento, promoção da melhoria da qualidade, adaptabilidade às mudanças do setor e capacidade de geração dos incentivos desejados.

Citando modelos internacionais utilizados, a experiência nos mostra que:

- A remuneração per capita ajustada por risco combinado com remuneração baseada em casos atendidos é a melhor alternativa para a remuneração em casos de integração assistencial entre diferentes níveis de atenção em saúde.
- A remuneração mista, considerando a estrutura e segundo a complexidade de casos atendidos, é a melhor alternativa para a remuneração de hospitais. Esta remuneração se caracteriza por mensurar os casos atendidos por meio da aplicação de DRGs, adaptados aos seus próprios países e modulados por sistemas de comparação entre hospitais (*benchmarking*).
- A remuneração per capita ajustada por riscos, que converge com o modelo usando morbidade (ACG, DCG o CRG), é a melhor alternativa para a remuneração na Atenção Primária.
- A remuneração mista especial é a melhor alternativa para outros âmbitos ou serviços, como por exemplo urgências, áreas remotas, tratamentos especiais etc.

Além de todos os pontos citados anteriormente, concluímos que, para se introduzir mudanças no sistema de remuneração dos hospitais, é necessário criar um modelo de remuneração onde o relacionamento entre financiador

e prestador seja baseado na confiança mútua e no acordo de níveis de riscos entre ambos, onde o modelo de remuneração esteja baseado em contratos robustos do ponto de vista jurídico e técnico e sustentados em sólidos sistemas de informação que possam ser auditados e verificados por ambas as partes. O modelo deverá estar de acordo com os objetivos estratégicos tanto do financiador quanto do prestador de serviço para minimizar os riscos nos incentivos. Concluímos que cada país implementa modelos de remuneração adaptados à sua realidade, mas com ferramentas validadas internacionalmente.

O Futuro do Sistema Hospitalar - O Desafio da Sustentabilidade dos Pequenos Hospitais

Paulo Carrara de Castro

Nos últimos anos, estudos publicados em diversos periódicos tratam de questões que, na atualidade, talvez sejam estratégicas para o futuro do sistema público brasileiro: o processo demográfico em curso, o cenário epidemiológico atual, a rede de serviços de saúde edificada e os serviços por ela oferecidos.

Sobre a primeira, o censo de 2010 apresentou alguns resultados que apontam mudanças significativas nas tendências demográficas no Brasil. A taxa de natalidade bruta vem caindo fortemente, atingindo em 2013 uma estimativa de 13,82/1000 hab, nível considerado como padrão europeu. Um indicador bastante sensível e importante desse aspecto é a taxa de fecundidade, que de 2000 a 2013 sofreu um decréscimo de 31,4%, estando hoje ao redor de 1,64 filhos por mulher em idade reprodutiva. Outra informação importante nesse capítulo se refere à esperança de vida ao nascer, que apresentava 70,43 anos em 2000 e, em 2013, 74,23 anos, um aumento de 5,4%.

Do ponto de vista epidemiológico, está cada vez mais evidente que as doenças crônicas protagonizam as principais causas de óbito. Já em meados da década de 60 do século XX, há uma inversão na curva de proporção de óbitos por causa específica, com as doenças cardiovasculares assumindo a liderança no lugar das doenças infecciosas e parasitárias. Na década de 80, as neoplasias, doenças do aparelho respiratório e as causas externas também ultrapassam a proporção de óbitos correspondente às doenças infecciosas e parasitárias. De lá para cá, esse cenário se acentuou, pois, atualmente, as doenças do aparelho circulatório, respiratório, digestivo e os tumores, somadas às causas externas, somam mais do que 60% dos óbitos, volume quase 15 vezes maior do que aquele apresentado pelas doenças infecciosas e parasitárias. Observa-se também um acentuado declínio no volume de internações nos últimos 16 anos, com uma diminuição de cerca de 17% na proporção de internações, sendo de 5,57% o valor em 2012. Essa informação merece um aprofundamento na sua análise, já que inúmeros fatores contribuem para esse declínio, havendo, no entanto, outra série de circunstâncias que determinam a existência de filas de espera para intervenções cirúrgicas ou outras demandas clínicas, configurando um quadro de certa forma paradoxal.

Por outro lado, ao se analisar a rede hospitalar edificada no país, sua ocupação apresenta uma significativa ociosidade que praticamente alcança metade dos leitos hospitalares do Brasil. Em alguns estados, a taxa de ocupação não atinge 45% dos leitos. Essa realidade, sem dúvida, também obriga que se aprofundem nos motivos que determinaram esse cenário, mas pode-se, com alguma segurança, discorrer sobre alguns aspectos que contribuíram e ainda contribuem para essa realidade. A queda da natalidade, assim como a melhoria das condições nutricionais e de tecnologia para enfrentamento de doenças próprias da infância, influíram na diminuição da demanda por internações, tanto no campo da obstetrícia, quanto na pediatria respectivamente. Na mesma linha, os avanços técnicos em cirurgia permitiram que houvesse uma acentuada contração no tempo médio de permanência num enorme número de procedimentos na área. A despeito disso, os hospitais brasileiros em geral ainda apresentam o mesmo padrão tradicional de oferta de serviços e sua correspondência em leitos nas especialidades básicas, o que implica na subutilização apresentada no quadro citado.

Porte	Nº Estab.	Total Leitos SUS	Méd. Perman.	Taxa Ocupação
Menos de 50	3296	85761	3,2	26,2
De 51 a 100	1020	72366	4,0	41,8
De 101 a 200	597	83751	6,5	64,1
Mais de 200	303	100761	7,9	70,5
Total	5216	342639	5,6	51,8

Ao analisar, por outro ângulo, essa ociosidade, classificando os hospitais por porte, observa-se que os hospitais menores, que configuram a maioria das unidades do país, apresentam os menores índices de ocupação, como se pode observar no quadro 4. Os valores das taxas de ocupação aumentam na medida em que o porte do hospital também cresce em porte.

Ainda se soma a esse quadro a condição de financiamento para os serviços que são prestados por essa rede, como eles ocorrem, a eficiência correspondente e sua qualidade.

Esse contexto obriga necessariamente a uma reflexão sobre qual o papel do conjunto de hospitais no âmbito nacional, sobre a definição de novas bases doutrinárias para a prestação de serviços hospitalares e de prestação de serviços de saúde em regime de internamento e até mesmo sobre a redefinição da vocação de unidades hospitalares para serviços que se adequem às necessidades de saúde da população.

Paulo Carrara de Castro: GRADUAÇÃO: Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes, graduado em 1979. PÓS-GRADUAÇÃO: Residência Médica em Saúde Coletiva pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, concluída em 1981. Curso de Especialização em Medicina do Trabalho, com carga horária de 440 horas, desenvolvido na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, em convênio com a Fundacentro, de março a dezembro de 1980. Curso de Especialização em Administração de Serviços de Saúde, com carga horária de 720 horas, promovido pelo convênio firmado entre o PROAHSA da Fundação Getúlio Vargas e Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, realizado durante o ano de 1985. Curso de Atualização para Docentes e Pesquisadores de Planejamento em Saúde, promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação e Saúde Coletiva, realizado de 14 a 26 e setembro de 1984. Mestrado em Saúde Pública, na área de concentração de Serviços de Saúde, no Departamento de Prática de Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 1996. Doutorado em Saúde Pública, na área de concentração de Serviços de Saúde, no Departamento de Prática de Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 2009. DOCÊNCIA: Professor Assistente do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Integra a área de Administração e Planejamento do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Chefe do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. ATIVIDADES EXTRA-ACADÊMICAS: Presidente do Conselho Deliberativo do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, constituído por professores do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e por profissionais atuantes na área da Saúde Coletiva.

Avanços na Segurança do Paciente: Seus Indicadores e o Impacto no Custo da Assistência

Fernando Paragó

A apresentação faz inicialmente a consideração de que, embora o tema “Segurança do Paciente” esteja muito em voga nos dias atuais, é presente na prática dos cuidados em Saúde desde a Antiguidade. A milenar frase, *Primum non nocere*, conhecida como Princípio da Não Maleficência, atribuída a Hipócrates, ilustra bem esse fato. Passa então a ressaltar uma série de iniciativas que podem ser identificadas como associadas à preocupação com a segurança do paciente, desde então, culminando com o marco do processo moderno de estudo e desenvolvimento da segurança nos cuidados de saúde, o relatório do Institute of Medicine, *To Err is Human*, de 1999. Os avanços desta última década são abordados e suas principais etapas são elencadas.

Indicadores associados à Segurança do Paciente, provenientes de dados nacionais e internacionais, são discutidos a partir de revisão de literatura e de relatórios das principais instituições do mercado. Levantamentos sobre impactos nos custos da assistência são elencados. Os números do National Efforts To Make Care Safer, da Agência Americana para Pesquisa e Qualidade em Serviços de Saúde (AHRQ), no período de 2010-2014, são apresentados e é feita uma projeção de valores com base nos dados do DATASUS.

Fernando Paragó: Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense - UFF - Niterói, em 1993; Residência Médica em Cirurgia Geral, realizada no Hospital de Força Aérea do Galeão, Rio de Janeiro - RJ; Especialista em Cirurgia Geral pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões; Pós-Graduação em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pela Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ - RJ; Membro da Comissão Científica do Safety - Congresso Brasileiro sobre Segurança no Sistema de Saúde e Eventos Adversos em Medicina, desde 2010. Consultor Médico Corporativo em Segurança do Paciente da Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar. Responsável pelo Núcleo de Segurança do Paciente do Núcleo do Hospital de Força Aérea de São Paulo - NuHFASP.

As perspectivas de Parcerias Público Privadas e das Modalidades de Parcerias com Sociais da Saúde: Análise Crítica das Experiências das PPP Brasileiras na Saúde

Maurício Portugal Ribeiro

Portugal Ribeiro Advogados

A palestra versará sobre as alternativas de participação privada na prestação dos serviços de saúde na rede pública com foco na prestação desses serviços por meio das parcerias público-privadas previstas na Lei 11.079/04.



Congresso de Engenharia, Arquitetura e Logística

Congresso de Engenharia, Arquitetura e Logística

Coordenação científica

Antônio José Rodrigues Pereira
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Vice Coordenador

Salim Lamha Neto
MHA Engenharia

Membros

Adhemar Dizioli Fernandes
ABDEH - Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar

Alexandre Henrique Hermini
Unicamp - Universidade de Campinas

Antônio Carlos Cascão
Hospital Sírio-Libanês

Carla Vendramini
Formo Arquitetura e Design

Daisy Figueira
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

João Fabio Bianchi Garcia Silva
Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

Marco Antônio Bego
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Congresso de Engenharia, Arquitetura e Logística

Logística Hospitalar: Inteligência a Serviço do Gestor de Saúde

Domingos Fonseca

Presidente da UniHealth Logística Hospitalar

Segundo dados da Anahp (Associação Nacional de Hospitais Privados), pela primeira vez nos últimos 10 anos, a receita líquida dos 22 maiores hospitais particulares do Brasil caiu, dentre outros fatores, como um efeito em cascata a partir da redução das carteiras dos planos de saúde e também da redução das operadoras presentes no mercado. No sistema público não é diferente, com a crescente escassez de verbas na contramão do aumento da demanda. Diante deste cenário, não existe mágica, mas existem soluções que permitem otimizar recursos existentes para a geração de economicidade e mais rentabilidade.

É o que apresentará Domingos Fonseca, a partir da aplicação da logística hospitalar customizada e comprometida com resultados. Com mais de 30 anos de experiência no setor e acostumado a pensar cubicamente para a melhor gestão de espaços, insumos, pessoas e tecnologias, o especialista apresentará cases de sucesso que tangibilizam suas soluções.



Congresso de Gestão de Pessoas & Liderança

Congresso de Gestão de Pessoas & Liderança

Coordenação científica

Fabício Rosso

Fator RH - Programas de Desenvolvimento

Vice Coordenador

Claudio Collantonio

AACD - Associação de Assistência à Criança Deficiente

Membros

Cláudia Aparecida Nogueira Palmuti

Fator RH - Programas de Desenvolvimento

Daniela Teles

Fator RH - Programas de Desenvolvimento

Eliete Di Spirito

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Elisabeth Alves

Fator RH - Programas de Desenvolvimento

Fábio Patrus Mundim Pena

Hospital Sírio-Libanês

José Luis de Lira

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Luiz Vieira de Carvalho

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

SPDM - Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi

Maria Alice Rocha

Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

Maria de Lourdes Neves Fonseca Azevedo da Costa

GRAACC - Grupo de Apoio ao Adolescente e a Criança com Câncer

Renato Donizeti de Oliveira

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Congresso de Gestão de Pessoas & Liderança

Performance Ilusionista: Transformação e Inovação em Tempos Difíceis

Lucca Viery

Em meio à criação de um ambiente descontraído, ideias efetivas para a produtividade. Conceitos técnicos de motivação e treinamento profissional, apresentados em meio a um estruturado espetáculo de magia e humor.

Em meio aos números de magia e ao conteúdo da palestra, Lucca Viery pratica um humor inteligente. Piadas, textos de stand-up comedy, gags e situações de humor incidental temperam a palestra.

Esse formato proporciona uma produtiva interação com o público presente, elevando ao máximo a assimilação do conteúdo e os resultados do treinamento.

Essa atividade não se limita a uma apresentação meramente motivacional. Trata-se de um aprofundado e detalhado treinamento técnico em liderança. Visões para a liderança de resultados, como extrair o máximo desempenho de uma equipe a princípio descomprometida, como transformar os resultados corporativos em objetivos pessoais dos liderados e como equacionar resultados e pessoas compõem este treinamento com aprofundado teor conceitual.

Repertório de Conceitos:

- Tendências da liderança empresarial de resultados
- Liderando para gerenciar, organizar e ampliar a produtividade
- Desenvolvendo habilidades para a excelência: ferramentas para a criação de profissionais de resultados
- Adaptando nossa equipe à era das constantes mudanças: sobrevive hoje não os mais experientes, mas aqueles que melhor se adaptam às novidades
- Como motivar os liderados constantemente?
- Construindo equipes de profissionais de mentalidade multifunções: o compromisso com o resultado acima do “compromisso com a função”
- O trabalho em equipe na prática: como criar e fazer parte de uma equipe integrada e comprometida
- A força dos detalhes: criando o compromisso com a qualidade diária
- Como conquistar e manter clientes por meio das nossas atitudes
- Liderando para equacionar Resultados x Pessoas: como punir ou premiar
- Como tirar metas pessoais e profissionais do papel: a Habilidade do Realizar

Lucca Viery, mágico, publicitário e palestrante especialista em unir o mundo empresarial a números de magia e humor! Especializou-se em associar a arte da magia a temas de gestão empresarial.

Formou-se pela Academia Brasileira de Artes Mágicas de São Paulo.

10 Anos de experiência com constantes aparições na mídia e em programas de TV.

Representou o Brasil no Congresso Argentino de Magos, na cidade de Buenos Aires.

Estuda Teatro e Comédia Clown.

Graduado em Publicidade e Propaganda pela Universidade do Vale do Paraíba.

Pesquisador da comunicação de alto impacto aplicada aos negócios.

Premiado 4 vezes nos Congressos Brasileiro de Mágicos e Vencedor do Prêmio Qualidade Brasil.

Certificado no curso Alpha – Neurociência.

Lucca Viery criou uma nova forma de expressão artística, que combina em sua palestra uma maneira inteligente de transmitir a mensagem e o conhecimento por meio do ilusionismo moderno, com um humor sutil, combinado em histórias e músicas que provocam as mais profundas e diferentes emoções.

Implantação de Cargos & Salários: Novos Paradigmas e Oportunidades

Alessandra Itri de Menezes

Podemos definir Plano de Cargos e Salários - PCS - como o conjunto de normas que rege a estrutura de gestão de pessoas de uma empresa. O PCS visa, basicamente, proporcionar aos colaboradores crescimento e desenvolvimento profissional; equilibrar o clima organizacional; estruturar a gestão de pessoas; esclarecer os critérios da empresa em relação aos salários e seus respectivos cargos; definir a jornada de trabalho, comum e especiais, horas extras; gratificações e benefícios extras.

O PCS é importante para garantir o equilíbrio interno e externo dos cargos e salários, ou seja, de acordo com a realidade do mercado de trabalho, encontrar a melhor maneira de motivar e reter talentos, além de proteger a empresa de possíveis passivos trabalhistas, gerados pelo desequilíbrio interno dos salários, divergências que poderão trazer problemas de gestão de pessoas com solicitações de equiparação salarial, por exemplo.

Quando pensamos na implantação de um Plano de Cargos e Salários pensamos, primeiramente, quanto trabalhosa é a sua elaboração, que envolve pesquisa de mercado sobre os salários aplicados, especificação de todos os cargos e respectivas atividades de toda empresa.

Depois, imaginamos que todos os funcionários se sentirão motivados e se engajarão cada vez mais no objetivo comum de se desenvolver e crescer do ponto de vista corporativo e pessoal.

Todavia, o dia a dia demonstra que, após a implantação do PCS, a motivação fica comprometida e o PCS passa a ser visto como um problema e não mais como solução e meio de motivação e retenção de talentos.

Isso pode ocorrer por diversas razões, mas as principais razões envolvem:

- Falha na comunicação interna da empresa, gerando falta de clareza nas informações relativas às atividades que cada colaborador deverá desempenhar em seu respectivo cargo e função;
- A utilização da “falsa promoção”, passando um colaborador de uma função (atividade desempenhada efetivamente) para outra, mas mantendo-o no mesmo cargo (nomenclatura da função) e com o mesmo salário;
- “Criar” cargos muito subdivididos, nos quais, inevitavelmente, os colaboradores acabarão realizando as mesmas tarefas, embora em cargos diferentes.

Juridicamente, os problemas acima apontados, acabarão gerando demandas trabalhistas pleiteando, quase sempre, diferenças salariais por equiparação, desvio de função e acúmulo de função, justamente em razão da “confusão e mistura de atividades” que acaba se formando quando o Plano de Cargos e Salários não é suficientemente claro e aplicado devidamente.

Especificamente na área da saúde, teremos uma probabilidade maior de demandas trabalhistas tanto na área administrativa do hospital ou instituição como também no que se refere aos cargos de supervisor e coordenador, nesse caso envolvendo médicos, enfermeiros e demais colaboradores.

Atualmente, também, duas questões que geram controvérsias sobre o PCS são a obrigatoriedade, ou não, da homologação do Plano de Cargos e Salários pelo Ministério Público do Trabalho e Emprego e a obrigatoriedade da utilização do ponto eletrônico, após a edição da Portaria 1.510 do MTE.

Assim, além de discutir e esclarecer sobre os possíveis riscos a que uma empresa está exposta quando implanta o Plano de Cargos e Salários, desejamos propiciar mecanismos e soluções para prevenção de possíveis ações trabalhistas e a maior efetividade e eficiência na implantação do mesmo.

Alessandra Itri de Menezes: Graduada em Direito pela Universidade São Judas Tadeu em 1997. Pós-graduada em Direito Material do Trabalho e Processo do Trabalho pela Escola Superior de Advocacia - ESA. Mestranda em Direito do Trabalho pela PUC/SP. Assistente pedagógica dos cursos de Direito Trabalhista na ESA-SP no período de 2009 a 2010. Advogada Trabalhista do Conselho Regional de Enfermagem e do Sindicato dos Trabalhadores em Telemarketing no período de 2009 a 2011. Colaboradora da Revista Liderança de 2009 a 2011. Membro da Comissão de Direito Sindical da OAB/SP, triênio 2016/2018. Advogada e Consultora Trabalhista.

A Arte de Liderar Gerações X, Y e Z - Como reter Talentos?

Sidnei Oliveira

Temos atualmente cinco gerações convivendo no mercado. Todas buscando os próprios interesses, porém, as diferenças que poderiam ser complementos acabam se tornando conflitos entre as gerações. Líderes jovens são desafiados constantemente a acessar o conhecimento e a experiência dos líderes tradicionais e veteranos que, por sua vez, precisam se reinventar e formar sucessores. As novas realidades têm desafiado os líderes de hoje que vislumbram dezenas de cenários possíveis para este e para os próximos anos, mas nada parece trazer segurança. As novas gerações trazem parte das respostas, mas para acessá-las os líderes precisam reavaliar todas as “verdades” que aprenderam nestes últimos anos.

Com um mercado aquecido e com oportunidades crescentes de trabalho e carreira, a companhia, os profissionais de Recursos Humanos e líderes podem atrair talentos e transmitir a cultura e o ambiente organizacional com transparência, porém, de modo a fidelizar os mesmos. Saiba ainda como atrair, fidelizar e desenvolver os novos profissionais que estão chegando às empresas, bem como liderar e maximizar os resultados de equipes cada vez mais jovens.

Sidnei Oliveira

Consultor, Autor e Palestrante, expert em Conflitos de Gerações, Geração Y e Z, Desenvolvimento de Jovens Potenciais e Mentoria. Autor de vários livros sobre liderança e dos best-sellers da série Geração Y.

Formado em Marketing e Administração de Empresas, foi executivo e diretor em instituições financeiras e fundador dos sites, Achei!! e Zeek!, até a venda da empresa para a StarMedia Networks, o primeiro negócio envolvendo a transferência de controle de capital em empresa de internet realizado na América Latina.

É atualmente presidente da Sidnei Oliveira & Mentores e da Escola de Mentores, Vice-presidente do Instituto Atlantis de preservação ambiental, membro do conselho do Fórum de Líderes Empresariais e articulista e colunista na Exame.com, onde reflete com jovens potenciais e especialistas questões sobre carreira, relacionamentos e estilo de vida dos jovens talentos de todas as gerações.

Nos últimos anos, conduziu diversas pesquisas e realizou profundos estudos sobre os comportamentos e as atitudes de jovens e veteranos. Atualmente, desenvolve programas de formação de jovens potenciais e de formação de mentores, realizando diversos trabalhos com mais de 150 mil profissionais em empresas como Vale, Petrobras, Gerdau, Internacional Paper, Deloitte, entre outras.

Dando a Volta por Cima no Clima Organizacional - Estratégias de Retenção de Talentos

Gideon Oliveira Basilio e Eliane Basilio

Clima organizacional é o conjunto dos aspectos do ambiente empresarial que uma instituição apresenta, sendo influenciado pelo meio interno e externo. O Clima, quando diagnosticado, revela o grau de satisfação dos funcionários a partir de um conjunto de aspectos percebidos pelos mesmos.

As análises da pesquisa derivam do suprimento de suas expectativas e da cultura. Esse diagnóstico é relevante, pois permite identificar quais práticas otimizam ou comprometem o resultado final da empresa.

O Hospital Adventista de Manaus (HAM) é certificado pela Organização Nacional de Acreditação Hospitalar (ONA) em dois níveis: ONA I e ONA II; e é membro da Agência Nacional de Hospitais Privados (ANAHF). É uma instituição filantrópica mantida sobre os ideais da Igreja Adventista do Sétimo Dia, o que explica o entendimento de “o amor a Deus e ao próximo, tendo o paciente como centro das atenções...” como a descrição de seus valores institucionais.

Dessa forma, é essencial que o Clima Organizacional esteja de acordo com os princípios preconizados pela mantenedora. Assim, viu-se no Diagnóstico do Clima Organizacional o método técnico, formal e científico que deveria nortear as práticas a serem desenvolvidas pelo HAM.

Para tanto, com o suporte de uma consultoria externa, foi realizada uma pesquisa qualitativa e quantitativa, por amostragem, considerando dois níveis hierárquicos: líderes e liderados.

Quando qualitativa, sob entrevista e dinâmicas, foi considerada a exposição verbal da amostra. Quando quantitativa, foi utilizado um instrumento de pesquisa em forma de questionário eletrônico, respondidos por meio da escala de Likert, preenchido de forma sigilosa.

A pesquisa se baseou em analisar diversas temáticas a partir de quatro grandes grupos, no qual cada um representa uma dimensão de influência no ambiente de trabalho, a saber: Cultura e Gestão (políticas institucionais, organização, foco no cliente, cultura da qualidade), Liderança (estilo de liderança, reconhecimento, comunicação e feedback e autonomia & desenvolvimento), Gestão de Pessoas (remuneração, aprimoramento e valorização & recompensa) e Ambiente de Trabalho (condições de trabalho, relações interpessoais e conteúdo do trabalho & sentido de realização).

Com o Diagnóstico feito, a Administração do HAM se propôs a desenvolver o programa HAMARH (Hospital Adventista de Manaus Avalia, Reconhece e Humaniza) para atender as principais necessidades dos colaboradores a partir de políticas estratégicas que valorizassem o resultado obtido no Clima Organizacional.

Por meio desse programa, foi possível identificar a necessidade dos colaboradores e ofertar os incentivos e benefícios. Com essas ações, a média do índice de turnover de 2014 foi de 2,75% para 1,94% em 2015, uma redução de 30%.

O programa HAMARH, tem contribuído de forma significativa para a retenção de talentos, dessa forma, o HAM institui práticas essenciais para transformar a instituição numa das melhores empresas para se trabalhar.

Gideon Oliveira Basilio. Administrador e Pastor.

Atua como administrador em instituições da Igreja Adventista do 7º dia há vinte e sete anos, sendo os últimos seis como CEO do Hospital Adventista de Manaus.

Eliane Selma de Magalhães Basilio

Formada em Psicologia.

Assumiu a Gestão de Pessoas no Hospital Adventista de Manaus há 6 anos.

Práticas criativas para Inovar em RH

Luz Loo de Li

El talento humano en salud ofrecen una gama de oportunidades, de creatividad a quienes lideran la gestión de instituciones de salud, de generar un espacio de confort, de bienestar, de crecimiento profesional, personal, espiritual para los usuarios internos, quienes comparten muchas horas del día al cuidado de los pacientes o en procesos relacionados que contribuyen a lograr la salud de las personas que acuden a los servicios de salud, ellos son los pilares de nuestros equipos multidisciplinarios en salud, es por tanto para todos un compromiso.

El desarrollo de la tecnología, los avances en general, son puestos en marcha por el talento humano en salud, lograr resultados es con la participación activa de ellos.

La Humanización de la atención en salud es sin duda una prioridad en estos tiempos en que se siente, se percibe la insatisfacción, en especial del talento humano en salud.

La gestión de instituciones en muchas de ellas, casi siempre se encuentran enfocados a las demandas de los usuarios externos, sin a veces brindar la importancia debida a que somos personas que atendemos personas, con alma, con espiritualidad, como seres humanos con nuestro propio mundo, no solo profesionales de la salud o trabajadores de salud con una misión, con un objetivo, con una tarea que cumplir; se tiene una vida que a veces es compleja, que quizá los compañeros de trabajo no conocen y en general puede nadie conocer, y que se enfrenta día a día con desafíos de atender a otros, con años de servicio que quizá pueden no haber sido reconocidos.

Brindar espacios para desarrollar el talento humano en salud, como un Centro Cultural en que se impulse el arte, la creatividad, la cultura, la interculturalidad, la práctica de disciplinas en las que se desarrolla el ser humano holísticamente, la espiritualidad, la reflexión, la meditación, sin duda generará satisfacción en quienes tienen una tarea hermosa, cuidar a otro ser humano.

Luz Loo de Li, médico cirujano, especialista en Administración en Salud, Asesora del Ministerio de Salud del Perú, Ex Presidente de la Federación Peruana de Administradores de Salud - FEPAS y Coordinador Internacional de la Federación Andina y Amazónica de Hospitales y Servicios de Salud - Perú.



Congresso de Gestão em Saúde

Congresso de Gestão em Saúde

Coordenação científica

Gonzalo Vecina Neto

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP

Vice Coordenador

Sérgio Fernando Rodrigues Zanetta

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Hospital Sírio-Libanês

Membros

Carlos José Massarenti

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Eduardo Luiz de Brito Neves

MHA Engenharia

José Carlos de Souza Abrahão

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

Luiz Eduardo Loureiro Bettarello

Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

Marisa Riscalla Madi

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Ronaldo Pasquarelli

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Hospital Ipiranga

Waldomiro José Pedroso Federighi

CRA/SP - Conselho Regional de Administração

Waldomiro Monforte Pazin

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Congresso de Gestão em Saúde

Eficiência

Ana Luiza D'Ávila Viana

No relatório da OMS de 2010, a questão da eficiência é tratada como prioridade para atingir a cobertura universal, pois as estimativas mostram que 20-40% de todas as despesas em saúde são desperdiçadas devido à ineficiência. Dessa forma, todos os países, independentemente do seu nível de rendimento, podem tomar medidas para reduzir a ineficiência, o que requer uma avaliação inicial da natureza e das causas das ineficiências locais. Para a OMS, a eficiência é “uma medida da qualidade e/ou quantidade dos produtos obtidos (ou seja, produtos ou serviços de saúde) para um determinado nível de fatores de produção (ou seja, custos). Cetin e Bahce (2016) publicaram um estudo no qual avaliaram a eficiência dos sistemas de saúde dos países da OCDE usando 7 variáveis de input (número de médicos, número de enfermeiros, número de leitos, gasto em saúde per capita, gasto em saúde com % do PIB, número de aparelhos de ressonância magnética, taxa de uso de tabaco) e 2 variáveis de output (expectativa de vida ao nascer e mortalidade infantil). Os resultados mostraram que a eficiência varia bastante entre os países da OCDE e que os sistemas de saúde mais eficientes são os do Canadá, da República Tcheca, da Islândia, da Irlanda, de Israel, do Japão, da Coreia, da Polônia, da Eslovênia, da Suécia e do Reino Unido. Os demais países possuem sistemas de saúde considerados ineficientes.

Ozcan e Khushalani (2016) publicaram outro estudo para examinar as mudanças na eficiência dos sistemas de saúde em 34 países da OCDE no período 2000-2012. Vários desses países (14) realizaram reformas nos seus sistemas de saúde nesse período e o artigo traz uma tabela onde é possível ver a natureza dessas reformas em cada um deles. O estudo usou um modelo que separa os sistemas de saúde em dois componentes: saúde pública (ações coletivas) e atenção médica (individual). Os resultados mostram que os países que realizaram reformas em seus sistemas de saúde apresentaram mais ganhos de eficiência quando comparados aos que não o fizeram. No entanto, esse ganho de eficiência se deveu, sobretudo, ao componente da saúde pública. Os autores recomendam que ganhos adicionais de eficiência poderão ser alcançados por meio de redução no input do componente de atenção médica. Num artigo sobre os determinantes da eficiência do sistema de saúde do Canadá, Allin, Grignon e Wang (2015) concluíram que o sistema canadense possui grandes ineficiências (variando de 18 a 35%), as quais são resultados de 3 conjuntos de fatores: fatores relacionados à gestão (como readmissões hospitalares), fatores ligados à saúde pública (como taxas de fumo e obesidade) e fatores ambientais (como renda média da região). Na publicação OECD Health Statistics 2014 - How does Brazil compare?, temos os dados do Brasil. Resumidamente, eles mostram que:

- Gasto em saúde: gasto em saúde como % do PIB no Brasil é igual à média dos países da OCDE (9,3%). Entretanto, em termos per capita, o gasto anual é de apenas 1/3 da média dos países da OCDE (1109 USD no Brasil contra 3484 USD na OCDE).
- Público x privado: o gasto público no Brasil corresponde somente a 46% do total, nível bastante inferior à média dos países da OCDE (72%). É menor ainda que nos EUA (48%), Chile (49%) e México (51%), os três países da OCDE com a menor participação do gasto público.
- RH: o número de médicos por 1.000 habitantes era de 1,8 no Brasil (em 2010) contra 3,2 na OCDE (em 2012). O número de enfermeiros por 1.000 habitantes é ainda pior: 1,5 no Brasil (em 2010) contra 8,8 na OCDE (em 2012).
- Leitos hospitalares: o Brasil possuía 2,3 leitos por 1.000 habitantes em 2012, o que é menos da metade da média dos países da OCDE para o mesmo ano (4,8).

- Expectativa de vida ao nascer: embora o Brasil tenha aumentado a expectativa de vida em 19 anos desde 1960, atingindo 73,7 anos em 2012, ainda está 6,5 anos abaixo da média da OCDE (80,2 anos).
- Mortalidade infantil: grande melhoria na taxa de mortalidade infantil no Brasil, que caiu de 51,6 por 1.000 nascidos vivos em 1990 para 12,9 em 2012; mesmo assim, é 3 vezes maior do que a média da OCDE (4,0 por 1.000 nascidos vivos).
- Obesidade (fator de risco para muitas doenças): cresceu em todos os países, mas a situação no Brasil (18% da população) é pior do que a média dos países da OCDE (15%).

Ana Luiza D'Ávila Viana é economista. Iniciou o curso de economia na FEA (Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade) da Universidade de São Paulo em 1968 e se formou em 1974 na Faculdade de Ciências Econômicas e Políticas da Universidade Cândido Mendes, no Rio de Janeiro. Concluiu o mestrado em economia em 1981 e o doutorado em 1994, ambos pelo Instituto de Economia da Unicamp (Universidade de Campinas). É professora aposentada da USP, onde lecionou, de 2002 a 2015, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina. É orientadora do programa de pós-graduação desse departamento (orienta, atualmente, sete teses de doutorado).

Eficiência (2)

Geraldo Amaral Jr.

A palestra Eficiência tem como objetivo demonstrar como as boas práticas utilizadas nas indústrias podem ser traduzidas e adaptadas para serem utilizadas com excelentes resultados na área hospitalar, com o propósito de reduzir os desperdícios e melhorar a eficiência organizacional e operacional.

A apresentação mostra a evolução dos princípios de melhoria da qualidade, desde os primórdios da Primeira Revolução Industrial até o reconhecimento do Sistema Toyota de Produção como filosofia e prática utilizadas para a redução de desperdício, melhoria de eficiência e excelência organizacional.

A tradução dessa filosofia e dessas práticas para a área hospitalar e os exemplos de sucesso de organizações que se beneficiam dessa mudança cultural testemunham que a Metodologia Lean pode e deve ser usada na área da saúde para a redução de desperdícios, melhoria da eficiência e a contínua procura da excelência.

Geraldo Amaral Júnior

Formado pelo Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais - Curso de Máquinas e Motores. Cursos de especialização - FGV, Instituto Técnico Industriale-Scuola Agnelli - FIAT Torino, General Motors, Johnson & Johnson, Quality Institute USA, Black Belt pelo Quality Institute Johnson & Johnson USA.

Profissional com mais de 50 anos de experiência nas áreas de Engenharia de Produção, Manutenção, Gerenciamento da Qualidade Total, Recursos Humanos, Gestão da Qualidade, Planejamento Estratégico e Process Excellence em companhias nacionais e multinacionais. Avaliador internacional dos requisitos do Prêmio Nacional de Qualidade Americano (Malcom Baldrige) para as companhias Johnson & Johnson na América Latina, Europa e Ásia.

Sócio-proprietário da Amaral & Amaral, precursora no Brasil na aplicação do Sistema Toyota de Produção (Metodologia Lean) na área da saúde. Vem implementando, com excelentes resultados, a metodologia na área hospitalar e de serviços no Brasil por meio de projetos desenvolvidos nos hospitais São Camilo, São Luiz, Sírio-Libanês, Bandeirantes, Unimed, Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo.

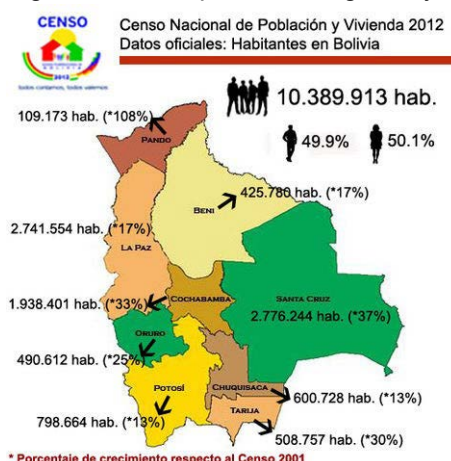
Além dos trabalhos de consultoria independente, trabalha como consultor da Johnson & Johnson Medical LA na área de Strategic Solutions.

El Proceso de Cambio en Bolivia “Hospital Arco Iris” del Hospital Solido al Hospital Líquido

Ramiro Narváez Fernández



Bolivia, históricamente un país muy rezagado, Bolivia, situada en el centro de América del Sur, tiene 9 departamentos y 337 municipios, una superficie de 1.098.581 km² y una población estimada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para 2013 de 10.389.913 habitantes, 66% urbana y 34% rural. La esperanza de vida al nacer fue de 66,34 años, la tasa de crecimiento demográfico de 2,24% y la tasa global de fecundidad de 3,5 hijos, con diferencias urbano-rurales importantes y la tasa cruda de natalidad de 27,1 nacidos por 1.000; con una deuda social acumulada durante muchos años, que se enfrenta a nuevos retos y desafíos, con el denominado “Proceso de cambio”, cuyos principales atributos fueron la revaloración de la cultura ancestral y por lo tanto la inclusión de sectores olvidados en la agenda nacional, un crecimiento económico sostenido y una mejor redistribución de los recursos económicos, en el campo de la salud, la salud como derecho consignada en la nueva constitución del Estado, la constitucionalización del consentimiento informado, y un largo camino que hay que transitar para la real transformación de la salud. Sin embargo se han sentado las bases de una real transformación, somos un país diferente, en consonancia debe cambiar el sistema, los hospitales y los profesionales de la salud, en un mundo cambiante, en crisis permanente; ahí surge la necesidad primero conceptual de atrevernos a plantear un modelo de hospital diferente, qué implique un cambio en el modelo asistencial, fundamentado en cambios paradigmáticos en nuestro país. Asumimos el reto en el marco de una alianza público privada, de salir de nuestras cuatro paredes, proyectándonos a la gente y al lugar donde viven y trabajan (comunidades callejeras); poblaciones periféricas de las ciudades de La Paz y El Alto y poblaciones rurales del Departamento de La Paz, articulando redes de servicios de salud, interconectándolas apoyados por las Tics, Telemedicina, telefonía móvil, etc. Generando de esta manera convenios de alianza con diferentes organizaciones, pueblos indígenas y originarios y con el Estado plurinacional.



Desde la perspectiva de la Meso y Micro gestión, enfocar la gestión en los pacientes, poniendo a su disposición nuestros servicios y nuestra tecnología, apostando al conocimiento y la innovación permanentes, intentando cambios el “el estado físico de nuestro hospital” y de esta forma la estructura hospitalaria existente en nuestro país, de sólida, rígida, centrada en los médicos, el personal de salud y en el hospital de manera centrípeta, a un modelo flexible, centrado en el paciente y sus necesidades, a este hospital lo denominamos “Hospital liquido”, es decir que este a la altura de los tiempos y de los procesos de transformación y de cambio, que son mérito de los pueblos y su gente. En un mundo cambiante, donde los ciudadanos no quieren ser más de segunda y por lo tanto son más exigentes, están más informadas y desean tomar decisiones sobre su enfermedad. El desarrollo de las nuevas tecnologías permite obtener la información y la comunicación inmediata, es decir estamos viviendo tiempos de cambios y de transformaciones algunas muy profundas.

Esta es un poco la historia del Hospital Arco Iris en la ciudad de La Paz; Bolivia, que quiso interpretar el sentimiento de la gente y hacerse fluido, llano y simple como el boliviano más humilde, abandonado de siempre y protagonista de este nuevo país que todos queremos ganar.

Ramiro Narváez Fernández

Médico Pediatra; Master em Gestão Hospitalaria; Profesor de Postgrado de Universidad Mayor De San Andres (Invitado); Director General Del Hospital Arco Iris; Presidente de la Asociación Boliviana de Hospitales; Presidente de la Sociedad Boliviana de Telemedicina e Informatica Medica; Presidente de la Federación Andino Amazonica de Hospitales y Servicios de Salud; Socio Activo de la Federación Latinoamericana de Hospitales; Federación Latinoamericana de Administradores de la Salud; Miembro de la Organización Iberoamericana de Prestadores de Servicios de Salud.



Congresso de Qualidade e Segurança do Paciente

Congresso de Qualidade e Segurança do Paciente

Coordenação científica

Sandra Cristine da Silva
Hospital Sírio-Libanês

Vice Coordenador

José Ribamar Branco
Hospital São Camilo

Membros

Antônio Carlos Onofre de Lira
Hospital Sírio-Libanês

Allan Jacqueson Barbosa Lobo
Pró-Saúde - Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar

Eduardo Silva de Oliveira
MHA Engenharia

Haino Burmester
CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar

Jairo Ferreira Campos
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Laura Maria Cesar Schiesari
Hospital Sírio-Libanês

Liliana Chiodo Cherfen
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Solange Amora Aliandro
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Vera Lúcia Borrasca
Hospital Sírio-Libanês

Congresso de Qualidade e Segurança do Paciente

Impacto das Avaliações Externas no Brasil

Mara Marcia Machado

Desde a década de 1970, a preocupação com a utilização dos resultados das avaliações externas para o aperfeiçoamento das políticas organizacionais voltadas à qualidade e à segurança tem gerado inúmeras pesquisas pelo mundo. No Brasil, esse debate parece ainda não ter recebido a devida atenção. Aqui, ainda prevalece disseminada a crença da existência de uma relação simples e linear entre avaliação e melhoria da qualidade e segurança nas instituições. Estamos no momento de discutir a importância das avaliações externas para a transformação dos padrões de qualidade e segurança nas instituições brasileiras.

Esta discussão deve remeter a uma questão essencial e que vem gerando um amplo questionamento sobre as práticas de avaliação adotadas até hoje, assim como sobre a forma como está estruturada a função de avaliação.

A avaliação externa é cada vez mais usada no mundo inteiro para regular e melhorar os prestadores de cuidados de saúde, especialmente hospitais. Os modelos mais comuns são de revisão por pares - acreditação. A acreditação vem se adaptando progressivamente para atender às novas demandas de prestação pública de contas, da eficácia clínica e da melhoria da qualidade e da segurança.

Mara M. Machado é CTO - Chief Technical Officer da maior instituição acreditadora em saúde do país, o IQG e da Accreditation Canada no Brasil. Graduada em Enfermagem, com especialização em Saúde Pública, MBA Pleno em Administração de Empresas, pós-graduada em Administração Hospitalar e em Auditoria em Saúde, Membro Institucional da ISQua pelo IQG. Responsável Técnica pelo "IHI Open School" do Institute for Healthcare Improvement (IHI - EUA). Responsável Técnica do Programa Brasileiro de Segurança do Paciente, onde coordena mais de 150 instituições nesse programa implementado no Brasil pelo IQG, Membro do Comitê Internacional da Accreditation Canada, é Responsável Técnica da Implementação do Sistema Canadense de Acreditação em Saúde no Brasil.

Impacto das Avaliações Externas no Brasil (2)

Haino Bumester

Importância do uso de um modelo de gestão sistêmico, integrado e coerente, do qual, como consequência, advirão qualidade, segurança do paciente, humanização do atendimento e outros requisitos para a excelência. Afastando-se das boas práticas de gestão em geral e concentrando atenção em particularidades, se desvia o foco de atenção principal, dispersando energias que poderiam/deveriam estar focalizadas na gestão propriamente dita. O CQH, após 25 anos de atuação na área de gestão da saúde, propugna a adoção, pelas organizações de saúde, de um modelo de gestão sistêmico, coerente e integrado como única forma de fazer frente aos desafios que essas

organizações têm de enfrentar no século XXI. Modismos que contribuíram nos séculos XIX e XX já não podem mais fazer frente aos desafios de organizações maiores, mais complexas, sofisticadas, com múltiplas especializações e grupos de interesse. O acesso à informação e às redes sociais e o conhecimento dominado pelos clientes dessas organizações demandam respostas mais rápidas, precisas e abrangentes que só uma visão sistêmica, coerente e integrada da organização pode proporcionar.

Haino Bumester

Médico e administrador de empresas; há quase 40 anos se dedica à gestão de serviços de saúde, principalmente hospitais públicos e privados. Atualmente é Coordenador de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

Impacto da Qualidade e Segurança do Paciente no Resultado Financeiro Hospitalar - Santa Casa de Misericórdia de Maceió

Dácio Guimarães Borges e Luiz Cláudio Ramos de Albuquerque

Resumo

O presente estudo aponta algumas ferramentas utilizadas na gestão financeira dos processos da Santa Casa de Misericórdia de Maceió, com o objetivo de propiciar, com os resultados, alguns parâmetros que evidenciam o impacto da Qualidade e Segurança nos resultados financeiros da referida Organização Hospitalar. Dentre os parâmetros encontrados, estão relacionados: Protocolo de Segurança Cirúrgica, Programa de Prevenção de Úlceras por Pressão, Protocolo de Prevenção de Broncoaspiração, Protocolo de Identificação e Tratamento de Sepsis e Prevenção de Sepsis Grave, Protocolo de Prevenção de TEV; todos monitorados com os principais indicadores. A gestão financeira do hospital demarca pontos de avaliação de custos versus qualidade assistencial, utilizando como parâmetros: evolução da permanência, consumo de antibióticos, padronização nos tempos cirúrgicos, readmissão hospitalar e o resultado médio por procedimento médico e serviço, sendo praticada a integração do corpo clínico aos resultados financeiros/assistenciais aliados à monitorização de taxas de efetividade de cada ferramenta em questão.

Introdução

No cenário econômico atual faz-se necessária a revisão de processos. A gestão pela qualidade com foco na segurança do paciente possibilita que os dirigentes hospitalares fundamentem por informações confiáveis a tomada de decisões. A Santa Casa de Misericórdia de Maceió, acreditada desde o ano 2009, vem implantando ferramentas que visam à efetividade dos seus processos com a integração de sistemas eletrônicos até a implantação de protocolos assistenciais gerenciados. Nesse contexto, os valores das informações servem de suporte aos pacientes, assegurando a sustentabilidade da Organização, diminuindo taxa mortalidade, maior ocupação de leitos e redução de custos fixos.

Metodologia

Esse estudo relata uma experiência da Santa Casa de Misericórdia de Maceió na gestão com foco em resultados, desenvolvido pela implantação e pelo monitoramento de ferramentas de gestão da qualidade em seus processos. Na busca de boas práticas com foco em resultados e aliados à segurança do paciente, foi utilizado, há alguns anos, algumas metodologias de pagamento por performance para remunerar alguns grupos do corpo clínico, com base em sua eficiência assistencial.

Considerações Finais

O modelo de gestão desenvolvido e em evolução está embasado nos modelos da Organização Nacional de Acreditação e no modelo de Acreditação Canadense. Destacam-se mudanças na reestruturação e inovação na busca pela excelência por meio de: visão sistêmica da organização dos seus processos institucionais, estabelecimento de protocolos assistenciais, desenvolvimento da cultura da segurança e foco em resultados, visando a alta produtividade com efetividade.

Dácio Guimarães Borges

Graduado em Ciências Contábeis, especialista em Gestão Hospitalar, Auditoria e Controladoria e MBA em Gerenciamento de Projetos, atualmente, exerce o cargo de Diretor Administrativo e Financeiro da Santa Casa de Maceió, empresa na qual trabalha há 15 anos em setores relacionados à atividade financeira/estratégia, subsidiando a tomada de decisão.

Inserção da Qualidade e Segurança no Processo de Educação

Sonia Regina Pereira

Rita Simone Lopes Moreira

Fernanda Amaral R. Chaves

A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS. Duas questões motivaram a OMS a eleger esses protocolos: o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. O avanço na área da saúde vem acompanhado da ascensão da tecnologia, exigindo dos profissionais que atuam nesse setor a busca de conhecimento continuado, para que haja um equilíbrio entre eles no cuidado ao paciente.

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS pretende fornecer uma compreensão global do domínio da segurança do paciente. Tem como objetivo representar um ciclo de aprendizagem e de melhoria contínua, realçando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução do risco; a recuperação do incidente e a resiliência do sistema. A aprendizagem e a melhoria da qualidade devem permear as complexidades do sistema de saúde, que está ligado a diversas fontes de informações e a diferentes campos de atuação, entre profissionais, equipe, paciente e tecnologia.

Muitos pesquisadores têm proposto que as estratégias para a segurança do paciente devem seguir os modelos utilizados na aviação e nas indústrias de energia nuclear, acreditando que se obterá o mesmo sucesso. Todavia, a realidade é provavelmente mais complexa.

O movimento de promoção da segurança do paciente nos serviços de saúde começa a ter sentido no momento em que sai do “papel” – ou seja, que deixa de ser um projeto ou um regulamento para cumprir etapas de processo

de aprendizado de recomendações de gestores, ou até das bases de dados dos responsáveis pelo gerenciamento de risco – e se constitui como uma mudança de cultura que se fundamenta na atenção ao paciente e à sua família.

Aceitar a transição da mentalidade de *craftsman* (meu paciente) por profissionais da mesma categoria é uma das barreiras a serem vencidas pela equipe que presta serviços.

A criação de um sistema seguro implica na normalização da atividade dos diversos profissionais, de maneira que a qualidade não sofra variações inapropriadas. Para alcançar os próximos níveis de segurança, profissionais de saúde devem enfrentar uma transição muito difícil: abandonar seu status e sua autoimagem de ser o artista que solitariamente é responsável pelo resultado e, em vez disto, adotar uma posição que valorize a equivalência entre os diferentes profissionais que atuam no sistema de saúde. Criar uma cultura de segurança impulsiona os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos por meio de uma liderança proativa, na qual se potencializa o entendimento e se explicitam os benefícios, assegurando a imparcialidade no tratamento dos eventos adversos, sem tomar medidas de punição frente a ocorrência dos mesmos.

Em estudo de revisão e meta-análise, pesquisadores examinaram criticamente a literatura para identificar os estudos que apontavam a importância de crenças, atitudes e comportamentos que fazem parte da cultura de segurança nos hospitais. Identificaram várias propriedades, que organizaram em sete subculturas, conforme descrito: Liderança, Trabalho em equipe, Comunicação, Aprender com os erros, Justiça, Cuidado centrado no paciente e Prática baseada em evidência. O ensino desse conteúdo entre todos os profissionais de saúde pode ser uma chave essencial para que todos sejam e sintam-se responsáveis a prestar um cuidado seguro. A inserção desse conteúdo como obrigatório na formação do residente multiprofissional pode promover a construção de profissionais mais críticos e uníssomos nessa prática.

Sonia Regina Pereira

Profa. Adjunta/Departamento de Enfermagem Pediátrica/Escola Paulista de Enfermagem/UNIFESP

Graduação em Enfermagem

Especialista em Pediatria e Puericultura

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Doutora em Enfermagem

Coordenadora Geral de Residências em Saúde/Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde/SESu/MEC

Gestão

Veruska Amorim Ramalheiro

O Hospital Regional do Baixo Amazonas encontra-se em uma área muito restrita quando se trata de acesso geográfico, e a sua população possui muitas particularidades culturais. Implantar um serviço de saúde de alta eficiência baseado nas premissas de qualidade e segurança do paciente acaba se tornando um desafio. A saída que o Hospital Regional do Baixo Amazonas encontrou para ser atualmente considerado um centro de referência e excelência em gestão de saúde em seu Estado e Região se deu a partir de projetos baseados e escritos dentro do planejamento estratégico da instituição com foco principal em assistência humanizada, implantação e sustentação de processos, desenvolvimento de pessoas e sustentabilidade. O mix desses elementos tratados como objetivos estratégicos e sendo acompanhados periodicamente resultaram em uma cultura inovadora e sólida com resultados muito positivos para todos os pacientes, colaboradores e comunidade local.

Dentro do mapa estratégico do Hospital, definiu-se objetivos específicos e, a partir disso, foram traçadas metas para execução das tarefas. Os projetos foram definidos e todo o planejamento passou a ter “corpo”. Atualmente, o

Hospital Regional do Baixo Amazonas consegue, com seus projetos de inovação e sustentabilidade, obter resultados que elevam a eficiência com foco na assistência segura. Abaixo, seguem três projetos com resultados satisfatórios:

- **Compostagem e Horta do HRBA** (Sustentabilidade): O Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA) implantou um projeto ambiental pioneiro na região, com o objetivo de reaproveitar o lixo orgânico gerado pela unidade. Menos de seis meses depois, 25% dos resíduos já deixaram de ser despejados no aterro sanitário municipal para se transformar em adubo para a horta da unidade. Atualmente, são cultivadas matrizes de batata-doce, caruru e macaxeira, além de ervas, como capim-santo, erva-doce e hortelã. O Hospital Regional gera uma média mensal de quatro toneladas de lixo orgânico. Com o projeto de compostagem e horta, quase uma tonelada é reutilizada. Para expandir o plantio na área do hospital, será realizada uma campanha de doação de mudas e sementes.
- **Sentindo na pele** (Atendimento/Humanização): O objetivo do projeto é aprimorar a sensibilidade dos colaboradores para fornecer atendimento humanizado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, os recepcionistas e atendentes foram submetidos a situações de ansiedade e estresse, para que pudessem sentir a angústia e o sofrimento vivenciados diariamente por quem precisa de atendimento. Após a primeira etapa da implantação do projeto, pudemos verificar indicadores de satisfação do usuário com evolução em seu resultado e com positiva projeção. O programa aconteceu em três etapas. A primeira consistiu na escolha dos participantes. Eles foram orientados sobre a metodologia do treinamento e assinaram um termo de participação, assim como garantiram manter sigilo entre os colegas. Na segunda etapa, aconteceram as simulações em diferentes áreas do hospital. A terceira etapa aconteceu no auditório da unidade. Os trabalhadores contaram a experiência aos colegas e pontuaram o que pode ser melhorado para que os usuários se sintam mais acolhidos e recebam um atendimento humanizado.
- **Gerenciamento de Riscos** (Segurança do paciente): O Hospital Regional do Baixo Amazonas trabalha com mapeamento e gerenciamento de riscos de todas as áreas do Hospital, atualmente, 55 áreas são mapeadas, somando 134 riscos gerenciados com 1.326 práticas de controle executadas diariamente para minimizar a probabilidade desses riscos. O HRBA está rodando seu décimo primeiro ciclo de auditoria de riscos que ocorrem semestralmente por meio do grupo de auditores internos. A taxa de conformidade da auditoria de gerenciamento de riscos teve uma evolução de 42%, isso significa dizer que, no início das atividades de gerenciamento de riscos, o Hospital possuía 65,5% de práticas de controles avaliadas em plena conformidade. Atualmente em seu último ciclo de auditoria, o Hospital chegou a um índice de 93,21% de práticas de controle executadas de forma correta. Resumidamente, isso quer dizer que as probabilidades de ocorrência dos riscos mapeados são bem menores atualmente do que no início das suas atividades. Outro reflexo positivo da aplicação dessa ferramenta, são os índices de eventos adversos, que diminuíram suas reincidências por meio do correto gerenciamento e da execução das práticas de controle, garantindo assim uma assistência mais segura para os usuários do Hospital.

Veruska Amorim Ramalheiro

Administradora de Empresas pelo Instituto Esperança de Ensino Superior, pós-graduada em Administração Hospitalar pela UNINTER. Possui vasta experiência na gestão de processos produtivos por meio do desenvolvimento de ferramentas adequadas de qualidade e itens de segurança. Atua com foco na eficácia dos processos. Conhecimento em estabelecimento e implementação dos procedimentos necessários do SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade, busca o desenvolvimento de melhorias, como consultora da qualidade e processos em empresas. Como Assessora de Qualidade e Processos no Hospital Regional do Baixo Amazonas, pertencente à Pró-Saúde ABASH, obteve como resultados: a implementação de contrato de interação de processos entre todas as áreas do Hospital; a implantação de auditoria clínica; e os níveis I, II e III de acreditação. Tem experiência na coordenação de processos institucionais e planejamento estratégico, utilizando-se de metodologias como gestão de documentos, gestão de indicadores, planos de ação setoriais, interação de processos e gerenciamento de riscos.

El Apthapi como Estrategia de Innovación en la Humanización de la Hotelería Hospitalaria

Ramiro Narváez Fernández



El “Apthapi” es un término aymara, se constituye en una herencia ancestral de los pueblos nativos del occidente boliviano, que significa “recoger de la cosecha”, quiere decir “comida comunitaria”; el concepto es “COMPARTIR”, es un espacio de unidad, reconciliación y reciprocidad, se trata de un valor muy importante que ha adoptado nuestro hospital como estrategia de humanización en un ámbito intercultural, de encuentro en el “taypi de la salud” que en la cosmogonía andina es el símbolo del centro de un todo temporo-espacial; el punto de encuentro de todas las partes, es mediación, equilibrio y convergencia en el mundo de las dualidades; finalmente es convergencia, complementariedad y reciprocidad, para resolver las contrariedades, esto es el hospital conceptualmente para nosotros.



Entonces no solo es edificio, tecnología, es fundamentalmente “ajayu” alma, que es comprendido en el mundo andino como la fuerza que contiene a los sentimientos y la razón, también es entendido como el centro de un ser que siente y piensa; es la energía cósmica que genera y otorga el movimiento de la vida. Toda esta vitalidad lo dan las personas; y por lo tanto, al servir a otras personas, compartimos, VALORES, PRINCIPIOS, MIEDOS, INCERTIDUMBRES, SABERES, CULTURA Y FUNDAMENTAL SALUD EN CONCEPTO INTEGRAL E INTEGRADOR DEL “SUMAQMAÑA”, se trata de recuperar nuestros valores ancestrales para servir y para el servicio de nuestros pacientes que vienen de diferentes niveles socioeconómicos y culturales, y que en algunos casos no han tenido la posibilidad de crecer en una familia, ni tener una casa, como es el caso de los niños que viven y trabajan en las calles de la ciudad de La Paz y de El Alto, otros de pueblos originarios y campesinos, históricamente excluidos por múltiples razones, que tienen que acudir a nuestro hospital por razones de salud.

“No solo para intentar curarte, sino fundamentalmente para cuidarte y acompañarte” es nuestro principio, generando confianza y convirtiéndonos en la experiencia de nuestros pacientes, acogemos, acompañamos y brindamos servicios, certificados y comprometidos con la calidad, seguridad y nuestra cultura ancestral y milenaria.

Respetando los valores y la dignidad de los pacientes, entregando lo mejor que tenemos, con humanismo y profesionalidad, trabajo en equipo, respetando derechos y principios bioéticos, y fundamentalmente compartiendo “valores”.

Ramiro Narváez Fernández

Médico Pediatra; Master en Gestión Hospitalaria; Profesor de Postgrado de Universidad Mayor De San Andres (Invitado); Director General Del Hospital Arco Iris; Presidente de la Asociación Boliviana de Hospitales; Presidente de la Sociedad Boliviana de Telemedicina e Informatica Medica; Presidente de la Federación Andino Amazonica de Hospitales y Servicios de Salud; Socio Activo de la Federación Latinoamericana de Hospitales; Federación Latinoamericana de Administradores de la Salud; Miembro de la Organización Iberoamericana de Prestadores de Servicios de Salud.

A experiência do Hospital Estadual Sumaré/Unicamp na Gestão por Linha de Cuidado

Maurício Wesley Perroud Júnior

O Hospital Estadual Sumaré (HES), inaugurado em setembro/2000, é uma instituição que pertence ao Estado de São Paulo e é administrado pela Universidade de Campinas (Unicamp) por meio da Fundação para Desenvolvimento da Unicamp (Funcamp). O contrato de gestão, firmado entre o Estado e a Universidade, estabelece metas de produção e qualidade que são vinculadas ao repasse do orçamento definido nesse contrato. Devido a essa característica, o hospital buscou implantar modelos de gestão contemporâneos para garantir não somente o cumprimento dessas metas, mas também para atender a sua missão que contempla, entre seus pontos principais, ser reconhecido como instituição pública de referência na gestão da qualidade.

Essa busca contínua pela qualidade levou à adesão ao processo de certificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) em 2001. No ano seguinte, o hospital foi certificado como nível 1 e chegou ao nível de Acreditação com Excelência, nível máximo, em apenas 5 anos. Todo o processo de certificação pela ONA foi fundamental para estabelecer as bases da gestão por qualidade e a formação da cultura institucional. A evolução para a certificação pela metodologia da Canada Accreditation foi um processo natural devido, principalmente, à necessidade da busca contínua pelo aprimoramento de processos que, por sua vez, decorre dos esforços para a implantação da gestão assistencial pela qualidade.

A certificação pela metodologia da Canada Accreditation foi alcançada em 2012. O processo para implantação desse modelo de gestão da qualidade foi fundamental para a consolidação das linhas de cuidado. A gestão por linha de cuidado começou de forma incipiente, em 2007, por meio da implantação dos primeiros protocolos institucionais. As diretrizes estabelecidas pela Canada Accreditation formataram o modelo de trabalho para as linhas de cuidado e permitiram a expansão e consolidação das suas ações.

As linhas de cuidado do hospital foram definidas com base no seu perfil epidemiológico. Foram definidas três linhas: materno-infantil, paciente crítico e paciente cirúrgico. Para cada linha, foi constituído um grupo de gestão, nomeado ‘time’, que foi formado por profissionais de diversas áreas do conhecimento, profissionais da saúde ou não, de vários níveis hierárquicos. Em cada grupo era possível encontrar médicos, enfermeiros, administradores, engenheiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, auxiliares administrativos, entre outros. A cada time foi dada a tarefa de revisar todos os fluxos e processos relacionados à assistência dos pacientes atendidos na linha de cuidado, além de propor e implantar as ações corretivas para atingir fluxos e processos ideais. As atividades eram coordenadas por um líder do time e não havia nível hierárquico dentro do grupo; além disso, as relações hierárquicas que existiam fora do time não eram válidas nas atividades do grupo (Por exemplo, um coordenador médico não tinha “mais autoridade” do que outro membro do time).

Esse modelo de trabalho permitiu que a identificação e solução de problemas se tornasse mais rápida, basicamente, porque levou ao compartilhamento de responsabilidades e à descentralização das decisões. O compartilhamento de responsabilidades surgiu com a atuação multiprofissional dos times assistenciais na avaliação “dos problemas” e na proposta “de soluções” por um mote muito simples: encontrou um problema, ele é seu. Dessa abordagem, adveio a descentralização das decisões. Entretanto, a mesma depende de maturidade institucional, particularmente da alta direção.

Além da gestão dos processos relacionados à linha, cada time herdou a gestão dos protocolos institucionais da sua área e também teve que elaborar novos protocolos assistenciais com a responsabilidade de promover a multidisciplinariedade.

Quais os resultados? Como exemplo, cito alguns dos obtidos pelo time do paciente cirúrgico.

A avaliação inicial do fluxo dos pacientes encaminhados para cirurgia eletiva identificou vários pontos que poderiam ser aprimorados, tanto no fluxo de agendamento de casos novos quanto de retornos. Além disso, trabalharam em rotinas gerenciais para reduzir o tempo de espera para o procedimento cirúrgico a partir da data da primeira consulta (consulta de caso novo). As medidas corretivas foram implantadas ao longo de 18 meses e chegaram aos seguintes resultados: [1] o tempo médio da fila interna para cirurgia eletiva foi reduzido de 6 para 2 meses; [2] redução no número de consultas de retorno entre a primeira consulta e o procedimento cirúrgico; no final, foi possível atingir a meta cirúrgica anual realizando 9.000 consultas a menos.

O time cirúrgico assumiu a gestão do protocolo institucional de fratura de quadril em idosos e identificou, com base no perfil epidemiológico, a necessidade de elaborar mais dois protocolos: colecistectomia e herniorrafia. Esses três protocolos tinham indicadores de processo e de resultado que não foram alterados pelas ações que levaram aos resultados descritos no parágrafo anterior. Esses indicadores estavam relacionados ao tempo entre a internação e a realização do procedimento e, ao tempo, entre a alta do centro cirúrgico e a alta hospitalar. A discussão para encontrar a solução para atingir as metas desses tempos levou aos seguintes “diagnósticos”: [1] só seria possível atingi-los com a criação de uma rotina para internar no mesmo dia da cirurgia (benefício secundário: redução do tempo de internação e maior disponibilidade de leito); [2] o centro cirúrgico ambulatorial, localizado no térreo e com três salas cirúrgicas, tinha horários ociosos; [3] seria viável, considerando a estrutura predial, realizar uma reforma no centro cirúrgico central, localizado no primeiro andar, para transferir as cirurgias ambulatoriais para esse setor, além de criar uma área para admissão no mesmo dia dos pacientes que demandam internação no pós-operatório; [4] o item anterior permitiria disponibilizar a área do centro cirúrgico ambulatorial para um novo projeto assistencial.

Esses pontos foram apresentados à superintendência do hospital que autorizou o projeto. A reforma do centro cirúrgico durou cerca de 6 meses, custou aproximadamente R\$ 90.000,00 e ampliou o número de salas de 6 para 8. As cirurgias ambulatoriais foram direcionadas para essa nova estrutura e permitiu otimizar as equipes médicas e de enfermagem, pois todas as cirurgias foram centralizadas em um local. Não houve redução da produção cirúrgica, nem mesmo durante o período de reforma, e o custo mensal das áreas cirúrgicas foi reduzido em cerca de R\$ 45.000,00.

E o que aconteceu com a área do antigo centro cirúrgico ambulatorial? Depois de 2 anos, foi reformada para a implantação de um centro oftalmológico com 2 consultórios e 3 salas cirúrgicas. Nessa nova unidade, serão realizadas cerca de 1.350 cirurgias de catarata e 140 vitrectomias, além de outros procedimentos (Por exemplo, glaucoma, plástica) no primeiro ano de funcionamento, sendo que a previsão é duplicar o número de procedimentos no segundo ano. Ou seja, vamos ter que criar o ‘time do paciente oftalmológico’!

Maurício Wesley Perroud Júnior

1994: Medicina - Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba (PUC-SP)

1998: Residência em Pneumologia - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

2002: Mestrado em Clínica Médica - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

2004: MBA em Gestão da Saúde - Fundação Getúlio Vargas

2012: Doutorado em Clínica Médica - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

Atuação profissional:

Diretor de Assistência - Hospital Estadual Sumaré - Unicamp

Médico Assistente da Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp



Congresso de Hotelaria Hospitalar

Congresso de Hotelaria Hospitalar

Coordenação científica

Teresinha Covas Lisboa

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

TLC Consultoria

Vice Coordenador

Marcelo Boeger

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Hospitalidade Consultoria

Membros

Luz Maria Loo Palomino de Li

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - Perú

Márcia Cristina Brandão da Silva

MHA Engenharia

Márcia Cristina Mariani

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

INDSH - Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano

Marcio Gonçalves Moreira

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Maria Helena Peraccini

Brasanitas - Limpeza e Conservação

Sociedade Brasileira de Hotelaria Hospitalar

Maria Lúcia Pontes Capelo Vides

Hospital Professor Edmundo Vasconcelos

Marina Muto

Hospital Sírio-Libanês

Paulo Roberto Mergulhão

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Walter Souza Pinto

GHS - Gerência Hospitalar em Saúde

Congresso de Hotelaria Hospitalar

Hotelaria na Perspectiva do Paciente

Henrique Miller Balieiro

O gerenciamento na área da saúde vem se desenvolvendo para responder e ajustar inúmeros problemas, entre os quais, podemos destacar o aumento dos custos, restrições crescentes ao acesso (serviços privados) e queda da qualidade dos serviços associado ao aumento constante dos custos.

Há real necessidade de uma política profissional de desenvolvimento organizacional com adaptações para as exigências de um mercado dinâmico que exige eficiência e eficácia para clientes cada vez mais bem-informados sobre o mercado.

As alternativas para atender a esse mercado estão na reinvenção e reestruturação do planejamento estratégico, recursos humanos, programas de gerenciamento, aprimoramento da informação, programas de qualidade.

Entre as alternativas para a melhoria do atendimento, a percepção dessa melhoria, a captação de clientes associada à segurança, está a gestão hoteleira. Sendo ela uma área cada vez mais valorizada no mercado, já que entre os principais clientes dos Hospitais estão o paciente e seus acompanhantes.

Além das premissas aqui já descritas como tecnologia, poder de resolução e segurança, é preciso ter um planejamento anual acompanhado de um budget com metas a serem atingidas, abrangendo as seguintes áreas: departamento comercial (marketing e vendas), governança, manutenção, administração, recepção, recreação, alimentos e bebidas.

A preocupação de cuidar do atendimento, e não só do paciente, em suas várias fases, pode ser a característica mais perceptível do paciente e de seus acompanhantes. Tornando possível a fidelização de seu cliente, bem como a captação de novos no futuro.

Definir o que é o pacote de valor em sua Instituição, quais os elementos estocáveis, as refeições servidas, a higiene, os elementos não estocáveis e prezar pela limpeza, conforto e segurança são palavras de ordem nesse novo cenário.

Atender às necessidades e aos desejos que influenciam nas expectativas dos pacientes e seus acompanhantes, pois são seus principais motivadores na busca dos serviços.

Aumentar o “marketshare” do hospital no mercado em que atua e criar em sua estrutura hoteleira o conceito dos conflitos (tradeoffs), ou seja, ser eficiente e eficaz em momentos que sabidamente existem situações de espera para que o cliente saia satisfeito, por ex.: check-out, horário do banho, higiene do quarto etc.

Para concluirmos, a venda do produto, hipótese diagnóstica, tratamento e prognóstico por uma boa equipe profissional de saúde ainda é, e deverá sempre, ser o alicerce de qualquer instituição de saúde. E por obrigação, esse produto tem que estar enraizado com a segurança do paciente.

O novo nicho do mercado é a percepção do serviço. A qualidade, a segurança e a tecnologia têm que estar em consonância com uma boa percepção, alimentação, higiene e também lazer durante uma internação.

Investir na gerência hoteleira hospitalar fará que seu paciente vire cliente e que todos os seus acompanhantes, se um dia virarem pacientes, se tornarão seus pacientes.

Henrique Miller Balieiro

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Valença, Cardiologista pela Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC, Intensivista pela Associação Médica Intensiva Brasileira - AMIB, Mestre e Doutor em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal Fluminense - UFF, MBA em Executivo em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas - FGV, Gerente Médico Hospital Samer, Coordenador das Unidades de Terapia Intensiva e Coronariana Hospital Samer.

A Hospitalidade a serviço da Humanização

Marcelo Boeger

A hospitalidade é uma atitude. Quando a colocamos em um sentido mais amplo, podemos enxergá-la no âmbito doméstico, social e comercial.

Na primeira perspectiva, podemos ver atitudes que derivam de valores que as pessoas têm e moldam sua forma de agir. Nesse âmbito, na esfera doméstica, particular, pessoal.

Na segunda perspectiva, é a relação que as pessoas demonstram com estranhos. Aqui gostaria de propor que a chamemos comumente de Humanização.

A terceira perspectiva, traz a ideia da remuneração como motivo da hospitalidade, baseado em atendimento e critérios ligados ao nível de serviços.

“O entendimento mais amplo a respeito da hospitalidade sugere, em primeiro lugar, que essa é fundamentalmente o relacionamento construído entre anfitrião e hóspede. Para ser eficaz é preciso que o hóspede sinta que o anfitrião está sendo hospitaleiro, por sentimentos de generosidade, pelo desejo de agradar e por ver a ele, hóspede, como indivíduo” (LASHLEY; MORRISON, 2004).

As atitudes de hospitalidade no âmbito comercial, caracterizam-se por serem ações premeditadas (treináveis), ligadas a uma série de elementos, como parâmetros de tempo de atendimento mínimo em cada ponto de contato, atitude da equipe mediante desejos dos clientes fora das especificações, atitude da equipe diante de uma reclamação (nas 24 horas), postura da equipe no ambiente de trabalho, requisitos de apresentação pessoal, entre outros em que processos com desenhos e fluxos claros, autonomia da equipe e clareza de objetivos entre áreas de interface, que resulta em enorme eficiência para o cliente: “Comunicamos que estamos bem preparados para atendê-los” - ainda que para o cliente pareça algo espontâneo - foi baseado no desejo de seus administradores - foi treinado exaustivamente para atingir esse patamar de qualidade.

As ações de humanização ocorrem, porém, por outro canal. Como capacitar um colaborador para ser mais humano com seus clientes, caso essa não seja sua reação natural diante dessa situação?

Como capacitamos alguém para amar alguém?

Obviamente isso se dá por outro canal - que é o da empatia e é demonstrado quando percebemos ações que demonstram que se importam, que contemplam alguém - independentemente de ter que se pedir, treinar ou estimular. É absolutamente espontâneo. Nesse caso, nosso papel de líder é o de sensibilizar.

Devem atender bem porque são pagos para fazer isso ou porque determinadas situações exigem maior relacionamento e esforço do indivíduo que está prestando o serviço? E em instituições de saúde, dada a condição do cliente, praticamente todas as situações exigem lidar com ansiedade, medos, incertezas, inseguranças, entre outros sentimentos bastante sensíveis.

São características tão íntimas e genuínas que um atendimento padronizado poderá não ter legitimidade alguma se essas pessoas não estiverem, em primeiro lugar, sensibilizadas para o resultado de suas tarefas em relação aos benefícios diretos e indiretos a serem gerados.

Precisamos sensibilizar as pessoas para a razão de estarem atuando naquela atividade e mostrar-lhes sua importância no processo de atendimento ao cliente. Caso contrário, estaremos treinando-as para serem hipócritas. Claro que devem atender bem, mas, mais do que isso, devem preocupar-se com o cliente não somente por ser uma simples troca comercial.

A Humanização é movida pela oferta; e a hospitalidade, pela demanda. Ou seja, depende somente dos colaboradores a percepção da necessidade de humanizar. Caso isso não ocorra, pouco o cliente poderá cobrar, pois, na maior parte das vezes, nem saberia o que pedir ou de que forma algo diferente poderia ser feito.

Godbout (2010) em seus estudos já nos revelava que toda atitude de hospitalidade se dá por uma equivalência alternada, uma exigência de reciprocidade, que no caso da hospitalidade comercial está baseada na remuneração, mas na hospitalidade social e doméstica, unicamente no amor.

Marcelo Boeger possui Mestrado em Planejamento e Gestão Ambiental e Cultural (2003), Mestrado em Hospitalidade pela Universidade Anhembi Morumbi (2007). É sócio e consultor da Hospitalidade Consultoria. Coordenador e Professor do Curso de Especialização em Hotelaria do Hospital Albert Einstein.

Hospitalidade e Humanização

Teresinha Covas Lisboa

O tema central da palestra aborda uma pesquisa realizada ao término do Programa de Pós-Doutorado em Business Administration na Florida Christian University - FCU, Estados Unidos e apresenta um estudo sobre as competências necessárias aos gestores de organizações de saúde, com o objetivo de facilitar o treinamento e o desenvolvimento de pessoas no atendimento aos pacientes com humanização.

A pesquisa demonstra a visão empresarial que fortalece o conceito moderno de liderança dos gestores e que busca oferecer condições de integrar pessoas e unidades.

Em consequência, o grau de motivação e comprometimento dos colaboradores torna a organização mais ágil e eficiente.

O estudo analisou os modelos de competências existentes no atendimento, pesquisando os momentos em que as pessoas estão interagindo com a instituição hospitalar.

A pesquisa envolveu o seguinte universo e amostra:

- a) Três hospitais localizados no município de São Paulo, em que foram entrevistados três gestores que utilizam competências como metodologia de trabalho e que observam a humanização como “espelho” para o estabelecimento de um bom atendimento humanizado;
- b) O gestor de uma casa de repouso dos Estados Unidos;
- c) A gestora de uma casa de repouso no município de São Paulo;
- d) A gestora de uma empresa de Home Care;
- e) A Assessoria Jurídica do Fundo Nacional de Recursos do Ministério da Saúde do Uruguai;
- f) Uma enfermeira-gestora do Fundo Nacional de Recursos do Ministério da Saúde do Uruguai;
- g) Uma paciente (enfermeira), que recentemente teve alta, do município de São Paulo;
- h) Uma consultora da área de Hotelaria Hospitalar.

A metodologia utilizada foi a de pesquisa exploratória e qualitativa, com coleta de depoimentos, e concluiu-se que a missão, visão e objetivos da instituição necessitam estar alinhados com as competências exigidas na contratação dos colaboradores. Com isso, o processo de mudança de comportamento torna-se mais fácil. A frase dita pela paciente entrevistada “A humanização é tão importante e necessária quanto os remédios, e só é possível por meio dessas pessoas, do conjunto de todas elas” remete-nos à reflexão de que precisamos de muito pouco para um atendimento digno e humanizado.

O resultado da pesquisa gerou o livro “Competências de gestores no processo de humanização em saúde”, publicado em 2015, pela Editora Laços.

Teresinha Covas Lisboa

Doutorado em Administração pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, Mestrado em Administração Hospitalar, Especialização em Didática do Ensino Superior, Especialização em Administração Hospitalar, Pós-Doutorado em Administração pela Florida Christian University, com linha de pesquisa direcionada para Hospitalidade e Humanização em Saúde. Extensão Universitária: Harvard University, Drexel University, MIT, Yale University, FIA, FGV; Coordenadora do Grupo de Excelência em Gestão de Instituições de Ensino Superior do CRA/SP e Membro do Grupo de Excelência de Administração em Saúde do CRA/SP, Diretora do SINDAESP-Sindicato das Empresas de Administração do Estado de São Paulo. Diretora da Associação dos Administradores do Estado de São Paulo, Diretora da Federação Brasileira de Administradores Hospitalares. Presidente da FAPESA-Fundo de Apoio à Pesquisa e Extensão Ltda. Sócia-Diretora da Escola Técnica INESP. Autora e coautora de diversas obras nas áreas de Administração Geral, Administração Hospitalar e Recursos Humanos. Consultora na área de Administração dos Serviços de Saúde. Coordenadora Científica do Congresso de Hotelaria Hospitalar da Federação Brasileira de Administração Hospitalar. Co-Chair of Health Management - Global Business and Technology Association - Dubai - A.E. - 2016.

Tendências da Infraestrutura de Hospitais visando Conforto Físico e Mental para Pacientes e Familiares

Luz Loo de Li

Los desafíos en los últimos años en relación a la infraestructura de hospitales, llevan inmersos el mandato de la gestión de calidad de los servicios de salud, buscando la satisfacción de los usuarios internos (equipo de gestión multidisciplinario, asistencial, de apoyo y administrativo) y de los usuarios externos (pacientes en primer lugar, familiares y usuarios en general), con innovación de áreas, considerando la gestión del medio ambiente, gestión de comunicaciones, la seguridad en la atención de pacientes, las demandas de los usuarios en su paso por los servicios de salud sean esos hospitales de alta, mediana, baja complejidad o los establecimientos de primer nivel de atención, en las redes integradas de los servicios de salud, con énfasis en la gestión del acompañamiento, de confort también de los acompañantes.

Sin dudas, todo ello bajo el paraguas del fortalecimiento de la gestión de la Humanización de la atención, de la gestión de interculturalidad, de ofrecer la medicina integrativa a los usuarios, brindando un servicio hasta el final buscando el confort con un enfoque holístico, pensando en la persona, como ser humano físico, mental, espiritual, energético.

Los gestores en salud tienen la tarea de insertar nuevos paradigmas y mostrar apertura para los diseños de hospitales pensando en el bienestar de los usuarios, porque somos personas que atendemos personas.

Luz Loo de Li, médico cirujano, especialista en Administración en Salud, Asesora del Ministerio de Salud del Perú, Ex Presidente de la Federación Peruana de Administradores de Salud - FEPAS y Coordinador Internacional de la Federación Andina y Amazónica de Hospitales y Servicios de Salud - Perú.

A Integração Multidisciplinar no Gerenciamento de Leitos como Forma de se Buscar a Efetividade

Carolina Kitade Velloso

Atualmente, um dos grandes desafios para os hospitais é tornar os seus leitos cada vez mais eficientes. Os administradores hospitalares, baseados no panorama nacional e na perspectiva de aumento da frequência e do consumo dos serviços de saúde, devido ao envelhecimento populacional e ao aumento da complexidade dos pacientes em consequência de doenças crônicas, entre outros, estão investindo cada vez mais no gerenciamento de leitos, pois entenderam que não basta somente a criação de leitos por meio da construção de mais prédios. São necessários esforços para otimizar os leitos já existentes, com a busca da excelência dos processos hospitalares.

A atuação dessa equipe dentro dos hospitais é fundamental na busca da utilização dos leitos disponíveis em sua capacidade máxima, sem que isso represente risco para o paciente ou o hospital, garantindo a saúde financeira da Instituição e a satisfação dos clientes externos e da equipe médica.

Assim, foi realizado um estudo com o objetivo de entender todos os processos que exerciam alguma influência no gerenciamento de leitos e no fluxo de alta do paciente, baseado nos resultados do Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos. Iniciamos a análise com a verificação de todos os problemas enfrentados pela equipe de gerenciamento de leitos, como o desperdício de tempo nos processos assistenciais e administrativos, a falha na comunicação entre as equipes, a falta de opção à internação hospitalar, a falta de leito para a internação dos pacientes de urgência e o atraso na internação dos pacientes cirúrgicos eletivos. Então, refletimos sobre como esses temas tinham uma relação negativa com a falta de eficiência dos leitos hospitalares.

Todos os resultados e tempos relacionados ao fluxo de alta dos pacientes foram checados, detalhados e mensurados de forma minuciosa, para que fossem avaliados os gargalos existentes e as ineficiências operacionais dos processos, e então foram adotadas ações de melhoria. Conclui-se que, para o sucesso deste trabalho e o aprimoramento dos processos hospitalares, a atuação em conjunto com as equipes multidisciplinares é essencial, pois somente dessa maneira é que podemos unir esforços para encontrarmos respostas para a sustentabilidade e a efetividade do sistema. Assim, o hospital terá leitos cada vez mais eficientes, que possam suprir a necessidade de atendimento proposto da melhor maneira possível.

Carolina Kitade Velloso: Supervisora do Gerenciamento de Leitos do Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos, graduada em Enfermagem pelas Faculdades Metropolitanas Unidas, pós-graduada em Administração Hospitalar pela Universidade Paulista. Atuou por 13 anos em Unidades de Internação, nas áreas clínica e administrativa.

Espiritualidad em los Hospitales com Foco en la Hoteleria

Luz Loo de Li

La espiritualidad mueve a las personas, integra valores, desarrollo, creencias, tiene que ver con religión, com fe, com transcendencia; y em salud cobra mayor importancia por la razón de ser de las profesiones en salud, por laborar com personas y gestionar el sufrimiento humano que es el motivo por el cual acuden a buscar uma atención en las instituciones de salud, por la labor altruísta que se desarrolla entre las personas que cuidan a otras personas.

Desde el año 1948, la OMS coloca que “la salud es um completo estado de bienestar físico, mental, social y en armonía con el medio ambiente y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (Preámbulo de

la Constitución de la OMS, 1948), esta definición marca el desafío de mirar mas allá de las competencias técnicas para brindar una atención que permita lograr la salud en las personas, teniendo en consideración que la salud es integral, y que en los pasados años existe a nivel mundial una corriente a fortalecer la gestión de humanización en salud.

La espiritualidad está relacionada a un crecimiento y desarrollo personal, a una salud mental positiva en la que prima la esperanza, la reflexión, la meditación, la aceptación, la lucha continua con energía, la fortaleza para superar las dificultades, el evitar ser víctima y ver con pesimismo las intervenciones, aprender que el ser humano es quien motiva su salud, que es capaz de crecer y desarrollar con cada experiencia y que las enfermedades muchas veces son expresiones de un desequilibrio en el alma, en los sentimientos, en la percepción de sentirse valorado, amado, es asumir responsabilidades que van más allá de las capacidades con las que se cuenta.

En la gestión de hotelería hospitalaria uno de los objetivos es hacer sentir a la persona en un ambiente agradable, como en casa, con estándares de interculturalidad, brindando servicio que logre la satisfacción del usuario, considerando al usuario externo (paciente, familiares) y usuario interno (equipo multidisciplinario de salud), la espiritualidad, el amor, la calidez en el trato contribuyen a la recuperación de la persona y a la salud mental.

Entender a quien se tiene al frente, es tener apertura, comprender la cosmovisión y laborar juntos para recuperar la salud, tener equilibrio...todo un desafío para los gestores en salud, para los profesionales y trabajadores de salud.

Dar paso a espacios de meditación, de tener paz consigo mismo, de sentirse feliz, de gestión de las creencias, de calidad de vida, de cuidados paliativos, de gestión del buen morir, de ver integralmente a la persona contribuyen con los objetivos en salud para la persona y el equipo de salud.

Nuevos paradigmas y humildad para continuar aprendiendo, desaprendiendo y volviendo a aprender.

Luz Loo de Li, médico cirujano, especialista en Administración en Salud, Asesora del Ministerio de Salud del Perú, Ex Presidente de la Federación Peruana de Administradores de Salud - FEPAS y Coordinador Internacional de la Federación Andina y Amazónica de Hospitales y Servicios de Salud - Perú.



English Version

Editorial	55
Health Management: Efficiency, Innovation and Sustainability	56
Congress for Cost and Financial Management	60
Engineering, Architecture and Logistics Congress	69
People Management & Leadership Congress	72
Health Management Congress	78
Patient's Quality and Safety Congress	83
Hospital Hotel Congress	93

The thirteenth issue of *IPH Magazine* brings a thorough panorama concerning the four days during which the *39th Brazilian Congress of Hospital Management and Health Management* and the *9th Latin American Congress of Health Managers* took place; carried out by the Federação Brasileira de Administradores Hospitalares – FBAH – and the Federación Latinoamericana de Administradores de la Salud – FLAS.

Embracing the theme *Health Management: Efficiency, Innovation and Sustainability*, the discussions presented national and international experiences that shed some light on creative alternatives towards overcoming financial halts and towards improving the quality of services provided.

Within this issue you may also find the *Annals of the Summary* of the Congress, which is a collection of the summaries or articles from the lectures and panels presented at Expo Center Norte, São Paulo, SP, Brazil, between the 17th and the 20th of May, 2016. There are twenty-nine texts covering the six themes of the Congresses: financial management and costs; engineering, architecture and logistics; people management and leadership; health management; patient's quality of life and safety; and hospital hospitality. Under the name of the Congress, the reader may find its respective credits and articles.

We would like to thank the designer Carla Vendramini from Formo Arquitetura e Design, who has kindly provided us with the design for the cover of our current issue and the Federação Brasileira de Administradores Hospitalares – FBAH – for their everlasting partnership.

With this new issue of *IPH Magazine*, the Institute wishes to reiterate its commitment to broadcast and enrich the discussion concerning hospital management, as we keep on believing that knowledge is a powerful tool to overcome times of crises. Have a nice reading!





Health Management: Efficiency, Innovation and Sustainability

Health Management Focused on Efficiency, Innovation and Sustainability! This is the key theme from which the **FBAH** and the Federación Latinoamericana de Administradores de La Salud - **FLAS**, teamed up with Hospitalar Feira + Fórum, organized the *39th Brazilian Congress of Hospital Management and Health Management* and the *9th Latin American Congress of Health Managers*.

Such a challenging theme that the **FBAH**, with its 45 years of experience, has put a lot of effort into bringing renown lecturers able to meet the attendees' expectations during the four-day event, in a unique moment, with people coming from all over Brazil and from neighboring countries, with viewpoints and realities that differ from ours, but with great experience in entities focused on public and private health and on mixed organizations.

The lecturers have shared their knowledge, discussed opinions and presented real cases concerning their field of work, envisioning the hoped innovation with necessary efficiency and sustainability!

The attendees, multitalented health professionals who are engaged in this triple foundation that was the 2016 Central Theme, have the great mission of spreading these ideas to allow that other professionals get the chance to absorb and enrich our knowledge!

The **FBAH** is proud to enable this encounter among their peers and to gather knowledge so we may achieve a fair Health System!

We candidly would like to thank the Developers, Sponsors, Supporters, Lecturers, Executive Committee, Scientific Commission, Attendees and the Commission of Operations for the friendship that allowed us to organize another grand event like this one together.

Finally, we are especially grateful to the Lecturers, who have authorized us to publish their work, and to **IPH**, who has gently put it together in this rich publication: the *2016 FBAH Annals of Congress*!



The Congresses:

Costs and Financial Management - 17 and 18 May
People Management & Leadership - 17 and 18 May
Engineering, Architecture and Logistics - 17 and 18 May
Health Management - 19 and 20 May
Patient's Quality and Safety - 19 and 20 May
Hospital Hotel - 19 and 20 May

CONGRESS PRESIDENT
Paulo Roberto Segatelli Camara

CONGRESS VICE-PRESIDENT
Oscar Ressia González

EXECUTIVE COMMITTEE

Antônio José Rodrigues Pereira
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP

Danilo Oliveira da Silva
Pró-Saúde - Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar

Eliete Di Spirito
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Jairo Ferreira Campos
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Liliana Chiodo Cherfen
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Márcia Cristina Mariani
INDSH - Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano

Maria Alice Rocha
Hospital Beneficência Portuguesa

Oscar Ressia González
FLAS - Federación Latinoamericana de Administradores de la Salud

Paulo Roberto Segatelli Camara
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Salim Lamha Neto
MHA Engenharia

Sérgio Fernando Rodrigues Zanetta
Hospital Sírio-Libanês

Solange Amora Aliandro
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Valdesir Galvan
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Waldomiro Monforte Pazin
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Waleska Santos
Presidente da Hospitalar - Feira + Fórum

PROMOTERS

Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

Hospital das Clínicas/Fundação Faculdade de Medicina

Sociedade Beneficente de Senhoras - Hospital Sírio Libanês

MHA Engenharia

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH

Pró Saúde - Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar



Congress for Cost and Financial Management

Congress for Cost and Financial Management

Scientific Coordination

Marcus Henrique Wächter
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares
Pró-Saúde - Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar

Vice coordinator

Walter Cintra Ferreira Júnior
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares
FGV - Fundação Getúlio Vargas
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Members

Adilson Bretherick
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Antônio Sérgio Vulpe Fausto
SINDAESP - Sindicato das Empresas de Administração no Estado de São Paulo

Carlos Alberto Marsal
Hospital Sírio-Libanês

Carlos Herculano Bressiani
Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

Joan Castillejo
Gesaworld do Brasil

Jorge Elias Aoni
SINDAESP - Sindicato das Empresas de Administração no Estado de São Paulo

Sérgio Lopez Bento
Planisa - Planejamento e Organização de Instituições de Saúde

Congress for Cost and Financial Management

Hospitals, networks and sustainability

Osvaldo Artaza

Health systems are currently stressed by a number of factors related to environment changes occurred in recent decades, and it is known that much of the income and high hospital costs are due to a previous failure of health and social system. These considerations imply a profound change in the work of healthcare organizations that must modify themselves from being organizations dedicated to heal and rehabilitate the damage to organizations able to contribute to keep people healthy. PAHO is committed to contributing to the development of health systems based on Primary Health Care - PHC - and modeling from them Integrated Health Services Delivery Networks - IHSDN - in order to provide more accessible, equitable, efficient health services, with better technical quality and that meet the expectations of citizens.

Hospitals today	Hospitals network
Work in isolation, in a disintegrated way within the establishment (stagnant processes) and outpatient settings.	They are components of integrated health services that support the response capacity of primary care networks.
Privilege activities related to hospitalization.	Privilege outpatient care activities and procedures, thus avoiding unnecessary hospitalizations.
Organize their processes concerning the well-being of their staff, particularly the specialists who exercise power.	Organize their activities - processes - having as core axis the people.
High rates of adverse events and accidents concerning their staff.	They provide a safe environment for their users and employees, besides being friendly to the environment.
The hospital staff have high rates of poor physical and mental health. The context is stressful and overloading with insufficient protective factors.	They are concerned with their staff's health, wellness and competence development, because they are the hospital's main resource.
Tend to take on technologies under the pressure of the industry, without prior cost-effectiveness evaluations.	They use only cost-effective technology and are based on evidence-based medicine to modify and improve their skills.
Important quality losses and waste by inefficient and redundant use of resources.	They are efficient in using their resources and contain costs to contribute to equity.
Opaque management of resources and lack of evaluation of results and impacts.	Incorporate evaluation and accountability as part of a continuous improvement cycle.

Integrated Health Services will not be feasible unless hospitals understand that healthcare processes begin and finish outside its walls. It implies that protocols and clinical guidelines should be participatory co-constructions among different actors through the network. This requires forming cross-professional teams of specialists, family physicians, among others actors, for the management of each integrated care process, not belonging to different levels but to a single organizational model sharing the patient as a unified path based on shared clinical practice guidelines.

In any case this involves the strengthening of coordination mechanisms between levels (ideally within transverse and integrated multidisciplinary teams). Both in terms of searched results and as standardization and normalization way of working (guidelines, standards, work methods, evaluation mechanisms, management control and learning). It will require to gradually go from process indicators (the most appreciated at hospitals) to result indicators (positive

change in the epidemiological pattern of the population). This requires a clear vision of population and territory from the network and hospital managements, working from the health plan of this population and territory as well changing the traditional ethical principle of doing good effectively (doing all possible for the sick) as it is usual at hospitals for equity (much more embedded in the PHC core). Doing everything possible for the sick person focusing on the individual can be the source for inequality for many others.

Along with healthcare integrations, it is required explicit definitions on bypass rules; information systems, management control and public income statement.

Allocation policies and incentives should encourage networking. For an example, economic resources for the purchase of intermediate products, such as imaging and biochemical examinations and buying the first consultation referral to specialists, may be in the budgets of the PHC in order to stimulate this resolution capability and instill in the hospital the idea of PHC as a client. In this same line of thought, established incentives for meeting goals should be shared by one and another level since to have access to them is required cooperative action of each other. For the latter, it will be important to establish incentives for integrated service delivery network planning. The latter because, currently, a central aspect hindering the integration of health services is due to the fact that health goals are not shared by different network nodes. Thus, the organization of integrated network hospitals should consider formal instances of planning and common goals with the other network nodes to assess their performance and efficiency according to coordination and cooperation with other network levels.

It will be difficult to talk about network without the network manager receives a capitation allocation corrected depending on the characteristics of the population and territory, so that it in turn makes contracts or distribution agreements between the network devices based on the definition that the network itself makes concerning the type of care activities of each establishment. Network through the institutions of government that should have - regardless of "ownership" of the various establishments - the ability to model the different nodes via the definition of service portfolios, decisions on network investments, capacity to mobilize human and technological resources from one to another level to integrated care and cost-effectiveness. Without this ability to generate a flexible adaptability to demand it is difficult to imagine an effective network management.

It is key that the network contracts with the establishments that comprise it are constructed "bottom - up" in order to engage clinical teams in compliance and that there are mechanisms for monitoring compliance and generate feedback. The contracts must be promises that are impeccably fulfilled, in order to strengthen confidence among the actors in a network. The budget should be strongly aligned with the strategy of the network and generate strong incentives to shift.

The objective of a funding aligned with an integration strategy is to drop limits and boundaries between PHC and hospital care, because these borders are often pretext to reinforce compartments and hinder continuity of care.

A key element to the aforementioned are the Tics, which have come to help with the ease of real-time communication between hospitals and the different network nodes.

The integration model should be a "business unit" to cross-cutting teams that are responsible for the integrated process (PHC - hospitals - tech Outpatient Centers etc.); which must be connected and complemented with long stay devices, partner health services, among others, all of which must not go outside the network.

It is the PHC - the needs of people - that must set - through government networks - the profile of each node so that the distinction between acute and long-stay hospitalization or home care are not mechanisms for "the hospital to take over patients' problem" but a logical, cooperative, humane and cost-effective way to manage care, so that the users of the network are always in right time and place according to their needs and it is the rational modeling that makes their resource network.

The goal of having organized and managed network hospitals must be paid by different mechanisms. Corporate governance must be established in the network and not only on its nodes (and hence ability to plan, coordinate, evaluate and provide feedback), the management of clinical processes must be unified so that clinical hospital units should gradually give cross-step equipment, intermediate products must be of the network and not a particular node (business units should be network). Also support services, logistics, maintenance, among others, should aim to integrate into shared business units in order to generate economies of scale and enhance the identity of collaborative work. Having users in the center of the business, devices that support and diagnostic, therapeutic

or logistical support, having as clients nodes that give open or closed attention, informing the network manager, who has skills and capabilities to model the network and generate assignments and incentives aligned with this new organizational architecture.

All this will be possible in LAC whenever we have the capacity to broad national consensus in the field of health; flexibility to articulate establishments of different ownership and dependence; understanding that it is necessary to strengthen health institutions particularly in the ability to design, implement and regulate persistent public policies; leadership and expertise to support complex change processes; alignment between objectives, funding and implementation tools and, finally, ability to learn what works and generosity to share mistakes and best practices.

Cost Reduction through Process Review

José Geraldo B. Chaves Filho

The economic moment Brazil is currently experiencing, with inflation and high interest rates, as well as increased operating costs, has caused many companies to rethink their processes in order to reduce costs and maintain their competitiveness (BENEDICT, S.L.; 2016). This is precisely the topic discussed in this study.

Losses and waste can decisively affect the performance of your health institution. We believe that more can be done with it, so we use tools and knowledge that enable the analysis of processes and the systematic and sustainable disposal of waste, whether of time, capacity, quality or cost (CHAVES FILHO, 2010).

We present the information to management and reduction of hospital costs; the use of management tools for effective reduction of costs: eliminating rework, optimization flow, reduce inventory, among others; and process management tools and the involvement of the teams in the solution and process optimization.

We recommend the standardization of care, support and management processes, investing in the review, automation and optimization thereof, eliminating everything that does not add value to the patient; the total costs and results management, seeking to increase the organization competitiveness, through the generation and proper analysis of strategic management and business information and assistance.

Focusing the solution in process management using the methodology LURE, Profit + Return for Lean Healthcare, Business Process Management, outcome indicators and Kaizen events, we present a case to demonstrate the results that can be obtained.

The addressed topics are: how was reversed the result of a hospital for an average primary surplus of more than 1 mm / month in 2015; how was the 6% reduction in monthly costs; how was reduced by 53% (R\$ 653,000) the value in stock of expensive medicine in the warehouse (~ 24% of total stock); how monthly occupancy was increased of the rooms of the Surgical Center by 12%; how the queue for EV AMB Chemotherapy was reduced from 12 to zero days, keeping the occupation of 63%; how the patient will schedule appointments for a date up to 40% closer; how it gained 30% in space and 95% in agility for archiving / search records; how was the reduction from 11 to 6 days in the general average delivery time of pathological examinations (RELATÓRIO ANUAL ACCG 2015).

In the specified case, 3 macro solutions have been suggested to improve the hospital: programming of care (PCP elective consultations and QT application); reset handling and transport (layout and service personnel); and organization and resources management (forms, equipment and inventories).

At the end of the process, there was uniform distribution of patients throughout the day, schedule service, organization and resource management, expansion of service capacity, less waiting time to meet the patient and greater success in prescriptions.

José Geraldo B. Chaves Filho is Master of Science in Production Engineering Department at USP and Production Engineer - Materials UFSCar. Researcher and visiting professor at the Faculty of Technology GAP (UNIGAP), the Institute Dotis / IBEMEC and the Institute Francisco Ludovico (IFL).

Integrating the Business Management Assistance to Management

Lilian Quintal Hoffmann

The high cost of health, the need for individualized treatment and the premise of making the experience less lingering and more pleasant to the patient as possible, the hospital environment becomes even more complex in relation to the data. The challenge of integrating the business management to the assistance management can be overcome by changing the posture of technology departments, effectively closing up the business and bringing solutions that add to the hospital management and patient care. Incorporate to the IT staff professionals from assistance (doctors, nurses, pharmacists), promote analysis and proper collection of data, with specialized professionals dedicated to this task and use benchmark to effectively meet the competitors and delimit targets are possible ways that support to overcome the proposed challenge.

International Experience on the Compensation Models

Joan Castillejo Peña

There are several compensation models existing at international level, however, the different existing compensation models stand out as main purposes to promote the efficient production of services by providers, minimizing administrative costs by donors / buyers of services.

Before defining what better model to be used, it is necessary to reflect on some important points on compensation models on how to use them.

The search for efficient services production by providers and the minimization of administrative costs is the starting point for consideration of the compensation models, then we should be confident that the service providers have economic, financial and administrative conditions to manage hospital costs, providing quality service to users.

Through information systems adapted to hospital reality all information is obtained and recorded enabling the funder/buyer to accomplish the budget forecast of the service provider in the allocation of financial resources. The funder cannot use an information system where the remuneration model cannot be controlled. This information system should support the budget forecast for strategic planning, where can be established what is expected for the year, both in terms of budget and in terms of hospital productivity. The budget planning and productivity is important for both the service provider as for the funder to purchase the services.

We can define the product/unit services purchase through structure, processes (intermediate products) and outcomes, where issues related to structure are directly related to certification and accreditation processes, we can mention for example, human resources, material resources, economic resources and the information system. Intermediate products refer to internal work processes and may be related to compensation for process systems, such as the amount of consultations and examinations, length of stay, surgery, among others. The results are related to the fulfillment of end-health goals, such as reducing the incidence of certain pathology, satisfaction index, adjusted life years for quality of life (Quality-adjusted life-year), conditions diagnosed (through DRG, PMC, ACG).

The actual cost of the hospital should be analyzed so that the funder/buyer get subsidies to define the most appropriate remuneration model and the amount to be paid to the service provider. In a brief analysis of the costs, we can say that when the paid prices are higher than the actual cost there is a tendency to induce unnecessary services and weakness of the viability of the health system and when the paid prices are lower than the actual cost there is a tendency to induce sub-benefits, discouraging offer from providers and encouraging unnecessary super-activity.

The most suitable is that the remuneration paid to the provider must be adjusted as close as possible to the actual costs of the hospital. Each compensation model has different specific incentives and risks, let's look at some examples of the different compensation models in the world:

- Compensation for history of service model
- Per capita remuneration model
- Adjusted per capita remuneration model
- Aggregate activity remuneration model
- Compensation for itemized activity/processes model
- Length of stay compensation model
- Intermediary products compensation

Financially, the compensation models are related to levels of aggregation of the budget, so in a brief analysis we can say that an important premise to be considered in relation to the risks is that the more added the compensation model of the budget, the greater the risk to the service provider and the less aggregate, the greater the risk for the funder/buyer.

Therefore, there is not a payment unit that can be valid whatever time, place and type of service; the choice of compensation model depends, among other things, of the funder objectives and also the development of appropriate information systems.

There are some desirable features in remuneration models that should be considered, such as: balance between performance and compensation, ease of understanding of the payment system, quality improvement of the promotion, adaptability to industry changes and incentives generation for desired capacity.

Citing international models used, the experience shows that:

- The per capita compensation adjusted by combined risk with compensation based on treated cases are the best alternative for compensation in cases of service integration between different levels of health care.
- The mixed remuneration, considering the structure and according to the complexity of cases treated, are the best alternative to pay hospitals. This remuneration is characterized by measuring the cases treated by applying DRGs, adapted to their own countries and modulated by comparison systems between hospitals (benchmarking).
- The per capita compensation adjusted by risks, which converges with the model using morbidity (ACG, DCG CRG) are the best alternative for the remuneration in primary care.
- The special mixed remuneration, are the best alternative to other areas or services, such as emergency, remote areas, special treatments etc.

In addition to all the aforementioned topics, we conclude that to introduce changes in hospital payment system, you must create a compensation model where the relationship between funder and provider must be based on mutual trust and agreeing on risk levels between them, where the remuneration model is based on legally and technically robust contracts supported by strong information systems that can be audited and verified by both parties. The model shall be in accordance with the strategic objectives of both the funder as the service provider to minimize the risks in incentives. We conclude that each country implements compensation models adapted to their reality, but with tools internationally validated.

The Future of Hospital System - The Sustainability Challenge of Small Hospitals

Paulo Carrara de Castro

In recent years, studies published in several journals deal with issues that, at present, may be strategic for the future of Brazilian public system: the demographic process in progress, the current epidemiological situation, the health care network built and the services it offers.

About the first, the 2010 census showed some results that indicate significant changes in demographic trends in Brazil. The crude birth rate has been falling sharply, reaching in 2013 an estimated 13.82 / 1000 inhabitants, a level deemed to European standard. An indicator very sensitive and important aspect of this is the fertility rate from 2000 to 2013 decreased by 31.4%, which now means around 1.64 children per woman in reproductive age. Other key information in this chapter refers to life expectancy at birth, which had 70.43 years in 2000 and in 2013, 74.23 years, an increase of 5.4%.

From an epidemiological point of view, it is increasingly evident that chronic diseases are in the leading causes of death. In the mid-60s of the twentieth century there was an inversion in the curve of the proportion of deaths due to specific causes, with cardiovascular disease taking the lead in place of infectious and parasitic diseases. In the 80s, cancer, respiratory diseases and external causes also exceed the proportion of deaths corresponding to infectious and parasitic diseases. Since then, this scenario is accentuated because, currently, diseases of the circulatory, respiratory, digestive and tumors, added to external causes account for more than 60% of deaths volume nearly 15 times greater than that posed by infectious and parasitic diseases. There has also been a sharp decline in the volume of admissions in the last 16 years, with a decrease of about 17% in the proportion of admissions, being 5.57% of the amount in 2012. This information deserves a deepening in its analysis as that numerous factors contribute to this decline, with yet another set of circumstances that determine the existence of waiting lists for surgery or other clinical requirements, setting up paradoxical frame.

On the other hand, when analyzing the hospitals built in the country, their occupation has a significant idle capacity that reaches almost half the hospital beds in the country. In some states the occupancy rate does not reach 45% of beds. This fact undoubtedly also forces to deepen the reasons underlying this scenario, but we can, with some confidence, discuss some aspects that have contributed and still contribute to this scenario. The fall in the birth rate, as well as improving nutritional conditions and technology for coping childhood diseases influenced the decrease in demand for admissions both in the field of obstetrics, pediatrics. Similarly, technical advances in surgery allowed a sharp contraction in the average time spent in a huge number of procedures in the area. Nevertheless, Brazilian hospitals in general still have the same traditional pattern of supplying services and their correspondence on beds in the basic specialties, which implies underutilization presented in the table mentioned in this article.

Porte	Nº Estab.	Total Leitos SUS	Méd. Perman.	Taxa Ocupação
Menos de 50	3296	85761	3,2	26,2
De 51 a 100	1020	72366	4,0	41,8
De 101 a 200	597	83751	6,5	64,1
Mais de 200	303	100761	7,9	70,5
Total	5216	342639	5,6	51,8

Hospital indicators by hospital size

Source: SIH-SUS

After analyzing this idleness from another angle, classifying hospitals by size, it is observed that the smaller hospitals, which make up most of the country units, have the lowest rates of occupation, as shown in Table 4. The occupancy rates increase to the extent that the hospital size also grows in size.

Also adds to this picture the financing condition for the services that are provided by the network, how they occur, the corresponding efficiency and quality.

This context necessarily requires a reflection on the role of hospitals in national set, defining new doctrinal basis for the provision of hospital services and the provision of health services in inpatient settings, and even resetting the vocation of hospitals for services to that better meet the health needs of the population.

Paulo Carrara de Castro

GRADUATION: Faculty of Medicine, University of Mogi das Cruzes, graduated in 1979. GRADUATE: Medical Residence in Public Health by the Public Health Department, Faculty of Medical Sciences of Santa Casa de São Paulo, completed in 1981.

Advances in Patient Safety: Indicators and Impact on Cost Assistance

Fernando Paragó

The presentation initially makes the consideration that, although the theme “Patient Safety” is very much in vogue today, it is present in the practice of care in health since ancient times. The Latin maxim *primum non nocere*, known as the principle of non-maleficence, attributed to Hippocrates, illustrates this fact. Then goes on to highlight a number of initiatives that can be identified as associated with concern for patient safety, since then, culminating in the framework of the modern process of study and development of safety in health care, published by the Institute of Medicine, the report *To Err is Human*, 1999. The advances of the last decade are addressed and their main steps are listed.

Indicators associated with Patient Safety, from national and international data are discussed, from literature review and reporting of key market institutions. Surveys on impact on costs of care are listed. The numbers of National Efforts To Make Safer Care, from the US Agency for Research and Quality in Health Care (AHRQ), from 2010 to 2014 are presented and is made a projection of values based on DATASUS.

Fernando Paragó

Graduate in Medicine at the Faculty of Medicine UFF - Niterói, 1993; Residency in General Surgery, Air Force Hospital Galeão, Rio de Janeiro - RJ; Specialist in General Surgery; Graduate Diploma in Health Quality and Patient Safety FIOCRUZ - RJ.

Prospects for Public Private Partnerships and the Partnership Arrangements with Health Social - Critical Analysis of the PPP Brazilian Experiences in Health

Maurício Portugal Ribeiro

The lecture will focus on private equity alternatives to the provision of health services in the public, focusing on the provision of such services through public-private partnerships under the Law 11.079 / 04.



Engineering, Architecture and Logistics Congress

Engineering, Architecture and Logistics Congress

Scientific Coordination

Antônio José Rodrigues Pereira
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Vice coordinator

Salim Lamha Neto
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares
MHA Engenharia

Members

Adhemar Dizioli Fernandes
ABDEH - Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar

Alexandre Henrique Hermini
UNICAMP - Universidade de Campinas

Antônio Carlos Cascão
Hospital Sírio-Libanês

Carla Vendramini
Formo Arquitetura e Design

Daisy Figueira
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

João Fabio Bianchi Garcia Silva
Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

Marco Antônio Bego
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Engineering, Architecture and Logistics Congress

Hospital logistics: Intelligence at Service for the Health Manager

Domingos Fonseca

According to the ANAHP (Brazilian National Association of Private Hospitals), for the first time in the last 10 years, the net revenue of the 22 largest private hospitals in Brazil has plummeted, among other factors, as a ripple effect from the reduction of plans of portfolio health and also the reduction of operators in the market. In the public system is no different, with the increasing scarcity of funds against the increased demand. In this scenario, there is no magic, but there are solutions to optimize existing resources to generate economic efficiency and more profitability.

This is the presentation of Domingos Fonseca, considering the application of customized hospital logistics and committed to results. With over 30 years of industry experience and accustomed to thinking cubically for better space management, materials, people and technology expert will present successful cases that show their solutions.



People Management & Leadership Congress

People Management & Leadership Congress

Scientific Coordination

Fabício Rosso
Fator RH - Programas de Desenvolvimento

Vice coordinator

Claudio Collantonio
AACD - Associação de Assistência à Criança Deficiente

Members

Cláudia Aparecida Nogueira Palmuti
Fator RH - Programas de Desenvolvimento

Daniela Teles
Fator RH - Programas de Desenvolvimento

Eliete Di Spirito
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Elisabeth Alves
Fator RH - Programas de Desenvolvimento

Fábio Patrus Mundim Pena
Hospital Sírio-Libanês

José Luis de Lira
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Luiz Vieira de Carvalho
SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi

Maria Alice Rocha
Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

Maria de Lourdes Neves Fonseca Azevedo da Costa
GRAACC - Grupo de Apoio ao Adolescente e a Criança com Câncer

Renato Donizeti de Oliveira
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

People Management & Leadership Congress

Illusionist Performance: Transformation and Innovation in Tough Times

Lucca Viery

Creating a relax environment, effective ideas leads to productivity. Technical concepts of motivation and professional training are presented in the midst of a structured show of magic and humor.

Among the numbers of the magic show and the speech content, Lucca Viery practices intelligent humor. Jokes, stand-up comedy texts, gags and incidental humorous situations spice the content of the speech.

This format propitiates a productive interaction with the present public, increasing the assimilation of the content and the training results.

This activity is not limited to a mere motivational speech. It is a profound and detailed technical leadership training. Visions for results leadership, how to bring out the best performance in a once unengaged team, how to turn corporate results into personal goals for the ones being led and how to equate results and people, make this training an in-depth conceptual content.

Concepts list:

- Trends in business leadership results
- Leading to manage, organize and increase productivity
- Developing skills for excellence: tools for creating professional results
- Adapting our team to the era of constant change: not the most experienced ones survive today, but those who best adapt to novelty
- How to motivate the team constantly?
- Building teams of multi-function minded professionals: the commitment to the result above the “commitment to the function”
- Teamwork in practice: how to create and be part of an integrated and committed team
- The strength of the details: creating a commitment to daily quality
- How to win and keep customers through our attitudes
- Leading to equate Results X People: how to punish or reward
- How to accomplish personal and professional goals: Running Skills

Link: www.luccaviery.com.br

Lucca Viery, illusionist, advertiser and lecturer, specialized in connecting the business world to Magic and Humor! He specialized in linking the art of magic to business management issues.

Implementation Careers & Salaries: New Paradigms and Opportunities

Alessandra Itri de Menezes

We can define Career and Salary Plan - PCS - as the set of rules governing the people management structure of a company. The PCS aims basically to provide employees growth and professional development; balance the organizational climate; structure the management of people; clarify the company's criteria in relation to wages and their respective positions; set working hours, ordinary and special, overtime; bonuses and extra benefits.

The PCS is important to ensure internal and external balance of positions and salaries, i.e., according to the reality of the labor market, finding the best way to motivate and retain talent, and protect the company from possible labor liabilities generated by the internal imbalance of salaries, differences that can bring people management issues with requests for equal pay, for example.

When we consider the implementation of a Career and Salary Plan, first, we think on how laborious is its preparation, which involves market research on applied salaries, specifying all positions and respective activities of all company.

Then we imagine that all employees feel motivated and will engage increasingly in the common goal to develop and grow the corporate and personal point of view.

However, the day-to-day shows that, after the implementation of PCS, the motivation is compromised and the PCS is seen as a problem and not as a solution and means of motivating and retaining talent.

This can occur for several reasons, but the main reasons involve:

- Failure in internal communication of the company, generating lack of clarity of information on the activities that each employee should play in their respective position and function;
- The use of "false promotion", moving an employee from a function (activity performed effectively) to another, but keeping him in the same position (depending on the classification) and with the same salary;
- "Create" very divided positions, in which, inevitably, developers will end up performing the same tasks, although in different positions.

Legally, the aforementioned problems, will eventually generate labor claims seeking almost always pay gap equalization, change of role and accumulation of roles, precisely because of the "confusion and mix of activities" that ends up forming when the Career and Salary Plan is not sufficiently clear and properly applied.

Specifically, in the health area we will have a higher probability of labor demands in the administrative area of the hospital or institution, but also in respect to the supervisor and coordinator positions, in this case involving doctors, nurses and other employees.

Today, likewise, two issues that generate controversy on the PCS are the need of being or not compulsory the approval of the Career and Salary Plan by the Ministry of Labor and Employment and the mandatory use of electronic clock, after the enactment of Decree 1,510 of MTE.

So in addition to discuss and clarify the possible risks the company is exposed to when you deploy the Career and Salary Plan, we want to provide mechanisms and solutions to prevent possible labor actions and greater effectiveness and efficiency in the implementation of the Career and Salary Plan.

Alessandra Itri de Menezes

Bachelor of Laws from Universidade São Judas Tadeu in 1997. Postgraduate in Law Work Material and Labor Process by the School of Law - ESA. Master's Degree in Labor Law from PUC / SP. Assistant teaching of labor law courses at ESA-SP.

The Art of Leading Generations X, Y and Z - How to retain talent?

Sidnei Oliveira

We currently have five generations coexisting in the market. All seeking their own interests, but the differences that could be complementary end up becoming conflicts between generations. Young leaders are constantly challenged to access the knowledge and experience of traditional leaders and veterans who in turn need to reinvent themselves and train successors. The new realities have challenged today's leaders that envision dozens of possible scenarios for this and the coming years, but nothing seems to bring security. New generations bring part of the answers, but to access them leaders must reassess all "truths" we have learned in recent years.

With a hot market and increasing job opportunities and career, company, HR professionals and leaders can attract talent and transmit the culture and organizational environment with transparency in order to retain them. Learn also how to attract, retain and develop young professionals who come to companies, as well as lead and maximize the results of increasingly younger teams.

Sidnei Oliveira

Consultant, Author and Speaker, expert Generation Conflict, Generation Y and Z, Development of Young Potentials and Mentorship. Author of several books on leadership and best-selling series Generation Y.

Giving Back Over the Organizational Climate - Talent Retention Strategies

Gideon Oliveira Basilio and Eliane Basilio

Organizational climate are the aspects of the business environment that an institution has, being influenced by internal and external environment. The Climate, when diagnosed, reveals the degree of satisfaction of employees from a number of aspects perceived by them.

The research analysis derive from what was supplied by their expectations and their culture. This diagnosis is important, since it identifies which optimize practices or compromise the bottom line.

The Adventist Hospital Manaus (HAM) is certified by the National Hospital Accreditation Organization (ONA) on two levels: ONA I and II; member of the National Private Hospitals Agency (ANAHP). It is a charitable institution maintained on the ideals of the Seventh-day Adventist Church, which explains the understanding of "the love of God and neighbor, and the patient as the center of attention ..." as the description of its institutional values.

Thus, it is essential that the organizational climate is in accordance with the principles adopted by the sponsor. Thus, the Organizational Climate Diagnosis is considered as the technical, formal and scientific method that should guide the practices to be developed by HAM.

Therefore, with the support of an external consultant, a qualitative and quantitative research was carried out by sampling, considering two hierarchical levels: leaders and followers.

When qualitative, in interview and dynamic, it was considered the verbal sample exposure. When quantitative, we used a research tool in the form of an electronic questionnaire, answered by Likert scale, filled confidentially.

The research was based on analyzing various topics from four major groups, in which each represents a dimension of influence in the workplace, namely: Culture and Management (institutional policies, organization, customer focus, quality culture) leadership (leadership style, recognition, communication and feedback and autonomy & development), People Management (remuneration, improvement and enhancement & reward) and

Desktop (working conditions, interpersonal relationships and job content & sense of accomplishment).

With the diagnosis made, HAM Administration decided to develop the program HAMARH (Adventist Hospital Manaus Evaluate, Acknowledge and Humanize) to meet the main needs of employees from strategic policies that values the result obtained in Organizational Climate.

Through this program it was possible to identify the needs of employees and offer incentives and benefits, with these actions the average 2014 turnover rate was 2.75% to 1.94% in 2015, a reduction of 30%.

The HAMARH program has contributed significantly to the retention of talent, thus establishing the HAM essential practices to transform the institution in one of the best companies to work for.

Gideon Oliveira Basilio.

Manager and Pastor.

Acts as Manager for the Adventist Church of the 7th Day institutions for twenty-seven years, the last six as CEO of the Adventist Hospital in Manaus.

Eliane Selma Magalhães Basilio

Graduated in Psychology

She took over the management of people at the Adventist Hospital in Manaus 6 years ago.

Creative Practices to Innovation in HR

Luz Loo de Li

Human talent in health services provide a range of opportunities, creativity to lead the management of health institutions, to create a space of comfort, well-being, professional growth, personal, spiritual for internal users, who share many hours of day care of patients or in related processes that contribute to the health of people who come to health services, they are the pillars of our multidisciplinary teams in health, it is therefore for all, a commitment.

The development of technology, advances in general, begins with human talent in health, to achieve results we must have their active participation.

Humanization of health care is undoubtedly a priority in times like this when you feel dissatisfaction, especially from the human talent in health.

The management of institutions in many of them are almost always focused on the demands of external users, without sometimes giving due weight to the fact that we are people that serve people with soul, with spirituality, as human beings with our own world, not only health professionals or health workers with a mission, a purpose, a job to do; one has a life that sometimes is complex, perhaps co-workers do not know and in general cannot anyone know, and that every day is faced with challenges of caring for others, years of service that perhaps may not have been recognized .

Providing spaces to develop human resources in health, such as a cultural center where art, creativity, culture, multiculturalism, the practice of disciplines in which the holistically human being develops, the spirituality, the reflection and meditation is fostered, will undoubtedly generate satisfaction to those who have a beautiful job, caring for another human being.

Luz Loo de Li

Medical surgeon, specialist in Health Administration, Advisor to the Ministry of Health of Peru, former president of the Peruvian Federation of Health Administrators - FEPAS and International Coordinator of the Andean and Amazonian Federation of Hospitals and Health Services - Peru.



Health Management Congress

Health Management Congress

Scientific Coordination

Gonzalo Vecina Neto
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP

Vice coordinator

Sérgio Fernando Rodrigues Zanetta
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares
Hospital Sírio-Libanês

Members

Carlos José Massarenti
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Eduardo Luiz de Brito Neves
MHA Engenharia

José Carlos de Souza Abrahão
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

Luiz Eduardo Loureiro Bettarello
Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

Marisa Riscalla Madi
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Ronaldo Pasquarelli
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares
Hospital Ipiranga

Waldomiro José Pedroso Federighi
CRA/SP - Conselho Regional de Administração

Waldomiro Monforte Pazin
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Health Management Congress

Efficiency

Ana Luiza D'Ávila Viana

In the 2010 WHO report, the issue of efficiency is treated as a priority to achieve universal coverage, as estimates show that 20-40% of all health expenditures are wasted due to inefficiency. Thus, all countries, regardless of their income level, can take steps to reduce inefficiency, which requires an initial assessment of the nature and causes of local inefficiencies. For WHO, efficiency is “a measure of the quality and/or quantity of the products obtained (i.e. products or health services) for a given level of inputs (i.e. costs). Cetin and Bahce (2016) published a study in which they evaluated the efficiency of health systems in OECD countries, using 7 input variables (number of physicians, number of nurses, number of beds, spending on health per capita, health expenditure in % of GDP, number of MRI devices, tobacco use rate) and 2 variable output (life expectancy at birth and infant mortality). The results showed that the efficiency varies widely across OECD countries and that the most efficient health systems are in Canada, the Czech Republic, Iceland, Ireland, Israel, Japan, Korea, Poland, Slovenia, Sweden and the United Kingdom. Other countries have health systems considered inefficient.

Ozcan and Khushalani (2016) published another study to examine changes in the efficiency of health systems in 34 OECD countries over the period of 2000-2012. Several of these countries (14) carried out reforms in their health systems in this period and the article provides a table where you can see the nature of reforms in each country. The study used a model that separates the health systems into two components: public health (collective actions) and medical care (individual). The results show that countries that have carried out reforms in their health systems had more efficiencies when compared to countries that did not. However, this efficiency gain was mainly due to the public health component. The authors recommend that further efficiency gains could be achieved by reducing the component input medical attention. In an article on the determinants of health system efficiency in Canada, Allin, Grignon and Wang (2015) concluded that the Canadian system has great inefficiencies (range 18-35%), which are the result of three sets of factors: factors related to the management (such as hospital readmissions), factors related to public health (such as smoking and obesity rates) and environmental factors (such as average income in the region). The OECD publication Health Statistics in 2014 - How does Brazil compare? Briefly, the data show that:

Health spending: health expenditure as % of GDP in Brazil is equal to the average of OECD countries (9.3%). However, in per capita terms, the annual cost is only 1/3 of the average of OECD countries (1109 USD in Brazil, against 3484 USD in the OECD).

Public vs private: public spending in Brazil is only 46% of the total, way below the average of OECD countries (72%). It is even lower than in the US (48%), Chile (49%) and Mexico (51%), the three OECD countries with the lowest share of public spending.

RH: Number of physicians per 1,000 citizens was 1.8 in Brazil (in 2010) against 3.2 in OECD (2012). The number of nurses per 1,000 inhabitants is even worse: 1.5 in Brazil (in 2010) against 8.8 in OECD (2012)

Hospital beds: Brazil had 2.3 beds per 1000 population in 2012, which is less than half the OECD countries' average for the same year (4.8)

Life expectancy at birth: although Brazil has increased the life expectancy in 19 years since 1960, reaching 73.7 years in 2012, is still 6.5 years below the OECD average (80.2 years)

Infant mortality: major improvement in the infant mortality rate in Brazil, which fell from 51.6 per 1,000 alive newborns in 1990 to 12.9 in 2012; even so, it is 3 times higher than the OECD average (4.0 per 1000 alive newborns)

Obesity (a risk factor for many diseases): grew in all countries, but the situation in Brazil (18% of the population) is worse than the average of OECD countries (15%).

Ana Luiza D'Ávila Viana is an economist. She began to study economics at FEA (Faculty of Economics, Management and Accounting) at the University of São Paulo in 1968 and graduated in 1974 at the Faculty of Economics and Political Sciences from Cândido Mendes University in Rio de Janeiro. She completed her master's degree in economics in 1981 and her doctorate in 1994, both at the Economics Institute of Unicamp (University of Campinas). She is a retired professor from USP, where she taught from 2002 to 2015 in the Department of Preventive Medicine, School of Medicine. She is a supervisor at the graduate program of this department (supervises currently seven doctoral theses).

Efficiency (2)

Geraldo Amaral Jr.

The Efficiency lecture aims to demonstrate how the best practices used in the industry can be translated and adapted to be used with excellent results in the hospital, in order to reduce waste and improve organizational and operational efficiency.

The presentation shows the evolution of quality improvement principles, since the beginning of the First Industrial Revolution to the recognition of the Toyota Production System as philosophy and practice used for waste reduction, efficiency improvement and organizational excellence.

The translation of this philosophy and practices into the hospital area and successful examples of organizations that benefit from this cultural change testify that the Lean Methodology can and should be used in health care to reduce waste, improve efficiency and keep on the search for excellence.

Geraldo Amaral Jr.

Professional with over 50 years of experience in Production Engineering, Maintenance, Total Quality Management, Human Resources, Quality Management, Strategic Planning and Process Excellence in national and multinational companies.

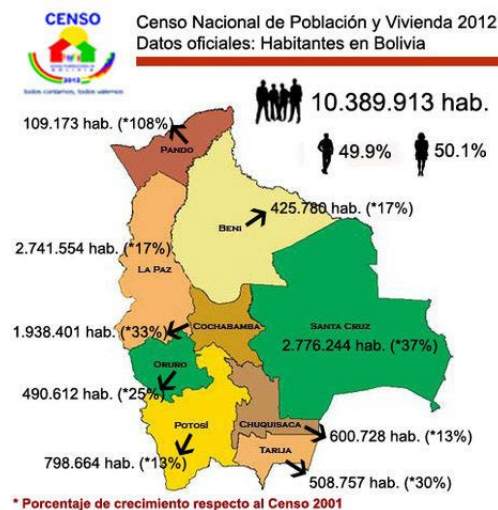
The process of change in Bolivia “Hospital Arco Iris” from Solid Hospital to Liquid Hospital



Ramiro Narváez Fernández

Bolivia, historically a laggard country, Bolivia, located in the center of South America, has 9 departments and 337 municipalities, an area of 1,098,581 km² and a population estimated by the National Statistics Institute (INE) for 2013 of 389,913 inhabitants, 66% urban and 34% rural. Life expectancy at birth was 66.34 years, the population growth rate of 2.24% and the total fertility rate of 3.5 children, with significant urban-rural differences and the crude birth rate of 27, 1 born by 1000; with a social debt accumulated over many years,

which is facing new challenges, the so-called “process of change”, whose main attributes were the revaluation of the ancient culture and therefore the inclusion of areas forgotten in the national agenda, sustained economic growth and a better distribution of economic resources in the health field, health as a right contained in the new State constitution, the constitutionalizing informed consent, and a long way to have to move to the real transformation of health. Nevertheless they have laid the foundations for a real transformation, we are a different country, so should change the system, hospitals and health professionals in a changing world in permanent crisis; there arises the conceptual first need to dare to propose a different hospital model, which involves a change in the care model based on paradigm shifts in our country. We assume the challenge in the framework of a public-private partnership, out of our four walls, projecting the people and the place where they live and work (street communities); peripheral populations of the cities of La Paz and El Alto and rural populations of the Department of La Paz, coordinating health services networks, interconnecting supported by the ICT, Telemedicine, mobile phone, etc. Thus generating alliance agreements with different organizations, indigenous and native peoples and with the plural state.



From the perspective of the Meso and Micro management, focus management on patients, by providing our services and technology, relying on knowledge and permanent innovation, trying to change the “physical state of our hospital” and thus the rigid existing hospital structure in our country, solid, focused on doctors, health personnel and hospital centripetal way, a flexible model, patient-centered and needs, this hospital we call “hospital liquid”, i.e. this at the height of the times and the processes of transformation and change, which are merit of the group and its people. In a changing world, where people do not want to be second and therefore are more demanding, they are more informed and want to make decisions about their disease. The development of new technologies allows obtaining information and instant communication, i.e. we are living in times of change and some very profound changes.

This resembles the story of Hospital Arco Iris in the city of La Paz; Bolivia, who wanted to interpret the sentiment of the people and become fluent, plain and simple as the lowliest Bolivia, abandoned long protagonist of this new country we all want to win.

Ramiro Narváez Fernández

Pediatrician; Master in Hospital Management; Professor of Graduate University of San Andres (Guest); Director General Hospital Arco Iris; President of the Bolivian Association of Hospitals; President of the Bolivian Society of Telemedicine and Medical Informatics.



Patient's Quality and Safety Congress

Patient's Quality and Safety Congress

Scientific Coordination

Sandra Cristine da Silva
Hospital Sírio-Libanês

Vice coordinator

José Ribamar Branco
Hospital São Camilo

Members

Antônio Carlos Onofre de Lira
Hospital Sírio-Libanês

Allan Jacqueson Barbosa Lobo
Pró-Saúde - Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar

Eduardo Silva de Oliveira
MHA Engenharia

Haino Burmester
CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar

Jairo Ferreira Campos
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Laura Maria Cesar Schiesari
Hospital Sírio-Libanês

Liliana Chiodo Cherfen
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Solange Amora Aliandro
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Vera Lúcia Borrasca
Hospital Sírio-Libanês

Patient's Quality and Safety Congress

Impact of External Assessment on Brazil

Mara Marcia Machado

Since the 1970s, the concern with the use of the results of external evaluations for the improvement of organizational policies to quality and safety has generated numerous studies around the world. In Brazil, this debate seems to have not yet received proper attention. In Brazil, still prevails the idea that there is a simple linear relationship between evaluation and improvement of quality and safety in institutions. We are currently discussing the importance of external ratings for the transformation of quality and safety standards in Brazilian institutions.

This debate shall refer to an essential issue and that has generated a broad question about assessment practices adopted to date, as well as on how it is structured the evaluation function.

External evaluation is increasingly used worldwide to regulate and improve the health care providers, especially hospitals. The most common models are peer review - accreditation. Accreditation has been gradually adapting to meet the new demands of public accountability, clinical effectiveness and quality improvement and safety.

Mara M. Machado is CTO at IQG and Accreditation Canada in Brazil. Degree in nursing with a specialization in Public Health, MBA on Business Administration, postgraduate degree in Hospital Administration and Auditing Health, Institutional Member of ISQua by IQG.

Impact of External Assessment on Brazil (2)

Haino Bumester

The importance of using a systemic management model, integrated and coherent, from which as a result will come quality, patient safety, care humanization and other requirements for excellence. Disregarding the good management practices in general and focusing attention on particular demands, the focus shifts from major attention dispersing energies that could / should be focused on proper management. CQH, after 25 years of experience in health management area, advocates the adoption by health organizations in a systemic management model, coherent and integrated as the only way to face the challenges that these organizations have to face in the twenty-first century. Fads that have contributed in the nineteenth and twentieth centuries can no longer meet the challenges of larger organizations, more complex, sophisticated, with multiple specializations and interest groups. Access to information and social networks; knowledge dominated by the customers of these organizations demand faster, accurate and comprehensive answers that only a systemic, coherent and integrated organization can provide.

Haino Bumester

Medical and business administrator; for nearly 40 years engaged in the management of health services, particularly public and private hospitals. It is currently Coordinator of Human Resources of the State Health Secretariat of São Paulo.

Quality and Impact of Patient Safety in the Hospital Financial Result - Santa Casa de Misericórdia de Maceió

Dácio Guimarães Borges

Luiz Cláudio Ramos de Albuquerque

Summary

This study points out some tools used in financial management processes of the Santa Casa de Misericórdia de Maceió, in order to provide, with the results, some parameters that show the impact of Quality and Safety in the financial results of the said Hospital Organization. Among the found parameters are related: Surgical Safety Protocol, Pressure Ulcer Prevention Program, Aspiration Prevention Protocol ID Protocol and treatment of sepsis and severe sepsis prevention, VTE Prevention Protocol, all monitored with key indicators. The financial management of the hospital demarcates points assessment costs versus quality care using as parameters: evolution of stay, antibiotic consumption, standardization of surgical time, hospital admissions and average earnings per medical procedure and service, being practiced the integration of clinical staff financial results/assistance combined with monitoring the effectiveness rate of each tool.

Introduction

In the current economic panorama, it is necessary to review processes. Management for Quality focusing on patient safety enables hospital managers to base their decision-making process on reliable information. The Santa Casa de Misericórdia de Maceió, accredited since 2009, has been implementing tools aimed at the effectiveness of its processes, with the integration of electronic systems to the deployment of managed care protocols. In this context, the values of information serve as support to patients, ensuring the sustainability of the organization, reducing mortality rate, higher bed occupancy and reduced fixed costs.

Methodology

This study reports an experience at the Santa Casa de Misericórdia de Maceió in which management was result-driven and it was developed by the implementation and monitoring of quality management tools in their processes. In search of best practice focusing on results and allies patient safety, a few years ago, we used some methods of payment for performance to remunerate some clinical staff groups based on their care efficiency.

Final considerations

The management model was developed and it is evolving, it is grounded in the models of the National Accreditation Organization and the Canadian Accreditation model. Noteworthy are changes in restructuring, innovation in the pursuit of excellence through: systemic view of the organization of the institutional processes, the

establishment of care protocols, of the safety culture development and focus on results, aimed at high productivity and effectiveness.

Dácio Guimarães Borges

Currently holds the position of Administrative and Financial Director of the Santa Casa de Maceió, a company which has worked for 15 years in sectors related to financial activity/strategy, supporting decision making.

Quality and Safety Integration on Education Process

Sonia Regina Pereira

Rita Simone Lopes

Moreira, Fernanda Amaral R. Chaves

Ordinance MS / GM No. 529/2013 establishes a set of basic protocols defined by the WHO. Two issues prompted the WHO to elect these protocols: the small investment required for its implementation and the magnitude of the errors and adverse events resulting from the lack of them. Progress in health is accompanied by the rise of technology, requiring professionals working in this sector, the search for knowledge continued, so there is a balance between these in patient care.

The International WHO Patient Safety Rating aims to provide a comprehensive understanding of the field of patient safety. It aims to represent a cycle of learning and continuous improvement, enhancing the identification, prevention, detection and risk reduction; recovering the incident and resilience of the system. Learning and improving the quality should permeate the health system complexities that are connected with the various sources of information and the different fields of expertise among professionals, staff, patients and technology.

Many researchers have proposed that the strategies for patient safety should follow the models used in aviation and the nuclear power industry, believing that it will achieve the same success. However, the reality is probably more complex.

Patient safety promotion movement in health services begins to make sense when it is put into practice, i.e., it ceases to be a project or a regulation to meet the learning process steps of recommendations for managers, or to the databases of those responsible for risk management and is constituted as a change of culture that is based on the attention to the patient and his family.

Accepting the transition from craftsman mentality (my patient) by professionals in the same category is one of the barriers to be overcome by the team that provides services.

The creation of a secure system involves normalizing the activity of various professionals, so that the quality does not suffer inappropriate variations. To reach the next level of safety, health professionals must face a very difficult transition, leaving their status and self-image of being the artist who single-handedly is responsible for the outcome and, instead, adopt a position that values the equivalence between the different professionals who work in the health system. Creating a culture of safety drives professionals to be responsible for their actions through a proactive leadership, which enhances the understanding and explain the benefits, ensuring impartiality in the treatment of adverse events, without taking punishment measures against the occurrence of the same.

In a review and meta-analysis, researchers critically examined the literature to identify studies that pointed the importance of beliefs, attitudes and behaviors that are part of the safety culture in hospitals. Identified several properties, which organized in seven subcultures as described: Leadership, Teamwork, Communication, Learning from mistakes, Justice, Care patient-centered and evidence-based practice. The teaching of this content among all health professionals can be an essential key for everyone to be and feel responsible for the provision of safe care.

The inclusion of this content as required in the formation of multi-resident can promote the construction of critical professional and unison in this practice.

Sonia Regina Pereira

Residency General Coordinator in Health / Education Development Board Health / SESu / MEC, Assistant Professor / Department of Pediatric Nursing / Paulista School of Nursing / UNIFESP.

Management

Veruska Amorim Ramalheiro

The Regional Hospital of the Lower Amazon is in a very restricted area when it comes to geographical access and its population has many cultural characteristics. Implementing a health service of high efficiency based on assumptions of quality and safety of patient eventually becomes a challenge. The output for the Regional Lower Amazon Hospital found to be currently considered a center of reference and excellence in health management in their state and region was due to projects based on and written into the strategic institution planning with main focus on humanized care, implementation and support processes, people development and sustainability. The mix of these elements treated as strategic objectives and being monitored regularly resulted in an innovative and solid culture with very positive results for all patients, employees and the local community.

Within the strategic map of the Hospital, they defined specific goals that led to the establishment of targets concerning the execution of tasks, the projects were defined and all the planning took place. Currently, the Regional Hospital of the Lower Amazon can, through their innovation projects and sustainability, attain results that increase the efficiency with focus on safe care. Here are three projects with satisfactory results:

Composting and Vegetable Garden's HRBA (Sustainability): The Regional Hospital Lower Amazon (HRBA) implemented a pioneering environmental project in the region, in order to reuse the organic waste generated by the unit. Less than six months later, 25% of waste are no longer dumped in the municipal landfill to become fertilizer for the garden unit. Currently, they are growing sweet potato, caruru and macaxeira, as well as herbs such as lemongrass, fennel and mint. The Regional Hospital generates an average of four tons of organic waste. With the project of compost and garden, almost a ton is reused. To expand the planting area in the hospital, a donation campaign of seedlings and seeds will be held.

Putting yourself in patients' shoes (Customer/Humanization): The objective of the project is to improve the sensitivity of employees to provide humane care to users of the Unified Health System (SUS). For this, the receptionists and attendants were subjected to anxiety and stress, so they could feel and distress and suffering experienced daily by those who need care. After the first stage of implementation of the project, we could verify user satisfaction indicators with an increase in its results and positive projection. The program took place in three stages. The first was the choice of participants. They were told about the methodology of training and signed a term of participation, as well as guaranteed to keep secret among colleagues. In the second step, the simulations occurred in different areas of the hospital. The third stage in the auditorium of the unit. Workers told the experience to colleagues and scored what could be improved so that users feel more welcomed and receive a humanized care.

Risk Management (Patient Safety): The Regional Lower Amazon Hospital works with mapping and managing risks of all areas of the hospital, currently 55 areas are mapped by adding 134 risk managed with 1,326 control practices performed daily to minimize the likelihood of such risks. The HRBA is running its eleventh risk audit cycle occurring every six months through the internal auditing team. The compliance rate of risk management audit was an increase of 42%, this means that at the beginning of the risk management activities the Hospital had 65.5% practices

controls evaluated in full compliance, currently in its last cycle audit the hospital reached a rate of 93.21% in control practices implemented correctly, in short this means that the probability of occurrence of the mapped risks are much lower now than at the beginning of its activities; another positive impact application of this tool are the adverse event rates that decreased their recurrence through the proper management and execution of control practices, thus ensuring a safer service for users of the Hospital.

Veruska Amorim Ramalheiro

Business Administrator for the Esperança Institute of Higher Education, graduate degree in Hospital Administration by UNINTER, has extensive experience in managing production processes.

The Apthapi as Innovation Strategy in the Humanization of Healthcare Hospitality

Ramiro Narváez Fernández



The “Apthapi” is an Aymara term, it constitutes an ancestral heritage of the native peoples of western Bolivia, which means “pick of the crop” meaning “communal meal”; the concept is “TO SHARE” is a space of unity, reconciliation and reciprocity, it is a very important value that our hospital has adopted as a humanization strategy in an intercultural environment, meeting in the “taypi health” in Andean cosmogony, is the command center of a whole time-spatial, the meeting point of all parties, it is mediation, balance and convergence in the world of dualities; finally, it means convergence, complementarity and reciprocity, to resolve the contradictions, this is the hospital conceptually for us.



So it's not only building, technology, it is fundamentally "ajayu" soul, which is understood in the Andean world as the force that contains the feelings and reason, it is also treated as the center of a being who feels and thinks; it is the cosmic energy that generates and gives the movement of life. People are responsible for giving all this vitality; and therefore, by serving others, we share VALUES, PRINCIPLES, FEARS, UNCERTAINTIES, KNOWLEDGE, CULTURE AND VITAL HEALTH CONCEPT COMPREHENSIVE AND INCLUSIVE OF "SUMAQMAÑA". It is all about trying to recover our ancestral values, to serve and to the service of our patients, who come from different socioeconomic and cultural levels, and in some cases have not had the chance to grow up in a family, or have a house, as in the case of children living and working on the streets of the city of La Paz and El Alto, other indigenous peoples and peasants, historically excluded for various reasons, they have to come to our hospital for health reasons.



"Not only to try to heal, but mainly to take care and accompany" is our principle, by building trust and living the experience of our patients, we welcome, accompany and provide services, certificates and committed to quality, safety and our ancient culture and ancient. Respecting the values and dignity of patients, delivering the best we have, humanism and professionalism, teamwork, respecting rights and bioethical principles, and basically sharing "values".

Ramiro Narváez Fernández

Pediatrician; Master in Hospital Management; Professor of Graduate University of San Andres (Guest); Director General Hospital Arco Iris; President of the Bolivian Association of Hospitals; President of the Bolivian Society of Telemedicine and Medical Informatics.

The Experience of the State Hospital Sumaré / Unicamp in Management by Care

Maurício Wesley Perroud Júnior

The State Hospital Sumaré (HES), which opened in September/2000, is an institution that belongs to the State of São Paulo and is administered by the University of Campinas (Unicamp) through the Foundation for Development of Unicamp (Funcamp). The management contract between the State and the University establishes production and quality targets that are linked to the transfer of the budget defined in this contract. Due to this feature, the hospital sought to implement contemporary management models to ensure not only the fulfillment of these goals, but also to meet its mission which includes, among its main points, be recognized as a public institution of reference in quality management.

This continuous search for quality led to the adherence to the certification process of the National Accreditation Organization (ONA) in 2001. The following year, the hospital was certified as level 1 and reached the level of Accreditation with Excellence, maximum in only 5 years. All the ONA certification process was essential to establish the quality of management of foundations and training of institutional culture. The path to the methodology certification by the Canada Accreditation was a natural process, mainly due to the need for continuous efforts to improve processes that, in turn, stems from the efforts to implement the health care quality management.

The methodology certification by the Canada Accreditation was achieved in 2012. The process for implementation of this quality management model was essential for the consolidation of the care lines. The care line for management began incipient in 2007 through the implementation of the first institutional protocols. The guidelines established by the Canada Accreditation formatted the working model for the care lines and allowed the expansion and consolidation of its shares.

The hospital care lines were defined based on their epidemiological profile. Three lines have been set: mother and child, critically ill and surgical patients. For each row, a management group was formed, named 'team', which was formed by professionals from different areas of knowledge, health professionals or not, of various hierarchical levels. In each group it was possible to find doctors, nurses, administrators, engineers, physiotherapists, pharmacists, administrative assistants, among others. Each team was given the task of reviewing all flows and processes related to the care of patients seen in the type of care, and to propose and implement corrective actions to achieve optimal flows and processes. The activities were coordinated by a team leader and there was no hierarchical level within the group; Furthermore, the hierarchical relationships that existed off the team, did not apply in group activities (For an example, a medical coordinator did not have "more authority" than other team member).

This working model allowed faster identification and troubleshooting, basically because it led to the sharing of responsibilities and decentralization of decisions. Sharing responsibilities came with the multidisciplinary activities of assistance teams in assessing "problems" and in proposing "solutions" for a very simple motto: if you find a problem, it is yours. This approach stemmed decentralizing decisions. However, the latter depends on the institutional maturity, particularly concerning high-level management.

In addition to the process management related to the line, each team inherited the management of institutional protocols in their area and also had to develop new care protocols with the responsibility of promoting multidisciplinary actions.

What are the results? As an example, I cite some of which were obtained by the surgical patient team.

The initial evaluation of the flow of patients referred for elective surgery identified several points that could be improved, both in scheduling flow of new cases and returns. They also worked in management routines to reduce the waiting time for surgical procedure from the date of the first consultation (new case consultation). Corrective measures were implemented over 18 months and reached the following results: [1] the average time of the internal

queue for elective surgery has been reduced from 6 months to 2 months; [2] reduction in the number of return visits between the first consultation and surgery; in the end, it was possible to achieve the annual surgical target by reducing the number of appointments by 9,000.

The surgical team took over the management of the institutional protocol of hip fracture in the elderly and identified, based on the epidemiological profile, the need to prepare two more protocols: cholecystectomy and hernia repair. These three protocols were process indicators and results that have not changed for the actions that led to the results described in the preceding paragraph. These indicators were related to the time between admission and the procedure and the time between the rise in the operating room and hospital discharge. The discussion to find a solution to achieve the goals of these times led to the following "diagnostics": [1] would only be possible to reach them by creating a routine for admitting the patient on the same day of surgery (secondary benefit: reducing the length of stay and increased availability of bed); [2] the outpatient surgery center, located on the ground floor, and three operating rooms, had idle time; [3] would be feasible, considering the building structure, to carry out a refurbishment of the central operating room, located on the first floor, to transfer the outpatient surgery for this sector and create an area for admission on the same day of patients who require hospitalization in the post operatively; [4] the previous item would allow to free the outpatient surgical center for a new assistance project.

These points were presented to the hospital superintendent who authorized the project. The reform of the surgical center lasted about 6 months, cost about R\$ 90,000.00 and increased the number of rooms from 6 to 8. The outpatient surgeries were directed to this new structure and allowed to optimize the medical and nursing staff, as all operations were centralized in one location. There was no reduction of the surgical production, even during the refurbishment, and the monthly cost of the surgical areas was reduced by approximately R\$ 45,000.00.

And what happened to the area of the former outpatient surgery center? After two years, it was renovated for the implementation of an ophthalmologic center with two offices and three operating rooms. This new unit will perform about 1,350 cataract surgeries and 140 vitrectomies, and other procedures (Such as, glaucoma, plastics) in the first year of operation, and the forecast is to double the number of procedures in the second year. That is, we have to create the 'Ophthalmologic patient team'!

Maurício Wesley Perroud Júnior

PhD in Clinical Medicine - State University of Campinas School of Medical Sciences. Director of Assistance - State Hospital Sumaré - Unicamp. Assistant Physician of Pulmonology, School of Medical Sciences of Unicamp.



Hospital Hotel Congress

Hospital Hotel Congress

Scientific Coordination

Terezinha Covas Lisboa

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

TLC Consultoria

Vice coordinator

Marcelo Boeger

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Hospitalidade Consultoria

Members

Luz Maria Loo Palomino de Li

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - Perú

Márcia Cristina Brandão da Silva

MHA Engenharia

Márcia Cristina Mariani

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

INDSH - Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano

Marcio Gonçalves Moreira

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Maria Helena Peraccini

Brasanitas - Limpeza e Conservação/ Sociedade Brasileira de Hotelaria Hospitalar

Maria Lúcia Pontes Capelo Vides

Hospital Professor Edmundo Vasconcelos

Marina Muto

Hospital Sírio-Libanês

Paulo Roberto Mergulhão

FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

Walter Souza Pinto

GHS - Gerência Hospitalar em Saúde

Hospital Hotel Congress

Hospitality in Patient Perspective

Henrique Miller Balieiro

The management in healthcare has developed to respond and adjust numerous problems, among which we can highlight the rising costs, increasing access restrictions (private services) and decreased quality of services associated with increasing costs.

There is real need for professional policy of organizational development with adaptations to the requirements of a dynamic market that demands efficiency and effectiveness to customers increasingly knowledgeable about the market.

The alternatives to meet this market are in the reinvention and restructuring of strategic planning, human resources management programs, information improvement, quality programs.

Among the alternatives to improve the service, the perception of this improvement, attracting customers associated with their safety growing hotel management that is becoming an increasing share of the market as among the main customers of hospitals are patients and their companions.

In addition to the assumptions here already described as technology, resolving power and security you need an annual planning aligned with a budget with targets to be met, including the following areas: sales department (marketing and sales), governance, maintenance, administration, reception, recreation, food and drinks.

The concern of taking care of service, and not only of the patient, in its various stages may be the most noticeable characteristics of the patient and their carriers. Making it possible to get the loyalty of your customers and to attract new ones in the future.

Defining what is the value pack in your institution, which storable elements, catered meals, hygiene, non-stock elements and appreciate the cleanliness, comfort and safety are the watchwords in this new scenario.

Meeting the needs and desires that influence the expectations of patients and their companions, because they are the main drivers in search of services.

Increasing the market share of the hospital and creating in your hotel structure the concept of conflict (tradeoffs), i.e. being efficient and effective at times that are known to have waiting situations so the customer leave satisfied; for an example: check-out, bath time, room hygiene etc.

To conclude, the sale of the product diagnosis, treatment and prognosis for a good professional team of health is still and always will be the foundation of any institution of health, and this product must have to be rooted in patient safety.

The new niche market is the perception of the service. The quality, safety, technology has to be in line with a good perception, food, hygiene and also leisure during a hospital stay.

Investing in hospitality healthcare will encourage your patient to become a customer, as well as his accompanying clients, who will become your patient if they ever become a patient.

Henrique Miller Balieiro

Graduated in Medicine at the Valencia School of Medicine, Cardiologist by the Brazilian Society of Cardiology-SBC, Intensive by the Brazilian Intensive Medical Association - AMIB, Master and PhD in Cardiovascular Sciences at the Universidade Federal Fluminense-UFF.

Hospitality at the Service of Humanization

Marcelo Boeger

Hospitality is an attitude. When put in a larger sense, we can see the domestic, social and commercial matters.

In the first perspective, we have attitudes that spring from values that people have, and shape their way of acting. In this context, in the domestic sphere, particularly personal.

The second perspective is the relationship that people show to strangers. Here I would like to propose that we commonly call Humanization.

The third perspective, brings the idea of compensation as the reason for hospitality, based on service and criteria linked to the level of services.

“The wider understanding of the hospitality suggests, first, that this is fundamentally the relationship built between host and guest. To be effective, you need to make guests feel that the host is being hospitable, by feelings of generosity, the desire to please and to see him, guest as an individual” (LASHLEY; MORRISON, 2004).

The hospitality attitudes in commercial business are characterized by being premeditated actions (trainable), linked to a number of elements, such as minimum service time parameters in each point of contact, team attitude by customers' wishes out of specification, team attitude of a complaint (within 24 hours), team attitude in the workplace, personal presentation requirements, among others in which processes with drawings and clear streams, team autonomy and clarity in the objectives of interface areas, results in huge efficiency for the customer: we announce that we are well prepared to serve them - even if to the client it feels something spontaneous – it was based on the desire of their managers – the staff has been trained extensively to achieve this level of quality.

Humanization actions occur, but via another path. How to enable a developer to be more human with his customers if it is not his natural reaction to this situation?

How to empower someone to love someone?

Obviously this happens via another path - that is via empathy and it is shown when we see actions that demonstrate that they care, that include someone - regardless of having to ask, train or stimulate. It is absolutely spontaneous. In this case, our leadership role is to raise awareness.

They should serve well, because they are paid to do so or because certain situations require greater relationship of the individual effort that is providing the service? And in health institutions, given the client's condition, virtually all situations require dealing with anxiety, fears, uncertainties, insecurities, and other very sensitive feelings.

Features are so intimate and genuine, a standard answer cannot have any legitimacy if these people are not, first, sensitized to the results of their work with respect to the direct and indirect benefits to be generated.

We need to make people aware of the reason they are acting in that activity and show them their importance in the customer service process. Otherwise, we are training them to be hypocrites. Of course they must meet well, but more than that, they should worry about the customer not only as a simple commercial exchange.

Humanization is moved by the offer; and hospitality, by demand. That is, it depends only on the employees' perception of the need to humanize. If they do not, there is not much the client can do to ask for it because, in most cases, he would not even know what to ask for or what could be done differently.

Godbout (2010) in his studies had already showed us that all hospitality attitude happens through an alternate equivalence, a requirement of reciprocity, in the case of commercial hospitality is based on compensation, but the social and domestic hospitality, only in love.

Marcelo Boeger

Holds a Master degree in Planning and Environmental and Cultural Management (2003), Master in Hospitality at Anhembi Morumbi University (2007). It is a partner and consultant at Hospitality Consulting. Coordinator and Professor of the Specialization Course in Albert Einstein Hospital Hospitality.

Hospitality and Humanization

Teresinha Covas Lisboa

The central theme of the lecture discusses a survey conducted at the end of the Post-Doctoral Program in Business Administration at Florida Christian University - FCU, in the United States, and presents a study on the skills required from managers of health organizations, in order to facilitate training and development of people in the care of patients with humanization.

The research demonstrates the entrepreneurial vision that strengthens the modern concept of leadership and management that seeks to provide conditions to integrate people and units.

As a result, the degree of motivation and commitment of employees makes a more agile and efficient organization.

The study analyzed the models of existing skills in customer service, researching the times when people are interacting with the hospital.

The research involves the following universe and sample:

- a) Three hospitals located in São Paulo, where they interviewed three managers using skills such as working methods and observing the humanization as “mirror” for the establishment of a good humane care;
- b) The manager of a US nursing home;
- c) The management of a nursing home in the city of São Paulo;
- d) The management of a Home Care company;
- e) The Legal Counsel of the National Fund of Resources of the Ministry of Health of Uruguay;
- f) A nurse manager of the National Fund for Resources of the Ministry of Health of Uruguay;
- g) A patient (Nurse) with newly high in São Paulo
- h) A consultant of Hospital Hospitality area.

The methodology used was exploratory and qualitative research, with collection of testimonials and it was concluded that the mission, vision and objectives of the institution need to be aligned with the skills required in the hiring of employees. Thus, the behavior change process becomes easier. The statement from the patient interviewed “Humanization is as important and necessary as the remedies and is only possible through these people, the set of all of them” brings us to the reflection that we need very little for decent and humane care.

The result of the research generated the book “Competências de gestores no processo de humanização em saúde”, published in 2015 by Editora Laços.

Teresinha Covas Lisboa

Doctorate in Business Administration from Mackenzie University, Master in Hospital Administration, Specialization in Didactics of Higher Education, Specialization in Hospital Administration.

Hospitals Infrastructure Trends aimed at Physical and Mental Comfort for Patients and Families

Luz Loo de Li

The challenges in recent years in relation to hospital infrastructure, immersed on the mandate of quality management of health services, seeking the satisfaction of internal users (multidisciplinary management team,

helpful, support and administrative staff) and external users (patients first, family and general users), with innovation areas, considering the environmental management, communications management, security in patient care, the demands of users in its passage through the health services are those hospitals high, medium, and low complexity or establishments of primary care, in integrated health services networks, with emphasis on the management of companionship, that gives comfort also to companions.

Undoubtedly, all under the umbrella of strengthening the management of the Humanization of care, of multiculturalism management, to offer integrative medicine to users, providing a service to the end, looking for comfort with a holistic approach, perceiving the person as a physical, mental, spiritual and energetic human being.

Health managers have the task of introducing new paradigms and being willing to accept the design for hospitals that focus on the welfare of consumers, because we are people who serve people.

Luz Loo de Li

Medical surgeon, specialist in Health Administration, Advisor to the Ministry of Health of Peru, former president of the Peruvian Federation of Health Administrators - FEPAS and International Coordinator of the Andean and Amazonian Federation of Hospitals and Health Services - Peru.

The Multidisciplinary Integration of Beds Management as a Way to Seek Effectiveness

Carolina Kitade Velloso

Currently, a major challenge for hospitals is to make their beds more efficient. Hospital administrators, based on the national scene and increased perspective on frequency and use of health services due to population aging and increasing complexity of patients due to chronic diseases, among others, are increasingly investing in the management of beds, they understood that it is not enough to create beds through the construction of buildings. Efforts are needed to optimize the existing beds, through the pursuit of excellence of hospital processes.

The performance of this team within hospitals is critical in the search for use of beds available at its maximum capacity, without representing risk to the patient or hospital, ensuring the financial health of the institution and the satisfaction of external and medical staff clients.

Thus, a study was conducted in order to understand all the processes that exert some influence on the management of beds and high patient flow, based on the results of Edmundo Vasconcelos Hospital Complex. We began the analysis by verifying all the problems faced by the bed management team, such as the waste of time in care and administrative processes, lack of communication between the teams, lack of choice to hospitalization, lack of beds for hospitalization of emergency patients, delay in hospitalization of elective surgical patients; afterwards, we reflected on how these issues had a negative relationship with the lack of efficiency of hospital beds.

All the results and times related to the flow of patient discharge were checked, detailed and measured thoroughly, in order to evaluate existing flaws and operational inefficiencies of processes, and then improvement actions were taken. We come to the conclusion that for the success of this work and improvement of hospital processes, acting in conjunction with the multidisciplinary teams is essential, because only in this way can we work together to find answers to the sustainability and effectiveness of the system, and so the hospital beds can be more efficient, meeting the need for the proposed service in the best possible way.

Carolina Kitade Velloso

Supervisory Hospital Complex Beds Management Edmundo Vasconcelos, graduated in Nursing from the United Metropolitan Colleges, postgraduate degree in Hospital Administration from Universidade Paulista. She worked for 13 years in inpatient units.

Spirituality in Hospital Focusing on Healthcare Hospitality

Luz Loo de Li

Spirituality moves people, integrates values, development, beliefs, has to do with religion, with faith, transcendence; and in health it becomes more important for the reason of being of the health professions, since it deals with people and manages human suffering; which it is why people come to seek care in health institutions by the altruistic work that develops among people who care for others.

Since 1948, WHO places that "health is a state of complete physical, mental, social harmony and environmental well-being and not merely the absence of disease or infirmity." (Preamble to the Constitution of WHO, 1948), this definition marks the challenge of looking beyond technical skills to provide care that would achieve health in people, considering that health is integral, and that in recent years there is a worldwide tendency to strengthen health management Humanization.

Spirituality is related to personal growth and development, positive mental health in which prevails hope, reflection, meditation, acceptance, ongoing struggle with energy and strength to overcome difficulties, to avoid being a victim and see interventions in a pessimistic manner, to learn that the human being is the one who motivates his health, that he is able to grow and develop with each experience and that diseases are often expressions of an imbalance in the soul, the feelings, the perception of feeling valued, loved, to assume responsibilities that go beyond the capabilities that one has.

In the management of hospital hospitality, one of the goals is to make the person feel a pleasant atmosphere, as if he were at home, with standards of multiculturalism, providing service to achieve customer satisfaction, considering the external user (patient, family) and internal user (multidisciplinary health team), spirituality, love, warmth in dealing contribute to the recovery of the person and his mental health.

Understanding who is in front of you is to be open, to understand the world view and to work together to get healthy, have balance... a challenge for managers in health, for professionals and health workers.

Make way for meditation spaces, to be in peace with oneself, feeling happy, management beliefs, quality of life, palliative care, management of good death, to fully see the person contributes to the health objectives for the person and the health team.

New paradigms and humility to continue learning, unlearning and relearning.

Luz Loo de Li

Medical surgeon, specialist in Health Administration, Advisor to the Ministry of Health of Peru, former president of the Peruvian Federation of Health Administrators - FEPAS and International Coordinator of the Andean and Amazonian Federation of Hospitals and Health Services - Peru.

IPH

INSTITUTO DE
PESQUISAS
HOSPITALARES
ARQUITETO
JARBAS KARMAN