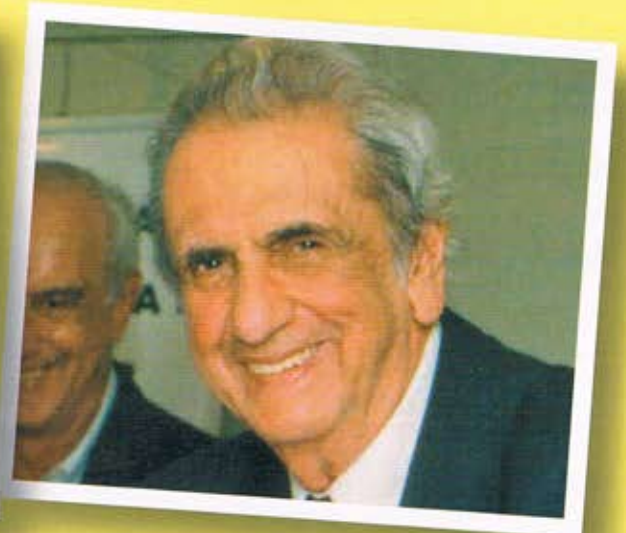


IPH

Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares



Homenagem ao Mestre Raul Bolliger Junior



XXVI Seminário Internacional da UIA/PHG - União Internacional de Arquitetos - Grupo de Saúde Pública - Cidade de Pretória - África do Sul - 13 a 19 de agosto de 2006



Revista IPH

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

ISSN 1519-1451 Ano 5 Número 8 DEZEMBRO 2006

Faculdade de Administração IPH

1ª FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR DA AMÉRICA LATINA
Autorizada pelo MEC - decreto 73264 de 06.12.73 - Reconhecida - Decreto nº 79268 de 14.02.77 Ministrando Cursos de Pós Graduação há mais de 30 anos

CURSOS REGULARES

Habilitação em:

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

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

PÓS-GRADUAÇÃO: (LATO-SENSU) - ESPECIALIZAÇÃO

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

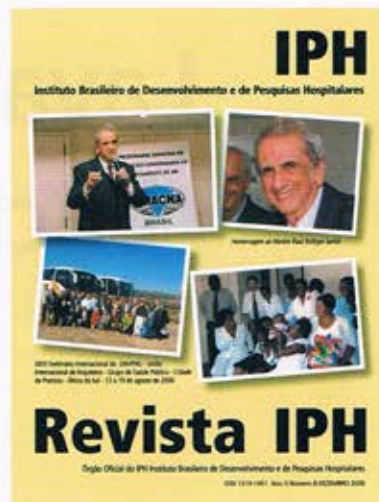
Unidade I - Morumbi

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

Unidade II - Vergueiro

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

- EDITORIAL**
- 4** Lavatórios, Ralos e Bacias Sanitárias
Jarbas Karman
- ARTIGOS**
- 6** Reflexões e Considerações sobre o Planejamento Hospitalar e Arquitetura do Sistema de Saúde – VI Parte
Elgson Ribeiro Gomes
- 10** Avaliação da Admissão das Pacientes Cadastradas no Programa Sis-Pré-Natal Portadoras da Carteira da Gestante com Dados Incompletos atendidas na Unidade Básica de Saúde da Família Campo Limpo
Marcela González de Schmidt e Airton Viriato
- 18** A Internet como Ferramenta de Estratégias Comerciais e de Interação Social: Público e Privado
Valtemiro Barretos de Oliveira
- 24** Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência da Área Metropolitana de Belém
José Freire, Paulo Lima e Jorge Derenji
- 26** O poder de uma idéia para obter resultados
Eduardo Martinho
- 28** O Hospital, O Ebitida e o Termômetro
Arthur Corrêa de Mello Netto
- 30** Conte Comigo: um instrumento de gestão para atendimento ao cidadão
Mônica Lima Carvalho, Maria Regina Miranda Grubba e Rosana Carbone Marques
- 36** A integração dos Serviços de Lavanderia, Limpeza e Governança Hospitalar como forma de Humanizar o Atendimento ao Paciente
Renata Souza Coelho Albuquerque e Teresinha Covas Lisboa
- 42** Nova gestão em serviço público: a transformação do Hospital Municipal do Campo Limpo (HMCL)
Siu Lum Leung
- 47** Ética Consciençial no Comércio Exterior
Vera Lúcia Galvani



Fotos da capa: Homenagem ao Engº Raul Bolliger Júnior / Study Tour - XXVI UIA/PHG Seminário Pretória - Africa do Sul

NOTÍCIAS

Semana do Administrador.....	51
São Camilo lança ADH'2007.....	53
Homenagem ao Mestre Raul Bolliger Júnior.....	54
Novos Cursos de Pós Graduação do IPH.....	56
Empresa Júnior.....	56
Lei dos Hospitais n. 14.242 - Vereador Paulo Frange.....	56
I Jornada de Ética na Administração e Metodologia Científica do IPH.....	57
Curso de Especialização em Arquitetura de Sistemas de Saúde....	57
A ABDEH e a Atenção com o Edifício Hospitalar.....	58
Clic Saúde inaugura Fórum de Discussão sobre Construção Hospitalar.....	58
UIA – União Internacional de Arquitetos XXVI Seminário Internacional 2006.....	59
VI Curso de Especialização de Arquitetura em Sistemas de Saúde - Arqsaúde 2007.....	66



IPH INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

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

DIRETORIA 2005 - 2008

Jarbas Bela Karman – Presidente
Domingos M. F. Fiorentini – 1º Vice-Presidente
Dante Anzoina Montagnana – 2º Vice-Presidente
Jarbas N. M. Karman – 1º Tesoureiro
Sandra Paula Fiorentini – 2º Tesoureira
Tamara Iwanow Ciampi – 1ª Secretária
Dorothee V. Arantes – 2ª Secretária
Maria Clara V. Montagnana – Diretora
Hildegard B. Richter – Diretora

Sergio Augusto M. Decourt – Diretor
Wanir Leão Cavahanti Rotta – Diretora
Ivan Lascafé Pinheiro – Conselho Fiscal Efetivo
Vera Pedrosa Cavilha – Conselho Fiscal Efetivo
Ricardo N. M. Karman – Conselho Fiscal Efetivo
Volney W. Mala – Conselho Fiscal Suplente
Jorgeny C. Gonçalves – Conselho Fiscal Suplente
Terezinha Ap. Vendramini Fonseca – Conselho Fiscal Suplente

FACULDADE – IPH

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

EXPEDIENTE IPH – FACULDADE

Walter Ribeiro – Gerente Administrativo
Sandra Lúcia Fiorentini – Secretária Geral
Maria Helena P. Serra
Soraiá Azevedo
Luciano Matias da Silva
Edlene Fabiana de Souza
Adilson Gordiano dos Santos
Av. Duquesa de Goiás, 262
Real Parque – Mombú

Fone (11) 3758-0120 / 3758-5571 / 3758-4227
iphfaculdade@iph.com.br

BIBLIOTECA

Sandra Regina Isidoro

PÓS-GRADUAÇÃO

Maria da Salete Carvalho Fontenele
Marcelo Polacow Bisson
Alan Vitorino Pinheiro
Sheila Aparecida Santos
R. Apeninos, 267 – Metrô Vargueiro
Fone (11) 3209-0629 / 3272-0862
iphcursos@iph.com.br

REVISTA IPH

Av. Duquesa de Goiás 262
05686-001 – São Paulo SP
Tel: (11) 3758-5571 / 3758-4227 / 3758-0120
Fax (11) 3758-5571
iphrevista@iph.com.br
CONSELHO EDITORIAL
Jarbas Karman
Domingos M. F. Fiorentini
Albino Pereira Salgueiro

CHEFES DE DEPARTAMENTOS

Walter Budacs
Fiorela d'Acquarica
Antonio Carlos Crespim
Luiz Antonio Reis

EXPEDIENTE

Diretor Geral e Jornalista responsável
Jarbas Karman
Reg. No 44 – Processo 248734/72

COLABORAÇÃO

Fiorela d'Acquarica
Terezinha Vendramini
Jorgeny Gonçalves
Airton Viriato
Fernanda Assayag
Sebastião Variante
Marilena Pacios Espósito
Vera Helena N. de M. Karman
Mariana Bastos das Mercês
Rubens Muraukas
ASSESSORIA JURÍDICA
Albino Pereira Salgueiro

DIAGRAMAÇÃO

Flávio Della Torre

IMPRESSÃO

CopyPress

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

Revista IPH São Paulo: IPH, 2007 Semestral
ISSN 1519-1451

REVISTA IPH

Correspondência para Av. Duquesa de Goiás, 262
05686-001 - São Paulo SP
ou para iphrevista@iph.com.br
Qualquer parte produzida desta revista deverá obrigatoriamente citar a fonte

Lavatórios, ralos e bacias sanitárias

Jarbas Karman
Presidente do IPH

1. PROBLEMÁTICA E DESMISTIFICAÇÃO

Para quebrar a cadeia de coliformes: papel higiênico, mãos, dedos e maçaneta - mamãe e sanitaristas recomendam lavar as mãos pós utilização da bacia sanitária.

Lavar as mãos, basicamente, não passa de um processo de transferência, de ato de passagem de sujidade, impurezas, particulados, microorganismos e outros, das mãos para o Lavatório.

O Lavatório, por sua vez, não passa de um receptor, de um acolhedor passivo de material fecal, saliva, sangue, secreção nasal, suor, urina, detritos, gorduras, poeira, vômito, patógenos e tudo o mais que nele é descartado.

Todos esses aliados, líquidos corporais, substâncias químicas, orgânicas e biológicas, tornam "crítica" a superfície do lavatório, cujo potencial contaminante carece de ser apurado; igualmente, sujeito a pesquisa, é a sua possível colonização suplementar, decorrente do "contínuo hídrico" que se estabelece, com a interconexão da água poluída, acumulada no sifão, com a do lavatório, quando do acionamento da torneira.

O risco maior, todavia, é o do "contínuo hídrico reverso" que ocorre quando da obstrução da rede de esgoto, que acarreta o refluxo do efluente fecal e o extravasamento, primeiro do ralo, depois, do sifão, podendo atingir o lavatório; possibilidade essa condi-



Jarbas Karman

cionada a maior ou menor abertura do tempo do ralo e à pressão do efluente, quando em instalações de ralo e esgoto comuns, desprovidos de sistema de segurança.

O ralo, quando extravasa, pode ser causa de consideráveis transtornos e riscos; um exemplo é a sustação, de procedimentos cirúrgicos em pleno andamento, provocada pela irrupção e espraiamento de efluente fecal pelo piso do bloco cirúrgico, decorrente do refluxo do ralo da área de escovação.

O curioso é que, dentre estes três aparelhos, lavatório, ralo, bacia sanitária, a discri-

minação recaia sobre a bacia sanitária, acusada de disseminar aerossóis contaminantes e outros; cogitando-se mesmo de tornar obrigatório tampá-la antes do acionamento da descarga; já o lavatório e o ralo não só são poupados, como pousam de inofensivos e "inocentes", a ponto de freqüentarem, sem maiores preocupações, refeitórios, copas, consultórios e outros.

Será que, de fato, as imputações, à bacia sanitária, procedem?

Será que se justifica, a já por si questionável "antecâmara", em instalações sanitárias, à guisa de "área vestibular de segurança"?

Ou, opostamente, tais preocupações e prevenções não passam de desperdícios dispendiosos e dispensáveis, constituindo mais um dos mitos, que empanam a boa arquitetura e administração hospitalar?

Não nos cansamos de repetir a lapidar recomendação do Ministério da Saúde: "... evitar a celebração de rituais mágicos inúteis que apenas oneram os custos hospitalares".

Pesquisas levadas a efeito, em bases científicas, dirimem dúvidas e objeções quanto ao seguro uso da bacia sanitária hospitalar, comprovado por alguns exemplos:

Pela instalação da bacia sanitária em compartimentos junto a pacientes de UTI e pela incorporação da bacia sanitária ao "Quarto Mínimo", e mais, não vai longe o

tempo em que as Normas proibiam a localização de instalações sanitárias dentro de ambientes de preparação de alimentos e hoje, opostamente, a sua incorporação, dentro do âmbito da cozinha, é obrigatória.

É a desmistificação da tão discriminada bacia sanitária!

Abaixo encontra-se reproduzida a pesquisa referente aos "Hospital Toilets" e a tradução de seu texto.

2. HOSPITAL TOILETS

(tradução do texto)

Environmental Issues and Nosocomial Infections

David J. Weber, M.D., M.P.H., and William A. Rutala, Ph.D., M.P.H.

Chapter 19

Prevention and Control of Nosocomial Infections

Wenzel RP, ed., 2nd ed. 1993

"As condições microbiológicas, referentes a instalações sanitárias hospitalares, foram cuidadosamente investigadas por Newsome, que realizou culturas do ar, da água e de superfícies de bacias sanitárias hospitalares, bem como de bactérias presentes no ar e em salpicos fecais, após realizada a descarga de bacias sanitárias (69).

A frequência e o nível de contaminação do ar, da água e de superfícies de bacias sanitárias hospitalares, por bactérias fecais, foram surpreendentemente baixos: de 27% (< 10 unidades formadoras de colônias - CFU/ml), de 39% (< 2.500 CFU/ml) e de 6% (\leq 4 CFU/ml), respectivamente.

A possibilidade de geração de um aerossol bacteriano foi estudada em experimentos, por meio de descargas artificiais; foram requeridas, no mínimo, 10^{10} bactérias/100ml de água da bacia sanitária, para se conseguir produzir um aerossol.

As bactérias, por contagem, da água da bacia sanitária, sofreram uma redução equi-

valente a 100 vezes o seu número, em decorrência de uma única descarga.

Bactérias entéricas denotaram ter condições de sobreviver à dissecação. Gotas de fezes, deixadas secar sobre assento de bacia sanitária, revelaram-se praticamente livres de E.coli, após duas horas de exposição; Shingella e Salmonella, em fezes, sucumbiam após 4 e 12 dias, respectivamente.

Baseado nos dados pesquisados e dado o fato da necessidade de um número mínimo de bactérias (da ordem de 10^2 para Shingella e de 10^7 para Salmonella) ter que ser ingerido, por hospedeiro humano normal, para que ocorra contaminação e cause doença humana, depreende-se constituir a bacia sanitária hospitalar, improvável fonte de infecção.

O que pode deixar de ser correto, caso a superfície seja densamente poluída com material fecal, como pode ocorrer em hospitais de pacientes mentalmente perturbados, enfermarias pediátricas, centros de pacientes dia pediátricos ou com adultos portadores de distúrbios neurológicos.

Os cuidados, a serem dispensados a bacias sanitárias hospitalares, devem restringir-se a manter suas superfícies limpas, utilizando soluções desinfetantes, e recorrendo à escova e a produto de limpeza na higienização da bacia sanitária.

Não se justificando deitar desinfetante na bacia.

Como sempre, boa prática de higienização das mãos remove qualquer flora microbiana transitória e elimina qualquer risco de infecção cruzada.

3. HOSPITAL TOILETS (texto original)

Environmental Issues and Nosocomial Infections

David J. Weber, M.D., M.P.H., and William A. Rutala, Ph.D., M.P.H.

Chapter 19

Prevention and Control of Nosocomial

Infections

Wenzel RP, ed., 2nd ed. 1993

"The microbiology of hospital toilets has been carefully investigated by Newsome, who cultured the air, water, and surfaces of hospital toilets and the bacteria in the air or splashes after toilet flushing (69). The frequency and level of contamination of the air, water, and surface of hospital toilets by fecal bacteria was surprisingly low at 27% [<10 colony forming units (CFU)/ml], 39% ($<2,500$ CFU/ml), and 6% (≤ 4 CFU/ml); respectively. The likelihood of generating a bacterial aerosol was studied in artificial flushing experiments; at least 10^{10} bacteria/100 ml of toilet water were required to produce an aerosol. The bacterial counts in toilet water were reduced 100-fold by a single flush.

The ability of enteric bacteria to survive dessication was also observed. Drops of feces allowed to dry on a toilet seat were nearly free of E.coli in 2 hours. Shigella and Salmonella in feces died out in 4 and 12 days, respectively.

In consideration of these data and the numbers of bacteria (at least 10^2 Shigella to 10^7 Salmonella typhi) that must be ingested to cause human disease in normal hosts, it seems that the hospital toilet is an unlikely source of infection. This may not be true if the surfaces are heavily coated with feces, as could happen in hospitals for mentally impaired patients, pediatric wards, day-care centers for children, or with neurologically impaired adults.

The care of the hospital toilet should be restricted to maintaining the surfaces clean with a disinfection solution and cleaning the bowl with a scouring powder in conjunction with a brush. There is no reason to pour disinfectants into the bowl. As always, good hand-washing practices would remove any transient microbial flora from the hands and eliminate any risk of cross-infection" ■

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



ELGSON RIBEIRO GOMES

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

VI PARTE

68. RAMON Y CAJAL* – O Centro Especial de Seguridad Social da Espanha – Madrid.

A visita ao Ramon Y Cajal me foi proporcionada pelo Eng^o Odyer Sperandio da Organização Mundial de Saúde em Genebra, que nos articulou com o Serviço de Engenharia e Arquitetura do Ministério da Saúde em Madrid, especificamente com a Arquitecta Maria Perez Xerif, que nos agendou com a administração do Hospital, tendo feito o mesmo com o Hospital Alemão de 250 leitos, ambos na periferia da cidade. Os meus companheiros nessa terceira turnê de visitas a Hospitais na Europa foram o meu filho Péricles, PHD pela MSU Michigan USA, hoje Professor da PUC, e o seu colega de turma André Siebert, Arquiteto em Blumenau – num roteiro elaborado pela Dra. Hildegard Bromberg Richter do Hospital São Camilo em São Paulo, do qual voltarei a falar.

69. O Centro Médico Ramon Y Cajal com 1726 leitos e 200.000m² de construção, é um Hospital completo, que está situado na proximidade de La Paz e da Universidade Autônoma, e nele são desenvolvidos de forma harmoniosa as distintas especialidades Médicas e Cirúrgicas que a expansão da moderna tecnologia médica considera como mais adequada para a realização dos seus fins específicos, quais sejam da investigação científica básica e clínica, o aperfeiçoamento profissional, a ação formativa nos distintos campos da Medicina e a Assistência Sanitária em todos os aspectos necessários aos beneficiários da Seguridad Social.

70. O seu Projeto definitivo foi em parte realizado pelo Arquiteto Marcide e seus colaboradores. Em princípio a sua programação deveria conter os Institutos de Neurocirurgia, Broncotorácico,



Grande Painel Decorativo, situado no Hall Principal, confeccionado com peças de cerâmica que o compõem com o formato da Planta Tipo do Hospital.

Cardiovascular, Otorrinolaringologia, Maxilofacial e Cirurgia Plástica que constituíam o Centro de Especialidades Cirúrgicas. Este programa, que alcançava inicialmente uma capacidade aproximada de 600 leitos e que se completa com Docência e a Pesquisa, foi posteriormente ampliado para 1726 leitos.

71. Projetado para abrigar o desenvolvimento dos departamentos Médico-cirúrgicos de Traumatologia e Aparelho Locomotor, Oftalmologia, Urologia, Digestório e Investigação, o Arquiteto Marcide, com este seu Projeto em forma de "pente", previu uma ampliação vertical de doze andares, já que o terreno não permitia outra disposição, e na base do "Pente" foram ainda integrados como serviços de apoio, o de Ginecologia e Perinatal, Pediatria, Endócrino, Nefrologia e Medicina Interna, com o que o programa evoluiu para o de um grande Hospital Geral, cuja evolução incor-



Grande Busto do ilustre médico humanitarista "Ramon Y Cajal", em cuja homenagem foi dado o nome ao Centro da Seguridade Social.

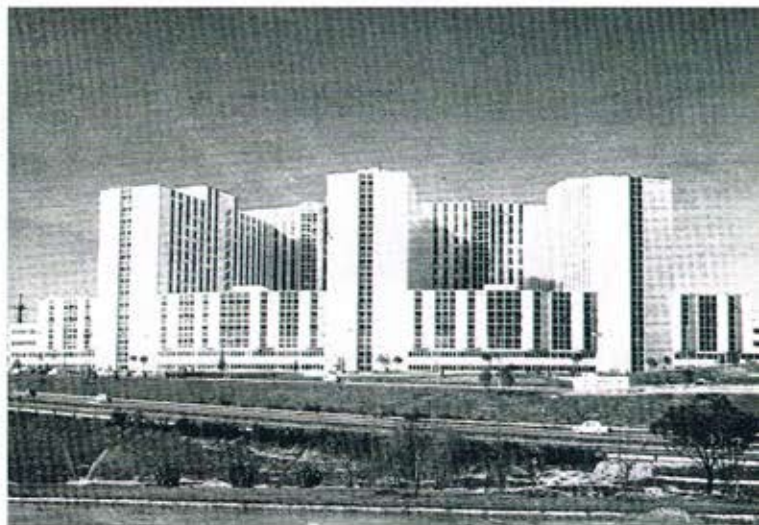


Hall principal do Centro "Ramon Y Cajal"

porou também o Serviço de Emergência.

Quando a estrutura do edifício ficou pronta, se deu o falecimento do Arquiteto Marcide, e o Arquiteto Dom Fernando Florez foi contratado para a chefia da equipe dos técnicos, que conduziu a obra até o fim.

72. O Centro Ramon Y Cajal conta com 33 leitos de Ginecologia, 29 de Pediatria, 65 de Medicina Interna, 76 de Oftalmologia, 148 de Neurologia, 245 de Otorrinolaringologia, 3 de Pesquisas, 154 de Plástica, 104 de Maxilofacial, 180 de Traumatologia, 20 de Urgência, 12 de Radioterapia, 150 de Aparelho Digestório, 192 de Urologia-nefrologia, 281 de Toracobronco-cardiovascular, 34 de Reabilitação física.



Perspectiva do Centro Especial "Ramon Y Cajal" - de la Seguridad Social

73. Possui cinco sub-solos, térreo, mais doze andares superiores e num dos sub-solos garagens para 1600 (um mil e seiscentos) automóveis.

Possui 59 (cinquenta e nove) elevadores subdivididos por 5 grupos de três macas, cada um destinado à público e enfermos não hospitalizados, três grupos de três elevadores para uso pessoal, seis grupos de três montacargas, mais três grupos de dois montacargas, mais dois montacargas.

Dispõe de nove escadas, das quais quatro estão destinadas à emergência e três de uso exclusivo de pessoal de serviço, as quais ligam todos os andares, e também um transporte mecânico pneumático de roupa suja para os serviços da Lavanderia, e outrossim do Lixo Geral de todos os andares para o "Forno Crematório".

Possui 53 (cinquenta e três) Salas de Cirurgia, 47 (quarenta e sete) Salas de Radiodiagnóstico.

Sua área construída é de 128m² de construção por leito.

74. As principais particularidades construtivas do edifício, são de tetos ou forros falsos acústicos em vestíbulos, galerias e corredores, pinturas sobre trançados plásticos aramados que permitem a re-pintura sem necessidade de novos revestimentos, estrutura de concreto armado plantas inferiores dos seus doze andares, sendo os demais com estrutura metálica e lajes de concreto protendido.

75. Para dar uma idéia da magnitude dos seus serviços industriais, de destaca a potência elétrica de 20.000.000 KVA, potência de grupos de emergência de 5.000.000 de KVA

Um sistema de detecção extinção de incêndios protege o edifício dispondo de serviço de água e elétrico autônomo em relação aos demais. ▶

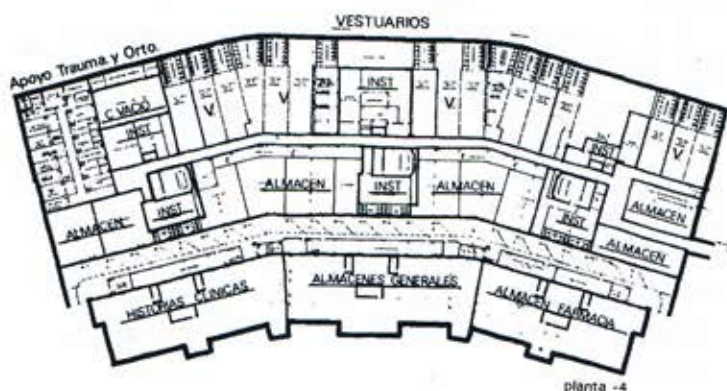


Neste nível existe uma via interior de tráfego que permite acesso aos Vestiários, Informática e Urgência.

Esta rua corre paralela à Fachada Norte. Pela Fachada Sul, neste mesmo nível ao Serviço de Reabilitação.



Neste nível são situados os acessos para Consultas de Traumatologia, Doadores de Sangue, Cozinhas e Lavanderia.



Andar destinado inteiramente a enfermarias, com o número total de 262 leitos, sendo 15 camas em habitação de três, 62 camas em habitações de duas e 50 camas em habitações individuais, atendidos por nove postos de serviço, aproximadamente um para cada 30 leitos.

Destacam-se também os transportes pneumáticos suspensos no teto de amostras de sangue, transporte mecanizado de amostras aos laboratórios, e especial atenção a proteção elétrica nas salas de cirurgia e de cuidados intensivos.

76. Em sua planta superior se situa a Faculdade de Medicina, cujos blocos estão unidos ao edifício principal por galerias de acesso.

77. O Arquiteto Fernando Florez ao discorrer sobre a Arquitetura do Ramon Y Cajal, no que se refere à Unidade de Queimados, integrado ao Departamento de Cirurgia Plástica (que é modelo em seu gênero), revela que a experiência obtida nos Centros criados em La Paz, Servilha, Valença, o do Dr. Banuelos em Barcelona, assim como as realizações Inglesas e em Cincinnati nos Estados Unidos, levaram à conclusão do desenvolvimento da Unidade em sub-unidades (ou ciclos) de Cuidados Progressivos (Progressive Care), reduzindo o grau de isolamento em função da evolução ou nível de brevidade do paciente ingresso com três níveis, Cuidados Mínimos, Cuidados Médios e Cuidados Intensivos para os grandes queimados, em que chegam ao extremo os meios de isolamento, com uma antesala com rigorosa queda de pressão, tanto na própria sala do paciente, como em relação ao exterior, impedindo a entrada de ar e sua saída. O ingresso se efetuando por portas automáticas duplas, em que a simultaneidade de abertura de ambas não se torna possível, conseguindo-se assim que a câmara intermediária estanque.

Os corredores têm a fisionomia de pequenas ruas de uma mini-cidade, os pequenos apartamentos têm fisionomia de uma pequena residência naquela rua da mini-cidade, com placa de casa e não número na porta, com um pequeno lampião de rua, ao invés das lâmpadas comuns dos corredores dos hotéis ou hospitais.

78. Ao batermos na porta de um destes, pequenos chalés como o gonzo de bronze, abriu-se um postigo de portão e surgiu a fisionomia de uma senhora simpática a quem pedimos permissão de visitar para conhecer sua casa...

Com amabilidade e muita espontaneamente ela nos fez entrar e explicou como era o seu pequeno mundo, composto do espaço de estar e trabalho, outro de dormir com banheiro, outro de cozinhar e lavar. O espaço de estar abrindo-se para uma varanda de bom tamanho, que se debruça sobre a trilha das pessoas transitando pelo jardim logo ali do lado de fora, para seus destinos, onde presenciamos a cena muito humana de uma mocinha que vinha caminhando, e que parou para conversar com a amizade do seu trajeto diário, que era a nossa anfitriã que aparecera na sacada...

79. Todos estes pequenos chalés, assim dispostos, deságuam

por assim dizer num grande terraço superior de teto escamoteável, que se constitui no "Solário dos Moradores" e no mesmo andar superior, situa-se o refeitório composto de pequenos conjuntos dos chamados "Canto Alemão", tão tradicionais e tão nossos conhecidos, seja no Clube Concórdia, como nos ambientes catarinenses.

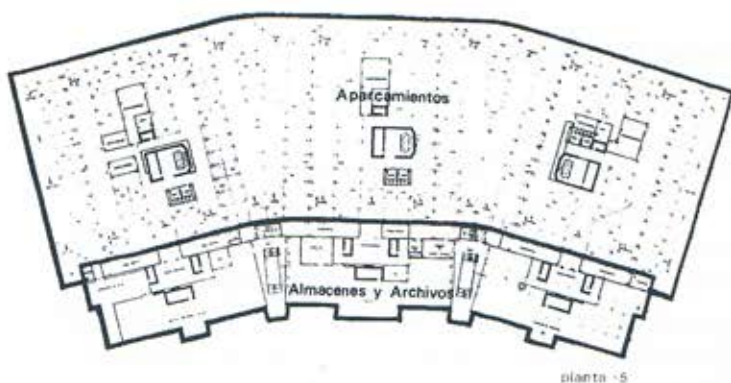
80. Do andar térreo uma pequena rampa suave e sinuosa, vai se desenvolvendo e serpenteando, formada de pequenos pontos de parada com bancos de descanso, até o nível superior, lembrando o caminhamento de uma subida de serra na natureza (de uma cidadezinha...)

81. Os moradores saem espontaneamente para tratarem de seus assuntos, visitar parentes, etc., e voltam para a sua pequena comunidade, enquanto dois ou três médicos passam todos os dias para acompanhar de perto a vida de cada um, havendo duas enfermeiras que são como governantas ali sempre presentes, morando ali, e com uma delas pudemos conversar bastante, pois era de Blumenau.

82. Ao término da visita, já do lado de fora nos dirigimos com a nossa guia de Blumenau, para visitar a Igreja ali na pequena Praça ou Pátio, com o piso da nave suavemente inclinado como são os pisos dos auditórios, tendo no palco o altar e tendo pintada na sua grande parede de fundo, uma grande árvore, com seus galhos e suas raízes expostas, e pregado no tronco e galhos em forma de cruz, a imagem de Jesus com sua coroa de espinhos, seu sangue escorrendo pelas raízes, como seiva irrigando e fecundando a Terra...

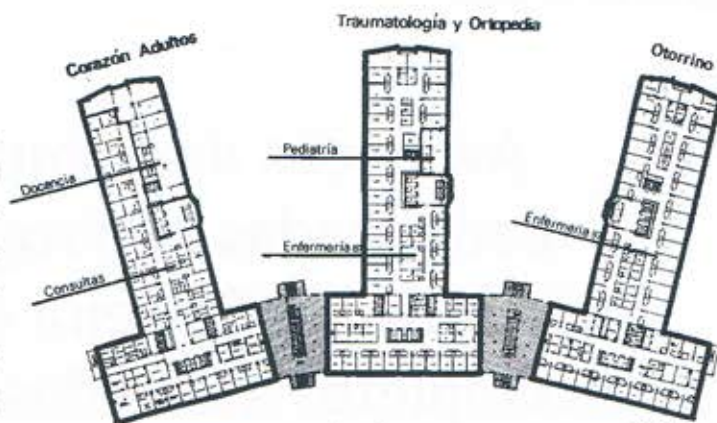
83. São cálidas lembranças que me vêm à mente neste Domingo de Páscoa! ■

(Continua no próximo número)



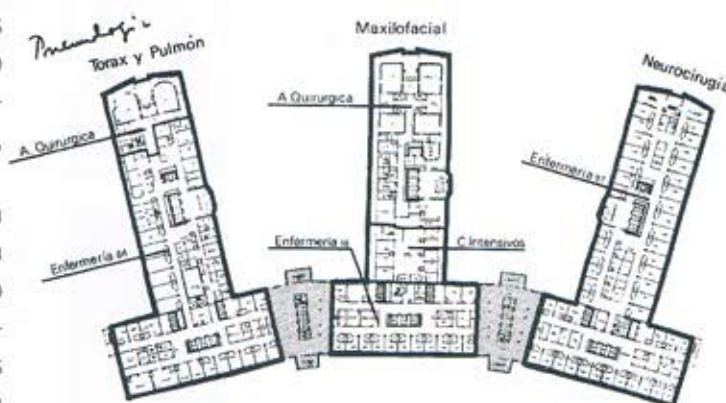
planta 5

Entrada e Saída do Estacionamento de veículos.



planta 3

Destinada inteiramente a enfermarias de distintas especialidades. Ao chegar a este nível desaparecem os corpos baixos, adotando apenas a forma de pente, forma que permanece inalterável até o 11º andar.



planta 5

A ala da esquerda corresponde aos leitos da cirurgia torácica e pulmão, com bloco operatório de duas salas cirúrgicas, cuidados intensivos e enfermarias pediátricas e de adultos. A ala central é destinada a cirurgias maxilo-facial, cuidados intensivos de 10 leitos, Câmara Hiperbárica e enfermaria. A ala da direita é destinada a enfermaria geral com 97 leitos.



planta 6

A ala da esquerda é de uma enfermaria de 58 leitos. A ala central é destinada a consultas externas e serviços de Ortodontia, Prótese, Traumatologia, Maxilo-facial, Cirurgia oral, Estomatologia e Epitese. A ala da direita é de uma unidade operatória de quatro Salas Cirúrgicas de Neurocirurgia, Cuidados Intensivos pediátricos e de adultos com 32 leitos.

Avaliação da Admissão das Pacientes Cadastradas no Programa Sis-Pré-Natal Portadoras da Carteira da Gestante com dados incompletos atendidas na Unidade Básica de Saúde da Família Campo Limpo



Marcela González de Schmidt
Mestre em Ginecologia e Obstetrícia pela UFMG



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

Resumo

O presente trabalho avaliou a admissão das pacientes cadastradas no programa SIS/Pré-natal portadoras da carteira da gestante com dados incompletos. No período de 1º de Janeiro de 2004 a 1 de Janeiro de 2005 foram examinadas cem histórias clínicas, de gestantes na faixa etária de quinze a quarenta e cinco anos, no serviço de Unidade Básica da Família Campo Limpo. Foram observadas as seguintes variáveis: Faixa etária, Estado civil, Paridade e Número de consultas Pré-natal. Os resultados mostraram um predomínio na faixa etária de 30 — 35 anos, a maioria de mulheres casadas com 0 a 2 filhos, que realizaram 5 consultas.

Palavras-chave:

SIS/Pré natal; Avaliação; Carteira da gestante.

INTRODUÇÃO

Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, ainda, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, no qual se discutem quais as medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito^{1,2,3,4,5,6}. Entretanto, é necessário conjugar a seguran-

ça de obter bons resultados com o bem-estar para a mulher e o recém-nascido, respeitando-se direitos constituídos^{1,2,3,4}.

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e no parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um

modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático⁵.

A assistência à gestante, uma das atividades realizadas há mais tempo nos serviços públicos de saúde no país, foi, por muitos anos, orientada principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil. Um novo paradigma na atenção à saúde infantil foi concebido

pelo movimento de mulheres em associação com profissionais de saúde e traduzido nas bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 1983^{6,7}. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1998, o direito à saúde estaria garantido por lei e um sistema único de saúde deveria ser implantado de forma descentralizada e com instâncias de controle social⁸.

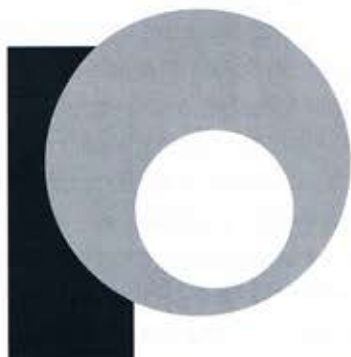
As bases filosóficas do PAISM introduziam outros conceitos na atenção à saúde feminina, como a integralidade e a anatomia corporal, que deveriam ser estimuladas e discutidas nas ações educativas articuladas ao programa. A partir de critérios epidemiológicos que incorporavam a especificidade da condição feminina como determinante do processo saúde doença, os profissionais de saúde deveriam ser capacitados para incorporarem essa visão e estabele-

cerem novas práticas (PAISM-1984). Do ponto de vista conceitual, a operacionalização da ideia de integralidade foi o maior desafio uma vez que exigia dos gestores profissionais uma postura que extrapolava a capacitação técnica para responder isoladamente a cada um dos problemas femininos de saúde. Essa nova atitude requeria que os profissionais se relacionassem com as mulheres enquanto sujeitos e detentoras de direitos, sendo compreendidas suas demandas reprodutivas e relativas à sexualidade no contexto de subordinação das mulheres nos planos privado e público.

Desse modo, o PAISM apresentou um deslocamento de olhar na atenção à saúde a pensarem de forma mais ampla sobre a questão. Nas duas décadas passadas, a implantação do PAISM foi bastante diferenciada em todo o país, refletindo os diferentes graus de compromisso político dos governantes com a questão

da mulher, a heterogeneidade nas estratégias adotadas para o desenvolvimento e a organização do sistema de saúde. Alguns estudos abordam os diversos aspectos do programa, enfatizando as questões da saúde reprodutiva, da introdução de conceitos como a integralidade, dos desafios ligados à sua implementação, enfim, das diferentes questões que permanecem atuais até o momento^{9,10,11}.

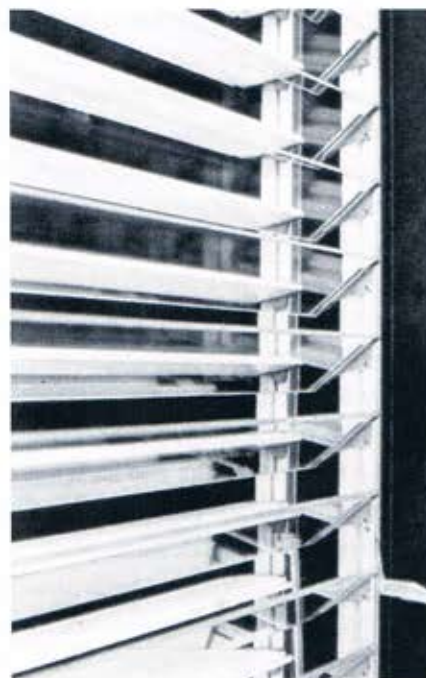
Observa-se que, mesmo nos serviços que realizam o conjunto das atividades como preconizadas pelo PAISM, há questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto nos indicadores de resultados. Apesar da assistência pré-natal ter estado sempre presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde, até o momento, permanecem questões que, entre outras, devem ser discutidas, como o acesso a algumas regiões e áreas do país, a qualidade da atenção pres- ▶



PERSOLLY ESQUADRIAS LTDA.

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

Hospital da Cruz Verde São Paulo SP



tada, o vínculo entre o pré-natal e o parto a humanização da atenção e inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal.

Entendendo que a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos constituem o pano de fundo da má assistência, o MS instituiu, em Junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturados.

A fundamentação da medida ministerial, na instituição das portarias do PHPN, pretende ser um marcador de águas anunciando o paradigma da humanização como novo modelo de atenção a mulher durante a gestação o PHPN, a humanização da assistência é ratificada como principal estratégia, seguida da apresentação dos aspectos conceituais sobre humanização: a principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério.

No plano operacional, o PHPN definiu elementos chaves da assistência à gestação e ao parto, em torno dos quais deveria concentrar esforços a fim de alcançar o objetivo principal de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal. Incluem-se aí a necessidades de ampliar o acesso ao pré-natal, o estabelecimento de procedimentos e ações, cuja realização é fundamental para esse acompanhamento, e a promoção do vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto.

O PHPN instituiu ainda uma estratégia para induzir e auxiliar a maioria dos municípios a implementar essas ações, introduzindo novos recursos para o custeio dessa assistência e trans-

ferindo-os mediante o cumprimento de critérios mínimos, necessários para melhorar a qualidade da assistência. Os critérios recomendados foram: realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; garantir a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento e exames laboratoriais: ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; Urina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação e Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta; oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes; aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.

Há análises que demonstram que esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Um dos resultados dessa prática é a fragmentação da assistência. e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher ¹².

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasa a for-

mulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres ¹³.

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, lei n. 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País. A municipalização da gestão do SUS vem se constituindo num espaço privilegiado de organização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes.

Considerando a heterogeneidade que caracteriza o País, seja em relação às condições sócio-econômicas e culturais, seja em relação ao acesso às ações e serviços de saúde, compreende-se que o perfil epidemiológico da população feminina apresente diferenças importantes de uma região a outra.

No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo uterino; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrendo casos de aids não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas ¹⁴.

Segundo Laurenti ¹⁵, em pesquisa reali- ▶

Sistemas de Proteção Contra Choques



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



Evite danos em equipamentos eletromédicos



RDI Representações e Distribuição Industrial Ltda.

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

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

zada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, analisando óbitos em mulheres de 10 a 49 anos (mulheres em idade fértil), as dez primeiras causas de morte encontradas foram as seguintes, em ordem decrescente: acidente vascular cerebral, aids, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasias de órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer de colo uterino.

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito nessa faixa etária. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis.

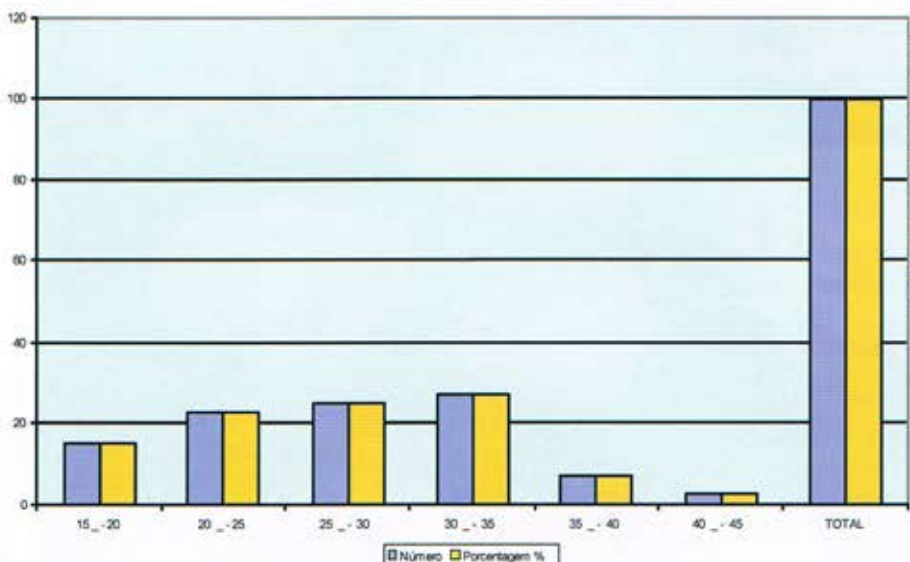
A mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população. A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições sócio-econômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

Estudo realizado pela OMS em 1990, estimou que aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos¹⁶.

Nas capitais brasileiras, para o ano de 2001, a RMM foi de 74,5 óbitos maternos por 1000 mil nascidos vivos. As principais causas da mortalidade materna são a hipertensão arterial, as hemorrágicas, a infecção puerperal e o aborto, todas evitáveis¹⁷.

A queda da mortalidade materna de 1999 a 2001 pode estar associada a uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao plane-

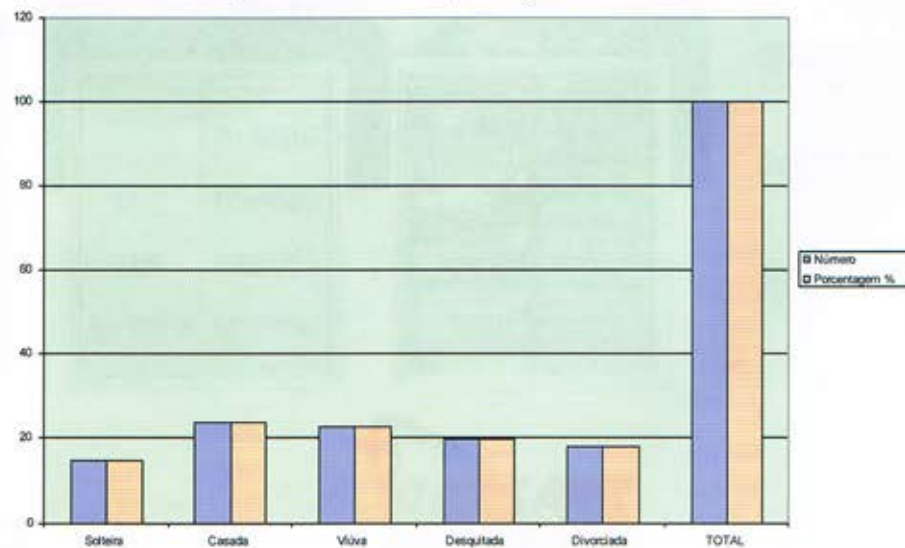
Gráfico 1: Distribuição por número e porcentagem de pacientes cadastradas no programa SIS / Pré-natal portadoras da carteira da gestante com dados incompletos segundo a faixa etária.



FONTE: IUBS CAMPO LIMPO, período 2004 - 2005.

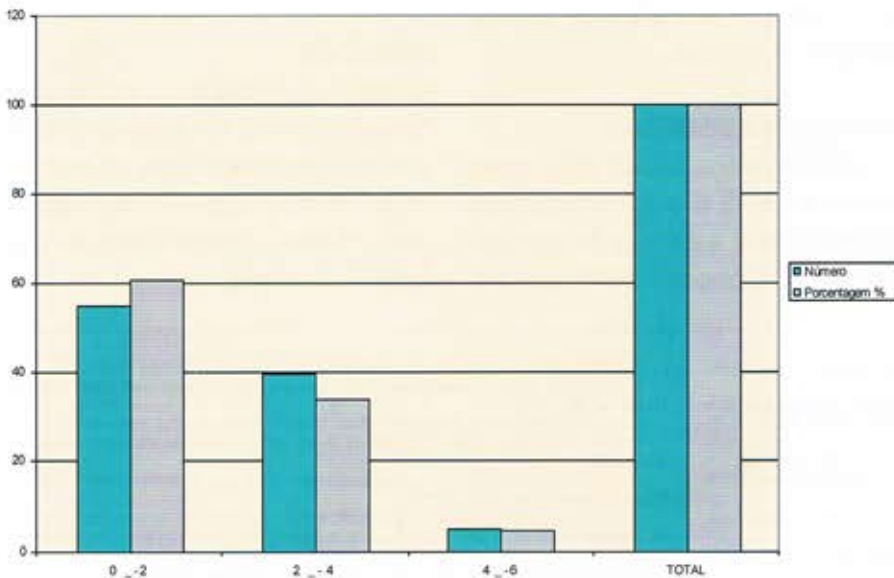
O Gráfico 1 apresenta a faixa etária de 100 pacientes cadastradas no programa SIS/Pré-natal portadoras da carteira da gestante com dados incompletos. Destas pacientes, observa-se que na faixa etária 30 - 35 mostra predominância com 27 casos (27,00%), enquanto que a faixa etária 25 - 30 anos está representada por 25 casos (25,00%). A seguir a faixa etária de 20 - 25 anos apresenta 23 casos (23,00%) e, finalmente, a faixa etária de 15 - 20 anos com 15 casos (15,00 %).

Gráfico 2: Distribuição do número e porcentagem de pacientes cadastradas no programa SIS / Pré-natal portadoras da carteira da gestante com dados incompletos segundo o estado civil.



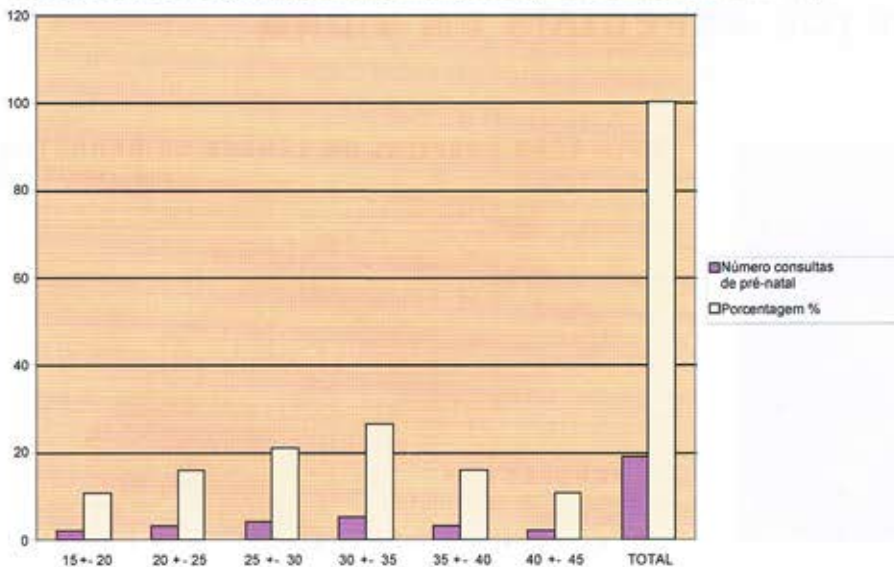
No Gráfico 2 nota-se a predominância de mulheres casadas em 100 pacientes cadastradas no programa SIS / Pré-natal portadoras da carteira da gestante com dados incompletos, representando 24 casos (24,00%), enquanto mulheres viúvas apresentam 23 casos (23,00%), seguidas por mulheres desquitadas com 20 casos (20,00%).

Gráfico 3: Distribuição do número e porcentagem de pacientes cadastradas no programa SIS/Pré-natal portadoras da carteira da gestante com dados incompletos segundo a paridade.



O Gráfico 3 apresenta a paridade de 100 pacientes cadastradas no programa SIS/Pré-natal portadoras da carteira da gestante com dados incompletos. Destas pacientes, 55 (61%) tiveram entre 0 - 2 filhos, enquanto 40 pacientes (34,25%) tiveram de 2 - 4 filhos e 5 mais que 4 filhos (4,7%).

Gráfico 4: Distribuição do número e porcentagem de pacientes cadastradas no programa SIS/Pré-natal portadoras da carteira da gestante com dados incompletos segundo o número de consultas no pré-natal.



O Gráfico 4 apresenta o número de consultas de pré-natal de 100 pacientes cadastradas no programa SIS / Pré-natal portadoras da carteira da gestante com dados incompletos. Destas pacientes, observa-se que na faixa etária de 30 -35 anos há predominância com 5 consultas (26,31%), enquanto que a faixa etária de 25 - 30 anos está representada por 4 consultas (21,05%). A seguir as faixas etárias de 20 -25 e 35 - 40 anos mostra igualdade de número e porcentagem, com 3 consultas (15,78%) e, finalmente, a minoria correspondeu as faixas etárias de 15 - 20 e 40 - 45 anos com 2 consultas (10,54%).

jamento familiar. Nesse período, a mortalidade materna foi considerada uma prioridade do governo federal e vários processos estaduais e municipais foram deflagrados para reduzi-la. A partir do ano de 1998 diminuíram os óbitos em internações obstétricas no SUS, passando de 34,8 óbitos por 100.000 internações, para 28,6 óbitos por 100.000 internações em 2001. Nesse período também caiu o número de mulheres que morreram no parto em relação ao número de partos realizados, passando de 32,48 para 24 óbitos em 100.000 em 2001.^{18.}

Desde a implantação do Sistema de Informação Ambulatorial, registra-se uma tendência de aumento do número de consultas de pré-natal, especialmente a partir de 1997. Em 1995, foram registradas 1,2 consultas de pré-natal para cada parto realizado no SUS. Em dezembro de 2002, essa razão era de 4,4 consultas de pré-natal para cada parto^{19.}

Apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade dessa assistência é precária, o que pode ser atestado pela alta incidência de sífilis congênita, estimada em 12 casos/1000 nascidos vivos, no SUS., pelo fato da hipertensão arterial ser a causa mais freqüente de morte materna no Brasil, e também porque apenas 41,00% das gestantes inscritas no programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, segundo o sistema de informação do programa.

Os indicadores do SISPRENATAL^{20.} demonstraram que somente 4,07% das gestantes inscritas no PHPN realizaram o elenco mínimo de ações preconizadas pelo Programa^{21.} e que somente os dados evidenciam que a atenção no puerpério não está consolidada nos serviços 9,43% realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.

PROPOSIÇÃO

Avaliação do processo de admissão das pacientes cadastradas no programa SIS/Pré-natal portadoras da carteira da gestante com ▶

dados incompletos atendidas na Unidade Básica de Saúde Campo Limpo segundo as variáveis: Faixa etária; Estado civil; Paridade e Número de consultas no pré-natal.

MATERIAL E MÉTODO

A pesquisa foi realizada no período de 1º de Janeiro de 2004 a 1 de Janeiro de 2005. Os dados foram coletados ao acaso no serviço de Pré-natal da Unidade Básica

da Família Campo Limpo em São Paulo. Foram examinadas cem histórias clínicas, de gestantes na faixa etária de quinze a quarenta e cinco anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise estatística utilizada neste estudo foi feita através de cálculos de porcentagem que visam avaliar a admissão das pacientes cadastradas no programa SIS/Pré-natal por

tadoras da carteira da gestante com dados incompletos.

CONCLUSÃO

Das pacientes cadastradas no programa SIS/Pré-natal portadoras da carteira da gestante com dados incompletos existe um predomínio da faixa etária de 30 —35 anos; casadas; com 0 a 2 filhos e a maioria destas mulheres fizeram 5 consultas. ■

Bibliografia Consultada

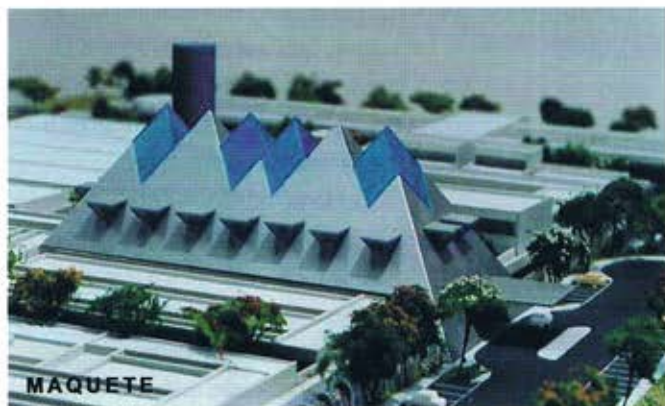
1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Care in normal Birth. A practical guide maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization, 1996.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. United Nations Population Fund/ United Nations - Children's Fund/ World Bank. Reductions of maternal mortality: joint WHO/ UNFPA/UNICEF/ World Bank statement Geneva: World Health Organization, 1999.
3. VAUGHAN, IP, ABOLUZAHR C Reproductive health ; widening horizons. Bull World Organ 76: 569-73, 2000.
4. PITROFF R, CAMPBELL, O.M, PILIPPI, V.G. What is quality in maternity care. An international perspective. Acta Obstet Gynecol. Scand. 81: 277-83, 2002.
5. DAVIS-FLOYD. Technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. Int Gynaecol Obstet. 48 Suppl: S33- S52, 2001.
6. OSIS, M.J.D. PAISM. Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Pública1. Suppl:25-32, 1998.
7. COSTA, A.M. Desenvolvimento e Implantação do PAISM no Brasil. In: Giffin K, Costa SH, organizadores questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Focruz, 1999.
8. CORRÊA, S. Uma história sem fim. Recife: SOS Corpo 1993.
9. FAUNDE A, CECATTI, J.G. Organizadores. Morte Materna uma tragédia evitável. Campinas : Editora da Unicamp, 1991.
10. CAMPBELL O, KOBLINSKY M, TAYLOR, P. Off to a rapid star: appraising maternal mortality and services. Int Gynaecol Obstet. 1995.

11. LUMBIGANON P. Appropriate Technology: antenatal care. Int J Gynecol Obstet. 63 Suppl 1 S91- 5, 1998.
12. FENTON P.M; TADESSE, E. Reducing perinatal and maternal mortality in the world : major challen. Br J Obstet Gynecol. 107: 831-2, 2000.
13. AVILA, M.B, BANDLER, R.A. Contracepção no Brasil, 1980-1990. Recife: SOS Corpo, Mimeo, 1991.
14. BRASIL MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Mapa de indicadores do trabalho da criança e do adolescente. Brasília, 2000.
15. LAURENTI, RJ, GOTLIER, S.L.D. Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna. Brasília: Ministério da Saúde; OPAS; USP, 2002.
16. COELHO, M.R.S. Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003b.
17. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de DST e ITS. Brasília, 2003.
18. CORRÊA, S.P, PIOLA, S.F. Balanço 1998-2002: Aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
19. TABNET.SIA - Datasus e Tabwin. AII-Datasus, 2003.
20. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informação em Pré-natal (Sis pré-natal). Brasília : Ministério da Saúde; Datasus, 2002.
21. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE . Centro nacional de epidemiologia. Brasília, 2001.

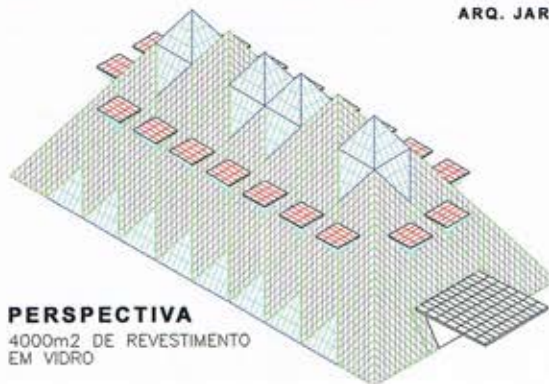
WWW.AVEC.COM.BR



PROJETOS ESPECIAIS EM VIDRO



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



PERSPECTIVA
4000m² DE REVESTIMENTO
EM VIDRO

CURRÍCULO DE OBRAS - AVEC DESIGN



AVEC VERRE DESIGN PRODUTOS ESPECIAIS LTDA

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

Líder nos EUA, agora no Brasil.



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

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



Mesa Cirúrgica AMSCO®



Sistema de Iluminação e visualização cirúrgica Harmony™ LA

As melhores soluções para a Central de Esterilização e Centro Cirúrgico



STERIS América Latina
Av. Ibirapuera, 2907 - cj 1401
04029-200 - São Paulo - SP
tel: 55 11 5053-9823
www.steris.com

STERIS®

A internet como ferramenta de estratégias comerciais e de interação social: público e privado.



VALTEMIRO BARRETOS DE OLIVEIRA

Mestre em Administração de Serviços pela Universidade Ibero Americana, Economista, Pós Graduado em Engenharia Econômica pela Universidade São Judas Tadeu. Consultor Organizacional por oito anos na Administração Bancária e Analista de Negócios por cinco anos. É professor da Faculdade Fernão Dias e Professor da Faculdade de Administração – IPH.

Resumo

A internet é uma ferramenta de interação social que está revolucionando o mundo digital. O maior problema até então, é a construção de uma estrutura tecnológica que atenda as necessidades de seus usuários, mas que não está disponível para todos em virtude do baixo poder aquisitivo da população brasileira.

Para amenizar esse problema o governo precisa investir nesse segmento se pretende que a população de baixa renda, que vive abaixo da linha de pobreza, integre a comunidade virtual. Outro caminho deve ser o da iniciativa privada que usa essa mão-de-obra qualificada para produzir cada vez mais com qualidade e baixo custo, além de se beneficiar dos incentivos fiscais concedidos pelo governo.

A interação pública e privada pode agilizar esse segmento e todos sairão ganhando. Só assim construiremos um Brasil novo com uma população alfabetizada e integrada.

Palavras-chave:

Internet, estratégia, desenvolvimento, tecnologia, interação social, ensino público e privado.

INTRODUÇÃO

A rede Internet começou como correio eletrônico em 1969, disponibiliza informações, produtos e serviços por computadores, uma vez que liga gradativamente a maior parte das redes. (Albertin2001:41). As imagens que invadem as telas dos computadores através da Internet fazem com que o comportamento dos clientes modernos mude aceleradamente. Esta mudança é fundamental para o aprimoramento da cultura das pessoas, no sentido de que entendam melhor como funciona o mundo virtual. (Cobra 2000:32).

A Internet tem sido nos últimos anos o principal veículo de comunicação e comercialização do mundo globalizado. Com esta ferra-

Abstract

The Internet is a tool of social interaction that is revolutionizing the digital world. The biggest problem till now has been the building up of technological structure that meets the needs of its users, but that is not available to everyone to due to the low buying power of the brasilian population.

To reduce this prople the government must invest in this segment if it intents that integrates into visrutral communi-ty, the low-earning population which lives below the pov-erty live. Another way should be that of private enterprise which uses this qualified labow to produce more and more whit quality, and low price besides benefitting from fiscal incentives offered by the government.

Public and private integration can activate this segment and everyone will gain. Only in this way will we build a new Brazil with a literate and integrted population.

Key-words:

Internet, strategy, development, social interaction, public and private teaching.

menta, as organizações estão cada vez mais flexíveis e ágeis no tratamento com os clientes. Este processo dá-se em função da integração entre a tecnologia da informação, o Comércio Eletrônico e os clientes virtualmente preparados para esse novo mercado, que tem crescido substancialmente nos últimos anos graças ao avanço tecnológico e à atualização das empresas globais preocupadas com esse novo segmento mercadológico. A Internet tornou-se uma arma poderosíssima na briga pela competitividade. Para ganhá-la, as empresas precisam estabelecer uma estratégia inovadora e, em seguida, buscar tecnologia para implantá-la, fazendo deste conjunto o recurso comercial mais importante neste início de século, que é o Comércio Eletrônico. O uso da

tecnologia da informação, aliado à estratégia organizacional, é de fundamental importância para que as empresas, qualquer que seja o seu porte, possam explorar esse novo mercado. A tecnologia faz com que a distância existente entre as empresas e o cliente se torne cada vez menor. Poucas empresas entenderam esta mensagem até agora. O grande desafio é desenvolver novos produtos com custos mais baixos, capazes de atender às necessidades mercadológicas em tempo hábil e às necessidades dos clientes virtuais. Esses mecanismos trouxeram ganhos para os negócios, a educação e a vida privada, mas os benefícios e, em particular, também os problemas ainda por vir estão além da imaginação de qualquer internauta que procure fazer do seu computador a ferramenta do século XXI.

1. ESTRATÉGIAS PARA INGRESSAR NO MUNDO VIRTUAL

A base para o desenvolvimento do comércio eletrônico B2C é bastante simples em termos de estágios no mercado.(Cunningham 2000:36):

- Crie uma comunidade de visitantes;
- Forneça informações relevantes sobre suas áreas de interesse;
- Apresente produtos ou vínculos com áreas de compras que dêem suporte a essas áreas de interesse;
- Permita que façam algumas comparações de preço e condições de entrega que permitam que o processo de venda evolua;
- Receba os pedidos e providencie o seu atendimento.

Neste caso, o autor abriu um espaço para negócios com clientes, ou seja, B2C. Alguns princípios que fazem parte de negócios especificamente com pessoas físicas: o primeiro passo é criar um site com características para internautas de plantão. De preferência, criar um banner com uma pesquisa que procure identificar gostos e preferências de clientes

internautas. Neste caso, ser autêntico é fundamental. A ética da empresa e a qualidade de seus produtos devem vir em primeiro lugar para passar a imagem de uma empresa com responsabilidade social. Divulgar seus produtos com preços e qualidade e procurar descobrir por meio de seus clientes como está a concorrência com relação aos seus produtos. Verificar se o cliente está numa área que a empresa possa atender em tempo hábil, de forma que o cliente fique encantado com seu produto. Procurar saber também se o cliente ficou satisfeito e se indicaria seus produtos a novos clientes, formando uma rede de conveniência. Com estes princípios, a empresa poderá se sair muito bem no comércio com clientes virtuais.

Embora grande parte de qualquer estratégia dependa de planejamento, recursos, suporte tecnológico e execução, a atitude é fundamental. Cultivar uma cultura do tipo "sim, eu sou capaz" sem intimidar a equipe e os gerentes é um exercício de equilíbrio. Uma nova iniciativa B2B pode ser comparada a uma fusão de empresas ou a uma aquisição. As aquisições bem sucedidas de empresas têm programas agressivos de integração cultural e de sistemas, muitos dos quais contam com o sucesso da integração em três ou quatro meses. Uma vez passados de noventa dias, torna-se difícil conseguir um impacto na nova organização. Executar o tipo de mudança que é necessária hoje na Internet frequentemente requer engolir em seco, afirma Cunningham (2000:154).

Desenvolver e dar suporte a uma carteira de clientes na Internet requer pensar de uma maneira nova, multidimensional. Da atração de um cliente em potencial para o site à realização de uma venda, e, então, ao oferecimento de suporte ao cliente, todas estas etapas podem acontecer em um período muito curto. Isto é exatamente o que deixa agitadas as empresas que proporcionam bolsas de ofertas B2B.

À medida que os novos fluxos de trabalho são desenvolvidos para dar suporte à estratégia de entrada no mercado, uma análise detalhada do que eles são e de como serão implementa- ▶

Karman

arquitetura de hospitais

arquitetura
Jarbas Karman
Domingos Fiorentini

50 anos de experiência
450 hospitais projetados

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

dos precisa ser preparada.

Uma boa estratégia B2B fará o melhor possível para reduzir e eliminar práticas de trabalho desnecessárias. Só porque algo está funcionando bem não significa que não seja um candidato à mudança. Cada aspecto do negócio que possa ser melhorado deve ser revisto.

Ainda é um mercado restrito as empresas tendo em vista que é muito mais fácil integrar sistemas de grandes grupos principalmente com fornecedores no intuito de facilitar as consultas de melhores ofertas entre as empresas.

Mas, o que se discute atualmente é o que fazer com o público que ainda não tem acesso a tecnologia de última geração e que não possui renda suficiente para adquirir um computador. Neste caso, o estado deve investir em tecnologia que possa ser disponibilizada ao público através de centros de treinamento ou nas escolas públicas municipais/estaduais. Essa mudança cultural deve ser feita gradativamente tendo em vista que essas mudanças só serão conquistadas no longo prazo.

2. QUEM ACESSA A INTERNET NO BRASIL

A internet surgiu no Brasil por volta de 1995 implantada a princípio pelos grandes bancos brasileiros. Posteriormente, as empresas começaram a implantar um sistema que facilitasse a integração de fornecedores e clientes.

PERFIL DO CONSUMIDOR NA REDE

47%	São mulheres
38%	Têm renda entre R\$ 3.601 e R\$ 9 mil
61%	Compraram alguma vez na Web
50%	Têm 30 anos ou mais
78%	Acessam uma ou mais vezes ao dia a Web
37%	Já têm o hábito de comprar na Web
68%	São economicamente ativos
51%	Acessam homebanking
4%	Apontaram a publicidade virtual como fator de escolha da loja
53%	Apontaram o preço como principal fator de escolha da loja virtual

Fonte: Ibope e-Survey. CHIARA, M., Pesquisa mostra quem é o usuário da Internet. O Estado de São Paulo, Caderno de Economia, p.87, 10/07/2001.

Essa pesquisa também apurou que o comportamento do consumidor de alto poder aquisitivo é semelhante ao comportamento do consumidor comum. Dos pesquisados, 53% declararam que o preço é o principal fator de escolha de uma loja virtual. Depois do preço, atendimento ao consumidor, com 4%, figura como o segundo fator mais importante de incentivo às compras na Web. Outros 44% declararam que o prazo de entrega é primordial e 43% salientaram que a agilidade no atendimento é fundamental.

Uma outra pesquisa efetuada pela empresa de pesquisa e marketing on-line e-bit constatou as seguintes características:

NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS CONSUMIDORES ON-LINE

Pós-graduação	19%
Superior completo	37%
Superior incompleto	23%
Colegial	14%
Ginásio	2%
Não responderam a pesquisa	5%

Fonte: Ibope e-Survey. CHIARA, M., Pesquisa mostra quem é o usuário da Internet. O Estado de São Paulo, Caderno de Economia, p.87, 10/07/2001.

Essa pesquisa vem confirmar o que muitos praticamente já sabiam. Confirma que do público pesquisado 79% faz parte de um grupo seleto considerado classe média, ou seja, são universitários e possuem um poder aquisitivo capaz de efetuar compras virtuais e são freqüentadores assíduos da internet.

FAIXA ETÁRIA DOS CONSUMIDORES ON-LINE

Até 17 anos	1%
Entre 18 e 24 anos	14%
Entre 25 e 34 anos	35%
Entre 35 a 49 anos	38%
Entre 50 e 64 anos	9%
Mais de 64 anos	1%
Não responderam a pesquisa	2%

Fonte: Ibope e-Survey. CHIARA, M., Pesquisa mostra quem é o usuário da Internet. O Estado de São Paulo, Caderno de Economia, p.87, 10/07/2001.

Outras informações coletadas pela pesquisa são as que demonstram que o público comprador da internet tem entre 25 e 64 anos. Isso vem confirmar mais uma vez que os consumidores virtuais são pessoas economicamente ativas e estão integrados a comunidade virtual.

3. É A INTERNET É UMA FERRAMENTA SEGURA?

PRINCIPAIS AMEAÇAS ÀS INFORMAÇÕES DAS EMPRESAS

Funcionários insatisfeitos	53%
Acessos a sistemas confidenciais	45%
Vírus	42%
Divulgação de informações confidenciais	39%
Ataques de hackers	36%
Divulgação de senhas	30%
Falhas na segurança	27%
Espionagem industrial	18%

Fonte: METRICA, Trancou a Porta. Exame Negócios, 11.ed., Ano 2, n. 8, p.62, ago.2001.

O quadro "Onde mora o Perigo", divulgado pela revista Exame Negócios, mostra que não devemos confiar nossos dados e informações nem mesmo a funcionários da própria organização. Estes funcionários podem estar de passagem pela organização, podem estar desmotivados

e dependendo do assunto e do montante, podem transmitir informações a outros que façam parte de quadrilhas organizadas para esse objetivo.

O risco com hackers aparece na pesquisa em quinto lugar. Isto comprova que o risco maior não está no ambiente externo mas dentro da própria organização, que aparece na pesquisa nos quatro itens anteriores.

COMO OS INVASORES ATACARAM A EMPRESA (EM %)

Sistemas internos	23%
Outros	3%
Invasão física	8%
Acesso remoto	9%
Internet	57%

Fonte: METRICA, Trancou a Porta. Exame Negócios, 11.ed., Ano 2, n. 8, p.63, ago.2001.

Mesmo que a pesquisa tenha diagnosticado que 71% das empresas não sabem se já tiveram suas informações clonadas ou já tiveram, 57% dessas invasões se dá pela Internet. Isto demonstra que o risco maior de quebra de regras de segurança é proporcionado por funcionários de organizações que trabalham com arquivos disponíveis para a intranet/Internet.

4. A INTERAÇÃO SOCIAL: PÚBLICO E PRIVADO

O primeiro passo para que o Brasil se integre ao mundo digital é ter uma infra-estrutura física básica. Essa plataforma de telecomunicações e transmissão de dados precisa ser, num país com dimensão do Brasil, abrangente na sua extensão e plural na sua complexidade tecnológica. Só assim ela pode chegar a todos os brasileiros, mesmo aos que vivem nas regiões mais afastadas e fora do eixo principal das atividades econômicas. É evidente que as tecnologias mais avançadas tendem a ser usadas apenas nas regiões mais desenvolvidas e que apresentem densidades mais expressivas de utilização da plataforma física. Se isso ocorresse em um país profundamente dividido entre ricos e pobres, os mais ricos se tornariam ainda mais ricos e os mais pobres cada vez pobres.

Para que o governo diminua a distância entre o rico e o pobre é preciso distribuir melhor a renda fazendo com que as empresas invistam mais em treinamento e desenvolvimento dos menos favorecidos através de núcleos de desenvolvimento educacional e voluntariado. As empresas seriam beneficiadas pois além de lançarem como despesas o investimento feito nesse segmento, estariam contratando as pessoas treinadas na própria comunidade.

No campo social, os maiores desafios dos próximos governos dizem respeito à adaptação das políticas públicas em resposta às questões co- ▶



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

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

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

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

DURON®PUtintas poliuretânicas para pisos, móveis e equipamentos.

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

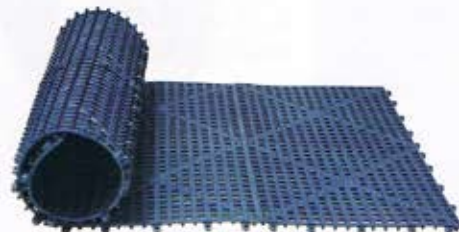
fone 11 4126-7377

www.tintasancora.com.br



PISO PARA ÁREAS ÚMIDAS

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



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

locadas por uma comunidade integrada a diretrizes para a homogeneização da sociedade brasileira. Nessa área, não podemos contar com as forças propulsoras do mercado, como ocorre com o setor privado. Para que não aconteça a divisão da sociedade entre os que vivem no mundo digital e os que pouco sabem sobre a internet, o governo deve agir com vigor no sentido que todos os brasileiros participem dos benefícios e tenham direitos iguais ao acesso às tecnologias de última geração.

Nesse caso, o caminho crítico e estratégico para o governo é através da educação e do treinamento profissional. Para aqueles que estão fora do mercado de trabalho por razões de instrução em tecnologias, esse será o caminho mais apropriado para o desenvolvimento do ser humano e a integração a sociedade moderna e ao mundo digital. O sistema de educação pública já atinge praticamente a totalidade no Brasil. Mas, com relação ao aprendizado da informática e sua utilização no mundo moderno há uma deficiência muito grande. O governo ainda não conseguiu estruturar o setor educacional de tal forma que possa atender principalmente esse público específico. Seus maiores problemas estão ligados ao treinamento de professores e orientadores na área de informática, além de convencer a sociedade local de que o computador e sua rede é a melhor ferramenta para integrar a sociedade local ao mundo moderno. Quando a escola demonstra boa vontade e o seu pessoal está devida-

mente treinado para desenvolver essas atividades, o aluno permanece por mais tempo na escola por motivação e curiosidade com relação ao que se ensina.

CONCLUSÃO

O objetivo desse artigo é de esclarecer o quanto a população de baixa renda sofre com a exclusão digital. Quando discorremos sobre a interação social através do uso da tecnologia da informação, precisamos tomar o cuidado para não criarmos dois grupos distintos: os internautas privados, ou seja, os privilegiados que de acordo com a pesquisa comentado no item dois são de alto poder aquisitivo e outros que vivem abaixo da linha da pobreza e que só conhece a internet através de algumas escolas públicas que já estão funcionando, ou através de promoções disponíveis em shopping centers.

Para solucionarmos essa distância entre o público e o privado é preciso que haja tanto do lado do governo quanto da iniciativa privada uma maior integração. Juntos deverão criar plataformas de trabalho para ativar essa população excluída da sociedade por falta de planejamento governamental e mesmo por falta de iniciativa do setor privado esperando que o governo prepare o profissional do futuro e lance ao setor privado para deixá-lo mais produtivo e mais rico. ■

Bibliografia Consultada

- ALBERTIN, A. L. Comércio Eletrônico: modelo, aspectos e contribuições de sua aplicação. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001.
 BIO, S.R. Sistemas de informação: Um Enfoque Gerencial. São Paulo: Atlas, 1985.
 CASTELLS, M. A Sociedade em Rede. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
 CUNNINGHAM, M.J. Business-to-Business: Como implementar estratégias de E-commerce entre empresas. Tradução de Carlos Augusto Caldas de Moraes. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
 DIAS, D.S. O Sistema de Informação e a Empresa. Rio de Janeiro: LTC, 1985.
 GATES, B. A Empresa na Velocidade do Pensamento: Com Um Sistema Nervoso Digital. Tradução Pedro Maia Soares, Gabriel Tranjan Neto. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

- GIL, A.L. Segurança em Informática. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1998.
 LEVINE, John, et alii. Internet. Tradução Daniel Vieira. 5.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.
 NOBREGA, C. Supermentes: Do Big Bang à Era Digital. São Paulo: Negócio, 2001.
 OHMAE, K. O Continente Invisível: Quatro Estratégias Para Aluar na Era das Empresas Sem Fronteiras. Rio de Janeiro: Campus, 2001.
 STERNE, J. Serviço ao Cliente na Internet: Construindo Relacionamentos, Aumentando a Fidelidade, e Permanecendo Competitivo. Tradução Rosa Maria de Moura. São Paulo: Makron Books, 2001.
 TORRES, G.; COZERA, A. Alavancando Negócios na Internet. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2000.
 VASCONCELLOS, M.J.A. Pânico na Internet. São Paulo: Chantál, 1994.

Revistas Especializadas

- ALBERTIN, A. L. O Comércio Eletrônico Evolui e Consolida-se no Mercado Brasileiro. Revista de Administração de Empresas. EAESP/FGV, v. 40, n. 4, pp. 94-102, out/dz.2000.
 Modelo de Comercio Eletrônico e um estudo no Setor Bancário. Revista de Administração de Empresas. EAESP/FGV, v.39, n. 1, pp. 64-76, jan/mar.1999.
 BOTTONI, F. Só 4% das empresas nacionais fazem e-commerce. Info exame, ed. 182, mai.2001.
 GUIMARÃES, C.A. Empresa Sem Fronteiras. Exame Negócios, n 6, jun.2001.

- GUROVITZ, H. Bill Gates: Como Virei o Jogo. Exame Negócios, n 7, jul.2001.
 HERSON, R. A onda das Tecnologias da Informação e comunicações. Exame, ed. 739, p.36, mai.2001.
 KOERNER, B.T. Revolucionário Por Acaso. Exame Negócios, n 5, mai.2001.
 METRICA. Trancou a Porta. Exame Negócios: 11.ed., Ano 2, n. 8, p.62, ago.2001.
 VIEIRA, E. Comércio Eletrônico/bancos virtuais. Info exame, ed. 177, dez.2000.

Dissertação

- OLIVEIRA, V.B. Comércio Eletrônico: Um estudo de caso envolvendo as Instituições financeiras e as operações de compra e venda de ações via Internet – Mestrado em Administração em serviços. São Paulo: Unibero, 2002.



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

PRÓ SAÚDE ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

Rua Diogo Cabrera, 94B Imirim - São Paulo - SP 02467-060

PABX (11) 6238-5566 - prosaude@prosaude.org.br

www.prosaude.org.br



Hospital de Câncer de Barretos
Fundação Pio XII

Prevenção...

Atitude que salva



Prevenção
HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS



“Atendimento Humanizado e Tecnologia a Serviço da Prevenção de Câncer”

VISTA INTERNA



ATENDIMENTOS PREVENÇÃO



Desde a primeira Unidade Móvel em 2002 até 2006 o Departamento de Prevenção da Fundação Pio XII efetuou mais de **110.000** atendimentos entre Pele, Próstata, Colo Uterino e Mamografia em mais de **200 cidades** de **7 estados**, conta com 3 Unidades Móveis.

Em breve uma 4ª Unidade Móvel de Prevenção com mamógrafo em parceria com a cantora Ivete Sangalo estará realizando exames preventivos para a população carente da Bahia.



Unidade Móvel 4
Ivete Sangalo

Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência da Área Metropolitana de Belém



Arq. José Freire

PROJETO:

José Freire, Paulo Lima e Jorge Derenji da DPJ Arquitetos Associados.

O Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HUME) da área Metropolitana de Belém, localizado no Km 3 da Rodovia BR-316, município de Ananindeua, foi inaugurado em 17 de março de 2006 e atende a população de 26 municípios no entorno de Belém, com área de 17.772 m².

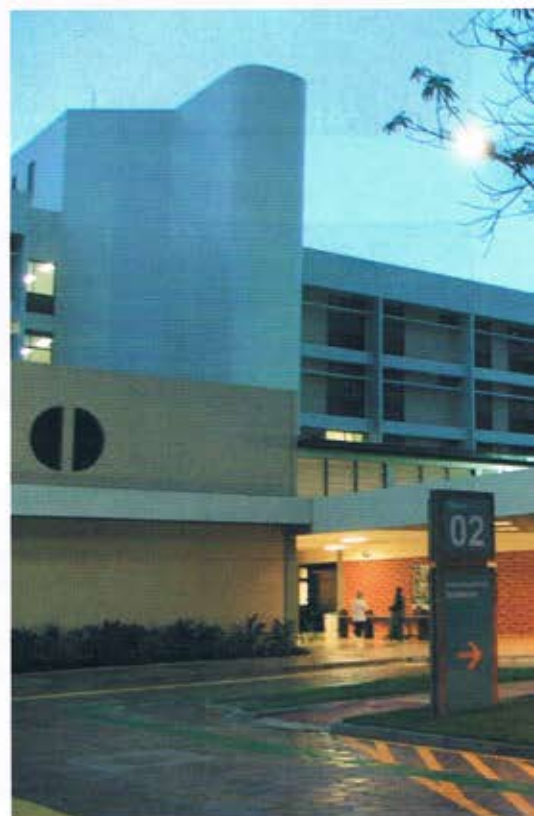
Com 168 leitos, equipamentos sofisticados e uma equipe especializada para atender casos de urgência e emergência de média e alta complexidade, o hospital faz atendimento inteiramente gratuito. É um hospital público de

referência do Governo do Estado do Pará, que atende pacientes de urgência e emergência encaminhados por outros hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado.

O HMUE é o maior hospital da região projetado para atender casos de urgência e emergência de média e alta complexidade, sendo também o primeiro a ter um Centro para Queimados (com banco de peles) e uma Clínica de Medicina Hiperbárica – recursos que reduzem o tempo de tratamento de vítimas de queimaduras e daquelas com riscos de amputação.



Vista aérea



O centro de Apoio Clínico, através de uma central de telemedicina, será interligado aos cinco Hospitais Regionais (Altamira, Santarém, Breves, Marabá e Redenção) em construção, tendo uma sofisticada unidade de exames, equipada com recursos de última geração para radiografia, tomografia, ressonância magnética, ultra-sonografia e hemodinâmica. Este Centro libera imagens e informações para as demais unidades do hospital por meio de uma rede de

HMUE EM NÚMEROS:

Investimentos:	R\$ 60.178.657,26
Número de leitos:	168
Área construída:	17.772,08m ²
Número de pavimentos:	5
Número de leitos p/ UTI:	20
Número de salas p/ cirurgias:	9
Meta de atendimentos de urgência e emergência:	146 mil por ano
Meta de internações:	10,7 mil por ano
Número de empregados na unidade:	827
Custeio mensal:	R\$ 13,1 milhões
Área de abrangência:	26 municípios*

*das regiões metropolitanas de Belém e Nordeste Paraense



Vista acessos Queimados e Emergência



Jardim interno

Entrada principal

computadores, recebendo também imagens dos Hospitais Regionais para análise e diagnósticos.

Com uma invejável infra-estrutura, o HMUE, onde atualmente trabalham 827 funcionários, é referência em residência médica para os cursos da área de saúde da Região, contribuindo para a qualificação da mão-de-obra especializada.

O prédio do hospital é um sofisticado conjunto arquitetônico com um bloco central

com cinco andares para enfermarias e outras utilidades da administração, um conjunto de blocos horizontais que abriga as demais atividades médicas e operacionais (Emergência, Queimados, Centro Cirúrgico, UTIs, Apoio Diagnóstico e Apoio Técnico Logístico). O Centro de Queimados, destaca-se no complexo funcionando como um hospital especializado independente com UTI, Centro Cirúrgico e Internação próprios.

As instalações incorporam conceitos contemporâneos de arquitetura hospitalar, nas quais foram adotados recursos construtivos que permitem a utilização da luz natural, solução que contribui para a redução do consumo de energia elétrica.

Os jardins e os amplos espaços para acolhimento, triagem de pacientes e recepção de visitantes, obedecem aos conceitos de humanização de ambientes hospitalares ■

O poder de uma idéia para obter resultados



PROF. EDUARDO MARTINHO

Assessor Técnico – PRÓ-SAÚDE - Administrador de Empresas pela Universidade São Judas Tadeu - Pós-graduado em Administração Hospitalar e em Saúde Pública, pela Universidade de Ribeirão Preto - Unaerp. - MBA em Liderança e Gestão Empresarial e Mestre em Liderança pela Universidade de Santo Amaro - UNISA. Professor dos cursos de Pós-Graduação da Faculdade de Administração - IPH

Resumo

O Poder da idéia para obter resultados exige uma organização disposta ao aprendizado constante no sentido que a mesma sobreviva em um mercado cada vez mais competitivo e globalizado e sem fronteiras.

É difícil prever quais produtos e processos que o futuro irá desejar. Mas é possível decidir qual idéia se deseja tornar uma realidade no futuro e construir um negócio diferente sobre ela. Não é necessário ser uma grande idéia; mas ela deve diferir da norma de hoje.

Jack Welch, diz que alguém, em algum lugar sempre tem uma "idéia melhor": "Acordamos todos os dias com receio que alguém nos supere e tenha uma idéia melhor". Em uma organização que aprende, os funcionários são encorajados a recolher idéias vindas de qualquer lugar. O ideal para o aprendizado é uma empresa sem fronteiras, sem lutas territoriais e sem autocracia. Quanto mais pessoas envolvidas, mais idéias; e mais idéias significam mais inteligência para a empresa. "Deve-se dar boas-vindas às novas idéias, divulgando-as e colocando-as on-line"

A idéia precisa ser empreendedora, uma idéia com potencial e capacidade para a produção de riqueza, expressa em um negócio que funcione e produza é efetivada através de ações e comportamento de negócios. Ela surge da pergunta: "Que grande mudança em economia, mercado ou conhecimento nos capacita a conduzir a empresa da maneira que realmente desejamos para obter

os melhores resultados econômicos?"

Toda empresa deve ter uma idéia do seu negócio, e a contribuição específica pela qual espera ser paga. Deve existir uma idéia que determina como os responsáveis pelas decisões vêem o negócio, que curso de ação estão dispostos a seguir e quais ações parecem estranhas ou inaceitáveis.

Os recursos que devem ser investidos para fazer o futuro acontecer não precisam necessariamente ser vultosos, mas devem ser os melhores. Caso contrário, nada acontece.

Entretanto, a maior falha do executivo é não saber avaliar validade e praticidade. Uma idéia precisa passar por testes rigorosos para ser capaz de fazer o futuro de um negócio. Ela precisa ter validade operacional. Podemos agir em função desta idéia? Ou só podemos falar a seu respeito?

Uma oportunidade contrária à idéia do negócio pode, mesmo assim, ser a oportunidade correta. A incongruência entre a idéia do negócio e uma grande oportunidade pode ser a primeira indicação de que é necessária uma redefinição da idéia. Caso contrário, as oportunidades que desviam o negócio implicam em um risco que ninguém está disposto a correr: aquele de ser incapaz de explorar o sucesso.

Para se atingir o sucesso, há basicamen-

te quatro tipos de riscos:

- O que é necessário assumir, que está embutido na natureza do negócio;
- O que se pode correr;
- O que não se pode correr;
- O que não se pode deixar de correr.

Em quase todas as atividades há riscos que é preciso aceitar para permanecer no negócio. Com freqüência são riscos que em qualquer outro negócio seriam considerados inaceitáveis.

No desenvolvimento de novos medicamentos, como antibióticos, tranqüilizantes ou vacinas, sempre existe o risco de levar para o mercado um assassino ao invés de uma cura. A tragédia da Talidomida de 1960 a 1962, com suas terríveis conseqüências de crianças malformadas, é um exemplo.

O lançamento de um remédio deste tipo é uma catástrofe para o fabricante, pois provoca profunda angústia e fere seu respeito e autoconfiança. Os laboratórios farmacêuticos precisam acreditar em sua missão de ajudar a curar ou no mínimo aliviar, para que consigam ter sucesso. No entanto, este risco precisa ser assumido para se permanecer na indústria farmacêutica de hoje.

Para que um executivo possa pensar em cuidar do futuro, ele precisa resolver os desafios de hoje em menos tempo e com maior

impacto e permanência. Para isso, necessita de uma abordagem sistêmica ao trabalho de hoje, que produza resultados econômicos.

Há três dimensões diferentes para a tarefa econômica:

- A empresa precisa ser eficaz;
- Seu potencial tem que ser identificado e colocado em prática;
- Ela precisa ser transformada numa empresa diferente para um futuro diferente.

Portanto é de fundamental importância decisões tomadas para as ações, observando-se os seguintes pontos:

- Os resultados estão fora da empresa;
- Os recursos e resultados são obtidos pela exploração de oportunidades, não pela solução de problemas;
- Os resultados econômicos são conquistados por liderança, cuja posição é transitória e provavelmente de vida curta;
- Concentração é a chave do negócio.

A análise da empresa, deve responder as seguintes perguntas: Como estamos indo? Estamos fazendo as coisas certas? Qual é nosso negócio e qual deveria ser? Estas perguntas, precisam de uma análise de fora para dentro, sob o ponto de vista do cliente.

O cliente não é necessariamente quem paga, mas sim quem determina a decisão de comprar.

O cliente da indústria farmacêutica costumava ser o farmacêutico, que preparava medicamentos de acordo com a prescrição médica. Hoje, a decisão determinante da compra para medicamentos éticos está claramente com o médico. Sempre que um fabricante tentar impor aquilo que considera racional, é possível que ele perca esse cliente.

A típica preferência dos médicos por um medicamento com marca sobre um genérico é bastante racional. A farmacologia e a bioquímica moderna estão muito além

da maioria dos médicos. Como combinar vários medicamentos modernos numa prescrição é complexo para ser aprendido por um médico ocupado. O fato de o médico não se importar muito com o custo dos remédios também é racional, porém faz que o paciente pague mais do que era cobrado pelos mesmos compostos genéricos sob seus nomes científicos.

Cabe a empresa descobrir por que o cliente se comporta de maneira aparentemente irracional e também adaptar-se a racionalidade dele, ou procurar mudá-la, mas antes ele precisa entendê-la e respeitá-la.

A empresa é uma organização humana, que depende da qualidade do seu pessoal. O trabalho pode até ser feito por máquinas automatizadas, mas o conhecimento é um recurso especificamente humano. Ele não é encontrado em livros. Estes contêm informações, ao passo que conhecimento é a capacidade para aplicar informações a um trabalho e tarefas específicas. As idéias são inerentes ao ser humano.

Embutir desempenho econômico na organização humana é difícil, mas fundamental, visto que os resultados econômicos não são produzidos por forças econômicas, e sim uma realização humana.

Também em seu próprio interesse o trabalhador do conhecimento necessita do compromisso com a contribuição, a concentração e o espírito empreendedor. Ele precisa tornar sua vida e seu trabalho significativos e satisfatórios. O trabalhador do conhecimento, em que tanta educação dispendiosa foi investida, deve ser muito exigido em termos de esforço e desempenho. Mas ele também deve exigir satisfação e estímulo para contribuir com idéias que tragam resultado, e a recompensa da realização é o prazer único que o homem tira de trazer ordem ao caos ■

Bibliografia Consultada

DRUCKER, Peter Ferdinand. Administrando para obter resultados. São Paulo: Pioneira, 1969.
WELCH, Jack. Jack Welch de A a Z. São Paulo: Campus, 2002.

IBRAM

Soluções em Móveis para
Laboratórios

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



Veja o descritivo técnico completo em nosso site.

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



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

PABX: (11) 6162-8445

e-mail: ibram@ibram.com.br

www.ibram.com.br

O Hospital, O Ebitida e O Termômetro



ARTHUR CORRÊA DE MELLO NETTO

Economista e Contador - Pós Graduação em Programação Orçamentária - FGV - Prof. do IPH - Contabilidade, Custos e Financeira - Curso de Pós Graduação - Administração de Empresas - Prof. da FECAP - Planej. e Orçamento Público - Curso de Pós Graduação - Administração Pública - Consultor Financeiro da FUNDAP - Diretor Financeiro da Secretaria da Fazenda de 1980 à 2006 - Presidente da ABOP - Associação Brasileira de Orçamento Público - Regional São Paulo.

Para se auferir a saúde (financeira) de um hospital existem, no mercado dos Analistas Financeiros, uma série de instrumentos que permitem verificar o estágio em que se encontram as finanças, que representam, como um sistema sanguíneo de seus pacientes, a resistência e tempo de vida útil da unidade hospitalar.

Estes indicadores chamados de Solvência, Imobilização de Recursos, Grau de Endividamento e Retorno de Capital entre outros acham-se solidificados no disputado círculo de Consultores Financeiros. Porém no decurso do tempo surgem inovações para análise, que visam acompanhar a evolução e tendência da economia, quase sempre com uma denominação inicial complicada oriunda de países de economia próspera e moeda forte. São imediatamente assimilados neste conjunto de indicadores, tornando-se neste período inicial ícones no palavreado dos consultores de maior renome no contexto financeiro atual.

Surge neste período a sigla EBITIDA que embora já venha sendo utilizado no mercado norte americano desde a época da década de 70.

Entre nós a ferramenta que mais se assemelha a este tipo de análise e o LAJIDA (lucro antes dos juros impostos depreciação e amortização) que acaba sendo a tradução da sigla em inglês da EBITIDA (EARNING BE-

FORE INTEREST TAXES DEPRECIATION AND AMORTIZATION).

Esclarecida a denominação da palavra EBITIDA com a devida vênia aos consultores que podem julgar desnecessária esta minha informação e ainda mencionando a metodologia idêntica do LAJIDA, passamos a fazer breves comentários de sua utilidade:

1 - Eliminando os efeitos de financiamentos e decisões contábeis pode fornecer uma visão de produtividade e eficiência (financeiras) das empresas.

2 - Permite fornecer uma visão na análise de lucratividade da empresa

3 - Nas indústrias do setor siderúrgicos e similares permite uma análise de lucratividade visto eliminar o choque de financiamentos de grandes valores de capital.

4 - Convém esclarecer que o EBITIDA representa apenas mais um instrumento de análise financeira que sozinho não define a situação econômica financeira de uma entidade hospitalar, visto que é preciso conhecer todo o cenário de informações e envolver toda a gama de indicadores de análise financeira.

5 - O TERMÔMETRO

Dada a sua similaridade de linguagem econômica financeira com a metodologia de se apurar imediatamente a situação de temperatura corporal dos pacientes foi que nos motivou a apresentar este modelo criado pelo

ilustre professor Stephen G. Kanitz, que permite verificar a situação de solvência em que se encontra a entidade hospitalar, consultando-se o termômetro em função de um conjunto de quocientes econômicos financeiros.

O modelo sob aspecto técnico financeiro tem opiniões diversificadas com defensores de sua utilidade e críticos que divergem de sua metodologia.

Reforçando o fato de o modelo ser interessante quanto ao seu aspecto ligado à área hospitalar, retratamos abaixo sua metodologia, deixando ao leitor, se for analista ou consultor financeiro utilizá-lo ou não.

TERMÔMETRO DA INSOLVÊNCIA

O referido professor utilizou os seguintes quocientes:

- Rentabilidade do Patrimônio Líquido X 0,05
- Quociente de Liquidez Geral X 1,65
- Quociente de Liquidez Seca X 3,55
- Quociente de Liquidez Corrente X 1,06
- Quociente de Capital de Terceiros X 0,33

Na página seguinte transcrito verifica-se como utilizar estes resultados, ressaltando-se que o fiel da balança está centrado no quociente de liquidez seca, e que normalmente é o quociente mais importante na análise de autorização de financiamento ■

X =	$\frac{\text{LUCRO LÍQUIDO}}{\text{PATRIMÔNIO LÍQUIDO}}$	=	<input type="text"/>	X 0,05	<input type="text"/>	(1)
X =	$\frac{\text{ATIVO CIRC. + REALIZÁVEL A L. P.}}{\text{EXIGÍVEL CURTO + EXIGÍVEL LONGO}}$	=	<input type="text"/>	X 1,65	<input type="text"/>	(2)
X =	$\frac{\text{ATIVO CIRCULANTE - ESTOQUE}}{\text{EXIGÍVEL CURTO PRAZO}}$	=	<input type="text"/>	X 3,55	<input type="text"/>	(3)
X =	$\frac{\text{ATIVO CIRCULANTE}}{\text{EXIGÍVEL CURTO PRAZO}}$	=	<input type="text"/>	X 1,06	<input type="text"/>	(4)
X =	$\frac{\text{EXIGÍVEL C. P. + EXIGÍVEL L. P.}}{\text{PATRIMÔNIO LÍQUIDO}}$	=	<input type="text"/>	X 0,33	<input type="text"/>	(5)
FATOR DE INSOLVÊNCIA				=	<input type="text"/>	
(1) + (2) - (3) - (4) - (5)					<input type="text"/>	

Referência: Como Prever Falências - Editora MC GRAW-HILL - SP - Autor Stephen Kanitz



Sistema de proteção para paredes, portas e cantos.



Sistema de cortinas divisórias



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



Solicite também catálogos de:
**C/S Thinline -Acabamentos para juntas de dilatação,
 Acabamento para Cerâmicas, Pisos e Azulejos
 Sistemas de Tapetes Para Entradas.**

CONTE COMIGO: um instrumento de gestão para atendimento ao cidadão



MÔNICA LIMA CARVALHO

Fonoaudióloga com especialização em Promoção em Saúde Pública- FSP - USP - Diretor Técnico de Divisão da Coordenadoria de Serviços de Saúde-CSS da SES-SP.



MARIA REGINA MIRANDA GRUBBA

Assistente Social da CSS-SES-SP com aperfeiçoamento em Serviço Social pela PUC-SP - docente da Graduação em Administração de Empresas e Administração Hospitalar do IPH - Mestranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós Graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da SES-SP.



ROSANA CARBONE MARQUES

Médica Pediatra da SES-SP com especialização em nefrologia pela Santa Casa de São Paulo

INTRODUÇÃO

Oportunidade Percebida

Desde o ano de 2003, a Secretaria de Saúde de São Paulo, através, à época, de sua Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo, hoje Coordenadoria de Serviços de Saúde – CSS, vem desenvolvendo um projeto de Modernização dos Hospitais de Administração Direta, visando proporcionar serviços com qualidade aos usuários. Os primeiros hospitais a serem objeto do Projeto de Modernização, como hospitais piloto foram: Hospital Brigadeiro, Centro de Referência de Saúde da Mulher, Hospital Infantil Darcy Vargas, Conjunto Hospitalar do Mandaqui, Hospital Geral de Vila Penteado, Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros e o Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

Em função deste projeto, e visando de-

envolver um sistema de forças que permitisse a mudança de cultura dessas instituições hospitalares, a Coordenadoria buscou identificar qual a melhor oportunidade que teria para desenvolver este sistema de forças que induzisse às mudanças necessárias.

MÉTODO

Solução Adotada

Após análise da situação em cada um dos sete hospitais participantes deste Projeto de Modernização, concluiu-se que a força que maior efeito traria para uma mudança cultural deveria ser de caráter externo ao hospital, já que, com isto, estaria imune a pressões de ordem corporativa e cultural - aqui colocado no sentido de cultura institucional. Assim sendo, optou-se pela implantação de um sistema de atendimento ao cidadão – denominado

“Conte Comigo” – e que tem como objetivo a introdução de uma cunha de modernidade nas instituições por meio da participação do usuário na gestão. Assim, o Conte Comigo, além de sua função de apoio ao cidadão, no atendimento às suas necessidades dentro de cada Hospital, tornou-se um serviço de assessoramento às Altas Administrações, promovendo mudanças na cultura de seus diferentes setores.

Cabe destacar que cada Conte Comigo possui uma sala, em lugar visível, sinalizada e acessível ao paciente para que lhe seja dado um atendimento personalizado sempre que necessário. Existem também caixas de coleta de sugestões com os impressos de avaliação em satisfação colocados ao lado para o caso do paciente, ou acompanhante, não desejar ser atendido pessoalmente. De qualquer ma-

neira, no impresso de avaliação em satisfação existe um campo onde se informa ao cidadão que ele poderá se identificar, caso queira saber os resultados de sua avaliação, crítica ou reclamação. O compilamento dos dados obtidos pela avaliação de satisfação gera um Relatório Mensal de Informação Hospitalar do Conte Comigo – RMIH, e este é encaminhado pelos hospitais à CSS, para análise de dados.

Quando uma reclamação não pode ser resolvida diretamente pelo Conte Comigo ela é enviada à chefia da área responsável pelo setor ou processo ou funcionário objeto da reclamação, com um prazo máximo de cinco dias para resposta efetiva e resolutive do questionamento levantado pelo cidadão reclamante.

O projeto, tal como foi desenvolvido, preocupou-se com a formação do pessoal técnico da Coordenadoria de Serviços de Saúde - CSS e, através de seminários, palestras e do próprio

Fórum do Conte Comigo, vem proporcionando esta mesma formação aos servidores dos hospitais que já participam do projeto. Tal preocupação se deve ao fato de ter pretendido a CSS implantar nos outros Hospitais da Região Metropolitana e, com a reestruturação da Secretaria Estadual de Saúde, ocorrida em 2005, também nos Hospitais do Interior do Estado este mesmo programa. Para tal, conta com a formação já propiciada, e cada um dos sete hospitais está respondendo pela capacitação de pelo menos mais quatro ou cinco hospitais dos 35 (trinta e cinco) que não fizeram parte do projeto piloto de modernização hospitalar. Hoje o Conte Comigo já está implantado em mais 30 (trinta) Unidades de Saúde, sendo 18 (dezoito) na Região Metropolitana da Grande São Paulo e 12 (doze) no Interior do Estado, totalizando 37 Unidades.

Vertentes do Programa

Com esta visão ampliada de um serviço

de atendimento ao cidadão, o trabalho passou a ser desenvolvido por funcionários dos hospitais, que passaram a ser servidores do Conte Comigo, direcionando-se para três grandes grupos de atividades vinculados ao atendimento ao cidadão.

a) Ouvir, orientar e atender ao cidadão

A primeira é a de atender ao cidadão buscando solucionar possíveis problemas que encontre no tocante aos serviços que demanda. Reorientá-lo, ouvir suas reclamações, buscar soluções, quando em situação de dificuldades, com respeito a si próprio ou a familiares, buscando apoiá-lo, em um ambiente onde as pessoas já se encontram fragilizadas e se sentem, na maioria das vezes, desamparadas.

b) Dar apoio ao cliente interno

A segunda é a referente a fornecer informações para o cliente interno no que respeita à qualidade dos seus serviços. Através deste atendimento, temos como avaliar a diferença ▶

Tradição e variedade em ferragens, fechaduras e peças especiais.



Fechadura Hospitalar



Dobradiças Palmelas em aço inox



Dobradiças com mola



Chapa



Batente



Pivô Aço Inox para portas



Suportes

Parafusos

Tubos

Cantoneiras



Alço apoio
Latão e
Aço Inox

Barra de antipânico

Fazemos
RETROFIT
em Hospitais

que existe entre a qualidade técnica objetivada e a realmente percebida pelo cidadão e buscar que estas duas facetas da qualidade se aproximem. Uma outra forma de apoio ao cliente interno está na possibilidade de também ele apresentar suas reclamações, queixas, sugestões e elogios aos diferentes setores da instituição. Uma postura importante, com relação a esta forma de apoio ao cliente interno, é que todas as queixas, reclamações, sugestões, etc., devem ser vistas como fator de melhoria da qualidade dos processos, tanto da área meio, como da área fim.

c) Instrumento para a Qualidade

Cabe ressaltar que ao implantar o Conte Comigo, a Secretaria de Saúde não se propôs a implantar balcões, salas ou simplesmente serviços burocráticos. Na verdade, a intenção, concretizada, foi a de implantar uma filosofia de gestão onde a qualidade do atendimento ao cidadão é o marco de todas as ações.

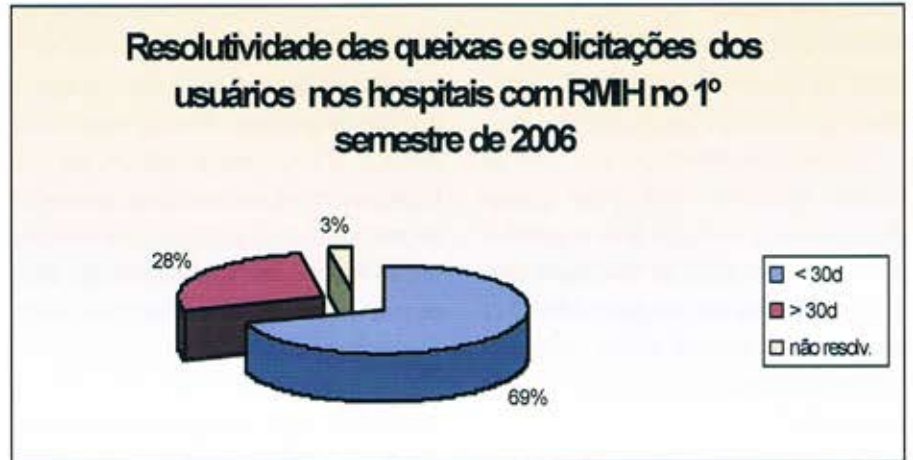
RESULTADOS

Os resultados mais importantes até agora alcançados são aqueles referentes à mudança de cultura que já se percebe no trato com o cidadão nos hospitais onde o Conte Comigo foi implantado. Além disso, muitas considerações, reclamações, queixas e sugestões têm sido acatadas pelas Diretorias dos hospitais e a partir delas várias modificações são introduzidas, tanto em sistemáticas da área fim quanto melhorias na estrutura. Como exemplos podemos citar a capacitação de funcionários, alterações em horário de visitas, melhorias nas acomodações de espera e de áreas assistenciais, etc.

Estas medidas, algumas de resolução extremamente simples, foram resultado das avaliações feitas pelos clientes/pacientes, pelos funcionários dedicados ao Conte Comigo e pelas gerências e diretorias a partir destas avaliações e de ações pró-ativas visando evitar queixas, e muitas soluções sequer deman-

O gráfico I aponta que quase a totalidade das queixas recebidas e encaminhadas pelo Conte Comigo foram resolvidas, sendo a maioria num prazo inferior a 30 dias, demonstrando resolutividade. O gráfico demonstra ainda que o Conte Comigo vem se configurando como um canal de participação da população para a solução de seus problemas junto à Administração Hospitalar.

GRÁFICO I

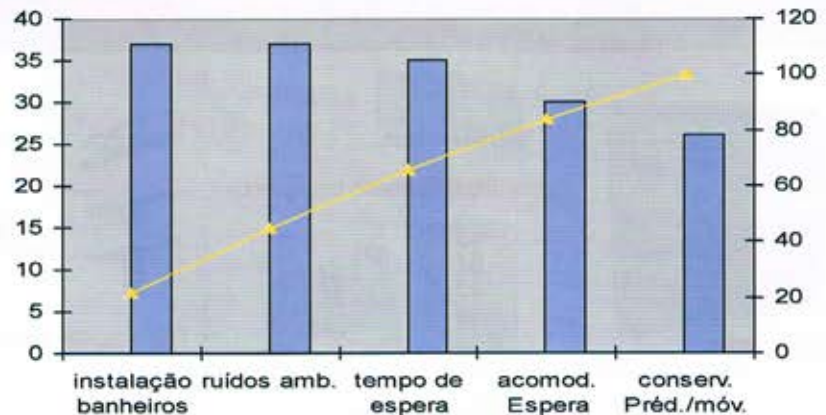


Fonte: RMIH - CSS/SES/SP

Os gráficos II, III e IV, abaixo, apresentam um diagnóstico dos itens com pior avaliação percebida pelos usuários, propiciando um direcionamento aos hospitais e à CSS para o estabelecimento de prioridades de melhorias. Em resposta a este diagnóstico de necessidades, os hospitais implementaram ações de melhoria, como algumas das citadas abaixo:

GRÁFICO II

Diagrama de Pareto dos itens Classificados como Regular e Ruim da Internação dos Hospitais com RMIH - 2005



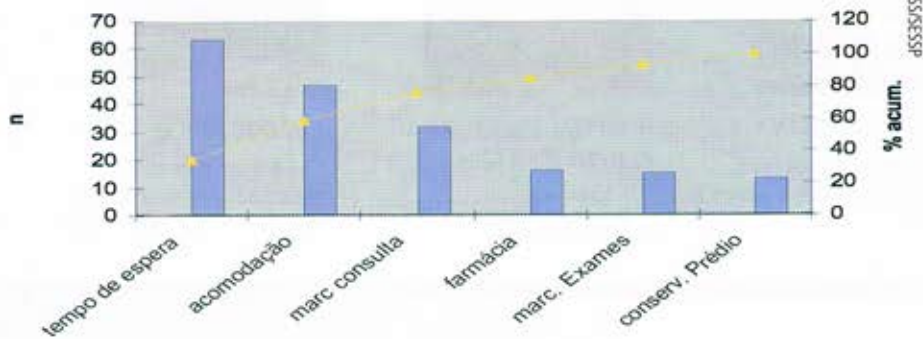
Fonte: RMIH - CSS/SES/SP

AÇÕES DE MELHORIA:

- Criação da "Visita Aberta" ou ampliação do horário de visitas;
- Poltronas destinadas a acomodar acompanhantes nas enfermarias;
- Contato direto com serviço de nutrição para solucionar de imediato, insatisfações quanto a alimentação.
- Entrega a familiares de manual com a rotina de funcionamento do setor no ato da internação do paciente;
- Instalação de praças /salas de convivência de visitantes, pacientes e funcionários.

GRÁFICO III

Diagrama de Pareto dos Itens Avaliados como Regular e Ruim nos Ambulatórios dos Hospitais com RMIH- 2005



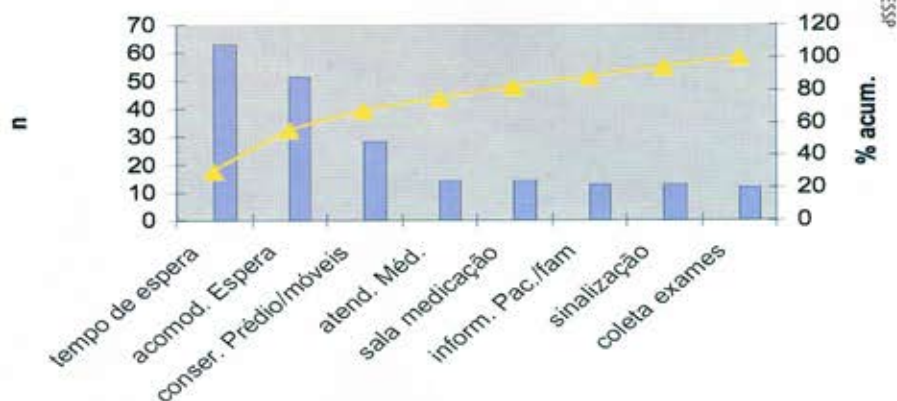
Fonte: RMIH - CSS/SSESSP

AÇÕES DE MELHORIA

- Criação do setor de hospitalidade, dirigido ao acolhimento de familiares de paciente provenientes de outro município;
- Reorganização e treinamento dos funcionários recepção e atendimento ao público;
- Oferecimento de café ou chá em salas de espera;
- Melhoria de acessibilidade aos cadeirantes;
- Ampliação de horários de agendamentos ou entrega de exames;
- Instalação de chaves para os banheiros de hospitais psiquiátricos;
- Pinturas e música ambiente em salas de espera;
- Aquisição de cadeiras longarinas, ventiladores, bebedouros e DVD's em recepções e salas de espera;
- Disponibilização na sala de espera de revistas e brinquedos;
- Estimulação Gradual de agendamento de consultas por horários fracionados;
- Revisão dos fluxos e informações;
- Reorganização da recepção do Ambulatório através do sistema de cores para senhas e guichês;
- Abertura de vagas para realização de alguns exames aos sábados.

GRÁFICO IV

Diagrama de Pareto dos Itens Classificados como Regular e Ruim do Pronto-Socorro dos Hospitais com RMIH- 2005



Fonte: RMIH - CSS/SSESSP

AÇÕES DE MELHORIA

- Reorganização da chamada de pacientes para atendimento, minimizando as situações de conflito;
- Melhoria da qualidade de limpeza e manutenção de salas de espera, banheiros e áreas afins do PS/PA;
- Instalação de televisores, bebedouros e longarinas nas salas de espera;
- Identificação diária em quadro, dos nomes de toda a equipe de plantão;
- Apoio dos atendentes do Conte Comigo, que circulam na área de espera do PS.

daram recursos, tendo em vista a criatividade dos funcionários envolvidos. Cabe ainda destacar, que a relação entre os pacientes e os profissionais dos Hospitais, onde se implantou o Conte Comigo, mudou sensivelmente para melhor. Houve ainda a redução da rotatividade de médicos e pessoal da área da saúde, em função da redução do nível de tensão nas relações hospital-paciente.

Um outro resultado importante, e que merece ser destacado, pela sua novidade no setor público, é o FÓRUM, constituído pelos servidores do Conte Comigo que se reúne mensalmente com a finalidade de discutir assuntos de interesse do programa, visando um "benchmarking" interno. Tais reuniões estão sendo coordenadas pela Coordenadoria de Serviços de Saúde - CSS e têm dado oportunidade que os hospitais apresentem suas experiências nos campos da padronização de procedimentos, planejamento, qualidade e atendimento ao cidadão. Um subproduto importante deste FÓRUM é o aumento da interação entre os hospitais em geral e os diversos Conte Comigo, levando a um melhor atendimento ao cidadão pela sinergia de suas forças.

CONCLUSÃO:

A grande característica de inovação deste programa vincula-se ao fato de o atendimento ao cidadão estar sendo utilizado como instrumento da qualidade, facilitando informações às Direções dos Hospitais com a finalidade de tomar atitudes transformadoras muito além do simples atendimento pontual às necessidades dos usuários. Este programa, como impacta diretamente aos serviços e aos responsáveis por eles, tem provocado uma mudança de cultura nas instituições, onde o cidadão passa a ter voz ativa. Por isto mesmo os servidores têm mudado de uma postura meramente contemplativa para outra mais pró-ativa e criativa, buscando prevenir problemas e solucioná-los com os recursos disponíveis.

O Programa Conte Comigo contribui ▶



HOSPITAL IGESP

Construção de novo prédio hospitalar, com 22 pavimentos e 15.000m² de área construída.



UNIMED PAULISTANA

Reforma de edificação para implantação da unidade UNIMED Água Fria.



HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN

Reforma, adaptação do Hospital do Campo Limpo.



FOCCUS AMICO

Construção, reforma e modernização das unidades Vila Mariana, Santana e Lapa.

*A mesma
atenção e
responsabilidade
que o médico
dedica ao seu
paciente, nós
dedicamos à
sua obra.*



(11) 5571-0666

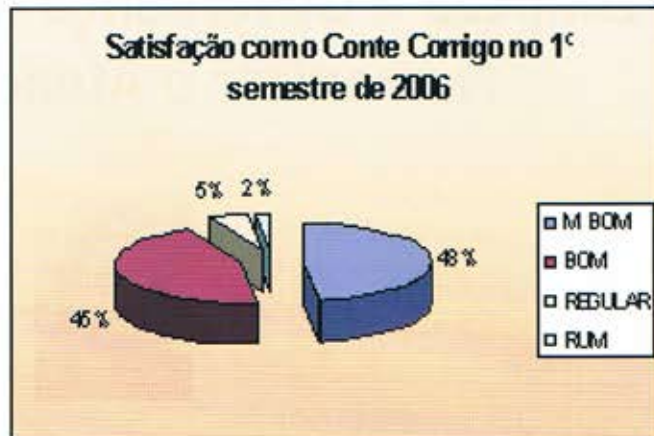
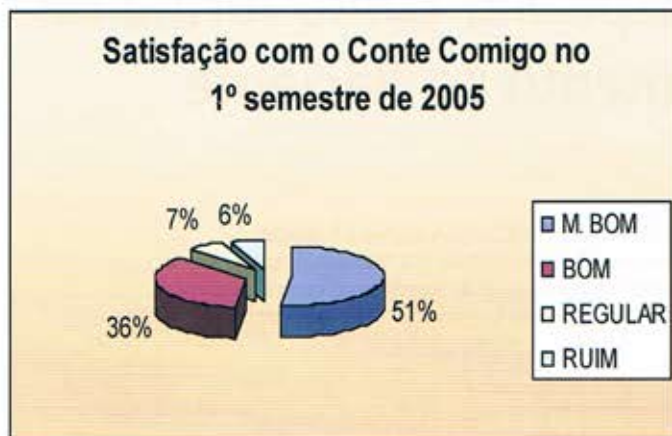
Av. Indianópolis, n. 693 - Moema
São Paulo/SP

www.afonsofranca.com.br

- EXECUÇÕES DE OBRAS E INSTALAÇÕES
- QUALIDADE E PRAZO
- PREÇOS COMPETITIVOS

O gráfico V, a seguir, demonstra que o Conte Comigo vem recebendo a aprovação de grande maioria de seus usuários, perfazendo um total de 87% de avaliações consideradas MUITO BOM e BOM de sua atuação, em 2005 e 93% em 2006.

GRÁFICO V



Fonte: Fichas de Avaliação em Satisfação

para a efetivação da Lei 10294/99, de Proteção e Defesa do Usuário do Serviço Público do Estado de São Paulo, nos Hospitais de Administração Direta da SES, fa-

vorecendo a garantia de seus direitos básicos quanto à informação e à qualidade na prestação do serviço.

No ano de 2006, o Programa Conte Co-

migo recebeu Menção Honrosa no "Prêmio Mario Covas de Inovações em Gestão Pública no Estado de São Paulo", na categoria Atendimento ao Cidadão ■

Bibliografia Consultada

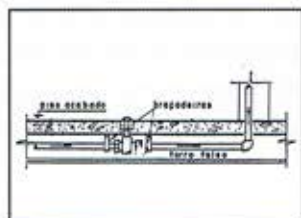
HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Acesso em dezembro 2004. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/humanizasus>>
 Carvalho, M.L.; Grubba, M. R.M.; Marques, R. C. Programa Conte Comigo. Trabalho finalista do Prêmio Mário Covas de Casa Civil / Fundap. SES; 2005.
 São Paulo, Estado. Lei nº10. 294 de 1999a. Disposições sobre a proteção do usuário do serviço público do Estado de São

Paulo, cria as ouvidorias e dá outras providências. São Paulo: Imprensa da Assembleia Legislativa Oficial São Paulo, Estado. Lei nº 10.241 de 1999b. Dispõe sobre os direitos dos usuários da Saúde do Estado. São Paulo: Imprensa Oficial.
 São Paulo, SES. Conte Comigo: plano funcional. São Paulo: SES; 2004.

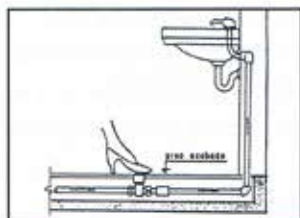
LAVATÓRIOS, PIAS, CHUVEIROS ACIONADOS POR VÁLVULAS DE PÉ

QUIPEX INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA

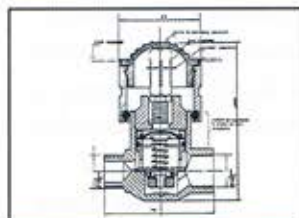
R. Piracuaema, 21 – Sumaré – Tel.: (11) 3872 6063 r.12 – Fax: r.13
 CEP 05017-040 – São Paulo – SP – karman@karman.com.br



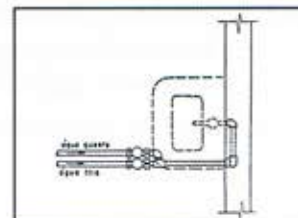
Instalação sob laje, com forro falso.



Instalação em rebaixo.



Torneira com acionamento remoto por pé.



CARACTERÍSTICAS E VANTAGENS

É silenciosa.

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

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

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

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

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

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

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

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

É ajustável à altura do acabamento do piso.

Facilmente acionável, por criança ou por pé descalço.

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

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

A Integração dos Serviços de Lavanderia, Limpeza e Governança Hospitalar como forma de Humanizar o Atendimento ao Paciente



PROFA DRA.TERESINHA COVAS LISBOA

Doutora em Administração, Professora-Pesquisadora do Programa de Mestrado em Administração da Universidade Ibirapuera, Professora do Curso de Especialização em Administração Hospitalar do I.P.H.



PROFA MS.RENATA SOUZA COELHO ALBUQUERQUE

Mestre em Administração pelo Unimonte de Santos, Consultora na área hospitalar, Encarregada de Hotelaria do Hospital e Maternidade São Luiz.

ARTIGO EXTRAÍDO DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado de Renata Souza Coelho Albuquerque "A INTEGRAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE LAVANDERIA E LIMPEZA E A GOVERNANÇA HOSPITALAR COMO FERRAMENTA DE MOTIVAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO", APRESENTADA NO PROGRAMA DE Mestrado do Centro Universitário Monte Serrat de Santos", ORIENTADO PELA PROFA.DRA.TERESINHA COVAS LISBOA.

Resumo

Este artigo apresenta o desafio da Hotelaria Hospitalar em integrar os Serviços de Limpeza, Lavanderia e Governança dentro de um hospital como forma de humanizar o atendimento ao paciente e valorizar o trabalhador.

Abstract

This article presents the challenge of the Hospital Catering in integrating the Cleaning, Laundry and House Keeping services of a hospital as a way to humanize the service to the patient and to value the worker.

Palavras-chave:

Hotelaria Hospitalar – Governança – Lavanderia - Limpeza - Integração

Key-words:

Hospital Catering – House Keeping – Cleaning – Laundry - Integration

INTRODUÇÃO

Hotelaria Hospitalar

Hotelaria Hospitalar é a reunião de todos os serviços de apoio, associados a serviços específicos, que, juntos, oferecem aos clientes interno e externo conforto, segurança e bem estar durante seu período de internação/atividade. Dentre

esses serviços, destacam-se a Limpeza e a Lavanderia, considerados como carro-chefe da Hotelaria Hospitalar. O conceito deste Serviço adquiriu ênfase quando se percebeu a importância destes dois Serviços dentro da estrutura hospitalar (Vasconcelos apud Torres, S; Lisboa, T.C. 2002, p. 213)

O grande desafio da hotelaria hospitalar é aliar o conceito de hotel ao conceito de hospital, pois os dois estão baseados na prestação de serviços com humanização do atendimento de pessoas, submetendo-os a uma acolhida em um ambiente agradável, apesar de todas as características que o hospital possui,

enquanto durar sua permanência para tratamento e cura de sua enfermidade.

Para Campos (1979), o hospital ao modernizar-se foi perdendo sua sensibilidade na frieza do rigor administrativo e no crescente número de especializações que contribuiu para o distanciamento do médico com o paciente.

O paciente quando chega ao hospital está angustiado, inseguro, intranquilo, desesperado pela dor e pelo sofrimento e aguarda o momento em que receberá atenção e cuidados médicos, por meio de diagnóstico e prescrição de um tratamento visando, a mais rápida recuperação. Desse modo deve sentir-se respeitado na sua condição social, sua religião, sua profissão e sua família. Por este motivo necessita ser tratado por inteiro e não simplesmente como um número de uma ficha do Prontuário do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

O objetivo deste artigo é o de estudar a integração dos serviços de lavanderia, limpeza e governança hospitalar como forma de humanizar o atendimento ao paciente.

Utilizando-se a bibliografia disponível, procurou-se, metodologicamente, apresentar o pensamento dos autores que pesquisam sobre o tema.

Diante disso, pergunta-se: é possível integrar esses serviços? Essa integração pode ser vista como humanização?

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os objetivos da Hotelaria Hospitalar são: garantir e manter os padrões de higiene, conservar e cuidar da manutenção do patrimônio, assegurar a segurança no trabalho, oferecer alimentação adequada e com categoria, zelar pelo enxoval da instituição, interagir na liberação e venda dos leitos hospitalares, sem esquecer que o foco do hospital é 'a saúde'.

O conceito de hotelaria hospitalar é

o de servir de suporte à assistência garantindo ao paciente (cliente) e ao trabalhador a satisfação de suas necessidades com qualidade, visando o seu bem-estar físico e mental.

Esse conceito não pode ser confundido com luxo, que privilegie somente pacientes de hospitais privados. Os hospitais públicos também possuem a visão de proporcionar bem-estar ao paciente, como é o caso do Hospital das Clínicas de São Paulo, que oferece atendimento domiciliar, como o Núcleo de Atendimento Domiciliar Interdisciplinar – (NADI), a seus pacientes permitindo que sejam tratados, junto a seus familiares e a Santa Casa de Santos, como hospital filantrópico, que instituiu um questionário de Satisfação do Cliente SUS, com figuras ilustrativas para facilitar a compreensão do seu paciente, que muitas vezes não possui escolaridade, tendo como finalidade a melhoria da qualidade do serviço prestado.

Na hotelaria, as pessoas exercem um papel fundamental em função do grande número de tarefas e rotinas vinculadas a esse serviço. Os profissionais representam os recursos humanos que o hospital necessita e sua meta deve ser a de instituir uma política de motivação e treinamento em conjunto com a educação continuada, no intuito de valorizá-los no âmbito pessoal e profissional.

O funcionário do hospital está sujeito a uma disciplina rígida, fundamentada em uma estrutura formal e hierarquicamente inflexível, oriunda de sua história e de sua complexidade. A rigidez dos horários, as exigências de assiduidade e o espectro da dobra de plantão são causas permanentes de inadaptação e pontos nevrálgicos para o aparecimento de problemas administrativos (Campos, 1974, p. 57).

Para Campos (1974), deve ser alvo de

reflexão da alta administração, a valorização do ser humano, que biologicamente depende de salário, socialmente de leis e espiritualmente do reconhecimento da sua dignidade humana, e mesmo com salários baixos, desde que motivado, pode colaborar para humanizar

Campos (ibidem) ainda afirma que, a vivência permanente, meses e anos a fio, com a dor e o sofrimento, numa interminável e mecânica rotina é realmente uma arma perigosa atuando do lado contrário e com grandes possibilidades de vitória final.

Para iniciar-se um processo de hotelaria hospitalar será necessário cumprir três fases básicas que, de acordo com Vasconcelos apud Torres & Lisboa, (2002, p. 213) são:

- Concepção do projeto que será um diagnóstico das necessidades dos clientes internos e externos, e a observação de deficiências físicas (ambientais e recursos materiais);
- Revisão de fluxo de recursos físicos, materiais e humanos;
- Revisão das interfaces que corresponde à inter-relação entre as diversas unidades de apoio, estabelecer serviços e recursos adicionais ao processo de implantação do projeto e criação de um programa de treinamento, sensibilização e educação continuada para todos os colaboradores envolvidos direta ou indiretamente no processo.

Detectadas as deficiências e as necessidades para a introdução do projeto definem-se as metas para o desenvolvimento, a implantação e adequação do processo de hotelaria hospitalar, corrigindo e estabelecendo fluxos adequados para que todos os setores interajam de forma coordenada e os recursos (físicos, materiais e humanos) possam ser explorados em ►

toda a sua capacidade obtendo-se dessa forma a excelência no atendimento.

A próxima fase será a de acompanhamento do desenvolvimento do processo, avaliação dos resultados e o estabelecimento dos ajustes pertinentes. Esta terá que ser sempre revisada, pois qualquer intercorrência no meio do caminho poderá ser corrigida com êxito.

Para discussões e orientações foi fundada em São Paulo em 17/07/2001, a Sociedade Brasileira de Hotelaria Hospitalar, composta por funcionários de vários segmentos da saúde: hospitais, clínicas, laboratórios etc.

Observa-se, na figura 1, a criação de um processo contínuo, cuja interatividade deverá ser seguida e observada pelos gestores, no intuito de corrigir falhas e/ou agregar novas metodologias de trabalho.

Na figura 2, temos uma idéia bem clara sobre a interatividade que deverá existir entre as unidades hospitalares. O processo de implantação e desenvolvimento do serviço pode ser visualizado de forma clara e concisa.

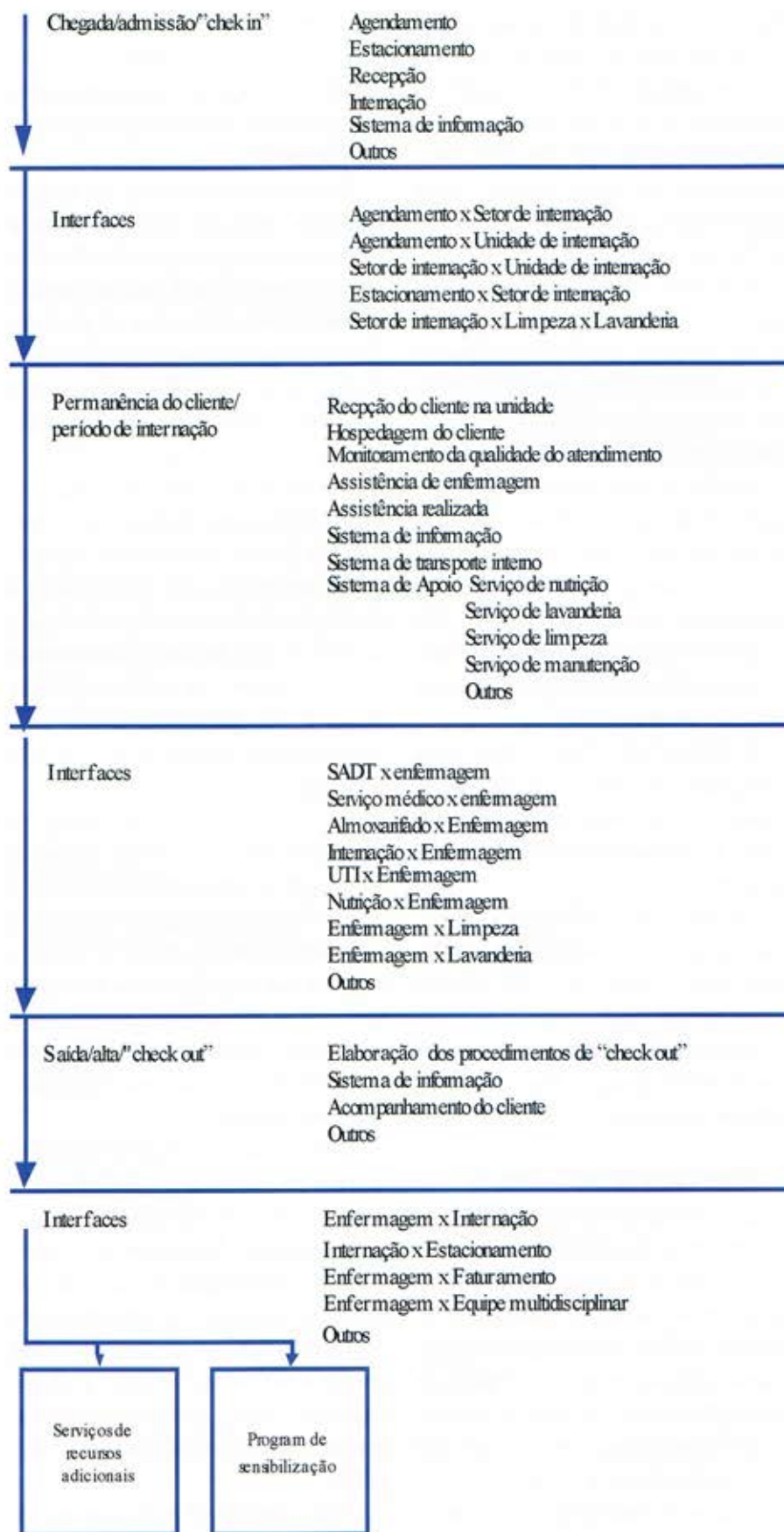
GOVERNANÇA

De acordo com Castelli (2001), o serviço de governança é a própria essência da empresa hoteleira.

O serviço de governança ocupa-se com a arrumação dos apartamentos, lavanderia e roupa e com a limpeza geral do hotel. Em uma empresa hospitalar a preocupação com a limpeza e desinfecção dos diversos setores que compõem um ambiente hospitalar deve ser maior por haver risco de contaminação entre as pessoas que circulam pelos diversos setores do hospital com inúmeras enfermidades.

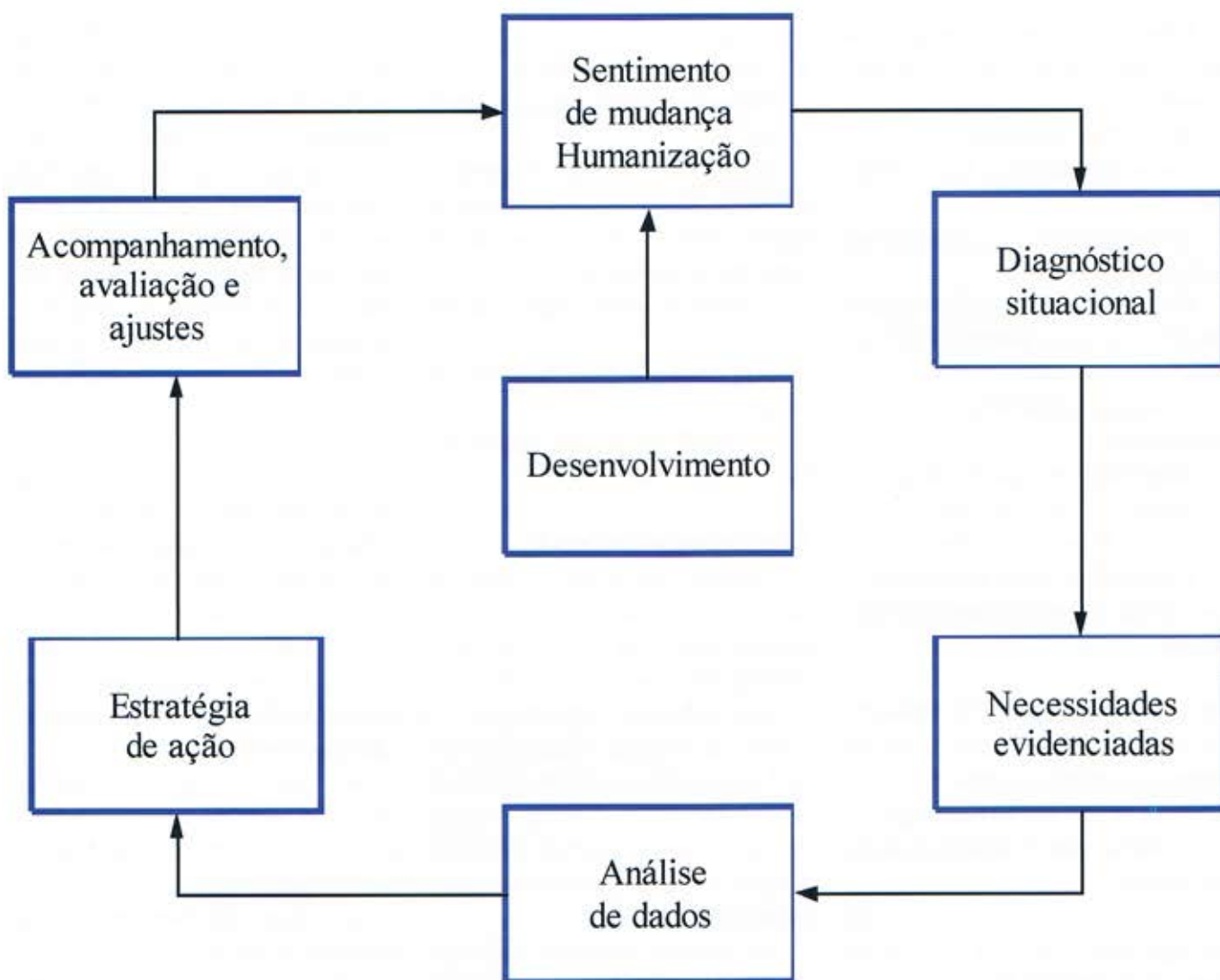
Na visão de Cândido (2000, p.15), Uma governanta deverá desempenhar,

Figura 1 - Fluxograma de Ação



FONTE: TORRES, S. E LISBOA, T. C. 2002.

Figura 2 - Processo Prático



com competência, as muitas atividades do seu departamento, com profundo conhecimento e domínio de tudo o que necessita executar, pois esse conhecimento profundo será motivo de sucesso tanto dela como profissional como do hotel que ele representa.

No caso da hotelaria hospitalar ela estará representando o hospital.

A governanta, segundo Collado (Collado, apud, Castelli 2000, p. 206), deve reunir as seguintes qualidades:

- Estimular o trabalho em equipe;
- Desenvolver junto aos seus subordinados o espírito de responsabilidade;
- Treinar seus subordinados para atin-

girem a eficiência máxima no desempenho das suas funções, criando um clima de trabalho agradável;

Esclarecer os possíveis problemas oriundos das ordens de serviço emitidas;

Valorizar o funcionário como pessoa humana e não considerá-lo simplesmente um instrumento de trabalho;

Explicar aos funcionários os objetivos a serem atingidos através do trabalho de cada um;

Evitar, entre os funcionários, clima de "fococas";

Tratar a todos da mesma forma, sem preferências.

NORMAS E ROTINAS PARA OS FUNCIONÁRIOS DA GOVERNANÇA

Mezzomo (1981, p. 44), relaciona algumas normas e rotinas que devem ser obedecidas:

Manter perfeita higiene pessoal (banho diário, cabelos limpos e penteados, unhas limpas e aparadas etc.);

Lavar corretamente as mãos;

Usar a indumentária específica (vestuário e equipamento de proteção);

Usar calçado limpo;

Não levar para casa roupas contaminadas;

Alimentar-se nas horas certas;

Evitar o fumo e as bebidas alcoólicas que reduzem a resistência do organismo humano;

Manter limpo o uniforme;

Tomar cuidados para evitar acidentes;

Permanecer no local de trabalho por todo o horário previsto;

Observar as normas, rotinas e técnicas previstas para a execução das diversas atividades;

Colaborar na manutenção da ordem e da disciplina;

Respeitar a hierarquia funcional;

Observar o horário de trabalho;

Mostrar interesse pelo serviço;

Adotar todas as demais atitudes que possam significar ou garantir maior eficiência do serviço.

OBJETIVOS DO SERVIÇO DE LIMPEZA

Os objetivos e finalidades do serviço de limpeza de um hospital dependem da filosofia da instituição e o envolvimento da administração com os serviços de apoio do hospital.

Torres (1999, p. 07) conceitua que em regra geral os objetivos podem ser os elencados da seguinte forma:

Contribuir para a constante melhora da aparência e imagem da instituição.

Prevenir a deterioração de superfícies, objetos e materiais.

Promover segurança e conforto aos pacientes e aos funcionários por meio do ambiente limpo.

Contribuir para o programa de qualidade total da instituição.

Reduzir o número de microrganismos das superfícies.

Contribuir para redução de custos.

Contribuir para a integração dos diferentes serviços visando ao intercâmbio científico e à conseqüente melhora da qualidade do serviço.

Contribuir para o desenvolvimento de

tecnologia própria por meio da pesquisa e do aprimoramento de técnicas.

Manter intercâmbio com outras instituições.

Promover intercâmbio com setores diretamente relacionados com o serviço de limpeza, SCIH*, SESMT**, comissão de padronização de materiais.

Participar de eventos ligados ao serviço.

SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar)

** SESMT (Serviço de Segurança e Medicina no Trabalho)

LAVANDERIA HOSPITALAR

A importância da lavanderia dentro do complexo hospitalar é grande, uma vez que, a eficiência de seu funcionamento contribui diretamente na eficiência do hospital, refletindo especialmente no controle de infecções; recuperação, conforto e segurança do paciente; facilidade, segurança e conforto da equipe de trabalho; racionalização de tempo e material, redução dos custos operacionais (Bartolomeu, 1998, p. 12).

As condições ambientais muitas vezes são insalubres, devido às altas temperaturas, umidade, ruídos e vibrações que são comuns nas lavanderias. Muitos trabalhadores referem mal-estar, dor de cabeça, fadiga, problemas de coluna entre outros.

As roupas recebidas na área contaminada oferecem riscos à saúde do trabalhador; na atividade de triagem é comum encontrar instrumentos perfurocortante, roupas com diversos tipos de sujidades, tais como: sangue, fezes, urina, secreções, vômitos e catarros. Por este motivo os funcionários que trabalham nesta área deverão utilizar equipamentos de proteção individual (EPI's), que são: botas de borracha anti-derrapante, calça, jaleco, avental, máscara, gorro e luvas de borracha.

O planejamento do espaço físico proporciona ao hospital a garantia de um melhor trânsito entre a lavanderia e as unidades como, por exemplo, o Serviço de Enfermagem, tão dependente desse setor, assim como o Centro Cirúrgico, que necessita, muitas vezes, de distribuição urgente para a sua área. Assegura, também, melhores condições de trabalho aos funcionários, pois é um ambiente muito suscetível a acidentes e a infecções (Lisboa, 1993, p. 132).

A distribuição física de uma lavanderia hospitalar deverá obedecer a certos critérios, tais como possuir dois ambientes isolados por uma barreira chamada de "Barreira de Contaminação" que tem a finalidade de evitar o cruzamento da roupa suja com a roupa limpa e a contaminação cruzada; esses dois ambientes são denominados como:

- Área contaminada ou suja, que tem a finalidade de receber e manipular as roupas sujas coletadas nos diversos setores do hospital e;
- Área limpa destinada ao tratamento e distribuição da roupa limpa.

De acordo com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a lavanderia é considerada área crítica.

Áreas críticas são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco ou onde se encontram pacientes com o seu sistema imunológico deprimido. São eles que abrigam procedimentos cirúrgicos e de parto; internação em regime de terapia intensiva; desenvolvimento de atividades hemoterápicas; procedimentos relacionados ao preparo e cocção de alimentos e madeiras; e lavagem de roupas (Lisboa, 2002, p. 112).

O funcionário que atua na lavanderia de um hospital deverá ter noções, hábi-

tos e cuidados para não contrair doenças, sofrer acidentes de trabalho e ser consciente da responsabilidade do seu papel na organização, de que um trabalho mal feito poderá acarretar prejuízos à saúde do paciente.

Para se alcançar este objetivo será necessário à chefia deste setor desenvolver treinamentos, reciclagens para que o funcionário que muitas vezes não terminou sequer o ensino fundamental, alcance este grau de conscientização.

INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS E HUMANIZAÇÃO

Para DuBrin, "a integração refere-se a fazer uso completo de todos os membros da equipe em vez de apenas um ou dois membros fazer a maior parte das contribuições (2003, p. 179). É o entendimento compartilhado entre os indivíduos e a ação coordenada.

A integração ocorre quando o diálogo entre as unidades flui de forma natural e coerente. Na hotelaria hospitalar, o diálogo é estabelecido de maneira formal, com rotinas escritas e pré-estabelecidas, porém sem perder o senso da coerência e do comprometimento entre as partes.

Apesar de alguns serviços de apoio, como limpeza e lavanderia serem terceirizados, nada impede que haja uma interação entre o hospital e a empresa contratada. O representante ou gestor do serviço pode estabelecer um diálogo franco e livre com a área de enfermagem,

no sentido de verificar as reais necessidades dos pacientes.

A presença da governança impõe tal responsabilidade, pois cabe a ela criar o elo de ligação entre os gestores de serviços, a empresa contratada e a hotelaria. A camareira, subordinada à governança, atuará como mediadora, uma vez que adentra os espaços ocupados pelos pacientes e observa suas reais necessidades no que diz respeito à sua área de atuação.

A limpeza, a roupa limpa e higienizada, a alimentação, a manutenção e outros serviços que agregam a hotelaria hospitalar, atualmente, são avaliadas com parâmetros de qualidade e humanização. Para tanto, é importante que o funcionário que executa as tarefas sinta, desde a sua admissão, consciência de que é um elemento-colaborador na recuperação do paciente, seja em qualquer dos serviços. Apesar do não-atendimento direto, é figura importante na prestação dos serviços, dispondo o leito hospitalar de roupa limpa e limpeza no quarto.

A criação de um ambiente de trabalho com humanização insere dois princípios: a busca pela qualidade de vida e a motivação no trabalho.

Para Mezzomo, humanizar tem como objetivo "aprimorar as relações humanas em todos os ambientes e níveis" (2003, p. 43). Assim, a humanização leva à melhoria das relações médico-paciente, funcionários da saúde-paciente, funcionários-familiares, funcionários-funcionários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou investigar se é possível integrar os serviços de lavanderia, limpeza e governança hospitalar como forma de humanizar o atendimento ao paciente. Concluiu-se que hoje, os hospitais têm que agregar os serviços de apoio em suas avaliações, pois o paciente necessita de um ambiente tranquilo, higienizado, com roupas limpas e desinfetadas, conduzido por pessoas que demonstrem um senso de integração com a equipe a que pertence. É possível, sim, integrar, desde que haja um senso de responsabilidade gerencial e de equipe.

E, essa integração pode ser vista com humanização? Com certeza, pois o processo atual de humanização no atendimento é avaliado pelo impacto educacional. A responsabilidade das organizações hospitalares com os colaboradores é a de oferecer um clima saudável, enfatizando a tolerância, o bom humor, os pontos fortes das pessoas e a cordialidade. Isto é obtido pela educação e o diálogo constante. É importante, também, criar um elo de ligação equilibrado com as empresas-parceiras, a fim de dar continuidade ao trabalho interno implantado no hospital, avaliando e corrigindo as intercorrências.

Portanto, a visão atual do Serviço de Hotelaria Hospitalar é o de buscar a melhoria contínua no atendimento ao paciente, oferecendo a ele as condições necessárias para a sua recuperação. ■

Bibliografia Consultada

ALBUQUERQUE, R.S.C. A integração entre os serviços de lavanderia e limpeza e a governança hospitalar como ferramenta de motivação: um estudo de caso. São Paulo (Dissertação de Mestrado), Santos, São Paulo.
BARTOLOMEU, T. A. Identificação e avaliação dos principais fatores que determinam a qualidade de uma lavanderia hospitalar - Um estudo de caso no setor de processamento de roupas do Hospital Universitário UFSC, 1998. (Dissertação de mestrado).
CAMPOS, J. D. Hospital moderno, administração humanizada. São Paulo, LTR, 1974.
CAMPOS, J. D. & PINTO, S. C. F. & MONTEIRO FILHO, J. A. O hospital e seu planejamento, LTR 1979.
CÂNDIDO, I. Governança e hotelaria. 3. ed. Caxias do Sul: Educs, 2000.
CASTELLI, G. Administração hoteleira 8. ed. Caxias do Sul: Educs, 2001.

DUBRIN, A.J. Fundamentos do comportamento organizacional. São Paulo: Thomson, 2003.
LISBOA, T. C. Lavanderia hospitalar: integração homem - ambiente - função. São Paulo, 1993. (Dissertação de Mestrado). USC.
MEZZOMO AA et al. Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional. São Paulo: Loyola, 2003.
MEZZOMO, J.C. O Serviço de Limpeza no Hospital. São Paulo: Sociedade Beneficente São Camilo, s.d. 200p. (Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde).
TORRES, S. & LISBOA, T.C. Limpeza e higiene, lavanderia. 2. ed. São Paulo: CRL Balleiro, 2002.

Nova gestão em serviço público: a transformação do Hospital Municipal do Campo Limpo (HMCL)

DR SIU LUM LEUNG

Diretor-Técnico do Hospital Municipal do Campo Limpo (HMCL)

INTRODUÇÃO

O grande receio para o administrador hospitalar é o de gerenciar um hospital público. Os desafios são inúmeros: a inconstância política, impedindo saber ao certo quanto tempo terá para alcançar as metas traçadas; a questão orçamentária, nem sempre cumprida; a Lei 8.666, que estabelece normas para licitações e contratos; e os valores dos salários fazem com que muitos vacilem em aceitar a tarefa. Um idealismo profundo e a teimosia em provar que o serviço público, aplicando os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), é viável e eficiente para a população nos fez aceitar esta missão. Estamos convictos que esta tarefa pode ser cumprida e as dificuldades superadas com a demonstração de resultados positivos visíveis para toda a comunidade. Aqui, relatamos nossa experiência em um hospital localizado na Região Sul do município de São Paulo, pertencente à Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Desde junho de 2005, assumimos a direção da unidade e temos testemunhado seu processo de transformação, que o coloca como um dos melhores da rede pública do país.

CONTEXTO

O Hospital Municipal do Campo Limpo "Fernando Mauro Pires da Rocha" (HMCL) foi



Entrada do Pronto Socorro (antes da Reforma)

inaugurado oficialmente em 18 de novembro de 1990. O nome foi uma homenagem ao pai do então Secretário Municipal de Higiene e Saúde. Ele se localiza numa área considerada violenta da capital paulista, onde vivem em torno de 1,5 milhão de habitantes, e atende ainda a população de municípios adjacentes,

como Itapeverica da Serra, Embu e Taboão da Serra. Em janeiro de 2002, foi criada a Autarquia Hospitalar Municipal do Campo Limpo, através da Lei 13.271, que incorporou a gestão administrativa do Hospital Municipal do Campo Limpo (HMCL), além de outros Prontos Socorros Municipais da Região Sul.

O Hospital é o único nesta região considerado de grande porte. Especializado em urgência, emergência e com atendimento terciário em Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Psiquiatria, Clínica Cirúrgica e Traumatologia, ele possui 254 leitos cadastrados, além dos de observação nos Prontos Socorros (PS) Adulto e Infantil e nas UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal. A unidade presta um grande número de atendimentos, chegando a 25 mil consultas mensais nos seus PS nas diversas especialidades. Realiza também cerca de 10 mil consultas ambulatoriais

PRIMEIRO DIAGNÓSTICO

Há tempos, Campo Limpo passava a impressão de ser inadministrável, com fama de mau atendimento médico e com problemas operacionais insolúveis. Logo no nosso primeiro dia de trabalho, constatamos a realidade de vários problemas: o PS contava com apenas uma entrada para os pacientes de Clínica Médica, Cirurgia, Ortopedia, Psiquiatria, Urgência e Emergência, Maternidade e visitantes. Na única recepção, se amontoavam pacientes e acompanhantes. Somente a Pediatria possuía uma entrada à parte. A demanda de consultas era grande e a equipe médica

ros e pouca ventilação. Também notamos um problema na distribuição dos leitos, sendo que a Enfermaria de Observação Pediátrica estava ao lado da Psiquiátrica. A UTI Adulto possuía 10 leitos, constantemente preenchidos. O atendimento da Maternidade era realizado no Centro Obstétrico, na época ao lado do Centro Cirúrgico, longe da entrada do hospital. Isso obrigava as gestantes e parturientes a passar por corredores com pacientes graves e acidentados. O Centro Cirúrgico possuía sete salas, sendo duas destinadas aos partos. No entanto, das cinco restantes, apenas três funcionavam.

O Centro de Diagnóstico, localizado ao lado do PS, possuía um aparelho para tomografia com 10 anos de funcionamento e vários sinais de fadiga. No local, também havia três aparelhos de Raio X, dois mamógrafos e um ultrassom. Uma análise mostrava que todos eram antigos, sendo que alguns estavam mesmo inoperantes. Para completar o quadro, a demanda por exames também era alta, pois o HMCL é referência para todas as unidades básicas de saúde (UBS) do Campo Limpo e de M'Boi Mirim.

O Setor de Internação era um caso a parte. Seus leitos eram distribuídos de forma irregular por quatro andares e com baixo índice de rotatividade nas diversas áreas, especialmente em Cirurgia e Clínica. Em relação ao prédio, constatava-se a inexistência de trabalhos de manutenção ou recuperação predial periódicos. O sucateamento incluía vazamentos, falta de revestimentos de forros e pisos, falhas no sistema de refrigeração, caldeiras de aquecimento em estado crítico, elevadores sem supervisão técnica, instalações elétricas precárias, ausência de sistema de comunicação entre os leitos e o posto de enfermagem dos andares. Também se verificava falhas no sistema de telefonia e estado geral crítico das instalações (pintura e iluminação).



Nova Entrada do Pronto Socorro

riais por mês. Além disso, Campo Limpo é o hospital de referência do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), com uma média mensal de 900 encaminhamentos, atendendo também pacientes trazidos pelo resgate e pelas Polícias Civil e Militar.

e de enfermagem não conseguia prestar um atendimento adequado. As equipes médicas estavam incompletas, com desfalques em várias especialidades, inclusive algumas vitais, como Neurocirurgia e Ortopedia.

Os espaços de atendimento e as enfermarias eram pequenos com poucos banhei-

dose unitária na farmácia e o controle do consumo, o que gerou, inicialmente, uma economia média mensal em torno de R\$ 70 mil em comparação ao que era executado nos mesmos períodos no ano anterior. Tudo isso foi possível apenas com as medidas administrativas, além de facilitar e ordenar o abastecimento junto à Autarquia.

Após permissão do gabinete da SMS, criamos a logomarca do HMCL. Esse elemento visual nos permitiu confeccionar novos crachás e aventais para todos os funcionários. A decisão gerou o início do processo de uniformização e de identificação dos trabalhadores da unidade aos seus setores. O próximo passo foi trabalhar pela melhoria das instalações do Campo Limpo. Primeiro,

realizamos a redistribuição dos leitos no Setor de Internação. O trabalho se baseou na análise de dados do atendimento nos PS e nos ambulatorios. Deu-se prioridade ao aumento nas Clínicas Médica e Cirúrgica, o que ajudou a reduzir o período de internação e a aumentar a rotatividade dos leitos.

Assim, ao final das mudanças, tínhamos aumentado o número de leitos totais e aqueles relativos às especialidades mais críticas no âmbito dos PS. Em relação à Maternidade, apesar de ter havido um corte no número de leitos, conseguiu-se manter o mesmo nível de produtividade graças à maior rotatividade de pacientes. Esse conjunto de medidas permitiu reduzir o número de pacientes nos Prontos Socorros, tanto na sala de urgência

como nas macas, o que aumentou a internação nos andares.

Também trabalhamos pela elaboração de um projeto de reforma e recuperação predial de todo o Hospital Campo Limpo. A obra, que conta com apoio da Secretaria Municipal da Saúde, recebeu os recursos necessários à sua execução. Foram aprovados e liberados R\$ 2,4 milhões para os trabalhos, que serão executados pela Secretaria Municipal de Infra-estrutura Urbana e Obras, através de sua divisão de edificações, após processo licitatório. O esforço de renovação prevê a impermeabilização do telhado e do forro de todos os andares, a troca de pisos, portas e janelas, a recuperação dos banheiros, a pintura de todas as paredes internas, ►



Observação Infantil (antes da Reforma)



Observação Infantil (atual)



Observação Adulto (atual)



UTI Adulto (atual)

TABELA 1: QUADRO DE AMPLIAÇÃO DOS LEITOS NO HMCL

Clínica	Nº leitos atual	Nº leitos após a reforma
UTI	10	20
Obs. P.S. Adulto	30	40
Obs. P.S. Pediatria	12	24
Obs. Maternidade (andar térreo)	32	6
Recuperação Pós Anestésica	0	9
Semi Intensiva	0	6

além de recuperação, reparação e manutenção das redes hidráulica, elétrica e de comunicação. As obras, previstas para começar em novembro de 2006, deverão estar concluídas em seis meses após o seu início.

No entanto, a recuperação do HMCL incluiu ainda outras ações, com impacto direto no atendimento à população. Por exemplo, criamos uma central de controle de exames e de internação, o que possibilitou um melhor gerenciamento dos exames para o paciente interno e o público externo. Da mesma forma, a nova área reforçou o controle de ocupação dos leitos para permitir internações para cirurgias de rotina provenientes dos ambulatorios e dos PS. Outra medida com resultados positivos para a comunidade e os profissionais de saúde que atuam no Campo Limpo foi a informatização de todo o Hospital, com a compra de computadores e impressoras e a troca do sistema operacional interno. Esta rede foi desenvolvida especialmente para integrar e agilizar o recebimento de informações dos diversos setores. Finalmente, se determinou a retirada de sucatas e materiais inservíveis das proximidades do centro hospitalar.

REFORMA DO PRONTO SOCORRO

No dia 6 de julho de 2005, a Prefeitura do Município de São Paulo assinou um convênio com o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) para a reforma do Pronto Socorro do Hospital Municipal do Campo

Limpo. O acordo, que integrou a comemoração pelos 50 anos do HIAE, previu a doação de R\$ 8 milhões para as obras e constituiu um grande benefício prestado à população da cidade. O trabalho se iniciou em setembro de 2005 e terminou em setembro de 2006.

Com o acordo, além da reforma da área física, que tornou o Pronto Socorro do Hospital Campo Limpo um espaço adequado e propício à humanização do atendimento médico, recriou-se todo o fluxo de atenção aos pacientes. Assim, as mudanças estruturais, como a criação de Prontos Socorros separados, com entradas próprias de Pediatria, Clínica Médica, Urgência e Emergência, Psiquiatria, Ortopedia e Maternidade, se refletiram também na qualidade do serviço prestado, com otimização do acesso dos pacientes e ampliação da rede de atenção em nível interno, inclusive com a criação de novos leitos (Tabela 1).

Foram alterações significativas que atingiram áreas-chaves, como o Centro Cirúrgico, o Centro Obstétrico, o Setor de Recuperação Pós-anestésica. Uma onda que atingiu até o Centro Diagnóstico, privilegiado com a chegada de dois novos aparelhos de tomografia, dois mamógrafos, quatro aparelhos de raio X, dois aparelhos de ultrassom, o que ajudou a aliviar a demanda, com a redução do tempo de espera por exames e resultados. As mudanças positivas devem continuar em 2007, com

a instalação prevista de um aparelho de ressonância magnética no local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após um ano e meio à frente da Diretoria Técnica do Hospital Municipal Campo Limpo, podemos afirmar que a realidade atual deste centro de saúde em nada lembra o que existia na época de nossa chegada. As mudanças previstas para o próximo ano, que incluem novas obras de manutenção, ampliação e reforma, deverão incrementar ainda mais os resultados já obtidos e que podem ser sentidas, principalmente, pelos moradores das áreas cobertas pelo Campo Limpo. A nossa missão junto ao serviço público está longe do fim. Acreditamos que ainda há muito a fazer, sempre de acordo com as diretrizes administrativas definidas pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, que ao longo dos últimos dois anos tem se pautado pela modernização do gerenciamento e pela busca da excelência no atendimento à população beneficiada pelo SUS ■

FICHA TÉCNICA:

Arquitetos Responsáveis:

Karman, Fiorentini e CNPK

Engenheiro Responsável:

Leandro Ghiraldi Rodrigues

Empresas Construtoras:

Afonso França Engenharia e Construtora Kaki

Fotos: Crédito - David Ramos/Autarquia Hospitalar Municipal Regional Sul.

Ética Consciencial no Comércio Exterior



VERA LUCIA GALVANI
Mestre em Comércio Exterior.

As nações espalhadas pelo mundo sentem a necessidade de estarem permanentemente envolvidas em trocas de produtos e serviços, que garantem aos seus cidadãos, o devido reconhecimento pelas suas demandas de ordem existencial, traduzido na justa sobrevivência de suas vidas físicas e de suas atividades que desempenha para o ganho de sua renda.

Com todo um critério para o estabelecimento de regras já previamente preparado e aprovado pelas nações, o comércio exterior abre a cada ano uma nova frente de trocas que faz aumentar a corrente de comércio entre os países, garantindo uma enorme possibilidade de êxito nas demandas por bens e serviços.

É esse estabelecimento de regras que dá condições plenas para que o comércio exterior venha crescer sistematicamente, ampliando as possibilidades das nações se tornarem mais ricas e melhores constituídas no atendimento a seus cidadãos.

O aspecto moral e ético é sem dúvida a base de todo esse processo de troca. Não dá para se ter um comércio inter-países sem haver uma boa disposição do setor econômico de atender civilizadamente e capacitadamente aos quesitos técnico-científico que engloba o produto ou serviço disponibilizado a um outro país.

Dessa forma, o sistema que atende ao comércio de trocas se confiabiliza e traz vantagens no prosseguimento do atendimento às demandas recíprocas dos países, configurando um comércio sólido e crescente.

Está na confiança a base de todo o sistema do comércio, na medida em que se produz um produto e se disponibiliza um serviço

atendendo às regras impostas pelas nações no recebimento de seus produtos. Uma vez quebrado essa confiança, configura-se a quebra de comércio, eliminando-se as trocas comerciais.

Para se ter confiança é preciso ter um comportamento moral e ético exemplar nos atendimentos às especificações de cada produto e isso deve ser buscado incessantemente em cada empresa e em cada trabalhador ligado ao comércio exterior.

E para se ter um comportamento moral e ético exemplar, é preciso a cada trabalhador disponibilizar uma pré-condição de estar atento a qualquer ato que venha por em risco o desenvolvimento do produto a ser consumido por outro cidadão de outro país.

Isso se faz através do emprego de conhecimentos morais e éticos adquiridos por cada trabalhador, que recebe treinamentos especializados visando dar o melhor tratamento a todo o processo de produção e exportação do produto. O aprimoramento de conhecimentos morais e éticos deve ser sempre buscado para melhorar cada vez mais o emprego de técnicas que fazem melhorar a obtenção de um melhor produto para exportação.

A honestidade, o respeito às regras e a capacidade de trabalho são importantes e decisivos fatores contribuintes de um bom desempenho do comércio exterior.

Para a empresa exportadora e importadora, sinalizada aqui como aquela instituição legal e contribuinte para uma boa performance do sistema de gerenciamento das trocas, deve-se creditar a solidez de propósitos nos negócios praticados, atendendo sempre a condição de só participar de atividades lícitas, quando se deve ►

comprar e vender produtos voltados para o bem da população e das nações.

Aos governos dos múltiplos países, resta apoiar e buscar as melhores leis para não prejudicar as sociedades em seus aspectos moral e ético, tentando com isso estabelecer regras que disciplinam a disponibilização de produtos e serviços para trocas internacionais sem agredir homem e o meio ambiente, importantes fatores que podem formar uma base de vida qualitativa cada vez melhor.

PORTO DE SANTOS - AÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Na visita de estudos ao Porto de Santos, houve um acentuado reco-



Alunos do 4º Ano de Administração de Empresas

nhecimento dos alunos do 4º Ano de Administração de Empresas, de que o ato integratório Faculdade - Porto de Santos, se constituiu no grande fator de melhoramento para seus conhecimentos ao se enfatizar a realidade da infra-estrutura Portuária Brasileira.

Participaram da visita 23 alunos, exercendo o grupo as seguintes atividades de programa:

- O início da visita se deu logo em seguida à chegada do grupo, quando seus integrantes se dirigiram para o Terminal de Contêineres do Grupo Libra – T37, o maior da América Latina, onde foram recepcionados pelos Palestrantes Djalma Costa Filho e Luiz Godoy, ambos Executivos de Vendas da Empresa, que ficaram à disposição dos alunos durante a visita.
- Após as boas vindas aos alunos, os Palestrantes iniciaram o trabalho de exposição, destacando ao longo da explanação o Porto de Santos e o Terminal de Contêineres do Grupo Libra,

oportunidade em que fora exibido um vídeo mostrando as atividades do Porto e da Empresa, abrangendo o setor de transporte, segurança, Importação e Exportação, bem como outras atividades consideradas secundárias.

- A palestra fora conduzida com brilhantismo pelos palestrantes, que se posicionaram sempre com muita precisão aos intensos questionamentos, dos alunos do IPH, durante o debate ocorrido.
 - Terminada a etapa de palestras, o grupo de alunos foi autorizado a tirar fotos do terminal, obedecendo, rigidamente, o horário estabelecido para a visita.
 - Após apresentar oficialmente as despedidas do grupo aos amáveis e competentes palestrantes, a visita teve prosseguimento no Estuário de Santos: local esse constituído, em toda a sua extensão, pelo canal que recebe os navios para as operações de embarque e desembarque de mercadorias destinadas à exportação e importação.
- À oportunidade, os alunos tiveram plena visão da infraestrutura portuária, abrangendo as duas margens do canal, uma pertencente à Santos e, a outra, ao município de Gua-



Alunos do 4º Ano de Administração de Empresas em Palestra

rujá.

- Considerou-se como destaque, na visita feita ao Estuário, a apresentação aos alunos de vários tipos de terminais de carga para granéis sólidos e líquidos e aqueles destinados às cargas em geral.

Na parte destinada aos terminais turísticos, houve grande interesse dos alunos pelo conhecimento das atividades dos navios Transatlânticos, envolvendo o embarque e desembarque de passageiros



Palestrantes Djalma Costa Filho e Luiz Godoy e Profª Vera Lúcia Galvani

durante a temporada de verão.

- Para concluir a visita, o grupo foi autorizado, pelo Sargento Petrucio da Capitania dos Portos de São Paulo, a se aproximar da Fragata Defensora da Marinha do Brasil para a realização de fotos externas.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O PORTO DE SANTOS

O Brasil sempre foi um país vocacionado para a agricultura desde os tempos de colônia. Sua grande área agricultável disponível, representa até hoje um enorme fator, que impulsiona o crescimento da economia.

Mas o Brasil tem-se transformado e, aos poucos, vai passando de país exportador de produtos primários para o de bens industrializados, além de diversificar a pauta de produtos exportados, quando apresenta uma maior variedade de produtos com maior valor de tecnologia incorporada ao seu fabrico.

A exportação, como a importação, depende fundamentalmente da eficiência da logística interna de cada país e de seus meios de transportes para realizar um bom comércio exterior; este passa a ser competitivo e dinâmico, na medida que seus transportes, e principalmente sua logística, sejam atualizados e modernos, de acordo com as transformações tecnológicas desse mesmo comércio.

Para se considerar moderno, o Porto de Santos, responsável



Alunos do 4º Ano de Administração de Empresas no Porto de Santos

pela maior parte das riquezas exportadas e importadas, tem feito um importante trabalho de modernização de suas instalações, a fim de poder atender às demandas de comércio exterior e dos serviços



Alunos do 4º Ano de Administração de Empresas no Porto de Santos

de cabotagem.

Primeiro Porto da América do Sul, tem recebido maciços investimentos na privatização e melhoria de suas instalações, desde quando ▶

se definiu pela Lei de Modernização dos Portos, em 1993, que previa o aperfeiçoamento de seu sistema administrativo e operacional.

Porém, é preciso o Porto continuar a melhorar, para atender ao desenvolvimento Brasileiro e às mudanças tecnológicas verificadas no comércio entre nações, seja na área burocrática, através da simplificação de procedimentos liberatórios de carga; na redução operacional do tempo de espera para embarque e desembarque de carga ou na própria atividade de receber e enviar carga com tempo menor de operação. Para isso, é necessário continuar os investimentos em obras, tais como:

1. Ampliação da capacidade do Porto no atendimento aos navios para embarque e desembarque de mercadorias. Nesse contexto, está inserido o alargamento do canal para recebimento de navios de grande porte, com capacidade de transporte de 10 mil contêineres, previsto para entrar em operação a partir de 2012. Com o alargamento do canal, dois navios de grande porte poderão cruzar simultaneamente, o que hoje é proibido pela autoridade marítima, por medida de segurança.

2. Dragagem, de aprofundamento do canal de acesso ao porto, para 17 metros, objetivando a recepção de navios de maior porte.

3. Construção de Túnel sob o Estuário de Santos, envolvendo os municípios de Santos e Guarujá, destinado à travessia obrigatória de cargas, para atendimento às operações do Porto

4. A longo prazo, está projetada a execução do projeto Barnabé/Bagres, que visa duplicar a capacidade de movimentação de carga, com destaque para o projeto de instalação de 50 berços de atracação de navios.

É de se ressaltar, que não se ganha renda exterior se não houver competitividade dos produtos produzidos internamente e, parte considerável dessa competitividade está localizada na operação dos transportes internos, na logística empregada para o manuseio da carga, desde a produção, armazenamento até a liberação para embarque ou desembarque no porto, envolvendo nessa última fase, o custo de operação portuária; importante fator na constituição dos custos totais, para a definição do preço de venda do produto a ser exportado.

Pode-se importar sem competitividade, mas exportar não, o que fica evidente é a necessidade de se acelerar as obras de eficiência do Porto, adequando-as ao nível de tecnologia empregado no comércio internacional de bens, caso se deseje ver o Brasil continuar a importar produtos na quantidade que deseja e precisa, quando se faz necessário obter renda externa para o pagamento das importações, vitais ao seu desenvolvimento.

Aos poucos, o Porto de Santos se aproxima dos padrões mundiais de modernidade:

1. Nos últimos anos, a movimentação de carga no Porto cres-

ceu em média 10,5%, representando um grande avanço nas suas operações. Atualmente o porto movimenta 70 milhões de toneladas/ano, 50% a mais do que movimentava no início da década, de acordo com os dados da Cia Docas do Estado de São Paulo – Codesp.

2. A produtividade, que relaciona o volume movimentado com a quantidade de pessoal empregado, quase triplicou nos anos entre 1996 e 2006. O ganho de eficiência nas operações portuárias, dessa forma, se expressa pela redução do Custo da Tonelada de mercadoria movimentada, beneficiando a todos usuários do Porto.

3. As mudanças tornam-se evidentes quando se compara o volume de carga movimentado com o custo total da mão de obra. Enquanto o volume triplicou, a massa salarial diminuiu em termos reais, fazendo com que a tonelada movimentada caísse de R\$ 26,00 por trabalhador em 1996, para apenas R\$ 4,97 em setembro de 2006.

4. A movimentação de contêineres mais do que duplicou em quatro anos de atividade do Porto, passando de 713,8 mil unidades, em 2001 para 1,478 milhão de unidades em 2005, o que resulta no crescimento médio anual de 20%. O movimento que era de 11 contêineres/hora na década passada, passou para 40 nos tempos atuais.

O resultado é a redução do custo movimentado de um contêiner, que caiu de US\$ 500,00 para US\$ 200,00, de acordo com recente estudo do BNDES- Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social.

5. Atualmente o Porto de Santos responde por 28% das exportações brasileiras, comportando uma movimentação de navios, que passou de 3.369 embarcações em 2001, para 5.535 em 2005, resultando em mais de 50% de aumento anual.

CONCLUSÃO DA VISITA

A iniciativa da visita teve como objetivo incentivar, aprimorar e estimular o desenvolvimento dos alunos para os estudos acadêmicos, além de reforçá-los em sua estrutura de conhecimentos, para atuarem como profissionais do Comércio Exterior.

Com a Lei no 8630/93 – Lei de Modernização dos Portos, o Porto de Santos tem sofrido mudanças freqüentes para se tornar cada vez mais eficiente, visto que todos os investimentos feitos em anos recentes têm se destinado à sua modernização, fazendo com que seja considerado cada vez mais moderno em suas instalações, para atender ao processo do desenvolvimento nacional.

Para finalizar, gostaria de expressar os agradecimentos em nome da Faculdade IPH, às empresas e às pessoas envolvidas no evento, enfatizando os nomes dos Senhores Djalma Costa Filho e Luiz Godoy, do Grupo Libra, cuja dedicação tornou possível o cumprimento da visita ■

SEMANA DO ADMINISTRADOR - IPH

Quarta Semana do Administrador. O evento teve a participação efetiva dos alunos, professores e convidados.

O Prof. Albino, em seu discurso falou sobre o momento festivo e sobre a importância dos eventos extracurriculares, na formação do futuro bacharel e o compromisso que a faculdade tem nessa formação. Enfatizou a institucionalização do lema "IPH é nosso"; lema consagrado pelo Prof. Jarbas Karman, Presidente do Instituto, já que o IPH é uma entidade sem fins lucrativos, bem como enalteceu o desempenho do Prof. Domingos M. F. Fiorentini, na Direção da Faculdade - IPH.

No mesmo ato, o Prof. Albino agradeceu a presença de todos e passou a palavra ao Prof. Domingos, que num belíssimo discurso exaltou a figura do administrador, fazendo um paralelo entre a administração atual e as perspectivas futuras, quer da administração de empresa, quer hospitalar. Muito aplaudido, o Prof. Domingos encerrou seu discurso realçando e agradecendo a inestimável colaboração dos professores, dos funcionários da



Alunas do 3º Ano de Empresas e Hospitalar - Sílvia P. Stori Guerra, Rosângela R. Pereira e Thais H. Lema



Prof de Legislação Tributária do 2º Ano Leonardo Romário Soares e Aluna do 3º ano, Rosângela Rodrigues Pereira



Prof. Leonardo Romano Soares, e aluna do 3º ano, Sílvia Pereira Stori Guerra.



Prof Alexandrino Lins Soares e aluna Thais Helena Lema.



Prof. Domingos Fiorentini

casa e daqueles que se devotam ao IPH.

A palavra a seguir foi dada ao Prof. Jarbas, cujo comparecimento constituiu motivo de prestígio para o evento. O seu discurso sensibilizou os ouvintes. Agradeceu nominalmente os membros da Comissão Organizadora da Semana do Administrador 2006 pela excelente organização e pelos renomados Palestrantes, que gentilmente atenderam ao convite. Exaltou as perspectivas e importância da profissão de administrador para o País. Encerrando, realçou a importância da Semana como agregadora de conhecimentos para todos.

O Prof. Albino apresentou e agradeceu a presença amiga do palestrante da noite, que

abriu a Semana do Administrador 2006 o Prof. Dr. Roberto Kanaane; lendo por ocasião da sua apresentação, o resumo do currículo do mesmo, no qual entre outros títulos, foram enfatizados o de Mestre e Doutor pela Universidade de São Paulo – USP; Docente de várias Universidades do Estado de São Paulo e de outros Estados; Coordenador de Cursos de Pós-Graduação; Conferencista e autor de diversos livros.

O corpo docente compareceu em massa. Os dois auditórios mantiveram-se lotados durante toda a semana. O entusiasmo e a aprovação das palestras pelos acadêmicos depreendiam-se pelas suas acaloradas discussões e troca de idéias.

Durante a Semana do Administrador 2006, palestras dos mais altos níveis, proferidas por eméritos Palestrantes, se sucederam.

Sem dúvida a Semana do Administrador atendeu, em cheio, os seus objetivos acadêmicos. ■



Jarbas Karman - Presidente do IPH e Luciano Matias da Silva - Encarregado da Informática



Prof. Roberto Kanaane



Vista do auditório



Prof. Sebastião Variane, Gerente Central Cassi



Prof Antonio Carlos Crespim e Prof. Sebastião Variane.



Sra. Estela Shigueko Arakaki, Gerente Adjunto de Atendimento - Cassi



Prof Antonio Carlos Crespim e Prof. Sebastião Variane.

PROGRAMAÇÃO DA SEMANA DO ADMINISTRADOR 2006

- 11/09** – Prof. Dr. Roberto Kanaane
Tema: Gestão de Pessoas
- 12/09** – Ministro Dr. José Gregori
Tema: Direitos Humanos no Brasil
- 13/09** – Dr. Sebastião Variane
Tema: Gestão do Conhecimento – Cassi
- 13/09** - Profª Patrícia de Toledo
Tema: Gestão por Competências – Hospitais
- 14/09** - Profº Marco Aurélio Manfrenotti
Tema: Neuroprogramação e Solidão
- 14/09** - Dr. Nacime Salomão Mansur
Tema: Privatização em Serviços de Saúde
- 15/09** - Profº Marcelo Bazzali
Tema: Liderança em Varejo
- 15/09** - Dr. Fabiano E. Costa
Tema: Mercado de Saúde Suplementar

COMISSÃO ORGANIZADORA

PRESIDENTE:

Prof. Antônio Carlos Crespim

MEMBROS:

Ana Elisa H. Garcia, Claudemir dos Santos, Fernanda M. Assayag, Kátia Janaína de Araújo, Jane Maria G. Antonângelo, Leonardo Milner, Maria Helena P. Serra, Maria Laudízia A. B. Chaves, Sandra Lúcia Fiorentini, Sílvia Carvalho, Sílvia Pereira S. Guerra, Soraia Azevedo, Vanessa C. Nascimento, Walter Budacs Jr.

SÃO CAMILO LANÇA ADH'2007

SÃO CAMILO - HOSPITALAR

O Centro Universitário São Camilo realizará o Adh'2007 – São Camilo – Hospitalar no período de 12 a 15 de junho de 2007, no Expo Center Norte em São Paulo, em parceria com a Hospitalar – 14ª Feira Internacional de Produtos, Equipamentos, Serviços e Tecnologia para Hospitais, Laboratórios, Clínicas e Consultórios.

Com o tema central, "Saúde Brasileira: um Compromisso de Todos para uma "Gestão Transformadora e Ética", o Adh'2007 – São Camilo dá abertura para uma extensa agenda de eventos científicos, sendo 11 congressos, 4 jornadas e 4 sessões pôsteres, conforme a programação abaixo.

- Adh'2007 – Congresso Nacional de Administração Hospitalar
- Enfquali'2007 – VIII Congresso Brasileiro de Qualidade em Enfermagem
- CQH'2007 – XI Congresso Brasileiro de Qualidade em Serviços de Saúde
- CONNUT'2007 – VII Congresso Nacional de Nutrição e Tecnologia Hospitalar
- XVII Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar e VIII Congresso Internacional de Engenharia e Arquitetura Hospitalar
- XII Congresso Brasileiro de Gestão Financeira e Custos Hospitalares e VIII Congresso Internacional de Gestão Financeira e Custos Hospitalares
- IX Congresso Brasileiro de Hotelaria Hospitalar
- VII Congresso Brasileiro de Auditoria Médico-Hospitalar
- III Congresso Brasileiro de Tecnologia da Informação em Saúde
- II Congresso Internacional de Marketing em Saúde
- II Congresso Brasileiro de Reabilitação

- V Jornada Brasileira de Gestão de Pessoas (RH) em Saúde
- V Jornada Brasileira de Ciências Farmacêuticas na Área Hospitalar
- V Jornada Brasileira de Diretores Clínicos e Gerentes Médicos
- III Jornada Brasileira de Gerenciamento de Riscos
- Sessão Pôster – Enfquali'2007 – VIII Congresso Brasileiro de Qualidade em Enfermagem
- Sessão Pôster – Connut'2007 – VII Congresso Nacional de Nutrição e Tecnologia Hospitalar
- Sessão Pôster – CQH'2007 – XI Congresso Brasileiro de Qualidade em Serviços de Saúde.
- Sessão Pôster – VII Congresso Brasileiro de Auditoria Médico Hospitalar.

Reservas e Informações:

www.scamilo.edu.br
eventos@scamilo.edu.br



REVES CAP

Garantia de rentabilidade e satisfação dos seus clientes.

Unidade móvel de prevenção câncer

Veículos Especiais

Projetos e Construção



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

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



INFORMAÇÕES
11 6624-0081
www.revescap.com.br

HOMENAGEM AO MESTRE, AMIGO E COLABORADOR RAUL BOLLIGER JÚNIOR

Homenagem que o IPH, professores e amigos, prestam ao emérito engenheiro e brilhante matemático, que tanto contribuiu para o aprimoramento do sistema de ar condicionado e introdução de importantes e geniais inovações.

Homenagem que a Revista IPH presta ao colega e colaborador, pelo muito que enriqueceu as suas edições, com as suas originais pesquisas.

Homenagem que pessoalmente presto ao Querido Amigo e Companheiro de tantos anos, que sempre admirei; sempre afável, paternal, muito humano e muito ético, sempre pronto a ajudar; modesto e humilde, como soe é dado ser a corações generosos e a privilegiadas mentes.

Como comovida homenagem, nós todos, dedicamos saudosamente ao Amigo, Colaborador, Cientista e Exemplo de Cidadão, a capa da nossa Revista.

Jarbas Karman

Mestre Raul Bolliger Jr.

Texto transcrito do SMACPAPER Nº 150, com permissão de SMACNA Brasil - www.smacna.com.br

"Desde janeiro de 1994, fomos brindados, todos os meses, com textos irrepreensíveis, passando a constituir a valiosa série de Boletins Técnicos da Smacna Brasil (Smacpapers) gerados, sob dedicação ímpar, pelo talento e inspiração do Mestre Raul Bolliger Jr.



Fotos do Engenheiro Raul Bolliger Júnior como membro da Comissão de Estudos da NBR-7256, na ABRAVA (acima) e como um dos homenageados em dezembro de 2005, pela conclusão da Norma 7256, no Clube Harmonia de Tênis.

O último deles foi liberado em 26 de maio de 2006, edição no 149, versando sobre "A Carga Térmica Associada ao Ar Exterior de Renovação no Verão". Naquela oportunidade, o estado de saúde do Mestre Raul Bolliger Jr. já entrava em declínio, resultando na sua sentida perda em 15 de Julho.

O Smacpaper nº 150, que não chegou a ser editado, sob a tutela do Mestre Raul, ganha forma e essência, em mais uma homenagem póstuma, onde é traçado um comovido perfil do homem e da obra, dentre tantas manifestações de saudades, agora gerado pelo Prof. Dr. Antonio Luis de Campos Mariani, parceiro do Mestre Raul em várias de suas brilhantes alianças, uma delas o "Programa Smacna de Educação Continuada em Tratamento de Ar".

Oportuno, por fim, salientar que a série

"Smacpaper" deverá ter continuidade em 2007, provavelmente com novo formato, mas, com certeza inspirada nos sábios conceitos do Mestre Raul."

Respeitosamente,
Osmar G. Silva
Vice-Presidente Executivo

PROFESSOR ENGENHEIRO RAUL BOLLIGER JÚNIOR

Por Antonio Luis de Campos Mariani

"INTRODUÇÃO

O segmento de Ar Condicionado, Refrigeração, Ventilação e Aquecimento, conhecido pela sigla em inglês – HVAC-R, perdeu um de suas mentes mais brilhantes e tecnicamente capacitadas dentre aquelas que estiveram atuantes nos últimos 50 anos. Trata-se do Eng. Raul Bolliger Junior com quem eu tive a satisfação de

conviver intensamente nos últimos 12 anos. Faço a tentativa de apresentar um resumo de sua extensa trajetória com intuito de colaborar com o registro sobre este personagem de destaque na história do Ar Condicionado no nosso país.

O INÍCIO DE SUA CARREIRA

Raul formou-se engenheiro civil na Escola Politécnica da USP em 1952 e iniciou sua carreira profissional no escritório de seu pai, também engenheiro formado pela Poli. Depois de cerca de 6 anos de formado, deparou-se com o desafio de integrar um sistema de ar condicionado a uma residência de alto padrão, projetada por renomado arquiteto. Surgiram diversos problemas, sendo que dentre eles, o

projeto original da rede de distribuição de ar conflitava com as propostas de arquitetura e da engenharia civil. O eng. Raul, responsável pela parte da engenharia civil, criticou e foi convidado a refazer o projeto do sistema de ar condicionado, viabilizou nova proposta para o mesmo. A empresa responsável pelo ar condicionado, que se chamava CEBEC, aprovou e valorizou as soluções apresentadas, fazendo um convite para que ele ingressasse no seu quadro funcional, iniciando assim sua longa e brilhante carreira na área de HVAC-R.

INGRESSANDO NO AR CONDICIONADO

O engenheiro Raul iniciou sua nova atividade seguindo a metodologia que manteve durante todos os mais de 50 anos de sua carreira profissional: foi estudar e aprofundar-se na ciência do ar condicionado. Neste posto realizou inúmeras obras de conforto, industriais e instalações especiais de ar condicionado, ventilação e refrigeração em todas as regiões do país. Atuou projetando, instalando e resolvendo inúmeros problemas muitas vezes considerados "insolúveis", fez a verdadeira engenharia neste segmento. Destacaram-se obras de tratamento de ar aplicado a instalações industriais e o grande conjunto de soluções adotadas nos edifícios de Brasília, cidade que acompanhou sua implantação durante quase uma década.

Realizou estágios no exterior, especialmente nos EUA e na Alemanha, enriquecendo sua cultura técnica, trocou experiências com profissionais destacados de diversas origens, sempre com sua constante e persistente vontade de conhecer e aprofundar soluções detalhadas em modelos matemáticos que espelhavam sua sólida formação em cálculo e física aplicada.

Tornou-se um profissional completo, profundo conhecedor dos fundamentos de sistemas de tratamento de ar, tendo afinidade ímpar com a psicrometria, um de seus temas prediletos. Tratava com propriedade os sistemas acessórios e complementares de uma instalação, como os sistemas de contro-

le, e os elétricos.

Na sua fase de maturidade técnica começou a praticar, de modo sistematizado, o que sempre fez durante toda sua vida profissional: ser mestre, difusor do conhecimento, professor de todos que o procuravam.

Integrou-se ao Comitê Científico da SMACNA, onde contribuiu de modo intenso por quase 15 anos. Passou a realizar múltiplas atividades de difusão técnica, redigindo o boletim técnico Smacpaper, com 149 exemplares publicados, preparando 20 Sessões Técnicas da SMACNA, apostiladas e com apresentações em São Paulo e no Rio de Janeiro, participando das Sessões Ilustrativas sobre TAB, parceria SMACNA – SENAI-SP, Sessões Técnicas SMACNA – ABRAVA. Em 1997 formatou e redigiu o conteúdo do Programa Smacna de Educação Continuada em Tratamento de Ar, que foi revisado e ampliado em edições posteriores. Escreveu e publicou diversos artigos em Congressos Nacionais e Internacionais, em revistas, destacando-se nos últimos tempos uma sessão na revista Abrava chamada "Caso Prático". Como seu parceiro em algumas destas atividades, sou testemunho de seu compromisso com a qualidade, reescrevendo inúmeras versões de textos, na incansável busca pela inatingível perfeição.

Colaborou de modo importante no debate dos modelos que foram propostos ao final da década de 90 para estabelecer a distribuição de ar externo em sistemas de Ar Condicionado que atendem espaços múltiplos ("multiple spaces"). Criticou o equacionamento proposto pela norma ASHRAE 62, apresentando através das instituições SMACNA / Chapter Brasil da ASHRAE, estudos e simulações que comprovavam que havia limitações no modelo proposto pela norma. Sua contribuição foi enviada ao Comitê que revisava a norma, e certamente foi um dos fatores que levaram a que o equacionamento para "multiple spaces" tivesse sua aplicação limitada na revisão de 2004.

Aceitou meu convite para retornar à Escola

Politécnica da USP, agora como professor colaborador em um curso abordando "Sistemas de Distribuição de Ar e Água" no PECE – Programa de Educação Continuada em Engenharia. Foi co-orientador de trabalhos de formatura, participando também como membro de bancas de trabalhos de conclusão de curso.

Foi um profissional entregue de corpo e alma à tarefa de estudar e modelar, calcular e ensinar com farta generosidade o muito que sabia sobre Sistemas de Tratamento de Ar e seus assuntos correlatos.

Nas suas palestras e apresentações, aprimorou-se na forma de fazê-las, recheando sua modelagem com casos e situações que havia enfrentado. Casos que foram pouco a pouco reformatados na sua forma de apresentação, relacionando teoria e prática de modo concreto e pertinente. Brincava com os ensinamentos que trazia de seus professores, repetindo a frase do Prof. Remi Benedito da Silva: "Siga a ASHRAE, pois se errar com a ASHRAE está errando com toda a humanidade, mas se errar com outro autor, erram só vocês dois". Tinha bom humor!, nos divertia com suas piadas, histórias de situações peculiares, o que tornava agradável a tarefa de estudar os sistemas de ar condicionado.

Raul recebeu a primeira edição do "Troféu Fair Play", entregue na cerimônia anual de premiação de obras, denominada "Destaque do Ano", promovida pela SMACNA. Interagiu com instituições na área farmacêutica como o ISPE, na área hospitalar, como o IPH, contribuiu com diversas normas técnicas da ABNT, e recomendações técnicas da ABRAVA.

Consensualmente personalidade ímpar, atencioso, generoso, dedicadíssimo, estudioso, divertido, deixou-nos seu exemplo e sua obra primorosa em modelos analíticos revisados muitas vezes em busca de um contínuo aperfeiçoamento. Tecnicamente de postura humilde, sentia profunda satisfação ao verificar que seus ensinamentos eram compreendidos e aplicados com sucesso. Posturas de verdadeiro MESTRE, de quem sentimos muitas saudades!" ■

NOVOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO DO IPH

CURSO DE GESTÃO EM ESPORTES, ATIVIDADE FÍSICA E LAZER

A crescente importância do esporte e da atividade física, para a sociedade atual, tem promovido uma crescente necessidade na aquisição e atualização de conhecimentos dos profissionais e uma exigência maior dos clubes, associações, academias, órgãos públicos e empresas do setor esportivo.

A área de esportes e de atividades físicas abrange uma ampla gama de conhecimentos em administração, marketing, ética, finanças, direito, gestão de pessoas e liderança, além do conhecimento técnico e em administração esportiva.

A coordenação e as aulas estão a cargo dos Professores Sérgio R. S. Resende, Álvaro F Paoliello e Emilio Marchetti, todos formados pela Escola de Educação Física da USP - Universidade de São Paulo

CURSO DE ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO DE CLÍNICAS DE MEDICINA ESTÉTICA E VASCULAR

O Curso disponibilizará aos profissionais de saúde, os tipos de tratamento mais atualizados na área de Medicina Estética e Vascular e os conhecimentos de Administração, Planejamento, Gerenciamento e Aperfeiçoamento de Clínicas Estéticas e Vasculares.

A Coordenação do Curso está a cargo do Prof. Dr. Paulo Danila do IBEMEV - Instituto Brasileiro de Ensino de Medicina Estética e Vascular - Av. Rebouças, 1458 - Jardim América-CEP 05402-100, Tel. (11) 3062-0100 - www.ibemev.com.br - curso@ibemev.com.br

EMPRESA JUNIOR

Atendendo a reiteradas consultas, informamos:

"Empresa Júnior é uma Associação Civil, sem fins lucrativos, constituída exclusivamente por alunos de Graduação de Instituições de Ensino Superior".

Tem por finalidade prestar serviços e desenvolver projetos para empresas, sob a supervisão de professores e profissionais especializados.

SEUS OBJETIVOS PRINCIPAIS SÃO:

- Proporcionar ao estudante aplicação prática de conhecimentos teóricos, relativos à área de formação profissional.
- Intensificar o relacionamento Empresa/ Escola.
- Facilitar o ingresso de futuros profissionais no mercado de trabalho.
- Contribuir para a sociedade, através de prestação de serviços, proporcionando um

trabalho de qualidade, a preço acessível.

SEUS CLIENTES PRINCIPAIS:

- O Aluno – É o principal cliente da Empresa Junior, cuja missão é buscar seu desenvolvimento pessoal, profissional e acadêmico, através da prestação de serviços.
- Micro, pequenas e médias empresas – A qualidade do serviço (garantida pela orientação dos professores) e o baixo custo tornam acessíveis os serviços desse segmento de consultores.
- Instituição de Ensino – As Instituições de Ensino Superior, que contam com Empresa Junior, a exemplo da Faculdade de Administração do IPH, têm possibilidade de oferecer aos seus alunos oportunidade de desenvolvimento e treinamento prático.

Walter Ribeiro
Gerente Administrativo do IPH ■

LEI DOS HOSPITAIS Nº 14.242, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2006

Dia 29 de Novembro de 2006, deu-se a promulgação, pelo Prefeito Dr. Gilberto Kassab, da Lei dos Hospitais.

Acontecimento esse, dos mais importantes, ansiosamente aguardado pelas Instituições de Saúde e pelos Arquitetos e Engenheiros da Capital.

A Lei anteriormente vigente, praticamente "engessou" os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, por, entre outras restrições, não permitir

acréscimos ou novas edificações de saúde em logradouros com menos de 20m de largura.

A aprovação da Lei deveu-se à decisiva atuação do médico, Vereador Dr. Paulo Frange.

O IPH não poderia deixar de se associar à satisfação geral da classe médica e hospitalar, e de aqui prestar a sua homenagem ao Vereador e Amigo Dr. Paulo Frange pelo importante feito.

I JORNADA DE ÉTICA NA ADMINISTRAÇÃO E METODOLOGIA CIENTÍFICA DO IPH

Em junho último, realizou-se na Faculdade de Administração do IPH a I Jornada sobre Ética na Administração e Metodologia Científica, tendo como tema: "A construção de uma práxis ética", sendo prestigiada na abertura do evento com palavras proferidas pelo nosso querido coordenador Prof. Albino Salgueiro. Buscou-se imprimir uma interdisciplinaridade entre as disciplinas ministradas no 2º e 3º anos de Ética na Administração e Metodologia Científica, pelas respectivas professoras Maria Regina Miranda Grubba e Fernanda de Macedo Assayag; ocasião em que os alunos apresentaram trabalhos variados, versando sobre o tema central, relativo às empresas em que atuam ou outras referenciadas na mídia, ou em publicações científicas. Os alunos puderam apresentar seus trabalhos em formato pôster ou oral, sendo orientados pelas mesmas professoras e avaliados em banca composta por estas e pela professora convidada Vera Lúcia Galvani docente da disciplina Co-

mércio Exterior, atendendo a critérios metodológicos pré-estabelecidos.

Os alunos mostraram grande empenho e puderam se exercitar na produção científica de resumos e trabalhos; constituindo estímulo para trabalhos futuros para encontros e congressos, bem como, para reflexão quanto a posturas éticas assumidas pelas empresas com relação a "stakeholders" - os envolvidos que afetam e são afetados pela ação das empresas.

Vários trabalhos se destacaram, porém citaremos aqui apenas alguns trabalhos, como o apresentado pelo grupo de alunos que atua na empresa Carrefour, sob o título "Pró-Ética: Código de Ética do Grupo Carrefour", onde todos puderam conhecer uma experiência bem sucedida. Registra-se aqui a apresentação oral afinada dos alunos Fabrício, Herculano, Isaias e Valter.

Destacamos, também, o trabalho apresentado, em forma de pôster, pelo aluno Anselmo, "Ética a um clique: uma nova ferramenta de apoio na disseminação de

conhecimentos em Ética na Administração", o qual criou um site da disciplina de Ética em Administração, com matérias de aula, seminários dos alunos e artigos da atualidade, fruto do esforço de todo o semestre. Para quem quiser conferir, acessar <http://anselmo.tavares.vilabol.uol.com.br/etica/inicial.htm>

Outro trabalho interessante foi a pesquisa realizada pelos alunos Sérgio, Cilene e André Luiz, que realizaram uma pesquisa, com os alunos da classe, sobre Assédio Moral no Trabalho. Na área Hospitalar destacou-se o trabalho sobre Management Care, realizado pelas alunas Silvia, Kátia e Raquel.

As alunas do 3º ano, Taís e Silvia, trouxeram um tema atual e polêmico sobre a utilização de animais em pesquisas científicas, sob o título "A exclusão de testes laboratoriais em animais por empresas bioéticas", o que suscitou bastante interesse e discussão entre os participantes do evento.

Parabenizamos a todos e desejamos, no próximo ano, dar continuidade a este trabalho, realizando a II Jornada. ■

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ARQUITETURA DE SISTEMAS DE SAÚDE

Curso altamente especializado a ser dado, de Março a Novembro de 2007, em Brasília, no Centro Universitário UNIEURO, Tel. (61) 3445-5786 / www.unieuro.com.br

COORDENAÇÃO: Arqº Márcio Nascimento de Oliveira, MSc.

CARGA HORÁRIA: 360 horas/aula, divididas em 16 módulos, sendo 1 semana, de 45 horas, por mês.

INSCRIÇÕES: de 29.01.07 a 12.03.07

CERTIFICADO: "Especialização em Arquitetura de Sistemas de Saúde"

PÓS-GRADUAÇÃO UNIEURO LATO SENSU

Especialização em ARQUITETURA DE SISTEMAS DE SAÚDE

OBJETIVOS GERAIS:

A área da saúde vem incorporando, a cada dia, novas tecnologias na prestação dos serviços de assistência, ocasionando um significativo incremento na complexidade do funcionamento destes serviços. Da mesma forma, o aperfeiçoamento contínuo dos modelos e políticas assistenciais, dos aspectos legais e da normatização, demanda um conhecimento técnico cada vez mais aprimorado por parte dos profissionais envolvidos na prestação destes serviços.

Observa-se, ainda, que as mudanças gradativas na forma de atenção à saúde, com ênfase colocada cada vez mais na saúde familiar, na medicina preventiva e nos tratamentos ambulatoriais, vêm alterando a relação entre a cidade e os estabelecimentos de saúde, que se tornam cada vez mais especializados, interconectados e integrados ao tecido urbano.

Neste contexto, o Curso de Especialização em Arquitetura de Sistemas de Saúde visa preparar profissionais para atuar no planejamento e no projeto dos recursos físicos e tecnológicos, seus componentes, suas relações com os usuários e atividades inerentes ao processo de prestação de serviços de saúde, incluindo os aspectos mais atuais relativos à incorporação de novas tecnologias.

PÚBLICO ALVO:

Arquitetos ou Engenheiros, que tenham como objetivo atuar na elaboração, análise ou gerenciamento de projetos e obras de serviços de saúde, com destaque para os técnicos, funcionários ou gestores de instituições integrantes da rede prestadora de serviços de saúde, além de secretários municipais e estaduais, vigilâncias sanitárias, hospitais universitários e entidades filantrópicas.

Podem também participar profissionais de outras áreas, tais como sanitários, hospitais universitários e entidades filantrópicas, desde que tenham cursado o curso de graduação em uma das áreas de arquitetura, engenharia ou enfermagem, podendo ser admitidos para cursarem os módulos de extensão.

A ABDEH e a atenção com o edifício hospitalar

A partir da perspectiva que as questões de saúde têm alcançado cada vez mais relevância na discussão sobre a sua representatividade nas ações assistenciais, o edifício hospitalar tem importância estratégica. Da mesma forma, acompanhando esta evolução tem procurado compatibilizar com as inovações tecnológicas em todos os segmentos que envolvem a sua função.

E nesta proposta o Brasil passa a ter um papel fundamental de organização e apresentação das suas experiências através da Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar – ABDEH.

A ABDEH é uma entidade jovem se comparada à história das edificações hospitalares, com pouco mais de uma década de existência. Porém traz em seus quadros a experiência de seus associados em sua expressiva multidisciplinaridade, seu mais expressivo patrimônio. Temos, atualmente, representações de profissionais das grandes áreas do conhecimento vinculadas ao funcionamento do edifício hospitalar: médicos, enfermeiros, arquitetos, as diversas especialida-

des da engenharia, administradores hospitalares, gestores, odontólogos, designers de interiores, farmacêuticos, biólogos e muitas outras.

Esta amplitude de categorias profissionais é um mérito particular, pois dentre semelhantes associações existentes em todo o mundo, somente no Brasil conseguimos estabelecer a relação de transdisciplinaridade necessária ao crescimento do conhecimento do ambiente hospitalar. De todas as instituições vinculadas à International Federation Hospitalar Engineering – IFHE, organização responsável mundialmente pelas entidades que lidam com a edificação hospitalar, nenhuma outra trabalha com esta diversidade de profissionais e de experiências. Na América Latina somente Brasil, Argentina, Uruguai e México estão vinculadas à IFHE. A ABDEH possui atualmente aproximadamente 400 associados pessoas físicas e 40 associados pessoas jurídicas (empresas, instituições públicas e privadas) em todos os estados do Brasil onde temos as representações regionais.

Recentemente, em agosto/2006, realizamos o II Congresso Brasileiro da ABDEH que

teve a participação de 250 congressistas de todas as regiões do Brasil discutindo o tema principal Hospital e Utopias: Tecnologias, Humanização e Sustentabilidade, objeto de abordagens sob importantes visões e perspectivas.

Nesta mesma data ficou estabelecido o calendário para a realização do III Congresso para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar e I CONGRESO LATINOAMERICANO PARA EL DESARROLLO DEL AMBIENTE DE SALUD a ser realizado em Porto Alegre – RS em agosto de 2008. O tema já está definido e convidamos a todos a participarem enviando trabalhos sobre O AMBIENTE DE SAÚDE NO BRASIL E AMÉRICA LATINA: Diversidades e Desafios

Estamos nos preparando para em 2008 realizarmos o maior evento brasileiro sobre o assunto e promovê-lo à condição de mais importante fórum de discussões sobre o edifício hospitalar em toda a América Latina.

Fábio Bitencourt e Flávio Kelner
www.abdeh.com.br
Tel.: (11) 5056-1454 ■

Clic Saúde inaugura Fórum de Discussão sobre construção hospitalar

O portal Clic Saúde traz mais uma novidade interessante aos arquitetos e engenheiros da área hospitalar: o Fórum Clic Saúde. O objetivo é debater temas polêmicos que envolvem a construção e gestão hospitalar. Além de contribuir com temas, os profissionais podem tirar suas dúvidas e ouvir a opinião dos nossos mediadores, todos arquitetos e administradores com larga experiência na área.

Vale lembrar que o intuito do portal é ajudar os profissionais a encontrarem, num único site, as mais diversas informações sobre o



universo hospitalar, como notícias, legislação, teses, artigos, cursos, livros e as principais novidades conceituais e tecnológicas.

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

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

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

Telefone: (43) 33280218

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



26th International Public Health Seminar Pretoria, South Africa - August 13th - 19th, 2006



Grupo de Saúde Pública/UIA, em Pretória - África do Sul, reunidos no pátio do Hotel, mostrando, ao fundo, a reserva dos leões, por ocasião da realização do XXVI Seminário Internacional da UIA/PHG - União Internacional de Arquitetos no período de 13 a 19 de Agosto de 2006.



Circulação Geral, ladeada pelos jardins e pelos prédios que integram o The Lebowakgomo Hospital

GRUPO DE SALUD PUBLICA DE LA UNION INTERNACIONAL DE ARQUITECTOS UIA -PHG

¿QUE ES EL GRUPO DE SALUD PUBLICA DE LA UNIÓN INTERNACIONAL DE ARQUITECTOS UIA - PHG?

El UIA - PHG es uno de los grupos de trabajo de la UIA, la Union International des Architects, la Unión Internacional de Arquitectos.

Fue fundado en el año 1955 y cuenta en la actualidad con 46 miembros y 64 invitados de 40 Países que lo conforman, alrededor del mundo.

VISION

Dentro del contexto filosófico de la UIA es la visión de la UIA -PHG, que la salud pública mundial puede beneficiarse con la dedicación de arquitectos que provean de eficientes y estéticos construcciones ▶



Palestrante durante a exposição do seu "paper"



Apresentação de trabalhos dos Congressistas no CSIR Conference Centre



Vista de uma sessão no auditório do CSIR Conference Centre



O grande auditório do CSIR Conference Centre literalmente tomado pelos Congressistas da UIA/PHG e pelos representantes de vários países da África

para la Atención de Salud, y de un medio ambiente que contribuya a una más rápida recuperación del paciente, así como también al mejoramiento de la operación y satisfacción del recurso humano.

DECLARACIÓN DE MISIÓN

Para acompañar esta visión, la UIA – PHG debe compartir sus conocimientos y experiencias no solo con el grupo, sino también con otros arquitectos, ingenieros, consultores, administradores, proveedores, organizaciones de Atención de Salud y gobiernos.

El UIA – PHG debe también iniciar proyectos de investigación que contribuyan a mejorar la calidad de las construcciones de Atención en Salud y del medio ambiente.

PLAN

En concordancia con la Declaración de Misión, el UIA – PHG organiza

cada año un Seminario en uno de los países miembro para compartir la información a través de presentaciones, sesión de posters y discusiones entre sus participantes.

Los interesados en la temática de las construcciones para la Atención de Salud, tanto personas como organizaciones serán invitados para contribuir o participar en estos Seminarios, especialmente si se trata del distrito de la UIA, donde el Seminario se lleve a cabo.

Para ayudar a la diseminación de la información, los contenidos del Seminario serán publicados en un libro o un CD, o de ambas maneras.

Serán llevados a cabo contactos regulares con la UIA misma, con otros programas de trabajo de la UIA y con organizaciones tales como:

- IHF (International Hospital Federation)
- WHO (World Health Organisation)

- EU Commission of Healthcare
- IFHE (International Federation of Health care Engineers)
- EU-HPN (European- Health Property Network)
- GUHPA (Global University Health Programme for Architecture)

Estos contactos se llevarán a cabo mediante la distribución de Newsletters, como de otra información escrita y a través de contactos personales del Director, así como también de otros miembros del PHG.

La colaboración con algunos de estos Institutos, como compartir conferencias o proyectos de investigación, contribuye a crear una simbiosis especial.

Para ayudar a la comunicación cada trimestre un Newsletter será distribuido por el Director y un sitio web: www.public-health-group.org, que proveerá la oportunidad de dar y recibir mas información acerca de las actividades del UIA – PHG.

TEMAS

EL UIA – PHG focalizará en sus Seminarios, su conocimiento y expertise en un limitado numero de temas. Los temas de un Seminario serán seleccionados de un numero de temas que serán discutidos y si

fuera necesario modificados en cada reunión anual.

Actualmente los temas son los siguientes;

CICLO ECONÓMICO DE VIDA PARA LAS CONSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN DE SALUD

De que manera el diseño de construcciones para la Atención de Salud y su medio ambiente contribuye a un eficiente ciclo de vida.

Aspectos:

- Mantenimiento, ahorro de energía, sustentabilidad, materiales
- Adaptabilidad, flexibilidad
- Organización, modalidades y modelos de Atención, logística

EL MEDIO AMBIENTE SALUDABLE Y EL DISEÑO BASADO EN EVIDENCIA

El medio ambiente construido para contribuir al proceso de recuperación de la salud y a la productividad del recurso humano.

Aspectos:

- diseño de interiores, señalización , colores, sonidos
- espacios sociales, jardines
- privacidad, habitaciones con una cama, seguridad

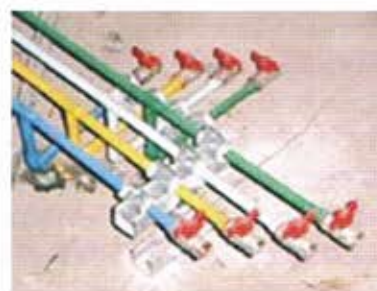


A Enimed fornece e instala régua de gases medicinais (painéis de cabeceira), montadas em alumínio com sistema de abertura frontal que possibilita maior facilidade de limpeza e manutenção. Com acabamento em epóxi a pó, curado em estufa a 200° C, em várias cores padronizadas, garantindo durabilidade e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

Rede de Fluidos

Especializada também no Projeto e Montagem de Redes de Fluidos Medicinais, Canalização de água quente, Centrais de ar Comprimido e vácuo.

Além disso, a Enimed presta serviços especiais de limpeza de tubulação de Ar Comprimido e Vácuo Clínico



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



Grupo dos Congressistas durante um Hospital Visit Tour



Outra vista da Circulação Geral

INFORMACIÓN Y TECNOLOGÍA DE COMUNICACIÓN

Aspectos:

- disminución de papeles en los Hospitales
- E - health

PRINCIPIOS Y PRACTICAS DE COSTOS

Aspectos:

- costos comparativos
- asociaciones publica y privadas

EVALUACIÓN DEL DISEÑO

Aspectos:

- evaluación post habilitación
- sistemas de monitorio
- criterios de diseño

ORGANIZACIÓN

La organización del PHG esta compuesta por: un Director, miembros ejecutivos, miembros oficiales, miembros asociados, miembros eméritos e invitados

Todos los miembros tienen que estar registrados como arquitectos en sus países de origen

Todos los miembros tienen derecho a voto en la reunión anual del UIA - PHG

El director es elegido por la Asamblea General de la UIA, por un periodo de tres años. El director debe estar nominado por la Federación de Arquitectos (Organismo Nacional) de su país y se requiere la presentación del Curriculum Vitae.

Los miembros ejecutivos son elegidos por el Director, son las personas de contacto de las regiones de la UIA, y ellos apoyan al Director en asuntos concernientes a las regiones.

Los miembros oficiales son nominados por la federación de archi-

tectos de sus respectivos países, para representar sus organizaciones en le UIA / PHG. Junto con la nominación, el Curriculum Vitae de la persona nominada debe ser enviado al Director con antelación a la reunión anual.

Los miembros asociados son nominados por un miembro oficial, junto con el Curriculum Vitae, con antelación a la reunión anual. Para convertirse en miembro asociado se debe haber participado en más de un Seminario anual UIA – PHG, y debe haber presentado personalmente como mínimo una Ponencia, previa a dicha nominación.

Los miembros eméritos son miembros retirados (oficiales o asociados), los cuales desean continuar recibiendo información sobre el UIA – PHG.

Los invitados son aquellas personas que asisten a por lo menos un seminario anual. Ellas son incorporadas en la lista de correo como personas interesadas en el UIA – PHG. Estas personas conforman el grupo de potenciales miembros asociados, no podrán participar en la Reunión Anual, a no ser que hayan sido especialmente invitadas por el Director.

SEMINARIOS

El Seminario Anual es el principal medio en que se provee conocimiento y de información, este es organizado en uno de los Países Miembros UIA elegido como lugar por la Reunión Anual. Para la estructura del Seminario, un máximo de tres temas será seleccionado. El idioma oficial de los Seminarios es el inglés.

Para asegurar de que el contenido de las presentaciones se adecue a los temas establecidos y dar suficiente tiempo para nueva información, un comité científico será establecido por el Director y los organizadores del Seminario.

El modelo general del Seminario es el siguiente:

- Uno o dos días de visitas guiadas a establecimientos de Salud
- Dos días de Seminario, de los cuales la ultima tarde es dedicada para discusiones en talleres por tema. Esto culminará con una sesión plenaria de discusión y conclusiones.



Lanche e descanso no jardim do The Lebowakgomo Hospital, após visita às suas instalações

- En la mañana del tercer día se realizará la Reunión Anual para sus miembros.

Es importante determinar por adelantado el método por el cual los contenidos del Seminario serán publicados y como serán financiados.

El financiamiento del Seminario esta mayormente afectado por la obtención de sponsors, a esto se agrega el pago por el Seminario y las visitas guiadas. Por lo que será muy importante tener en cuenta, las sesiones de posters, y la presentación del mercado para la materialización del recurso físico en salud para contratistas,

abastecedores, consultores y profesionales de otras disciplinas.

NEWSLETTER

Cada trimestre el Director distribuirá al PHG un documento informativo llamado Newsletter.

Esta Newsletter también podrá ser enviado a otras organizaciones con las que se tenga contacto, por otro lado se fomentará que los Miembros de la Secretaría General de la UIA a contribuyan con el Director con nuevos items para la Newsletter.

WEBSITE

La pagina web, www.public-health-group.org, será en parte un sitio web abierto, para uso de todos, y en parte "for members only" (para miembros solamente), con información específica. Para este ultimo será necesario el uso de un password o contraseña, de todos modos, este sitio no esta completamente finalizado.

La Newsletter y los contenidos para el Seminario serán publicados en el sitio web. Dentro de la sección for members only, se podrá acceder a la dirección e-mail de los miembros e invitados. La dirección de correo postal solo podrá ser obtenida a través del Director.

Documento original versión en Ingles del Arq. Luub Wessels, Director UIA - PHG

Traducción al español Arq. Astrid-María Debuchy



Pisos de alta performance
e ambientes de tráfego intenso.
É melhor você decidir rápido.

Disponível em mantas homogêneas, com grande resistência a manchas e reduzido custo de manutenção, Pavifloor é um revestimento vinílico de alta performance perfeito para ambientes de tráfego intenso, como escritórios, bancos, correios, restaurantes e grandes lojas. Importado da Europa e distribuído no Brasil, exclusivamente, pela Fademac, Pavifloor oferece, ainda, 10 anos de garantia, desde que instalado e conservado de acordo com as normas Fademac.

FADEMAC
A base de tudo

0800.119122 www.fademac.com.br

UIA - PUBLIC HEALTH GROUP

WHAT IS THE UIA PUBLIC HEALTH GROUP ?

The UIA - PHG is one of the working bodies of the UIA , the Union International des Architects or International Union of Architects.

It was founded in 1955 and currently has 46 members and 64 guests from 40 countries in the world.

VISION.

Within the context of the UIA philosophy it is the vision of the UIA-PHG that world public health can profit by the dedication of architects to provide efficient, aesthetic health care buildings and an environment that can contribute to a more rapid healing of the patients as well as an improvement in staff operations and satisfaction.

MISSION STATEMENT.

To accomplish this vision the UIA-PHG should share its knowledge and experience not only within the group but also to other architects, engineers and consultants, health care managers and providers, health care organisations and governments. It should also initiate research projects that contribute to better health care buildings and environments.

PLAN.

In accordance with its mission statement, the UIA-PHG will each year organise a seminar in one of the member countries to share its information through presentations, poster sessions and discussions.

Other in health care building interested individuals and organisations will be invited to contribute or to be present at these seminars, especially from the UIA district where the seminar takes place.

To aid in the dissemination of information, the seminar proceedings will be published in a book or a CD, or both..

Regular contacts will be made with the

UIA itself, other UIA working programmes, and organisations like:

- IHF (International Hospital Organisation)
- WHO (World Health Organisation)
- EU Commission of Healthcare
- IFHE (International Federation of Health care Engineers)
- EU-HPN (European- Health Property Network)
- GUHPA (Global University Health Programme for Architecture)

These contacts will be made by distribution of newsletters and other written information and through personal contacts by the Director and other PHG members.

Collaboration with some of those institutes, like shared conferences or research projects, can create a special symbiosis.

To add to communication every trimester a Newsletter will be distributed by the Director and a Website (www.public-health-group.org) will provide the opportunity to get and give more information about the activities of the UIA PHG.

THEMES.

The UIA PHG will focus its knowledge and expertise for the seminars on a limited amount of themes. The themes for a seminar will be selected from a quantity of themes that will be discussed and, if necessary, changed in the annual meeting.

Currently, the themes are:

- * Live cycle economy of health care buildings.

In which way can the design of health care buildings and its environment contribute to a efficient live cycle.

Aspects:

- maintenance, energy saving, sustainability, materials
- adaptability, flexibility
- organisation, care path ways, care models, logistics
- Healing environment and evidence based design.

Can the built environment contribute to the healing process and the production of the staff.

ASPECTS:

- INTERIOR DESIGN, WAY FINDING, COLOURS, SOUNDS
- SOCIAL SPACES, GARDENS
- PRIVACY, ONE BED ROOMS, SAFETY

Information and Communication Technology

Aspects:

- paperless hospitals
- E - health

Costing principles and practise

Aspects

- cost comparisons
- public private partnership

DESIGN EVALUATION.

ASPECTS:

- POST OCCUPANCY EVALUATION
- MONITORING SYSTEMS
- DESIGN CRITERIA

ORGANISATION.

The organisation of the PHG consists of a director, executive members, official members, associate members, emeritus members and guests.

All members have to be registered as architects in their home country.

All members have a voting right in the annual meeting of the UIA PHG.

The director is appointed by the UIA General Assembly for a period of three years. The director must be nominated by the federation of architects (national organization) of his/her country and a curriculum vitae is required..

The executive members are appointed by the Director. They are the contact persons for the UIA regions and they support the Director in matters concerning the regions.

The official members are nominated by

the federation of architects from their respective countries to represent their organizations in the UIA/PHG. Together with the nomination, a curriculum vitae of the nominated person must be sent to the Director in advance of the annual meeting..

The associate members are nominated by an official member, together with a curriculum vitae, in advance of a annual meeting. To become an associate member one has to have attended more than one annual seminar and to have personally presented at least one paper prior to nomination.

The emeritus members are retired (official or associate) members, who wish to continue to get UIA PHG information.

Guests are persons who have attended at least one of the annual seminars. They are kept on the mailing list as persons interested in the UIA PHG. They form the group of potential associate members. They can not attend annual meetings, unless specifically invited to do so by the Director.

SEMINARS.

The primary means of providing knowledge and information is the annual seminar. It is

organised in one of the UIA member countries chosen as the venue at an annual meeting.

To give structure to the seminar, a maximum of three themes will be selected.. To ensure that the contents of the presentations conform with the themes and gives sufficient new information, a scientific committee will be established by the director and the organiser of the seminar.

The general model for the seminars is as follows.

- One to two days visiting tours.
- Two days seminar, of which the last afternoon is intended for discussions in workshops per theme. This ends with a plenary discussion and conclusions.
- In the morning of the third day the annual meeting takes place for the members.

It is important to determine in advance the method by which the seminar proceedings will be published and how it will be financed.

The financing of the seminar is mostly effected by obtaining sponsors, plus charging an entrance fee for the seminar and the visiting tours. In that respect poster sessions

and a presentation market for health facility building contractors, suppliers, consultants and other professional disciplines can be important.

NEWSLETTER

Every trimester the director will distribute an informational newsletter for the PHG. This newsletter will also be sent to other contact organisations and the UIA Secretary General. Members are encouraged to contribute items for the newsletter to the Director.

WEBSITE.

The website, www.public-health-group.org, will partly be an open website, for everybody to use, and a part "for members only", with specific information. For the latter part, a password is necessary; however the website is not yet complete.

The newsletter and the seminar proceedings will also be published on our website. In the "members only" section, the e-mail addresses of the members and guests will be available.

Postal addresses may only be obtained by request to the Director. ■

WHAT IS THE UIA?

The UIA is a international non governmental organisation, founded in Lausanne in 1948 to unite architects from all nations throughout the world, regardless of nationality, race, religion or architectural school of thought, within the federations of their national associations.

The UIA represents over a million of architects throughout the world through their national architectural associations that form the UIA Member Sections.

The UIA is composed of 87 Member Sections that are the professional organisations most representative of architects in 98 countries in the world. Each Section functions independently at national level and act as the liaison with the government, other member sections and the Union itself through a secretariat responsible for UIA affairs.

Member Sections contribute towards the economic and financial vitality of the Union through the payment of membership fees which constitute the essential resources of the UIA.

Member Sections are geographically divided into 5 regions:

- Region I : Western Europe
- Region II : Middle East and Eastern Europe.
- Section III : Americas.
- Section IV : Asia and Australia.
- Section V : Africa.

In order to carry out its missions the UIA is structured to allow it to maintain contact with professional organizations and their representatives, and to coordinate their professional relations at an international level, democratically and collegially.

This structure is made up of the:

- Assembly,
Composed of delegations representing the Union Member Sections, of which it is the supreme legislative body. It convenes every three year to:
 - elect the members of the Bureau,
 - elect the members of the Council,
 - decide on the venue of the World Congresses of Architects,
 - ratify the admission of new Member Section,
 - define the Union triennial programme of activities,
 - vote on the UIA frame budget.
- Council,
Is composed of four representatives from each

of the five UIA Regions

- Bureau,
Is composed of the President, the Past President, the Secretary General, the Treasurer and five Vice Presidents responsible for professional activities in their Region
- General Secretariat,
Is placed under the responsibility of the Secretary General and is the Union executive body and the administrative centre

To carry out the mission of the UIA there are Working Bodies, divided in Commissions and Work Program Groups. Each Commission and Work Program Group has a director and members from the member countries.

The UIA-Public Health Group is one of those Work Program Groups.

The headquarters of the UIA are situated in Paris.
More information on www.uia-architectes.org.

Arch. Luub Wessels - UIA/PHG Director
Utrecht, 24th of August 2005

VI CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ARQUITETURA EM SISTEMAS DE SAÚDE. ARQSAUDE 2007

A Faculdade de Arquitetura e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia implementaram em 97, 99, 2001, 2003 e 2005 o Curso de Especialização de Arquitetura em Sistemas de Saúde, em convênio com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), despertando o interesse de diversos setores da comunidade, não só baiana, mas de todo o Brasil.

Um sexto curso será oferecido durante o ano de 2007, mantendo-se a estrutura em forma de módulos intensivos de 40 horas, uma vez ao mês, de março de 2007 a fevereiro de 2008, que permite o fácil deslocamento de professores e alunos, além de uma maior maturação dos conteúdos ministrados.

As inscrições poderão ser feitas em Salvador, Rua Caetano Moura, 140, telefones (71) 3183-8460 Fax (71) 3183-8457, fapex@ufba.br ou arqsaude@ufba.br, a partir de 07/02/2007.

Maiores detalhes podem ser acessados na homepage www.arqsaude.ufba.br

Designing for Sustainable and Safe Healthcare Facilities in Africa.

Global Sharing, Local Relevance and Impact.

Architecture and myth: Cultural values and health delivery in Africa

Timothy O Odeyale

Department of Architecture, Federal University of Technology, P.M.B. 704.
Akure,
Ondo State. Nigeria
odeyaleoluseyi@yahoo.com
odeyaleoluseyi@gmail.com

ABSTRACT

(related to the Paper presented at the 26th Pretoria South UIA/PHG Seminar, of August 14-16, 2006)

Architecture in any period has often been a reflection of the sociological, cultural, economic and technological aspects of its development. Though it has been argued that Africa has no recorded history in the written form, but evidences persist of the rich culture of the different tribes that makes up the constituent of its inhabitants.

Some of these oral accounts and history are handed down from one generation to the next in form of beliefs, folklore, myths, fables, parables and taboos. The study examines some of these myths and cultural taboos that impinge on the health delivery system in Africa, for example cultural taboo makes it difficult to discuss health related matters like AIDS and HIV infection in many parts of the continent.

The study also to examine existing

relationship between architecture and myths that affect the form of buildings found in Africa and its attendant positive or negative consequences on the environment. Copious examples of such cultural undercurrents were considered and how it can be turn to a useful factor in the drive to achieve safe, healthy and sustainable health institutions and facilities in Africa.

SPEAKER CV

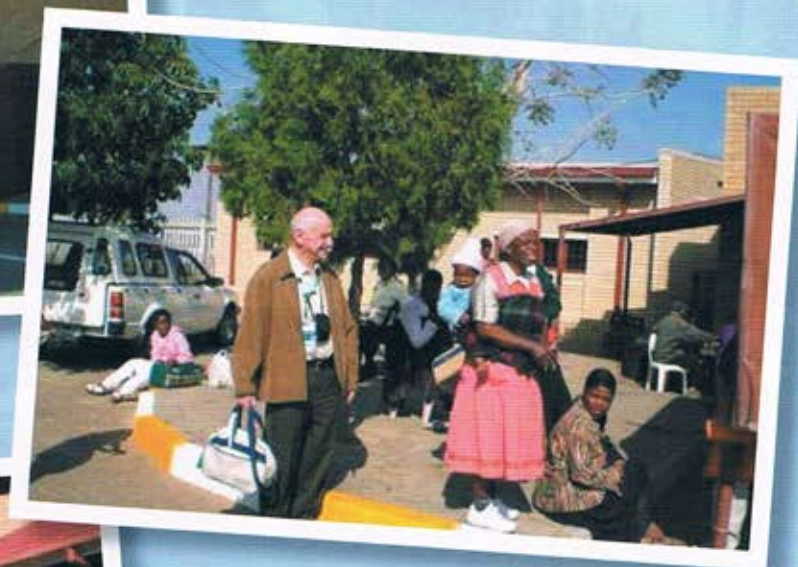
ODEYALE, Timothy Oluwaseyi is a lecturer in the Department of Architecture, Federal University of Technology, Akure, Nigeria. He holds a bachelor and masters degree in Architecture. He is currently a PhD student at the Obafemi Awolowo University, Ileife, Nigeria. His area of interest is human settlement studies in architecture. He is conducting extensive research into the conservation and preservation of historic monuments heritage and buildings of African Architecture (both urban and rural). He has carried out studies on cultural identities, images and buildings using virtual reality of computer application in Architecture.

Trabalho apresentado no XXVI Seminário Internacional da UIA/PHG - União Internacional de Arquitetos - Grupo de Saúde Pública - 14 a 16 de Agosto de 2006 - Pretória - África do Sul ■

Study Tour - XXVI UIA/PHG Seminário Pretória Africa do Sul - Agosto, 13 a 19, 2006



Visita ao Hospital Lebowakgomo - Pretória



Study Tour - XXVI UIA/PHG Seminário Pretória Africa do Sul - Agosto, 13 a 19, 2006



Visita ao Ndlovu Centro de Tratamento - Sul da África

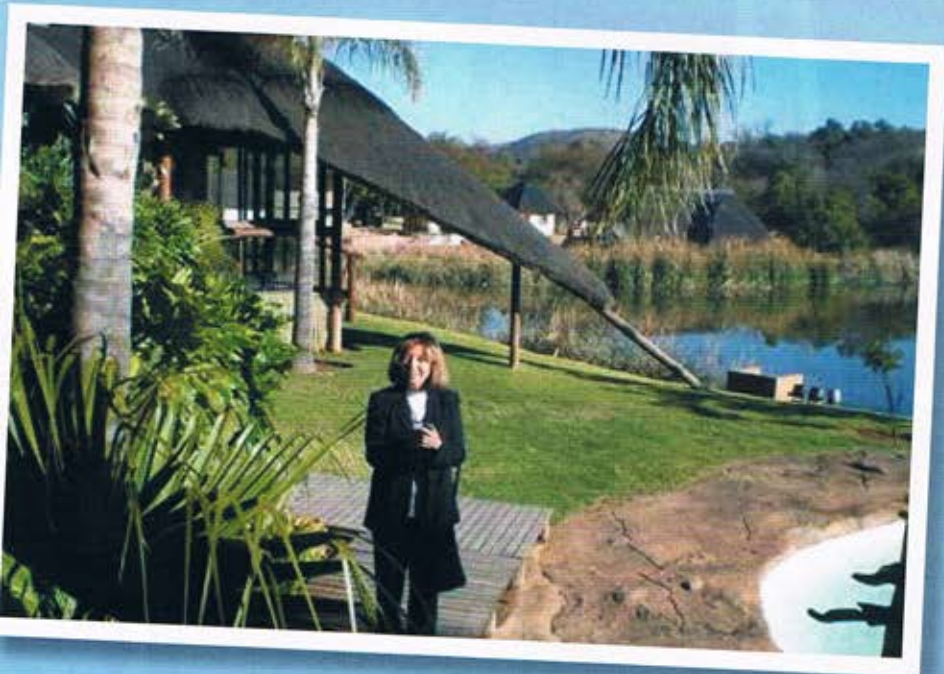


FRIENDLY SOUTH AFRICA

Mother Dikeledi Rosima Rameetsa, during the UIA STUDY TOUR VISIT TO CHUENE Clinic, Pretoria, August, 2006, requested, from the members of the Public Health Visiting Group, a name for her new-born son.

The chosen name was "Jarbas".

Result: New Karman's godson name: Jarbas Moosa Rameetsa.



IN MEMORIAM

Berrak Seren (1941 - 2006)

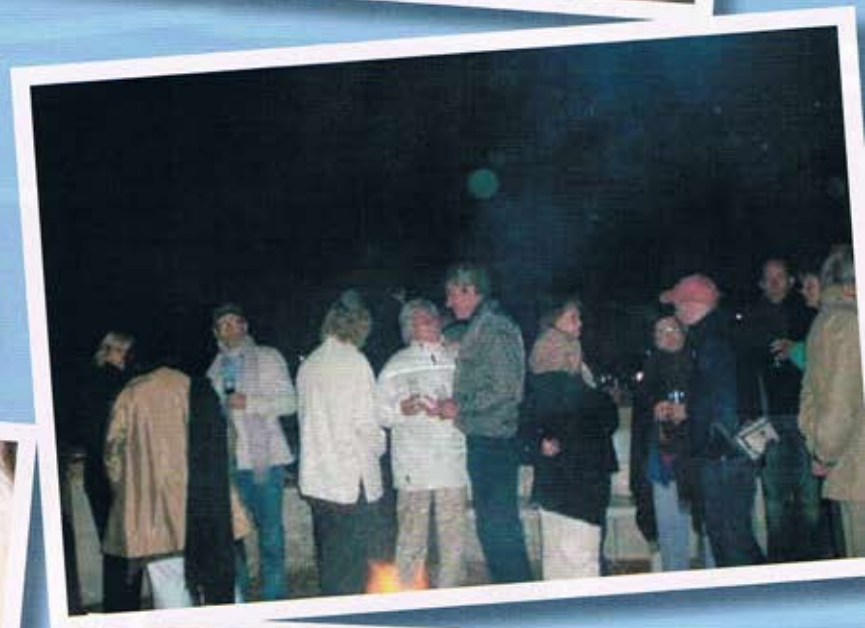
Our Homage to our dear friend and UIA/ PHG Deputy and Official active and cheerful member. Loved and admired by all of us.

We shall miss Berrak very much.

Good bye, Dear Friend!

Flagrantes Colhidos durante o Seminário do Grupo de Saúde Pública da UIA - Agosto, 13 a 19, 2006







O presente artigo, de autoria do Arquiteto e Membro da UIA/PHG, Peter Scher, constitui transcrição da Revista HD Hospital Development, de Outubro de 2006, devidamente autorizada e por gentileza do seu editor, Mr. Marc Sansom, condicionado a ter o seu copyright assegurado contra reprodução não autorizada.

□ □ □ GLOBAL OUTLOOK

Out in Africa

Peter Scher is impressed by the sense of pride and ownership shown by healthcare workers in South Africa.

Setting the scene with the phrase, 'Global sharing, local relevance', Luub Wessels, director of the public health group of the Union of International Architects (UIA), established a clear direction for the organisation's public health group seminar, which was held in Pretoria, South Africa, in August.

Themed, 'Designing for Sustainable and Safe Healthcare Facilities in Africa', the seminar placed local relevance, which in sub-Saharan Africa means dealing with the problems of extreme poverty, AIDS, TB and multi-drug-resistant TB, war, terrorism, and environmental destruction, at its core.

Against this background, South Africa – which is in the process of attempting to bring basic healthcare to all of its people – was an appropriate location for the seminar of over 100 architects from Africa and more than 30 from the developed world.

Programme organiser Geoff Abbott, an architect in the Built Environment Unit of the government's Centre for Scientific and Industrial Research where the seminar was held, described the country's careful,

The Lebowakgomo Hospital

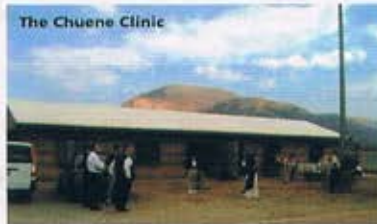


systematic plan and its progress so far.

Delegates saw South Africa's healthcare system in action in visits to the 1200-bed Pretoria Academic Hospital and the 1000-bed Dr Mchupa Mphahle Mission Hospital. The former is a large, modern high-rise teaching hospital (20% of the country's doctors graduate from its medical school). It has a twenty-year chequered history of

redevelopment, buffeted by massive political and economic events. By contrast the mission hospital, located deep in a rural area in the Limpopo region, had a basic layout of 100-bed single storey wards and other buildings linked by open paths. It is now derelict, replaced by the Lebowakgomo Hospital, a well-designed and much-loved hospital. It is single storey with delightful gardens and landscaping, and 252 beds. In many ways, it's not dissimilar to

The Chuene Clinic



many new local hospitals in the West.

We also visited the Chuene Clinic, which is also new and in a rural setting. It is a small and simple structure where the local population can consult clinical staff and obtain diagnoses and treatments. It also has a basic maternity suite for deliveries. Here too the sense of pride and ownership was evident.

The fight against AIDS is intense – reminders of the battle bombard you on billboards, radio and TV, as well as in the clinics and hospitals. Every African contributor to the seminar stressed the overwhelming scale of the problem. Most impressive was the presentation by Dr Hugo Tempelmann and Dr Peter Schrooders, entitled, "Ndlovu: A Fully Integrated Primary Health Care and AIDS Programme for Elandsdoorn, South Africa". These doctors founded Ndlovu, a treatment centre for comprehensive healthcare. Despite its setting in a resource-poor district, the clinic provides the most effective, up-to-date drugs for AIDS with its own diagnostic laboratory, dispensary x-ray and ultrasound. It has 16 beds, ten for obstetrics, two for deliveries and four for HIV

care. Reported health outcomes are impressive. For example, HIV was transmitted from parents to only one of 121 births there as a result of the prevention of mother-to-child treatment (PMTCT) given.

The treatment centre is totally autonomous. It constructs its own buildings, vegetables are grown in the compound, laundry is done on-site, and no waste leaves the grounds, eliminating the potential for contamination. Ndlovu provides employment on-site and for youth workers who travel to other communities to give health education.

The staff ensure that the poor and poorly-educated patients who they treat for AIDS continue to take their medication for managing the disease by regular follow-up visits to their homes.

A community has been created at the clinic where useful cultivation and employment, arts and crafts are integral to the processes of healthcare, education and prevention.

The seminar wasn't solely confined to South Africa, however. Dr Huang Xiqui of the Institute for Project Planning and Research, Beijing, described his country's health service network. This is based upon local commune health centres and street clinics and three generic hospital types – district hospitals of 10-100 (townships) and 200-400 (country); city hospitals of 400-600 beds; and teaching hospitals of 800-1000 beds.

The exposure to the range and diversity of global problems discussed was salutary and put our western preoccupations in perspective. Issues such as single versus multi bedrooms, high versus low rise, evidence-based design, and procurement politics seem trivial next to the those that confront healthcare in the developing world. These problems arose, of course, in a number of presentations but the delegates from the African states made us aware that they were desperately short of resources for building the most basic facilities needed in the fight against rising levels of illness and disease. HD

Peter Scher is a consultant to HD.



The Ndlovu Treatment Centre in South Africa

CURSOS IPH / PÓS-GRAD

ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

I- Área de Administração

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

II- Área Contábil Financeira

- Contabilidade Geral
- Administração Financeira
- Custos Hospitalares

III- Área de Administração Hospitalar

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

Duração do Curso: 15 meses

ADMINISTRAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

- Gestão de Negócios de Saúde
- Gestão de Recursos Humanos
- Gestão de Recursos Materiais
- Gestão Mercadológica
- Gestão de Sistemas Públicos
- Gestão de Qualidade
- Políticas Sociais
- Adm. Financeira e Contábil
- Organização Sistemas e Método
- Direito sob o aspecto da Gestão de Saúde

Duração do Curso: 13 meses

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

I - Fundamentos teórico-técnicos

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

II - As práticas em Humanização

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

III - Gestão administrativa no enfoque da

Humanização

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

IV - Aspectos éticos e legais das práticas em Saúde

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

V - Pesquisa em Humanização

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

Duração do curso 14 meses

GESTÃO EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

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

Duração do Curso: 14 meses

SAÚDE PÚBLICA

I - Saúde e Sociedade

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

II - Administração

- Adm. Geral e Pública
- Adm. em Saúde
- Planejamento em Saúde Pública
- Avaliação e Qualidade em Saúde

III - Epidemiologia

- Epidemiologia Geral
- Epidemiologia das Doenças Transmissíveis
- Epidemiologia dos Agravos não transmissíveis

- Vigilância Epidemiológica
- Sistema Nacional dos Agravos de Notificação

IV - Ações da Saúde

- Sistema Materno Infantil
- Saúde da Mulher
- Saúde do Trabalhador
- Doenças Sexualmente Transmissíveis
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- Principais Endemias e Epidemias da Atualidade (Dengue, Febre Amarela, Meningites, Hanseníase e Tuberculose)
- Outras Ações de Interesse na Atualidade (Saúde Mental, Oftalmologia Sanitária, Laboratório Nutrição e Meio Ambiente)

- Programa de Saúde da Família (PSF)
- Diretrizes Gerais e Modelo de Atenção
- Sistema de Referência e Contra Referência
- Planejamento no PSF

V - Trabalho de Conclusão

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

Duração do Curso: 14 meses

FARMÁCIA HOSPITALAR

- Organização Farmacêutico-Hospitalar
- Interpretação de Dados Laboratoriais
- Logística Farmacêutico-Hospitalar
- Dispensação Hospitalar I
- Nutrição Parenteral
- Quimioterapia
- Farmacoterapia I
- Farmacoterapia II
- Farmácia Clínica I
- Farmácia Clínica II

Duração do Curso: 13 meses

FARMACOLOGIA CLÍNICA

- Fisiologia e Biofísica Aplicada
- Farmacologia Geral
- Farmacologia de Sistemas Orgânicos I
- Farmacologia de Sistemas Orgânicos II
- Farmacoterapia I
- Farmacoterapia II
- Farmacoterapia III / Farmacologia Molecular
- Pesquisas Clínicas e Metodologia Científica
- Farmacovigilância e Farmacoepidemiologia
- Farmacocinética Clínica

Duração do Curso: 13 meses

ENGENHARIA E MANUTENÇÃO HOSPITALAR

- Arquitetura Hospitalar

Unidade I - Morumbi

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

UAÇÃO LATO SENSU EM:

- Manutenção Hospitalar
- Engenharia Hospitalar
- Construção e Manutenção Predial
- Instalações e Manutenções Elétricas
- Instalações e Manutenções Hidráulicas
- Instalações e Manutenções de Gases
- Ar condicionado e Refrigeração
- Mecânica Geral
- Equipamento de Esterilização
- Coleta, Atendimento e Destino de Lixo Hospitalar
- Segurança no Ambiente Hospitalar
- Estágio

Duração do Curso: 12 meses

ADMINISTRAÇÃO FARMACÊUTICA

"Enfoque diretivo e gerencial"

Mercado e Regulamentação Farmacêutica

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

Duração do Curso: 13 meses

AUDITORIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

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

Duração do Curso: 13 meses

GESTÃO DE PESSOAS

- Gerenciando equipes com sucesso

- Desenvolvendo Habilidades de Negociação
- Análise de Problemas e Tomada de Decisões
- Gerenciamento Social
- Liderança para Resultados
- Estratégias de Comunicação Eficaz
- Administração do Tempo e Qualidade de Vida
- Relacionamento Interpessoal e Administração de Conflitos
- Gerenciamento a Educação Corporativa: Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal
- Gestão de Pessoas e Líderes de Vanguarda

Duração: 14 meses

GESTÃO ESTRATÉGICA DE MARKETING

- Fundamentos de Marketing
- Marketing Estratégico
- Planejamento e Análise de Marketing
- Administração de Vendas
- Comportamento do Consumidor
- Marketing de Serviços
- Marketing Internacional
- Metodologia da pesquisa em Marketing
- Didática Aplicada ao Ensino de Marketing

Duração: 14 meses

GESTÃO DE SERVIÇOS

- Gestão de Serviços
- Planejamento Estratégico em Serviços
- Marketing de Serviços
- Gestão Contábil e Financeira em Serviços (Foco na Formação de preço)
- Desenvolvimento das Organizações de Serviços
- Qualidade Total em Serviços
- Gestão de Pessoas em Serviços
- Didática Aplicada ao Ensino Superior
- Metodologia da Pesquisa

Duração: 14 meses

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

- Introdução à Administração Pública
- Economia do Setor Público
- Finanças Públicas
- Administração de Recursos Humanos no Setor Público
- Orçamento Público
- Contabilidade Pública
- Planejamento no Setor Público
- Direito Aplicado
- Qualidade no Setor Público
- Políticas Públicas

Duração: 14 meses

BIOSSEGURANÇA

- Nivelamento em Riscos Biológicos, Químicos, Radiológicos e OGM
- Biossegurança Geral
- Biossegurança em Laboratórios de Contenção
- Planejamento e Adequação Física de Áreas de Risco I
- Planejamento e Adequação Física de Áreas de Risco II
- Planejamento e Adequação Física de Áreas de Risco III
- Agentes Bioativos de Biossegurança
- Bioproteção e Bioterrorismo
- Bioética, Legislação e Propriedade Intelectual
- Biossegurança no uso de Radioisótopos
- Biossegurança em Biotérios
- Biossegurança Hospitalar
- Biossegurança em Biotecnologia Industrial
- Biossegurança em Organismos Geneticamente Modificados
- Metodologia do Trabalho Científico

Duração: 18 meses

GERENCIAMENTO DE ENGENHARIA CLÍNICA

- Planejamento e Gerenciamento da Tecnologia em Saúde
- Anatomia e Fisiologia Humana
- Educação e Treinamento
- Pesquisa e Desenvolvimento
- Aplicação de Tecnologia em Saúde
- Leis, Regulamentações e Normas
- Manutenção de Equipamentos Médicos
- Manutenção de Instalações Hospitalares
- Tecnologia da Informação
- Transdutores de Grandezas Biomédicas
- Equipamentos Médico de Assistência e Apoio
- Equipamentos Médico de Diagnóstico
- Equipamentos Médicos de Terapia
- Segurança Hospitalar
- Metodologia de Pesquisa

Duração: 14 meses

ADMINISTRAÇÃO DE NEGÓCIOS

INTERNACIONAIS E COMÉRCIO EXTERIOR

ADMINISTRAÇÃO DESPORTIVA

BANCOS E FINANÇAS

GESTÃO EM ESPORTES

MINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO DE CLÍNICAS DE MEDICINA ESTÉTICA

Trabalho final - elaboração de monografia com orientação

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

PROJETOS ESPECIAIS JÁ NASCEM COM PISOS FORBO



BROTHER CAST



Linha Marmoleum

Natural, antiestático e de fácil manutenção, a linha Marmoleum é ideal para hospitais, escritórios, escolas, edifícios públicos e residências que precisam de pisos com durabilidade e resistência. Pode ser recortado em diversos formatos, com grande variedade de cores e padrões.



Linha Colorex

Condutores e com excelente resistência química e mecânica, a linha Colorex é indicada para ambientes como áreas industriais, comerciais, salas cirúrgicas e laboratórios que necessitam de higiene e boa resistência a ácidos, alcalinos, óleos, álcool e alvejantes.

Há mais de 100 anos, a Forbo fabrica pisos de alta qualidade e resistência. Isto significa um século de trabalho e dedicação para oferecer a você o que existe de melhor e mais moderno em pisos de alto desempenho. Beleza, limpeza e durabilidade são características que fazem dos pisos Forbo a solução perfeita para seus projetos.

forbo

FLOORING



Conheça melhor as soluções Forbo

Rua Laguna, 708 • Santo Amaro • 04728-001 • São Paulo – SP
(11) 5641 8228 • info@forbo-linoleum.com.br
www.forbo-linoleum.com.br